

Potencialidades e desafios sobre o programa de provimento de médicos em um estado do Nordeste brasileiro

Potentialities and challenges of the doctors provision program in a State in Northeast Brazil

Rayane Bezerra Freitas¹, Danilo da Silva Ferreira², Lucas Costa Nunes³, Adriana Nascimento Gomes⁴, Tiago Salessi Lins⁵, Ricardo de Sousa Soares⁶, Gabriella Barreto Soares⁷

Artigo Original

RESUMO

A Paraíba conta com a segunda maior cobertura de Atenção Básica (AB) do país, todavia ainda enfrenta a tendência nacional da disparidade na concentração de médicos entre as macrorregiões de saúde. A ampliação no provimento destes profissionais ao longo dos anos, rendeu ao Estado um incremento quantitativo, entre 2012 e 2015, de 21%, dos quais 3% decorreram do Programa Mais Médicos (PMM). O objetivo deste artigo é avaliar a percepção dos médicos e gestores participantes do programa na Paraíba, apontando potencialidades e fragilidades. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, qualitativo, no qual foram entrevistados médicos e gestores de 13 municípios da Paraíba. Realizaram-se entrevistas com roteiro semiestruturado, as quais foram gravadas, transcritas e analisadas através da análise de conteúdo, com a classificação sistemática dos relatos. Médicos e gestores concordaram quanto ao impacto positivo do programa no acesso ao serviço e na qualidade do cuidado da AB. Os gestores relataram diferenças dos médicos participantes em relação aos não participantes do programa: maior comprometimento profissional, perfil mais voltado à AB e uma relação com a comunidade marcada pela proximidade e pelo vínculo. Os médicos destacaram como incentivos relevantes a maior autonomia, estabilidade contratual e boa remuneração. Ambos grupos se queixaram de problemas no deslocamento, alta demanda de atendimento e dificuldade na fixação de médico no interior. Os médicos cubanos foram descritos como profissionais de alta dedicação e humanização, porém, houve críticas quanto à linguagem e às condutas terapêuticas. As entrevistas analisadas permitem inferir que o Mais Médicos trouxe mudanças que ultrapassam a presença do médico na Unidade de Saúde da Família, pois levou a impactos na qualidade do cuidado, no vínculo com a comunidade, bem como na relação da equipe.

Palavras-chave: Consórcios de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Médicos. Gestor de Saúde.

ABSTRACT

The Paraíba has the second largest coverage of Primary Care (AB) in the country, however it still faces the national trend of disparity in the concentration of physicians between health macro-regions. The expansion in the provision of these professionals over the years, gave the State a quantitative increase, between 2012 and 2015, of 21%, of which 3% resulted from the More Doctors Program (PMM). The objective of this article is to evaluate the perception of doctors and managers participating in the program in the Paraíba, pointing out strengths and weaknesses. This is an exploratory-descriptive, qualitative study, in which physicians and managers from 13 municipalities of the 20th century were interviewed. Interviews were carried out with a semi-structured script, which were recorded, transcribed and analyzed through content analysis, with the systematic classification of reports. Physicians and managers agreed on the positive impact of the program on access to the service and quality of PC care. Managers reported differences between participating physicians and non-participants in the program: greater professional commitment, a profile more focused on PC and a relationship with the community marked by proximity and bonding. Physicians highlighted greater autonomy, contractual stability and good remuneration as relevant incentives. Both groups complained of problems with commuting, high demand for care and difficulty finding a doctor in the countryside. Cuban doctors were described as professionals of high dedication and humanization, however, there was criticism regarding the language and therapeutic approaches. The interviews analyzed allow us to infer that Mais Médicos brought about changes that go beyond the presence of the doctor in the Family Health Unit, as it led to impacts on the quality of care, on the bond with the community, as well as on the team's relationship.

Keywords: Health Consortia. Primary Health Care. Physicians. Health Manager.

¹ Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1632-2739> – E-mail: rayanebrfts@gmail.com

² Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6012-6911>

³ Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4937-3612>

⁴ Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7301-3262>

⁵ Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

⁶ Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

⁷ Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1382-9339>

INTRODUÇÃO

O acesso à saúde, enquanto um direito, deveria ser resguardado e garantido de forma universal e integral aos indivíduos. Todavia, no cotidiano, esse cenário é violado por diversas problemáticas. Entre elas, destaca-se o baixo número de médicos por habitantes, como também sua má distribuição nas diferentes regiões do país¹. Essa situação estimulou a criação de diversos programas governamentais visando à atração e fixação de profissionais em regiões remotas do país. O Programa Mais Médicos (PMM) no Brasil, criado em 2013, apresenta-se como uma proposta de enfrentamento a essa problemática por meio do desenvolvimento e da expansão da Atenção Básica (AB) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)². O programa foi organizado com medidas voltadas a três eixos: provimento emergencial, infraestrutura e formação médica³. Sendo assim, por meio do aumento da capacidade de integralidade e resolutividade do serviço de saúde, trata-se de uma estratégia programática governamental que visa melhorias na qualidade dos serviços da AB⁴.

Nossa Paraíba conta com a segunda maior cobertura de AB do País⁵, entretanto, apresenta grandes diferenças entre as macrorregiões de saúde. Nela, existem locais de extrema pobreza e de difícil acesso, além da concentração considerável de profissionais nas regiões metropolitanas, tal como o cenário nacional. No estado Paraíba, o PMM teve início com números menos expressivos no provimento de médicos quando comparado a outros estados do Brasil. Todavia, houve ampliação ao longo dos anos. Segundo Pinto et al.⁶ (2017), de 2012 a 2015, o estado da Paraíba teve um aumento de 21% de médicos, atribuindo 3% sob a responsabilidade do PMM.

Entretanto, também houve a saída dos médicos cubanos após rompimento da cooperação entre Brasil, Organização Panamericana de Saúde e Cuba, que resultou na perda de 8.332 médicos, cerca de dois terços do quantitativo do programa⁷.

Diante desse cenário, este artigo propõe explorar a percepção de médicos e gestores do PMM sobre o programa, destacando aspectos positivos e negativos relativos à sua implementação no cenário Paraíba. Dessa forma, conhecer essa avaliação sobre o PMM apontará sugestões para a superação de obstáculos e fortalecimento das políticas de AB no SUS.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo exploratório-descritivo, de caráter qualitativo, com médicos inscritos no PMM e gestores de Unidades Básicas de Saúde (UBS) que receberam médicos do

programa no estado da Paraíba. Foram incluídos 24 médicos e 17 gestores de um polo do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) e de 13 municípios Paraíba, totalizando 41 entrevistas.

Este trabalho abarcou municípios que receberam um médico do PMM, no mínimo, e que se encontravam inscritos no PMM, sem histórico de desligamento. Na seleção das localidades, foi priorizada a formação de uma amostra diversificada, no que tange as três macrorregiões de Saúde do Estado, bem como os critérios de prioridades empregados na efetivação do PMM na Paraíba, conforme ilustrado no quadro 1.

Quadro 1 – Critérios utilizados na seleção de municípios para implantação do PMM

Critério	Municípios incluídos
Percentual de população em extrema pobreza igual ou superior a 20%	Belém e Conde da 1ª Macrorregião, Juazeirinho da 2ª Macrorregião e três municípios da 3ª macrorregião: Manaíra, Cacimbas e Serra Grande
Grupo de Municípios populosos com baixa arrecadação (G100)	Patos da 3ª Macrorregião
Regiões de alta vulnerabilidade de capitais e regiões metropolitanas	João Pessoa e Cabedelo, ambos da 1ª Macrorregião
Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI)	Polo Baía da Traição / DSEI Potiguara
Município localizado no Semiárido ou com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) baixo ou muito baixo	Amparo da 2ª Macrorregião, Cajazeiras da 3ª e Cruz do Espírito Santo da 1ª Macrorregião
Grupo II do Piso da Atenção Básica (PAB)	Guarabira da 1ª Macrorregião

Fonte: elaborado pelos autores

Os participantes foram convidados a participar da pesquisa por meio de ligação telefônica ou pessoalmente, sendo pactuada a entrevista em horário e local mais convenientes aos entrevistados. Realizaram-se entrevistas com roteiro semiestruturado, entre abril e junho de 2019, por docentes e pesquisadores da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). O roteiro abrange questões norteadoras gerais e também mais específicas sobre o processo de trabalho dos gestores ou dos médicos. O tempo de gravação das entrevistas teve duração de 40 minutos a uma hora e 20 minutos, as quais foram gravadas e, depois, transcritas. Os áudios e os produtos das transcrições foram devidamente armazenados em nuvem, com acesso restrito aos envolvidos na pesquisa, para garantir fácil acessibilidade e segurança da guarda dos dados. Registrou-se também o diário de campo por meio da observação.

Foi executada a análise de conteúdo proposta por Bardin⁸ (2016), através da leitura densa e da categorização das falas realizadas conjuntamente por diferentes pesquisadores. Realizou-se uma análise dupla, isto é, avaliação de cada uma das transcrições por dois diferentes participantes da pesquisa, permitindo uma análise aprofundada de maior qualidade das entrevistas, além de uma visão mais ampliada das mesmas. A partir disso, houve uma

melhor classificação das categorias, além da inclusão de relatos que, ocasionalmente, não foram classificados em primeira análise.

As falas foram agrupadas nas categorias: “Identidade e trajetória”, “Potencialidades” e “Desafios e perspectivas” do PMM. A partir dessas, os trechos dos relatos também foram divididos entre subcategorias. O surgimento de cada novo subtema esteve atrelado à sua relevância para os objetivos da pesquisa, à sua especificidade ou à frequência com que a questão era abordada em relação à própria entrevista ou à totalidade dos dados.

Os entrevistados foram codificados para garantir o anonimato dos relatos expostos neste trabalho. As cidades foram organizadas em ordem alfabética, e os entrevistados dentro de cada município foram assentados aleatoriamente. Dividiram-se médicos de gestores, a partir da ordem estabelecida para cada profissional; o médico da primeira linha foi codificado como “médico 1” e assim por diante, sendo realizado o mesmo procedimento com os gestores. Também se considerou pertinente adicionar a categoria do município do entrevistado, classificando-o em “áreas vulneráveis/extrema pobreza” ou “região metropolitana”. Ademais, acrescentou-se à codificação a macrorregião à qual a cidade do profissional pertence.

O presente trabalho é um recorte de uma pesquisa maior intitulada: “Avaliação do Impacto do Programa Mais Médicos: um Estudo Qualitativo na Paraíba”, a qual foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências Médicas (CCM) da Universidade Federal da Paraíba – UFPB (CAAE n.º 99178318.5.1001.8069), de acordo com todas as exigências legais. Tal projeto encontra-se inserido na “Pesquisa de Avaliação do Impacto do Programa Mais Médicos no Brasil” aprovada na *Medical Research Council* (MRC) do Conselho Nacional das Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa (CONFAP): *Health Systems Research Networks*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As subcategorias levantadas na análise temática são demonstradas a seguir, no quadro 2.

Quadro 2 – Subcategorias dos eixos temáticos

Identidade e Trajetória	Potencialidades	Desafios e Perspectivas
Médico não deseja ir para o sertão ou área indígena	Avaliação positiva dos médicos cubanos	Acesso ruim ao município
Médico não deseja trabalhar com AB	Características positivas do médico do PMM	Avaliação do fim do PMM

(Conclusão)

Identidade e Trajetória	Potencialidades	Desafios e Perspectivas
Procedência do profissional: interior ou região metropolitana	Cumprimento de carga horária	Avaliação negativa da conduta dos médicos estrangeiros
Profissional com perfil para a AB	Envolvimento em atividades coletivas	Avaliação negativa do PMM
Profissional sem ou com experiência em saúde da família e comunidade	Formação continuada	Críticas ao médico brasileiro comparando aos cubanos
	Humanização	Críticas aos médicos de forma geral
	Integração com a equipe	Dificuldade com idioma (médicos cubanos)
	Presença do médico em área de alta vulnerabilidade	Inflexibilidade da demanda de atendimento
	Remuneração	Piora da assistência com a saída dos cubanos
	Resolutividade do profissional	Rotatividade dos médicos
	Satisfação da comunidade	
	Supervisão do PMM	
	Visitas domiciliares	

Fonte: elaborado pelos autores

Identidade e trajetória

Entre os 24 médicos entrevistados, havia quatro estrangeiros, quatro brasileiros formados no exterior e 16 brasileiros formados no Brasil. Os médicos eram em sua maioria homens (62,5%), brancos (62,5%), provenientes do interior (62,5%), sendo 54,16% naturais da Paraíba, com experiência prévia na AB.

O trabalho de Leitão et al.⁹ (2020) com médicos do PMM na Paraíba observou, em contrapartida, um leve predomínio de mulheres médicas (50,7%), além da média etária de 38,2 anos, enquanto este trabalho verificou uma média de 44 anos. Outro estudo argumenta que, embora haja um crescente quantitativo de médicas em atuação, na Paraíba o percentual de mulheres com formação em Medicina ainda é inferior ao de homens¹⁰.

Os médicos brasileiros formados no exterior relataram que encontraram uma oportunidade no PMM de atuarem novamente em seu país de origem, uma vez que atualmente têm dificuldades na revalidação de diploma — algo corroborado por Souza e Albuquerque¹¹ (2015).

“A angústia de você voltar pro seu país como médico e não poder trabalhar de nenhuma forma é muito ruim. Pelo que eu vejo, tem muitos colegas que, se não fosse o programa, acho que teriam desistido da medicina facilmente” (Médico 2, áreas vulneráveis/extrema pobreza, macrorregião 1).

“[O REVALIDA] é uma coisa que é feita para não aprovar, é uma prova de nível de especialista, não é uma prova que é feita para avaliar se você tem capacidade médica de trabalhar, é uma prova para avaliar a especialidade médica da especialidade médica” (Médico 17, áreas vulneráveis/extrema pobreza, macrorregião 2).

Quatro médicos entrevistados já estavam aposentados de outros empregos. Eles ressaltaram que a participação no PMM caracteriza uma forma de seguirem exercendo a profissão, em um ritmo mais lento, mas também de economizar com impostos, visto que o programa paga os profissionais por meio de uma bolsa.

“Só escolhi porque não pagava imposto de renda. Estou querendo me aposentar e é uma coisa que eu vou ficar mais tempo, não vou ficar parada. Também porque eu gostava de trabalhar com comunidade, trabalhar na atenção básica” (Médico 10, áreas vulneráveis/extrema pobreza, macrorregião 1).

“Quando eu me aposentei, pra não ficar parado, eu procurei ir para um PSF, me inscrevi e fui aprovado” (Médico 13, região metropolitana, macrorregião 1).

Neste estudo, participaram 17 gestores da AB, todas mulheres, a maioria casadas (66,7%), com média de idade em torno de 45 anos (desvio padrão = $\pm 13,15$) e com graduação em nível superior (77,8%). Ademais, todas são paraibanas, das quais 55,7% moram no município onde trabalham. A média de anos de trabalho como gestora foi de 61 meses (desvio padrão = $\pm 77,21$). Carvalho et al.¹² (2020) verificaram também que a maioria dos gestores eram mulheres, entre 31 a 50 anos, com nível superior, que majoritariamente eram enfermeiras, justificando a permanência no cargo a necessidade de se fortalecer a AB¹³.

Na perspectiva de alguns gestores, existe ainda a preocupação com a vocação do médico, que deve apresentar a propensão em trabalhar na AB, olhar humanístico, simplicidade, além de proximidade e identidade com a comunidade, para exercer sua função com qualidade.

“Para entrar num programa desse, o profissional tem que saber se realmente é aquilo que quer. Porque na atenção básica você tem que ser bem mais humilde. Você tem que ter bem mais ouvidos pra ouvir o usuário. Tem que ter bem mais compreensão e paciência, né? E você sabe que não é todo mundo que tem isso. Tem pessoas que realmente não tem o perfil de trabalhar em serviço público” (Gestor 6, áreas vulneráveis/extrema pobreza, macrorregião 3).

Percebe-se que o grupo de médicos, por sua vez, defende e se identifica com o perfil do serviço de AB. Muitos relatam a importância de ter vínculo com a população, estabelecer um atendimento integral e que o PMM potencializa essas características essenciais da AB. Esse

processo de ressignificação da relação médico-paciente já foi descrito por Padre, Martins, Rodrigues (2016)¹⁴, porém demonstrando, inclusive, que esse vínculo harmônico e efetivo, por muitas vezes, não ocorria com os profissionais vinculados aos municípios.

“Tem muita demanda, mas como é uma população que eu gosto, deixa de ser um trabalho e passa a ser um lazer, porque já faz três anos que eu estou aqui, já são meus amigos, já conheço todo mundo, e aí na verdade eu amo o que eu faço, então pra mim é super tranquilo” (Médico 18, áreas vulneráveis/extrema pobreza, macrorregião 2).

Notou-se também o interesse de médicos e gestores, que são de origem das cidades do interior, em continuar trabalhando nestas regiões, uma possibilidade favorecida pelo PMM e incentivada no eixo de educação do programa. Essa tendência nacional à interiorização é também abordada no estudo de Kemper, Mendonça, Souza (2016)¹⁵.

“Vim para aqui por escolha, por ser mais perto da minha cidade de origem” (Médico 8, áreas vulneráveis/extrema pobreza, macrorregião 3).

“Eu sou uma pessoa do Interior, eu sou sertaneja, então estou acostumada com esse clima interiorano. Sou apaixonada, adoro. A cidade é tranquila, não tem trânsito, tem tudo que você possa precisar” (Médico 12, município de médio porte, macrorregião 1).

Potencialidades na implantação do Programa Mais Médicos

Tanto gestores quanto médicos fizeram uma avaliação positiva do PMM. Este, segundo os entrevistados, constitui uma ferramenta essencial para o desenvolvimento da AB de qualidade nos municípios, fato associado ao apoio financeiro proporcionado pelo programa, como indica a análise feita por Benevides e colaboradores¹⁶ (2020), mas principalmente à organização do trabalho, guiada e acompanhada pelo supervisor, que tensiona tanto os médicos quanto os gestores das UBS a buscar soluções aos desafios técnicos e laborais observados ou levados à supervisão. Este intercâmbio de demandas e providências alivia a pressão sob o médico para resolver demandas administrativas e estruturais, podendo direcionar esforços à qualificação da assistência e promoção à saúde.

“Querendo ou não, eu acho que pelo programa as coisas são mais organizadas, se tornam mais organizadas, a rotina do médico se torna diferente daquela do contratado pelo município, entendeu? Eu acho que eles têm mais uma preocupação de querer fazer o que os Mais Médicos pedem” (Médico 8, áreas vulneráveis/extrema pobreza, macrorregião 3).

O supervisor do PMM foi apontado como o norteador da atividade e do desempenho do médico, o qual possuía um compromisso com os deveres bem estruturados e organizados do programa, que contribuem com o desenvolvimento do trabalho no âmbito da AB. O gestor, em especial, mantinha contato constante com o supervisor do PMM, de modo que ele tivesse um retorno da qualidade da atuação do médico do programa na UBS. O profissional que não cumprisse sua função adequadamente, poderia ter ela cobrada nas reuniões de equipe e, em

última instância, pelo supervisor do PMM, cuja função é mais clínico-pedagógica. Entretanto, a ele também cabia cobrar empenho e até mesmo aplicar advertências em casos de maiores problemas. Já na visão dos médicos, os relatos enfatizam mais uma função pedagógica do que punitiva e de vigilância. Para esses profissionais, a supervisão servia de apoio na discussão de casos clínicos e condutas terapêuticas e cobrança, constituindo-se como uma rede de apoio junto à gestão.

“A supervisão é essencial. Eu tenho respaldo com o supervisor e isso, para a gente, é de uma valia muito grande porque nós não ficamos sozinhos. Porque poderia chegar um médico irresponsável, mas se eu tiver qualquer problema, eu tenho justamente a quem recorrer, e isso ajuda demais a gestão. Sem o supervisor eu acho que a gente ficaria meio solto. [...] Existe o calor humano, existe o interesse em estar aqui presente com a gente e isso é muito importante” (Gestor 9, região metropolitana, macrorregião 1).

“Pra mim sempre que eu preciso de apoio ela está disponível. Vê a carência da comunidade e vê a minha carência também. Carência tanto do meu conhecimento como da infraestrutura e da comunidade” (Médico 7, áreas vulneráveis/extrema pobreza, macrorregião 3).

Os médicos, em específico, abordaram também a formação continuada promovida com os cursos como um aspecto positivo do programa. Tal reforço acadêmico junto à supervisão confere aos médicos a segurança de que há um suporte profissional, que os motiva e habilita a lidar com o dia a dia nas unidades. Isso se relaciona com o fato da presença de Educação Médica Continuada (EMC) ser responsável por contribuir para uma prática médica mais confiante e pela fixação de médicos em áreas remotas, como afirmam White et al.¹⁷ (2007) em sua pesquisa, na qual 80% dos participantes afirmaram que era menos provável continuarem exercendo sua profissão em áreas remotas, caso não existisse a EMC.

“O Mais Médicos tem uma responsabilidade com o profissional. Ele está capacitando o profissional para ficar na área” (Médico 1, áreas vulneráveis/extrema pobreza, macrorregião 1).

Uma vez amparados, a cobrança de responsabilidades torna-se mais natural. A regulação do cumprimento da carga horária, por exemplo, caracterizou-se como uma mudança marcante no desempenho dos médicos. Previamente ao programa, os contratos com o município, embora pagassem salários até altos, não exigiam a presença do médico todos os dias úteis na unidade, o que permitia que esses profissionais assumissem múltiplos vínculos simultâneos. Estes, portanto, nos dias destinados ao trabalho na AB, dedicavam-se somente ao atendimento, limitando-se de forma conveniente às queixas de natureza orgânica, passíveis de resolução de curto prazo. Medidas estratégicas, pertinentes ao cuidado ampliado longitudinal eram, dessa forma, subestimadas.

“É inexplicável a mudança, porque antes aqui não funcionava a atenção básica. Como a maioria dos municípios pequenos, não funcionava por não ter profissional que quisesse trabalhar no município. Antes, a gente fazia o que podia, mas não era atenção básica, só tinha atendimento” (Gestor 16, áreas vulneráveis/extrema pobreza, macrorregião 3).

Em contrapartida, os médicos do PMM foram retratados pelos gestores como compromissados, no que se refere ao cumprimento da carga horária, em detrimento daqueles que não fazem parte do programa, feito similar aos achados de outros estudos que apontam para o comprometimento com horários e menor absenteísmo por estes profissionais¹⁸⁻²⁰, como observado nas falas a seguir:

“Mesmo a gente tendo ponto eletrônico hoje, têm médicos que terminam as consultas, só atendem 15, 20 fichas e vão embora da unidade. E os meninos do PMM não, eles cumprem o horário, eles estão lá, mesmo quando tem um paciente que chega no finalzinho do expediente, eles estão atendendo” (Gestor 15, região metropolitana, macrorregião 3).

“Eu acho um programa muito bom. [...] Eles têm supervisores, eles têm o dia de estudo, eles têm hora para sair, eles têm hora para chegar. É tudo bem organizado e isso facilita o trabalho” (Gestor 5, áreas vulneráveis/extrema pobreza, macrorregião 3).

Além disso, os gestores relataram que grande parte dos médicos do programa realizavam visitas domiciliares regulares e se envolviam em atividades coletivas, sobretudo as de educação em saúde e discussão de casos da comunidade com os demais profissionais da unidade de saúde. Destacam-se, ainda, a facilidade de trabalho em equipe e o diálogo como atributos sobressalentes na fala da maioria dos entrevistados. Esse conjunto de características, somado ao vínculo estabelecido com os usuários, fortaleceu a satisfação da comunidade e dos parceiros de equipe com o PMM.

“Antes dele [médico cubano], aqui fazia-se uma medicina mais voltada para urgência e emergência e ele conseguiu implementar uma medicina mais voltada para prevenção, com palestra. Todo mundo hoje assiste palestra. Palestras que são lotadas. O que você imagina de pessoal que vem escutar sobre o câncer de próstata, câncer de boca com o dentista” (Médico 22, áreas vulneráveis/extrema pobreza, macrorregião 3).

Essas características de diversificação das atividades e integração com a equipe também foram descritas por Arruda et al.¹⁸ (2017) e Gasparini e Furtado²¹ (2019), que demonstraram a maior frequência de atividades coletivas efetuadas pelos médicos do PMM, destacando uma maior dedicação ao trabalho interprofissional na equipe de saúde.

Nas falas de médicos e gestores a remuneração do PMM foi elogiada, sendo possibilitada, sobretudo, pelo apoio financeiro do Governo Federal, o qual garante uma remuneração superior ao salário ofertado pelo Município. Frisou-se também o fato de o pagamento da bolsa do programa ser realizado sem atrasos, dando segurança aos profissionais médicos. A associação entre esses fatores tornou a proposta de trabalhar no interior do estado atrativa, além de promover a retenção do médico na equipe de saúde de maneira mais estável. Nesse sentido, os gestores expuseram que, notavelmente, a presença do médico na unidade a partir do PMM passou a ser mais frequente e consistente, diferente de antes, quando “só tinha médico dois dias na semana e não tinha como fazer a atenção básica”. Destacou-se, entre os médicos, que apesar do PMM exigir uma carga horária superior

do que se cumpre em municípios sem o programa, o salário oferecido era um fator compensatório, não necessitando a complementação salarial.

“Se você remunera bem o médico, se você dá uma estabilidade tanto funcional como em local de trabalho, se você tem uma supervisão que trabalha bem... Você tem um médico que passa mais tempo aqui na unidade, conhecendo a comunidade” (Médico 3, região metropolitana, macrorregião 1).

“É o tipo de programa que é pra assentar o médico no lugar. Eu só estou aqui porque eu gosto da comunidade e me pagam direitinho, não atrasa. Eu acho isso muito importante, eles têm um certo respeito com a gente neste sentido” (Médico 10, áreas vulneráveis/extrema pobreza, macrorregião 1).

Assim, a garantia da autonomia no desenvolvimento do trabalho e a estabilidade assegurada pelo PMM, foram apontadas como essenciais, representando uma mudança de paradigma no cuidado em saúde em grande parte dos municípios mais remotos, visto que antes a influência política local interferia no desenvolvimento das atividades e no próprio bem-estar desses profissionais. Ainda em relação à dinâmica política, os médicos relataram que, sem o programa, estavam sujeitos à demissão deliberada após troca de gestão local. Tal insegurança, aliada a diversos outros fatores, desestimulava ainda mais os profissionais a trabalharem nessas regiões.

“O programa ele fidelizou muito o profissional. A remuneração é ok, a gente tem mais autonomia, eu não me sinto perseguido por gestão porque eu tenho uma voz mais ativa” (Médico 4, região metropolitana, macrorregião 1).

“Eu sentia a política. Você tinha que atender mais pacientes, senão você podia até sair. Era uma politicagem muito grande e eu queria mais autonomia para fazer o meu trabalho bem feito, por isto vim pra cá. Por ser um programa federal você tem mais segurança de exercer seu trabalho com mais tranquilidade e dignidade” (Médico 21, região metropolitana, macrorregião 3).

Torna-se fácil compreender, então, porque a maior parte dos entrevistados apontou o PMM como essencial para o desenvolvimento de uma AB de qualidade, destacando um melhor alcance à universalidade, ao vínculo, à integralidade e à humanização. Com o arcabouço organizacional e operacional do PMM, este mostrou-se como agente de transformação no funcionamento da AB nos municípios. O que corrobora com o que foi exposto por Arruda et al. (2017)¹⁸, definindo o PMM como uma ferramenta essencial no desenvolvimento da AB.

“Hoje você pode fazer uma triagem no hospital, ele pode triar o que é de PSF e o que é de hospital, mas imagine na época que não tinha médico no PSF. Ele dizia ‘vá pro seu PSF’. Como ele vai pro PSF se não tem médico? Então sobrecarregava o hospital” (Médico 18, áreas vulneráveis/extrema pobreza, macrorregião 2).

“A gente disponibilizava apenas um médico que não tinha os acompanhamentos como pede o programa. A partir do PMM, começou a criar aquele laço familiar entre o médico, o paciente e a família. A comunidade não estava adaptada a este tipo de cuidado que eles têm. Geralmente o médico passa a medicação e ele não tem o cuidado de ir ver se realmente o paciente tomou” (Gestor 14, áreas vulneráveis/extrema pobreza, macrorregião 3).

A modificação desse paradigma concerne à quebra de uma atuação pontual, paliativa e desintegrada do profissional médico com a equipe, em busca da ascensão de uma atividade voltada à promoção, prevenção e cuidado integral da população, trazendo como benefício a resolutividade do serviço. Nesse sentido, uma vez garantidos os princípios gerais da AB, a assistência prestada torna-se de alta qualidade.

“Tem gente que me detestava aqui. Os pacientes que chegam aqui, ‘eu quero encaminhamento’, e eu dizia ‘não, antes vai fazer uma consulta’. Hoje, eles já não discutem mais comigo. Eles conseguem entender o que dá pra resolver aqui” (Médico 4, região metropolitana, macrorregião 1).

“Aqui a medicina preventiva funciona. Aqui eu posso lhe dizer que 95% ou mais da população utiliza o serviço do SUS. Aqui eu atendo da pessoa que é uma alcoólatra, que vive na rua, até o prefeito da cidade. Isso é interessante e importante” (Médico 22, áreas vulneráveis/extrema pobreza, macrorregião 3).

Os entrevistados salientaram que houve uma mudança positiva na relação médico-paciente, proporcionada, principalmente, pela presença mais frequente do médico na unidade, mas também pelo perfil humanizado de atuação do médico do PMM. A partir da humanização e permanência mais prolongada do médico na unidade, de modo a estabelecer vínculo, houve grande satisfação da comunidade tanto com o médico quanto com o programa. Essa maior permanência, segundo Matos et al.²² (2019), mobilizou e ampliou o acesso dos usuários aos serviços de saúde oferecidos, bem como também permitiu um maior alcance das ações em saúde.

“E até é uma das coisas que a própria comunidade mais comenta, né? Que o profissional é engajado, ele se compromete, atende bem... Conversa! Em relação aos outros que passaram, que o atendimento era mais rápido: não focado na conversa, no atender bem... Mais focado na doença” (Médico 5, áreas vulneráveis/extrema pobreza, macrorregião 3).

“Eu tenho médicos de outras unidades que são próximos da população? Tenho alguns, mas os do PMM eu acho que têm uma propensão a ter essa proximidade. Quando eu ligo, já sabe quem é, já foi na casa, conhece a história e a família. É muito mais fácil resolver os problemas de saúde porque tem uma relação grande mesmo com a população” (Gestor 7, áreas vulneráveis/extrema pobreza, macrorregião 1).

Grande parte dos entrevistados destacou a disponibilidade e o comprometimento dos médicos cubanos com os objetivos da AB em Saúde. Eles foram retratados, à conta de sua formação e atuação em seu país, como profissionais de alto engajamento nas ações de prevenção e promoção à saúde. Essa peculiaridade dos médicos cubanos foi ressaltada, também, por Fassa et al.²³ (2019), afirmando como incontestável a contribuição dos médicos cubanos em relação ao aumento da cobertura e qualidade do cuidado na AB. Em um dos relatos abaixo, um médico cubano conta como é o trabalho na atenção primária sob sua perspectiva.

“Aqui os médicos cubanos eram extremamente elogiados. O médico cubano aqui funcionou. Eles já eram referência lá no País deles em saúde preventiva. Como eles já eram, os que vieram pra cá, não estou dizendo que todos são, os poucos que vieram pra cá, já tinham experiência boa. Ele conseguiu trazer esse modelo de lá e implementar bem

aqui, então ele ajudou na questão da organização” (Médico 22, áreas vulneráveis/extrema pobreza, macrorregião 3).

“Não temos horário. Começamos a trabalhar, esquecemos o almoço. Violamos tudo. Se tiver que continuar e não parar, eu sigo atendendo. Aqui tem horário, que você tem que cumprir. [...] Esse é o trabalho que eu faço em Cuba: vou na casa, ‘não tem cadeira’, vamos pro chão. É a diferença que tem a medicina numa cidade. Eu não vi nenhum livro que fale em como trabalhar em condições mais difíceis, em como atender embaixo de uma árvore, em uma rede. E para mim é ótimo” (Médico 24, área indígena, macrorregião 1).

Outra particularidade evidenciada se refere ao perfil de humanização diferenciada e escuta qualificada praticada pelos médicos cubanos. Os gestores, especialmente, realizaram comparações entre médicos brasileiros e cubanos sobre a atuação profissional e a relação com o usuário. A maioria das disparidades abordadas eram vistas como positivas, sendo a humanização, a proximidade e o vínculo estabelecido com a comunidade as mais marcantes e ressaltadas nas entrevistas. Assim como os gestores paraibanos, o estudo qualitativo de Miranda et al.²⁴ (2020) também destaca a escuta qualificada, por parte dos médicos cubanos, que diferem dos médicos brasileiros, apresentando um maior interesse.

“Eles são médicos bem humanitários e dedicados com a saúde da família. A gente percebe pela formação deles que eles tiveram este conhecimento para lidar adequadamente com a saúde da família” (Gestor 13, áreas vulneráveis/extrema pobreza, macrorregião 2).

Ademais, os gestores expuseram que os cubanos residiam próximo ao local de trabalho. Houve certos impactos proporcionados por esse novo panorama para cidades que sempre tiveram médicos que moravam em outras localidades. Os dois benefícios mais salientados foram a maior aproximação com a comunidade e a possibilidade de o médico atender a alguma urgência mesmo fora do seu horário de trabalho.

“O médico aqui mora fora e, às vezes, dorme aqui. Ele tem uma casa alugada, mas não é igual você passar cinco dias e um final de semana aqui, concorda? Dificilmente, uma criança passando mal ia para o município-referência, porque eles [cubanos] estavam aqui. Só precisava um ‘oi’ que eles estavam aqui para atender mesmo sem ser no horário deles. O acesso era muito melhor” (Gestor 16, áreas vulneráveis/extrema pobreza, macrorregião 3).

Desafios na efetivação do Programa Mais Médicos e perspectivas após o término do programa

Apesar das potencialidades defendidas na visão de médicos e gestores, diversos desafios foram destacados nas entrevistas. A importância da análise dessas fragilidades reside na necessidade do aprimoramento das políticas públicas e fortalecimento do SUS.

Nesse sentido, houve médicos que destacaram como obstáculo o número de veículos e de condutores insuficientes para atuação no território, o que se configurou como obstáculos para atuação dos profissionais em visitas domiciliares. Uma pequena parte dos gestores fez declarações a esse respeito, entretanto, o enfoque foi outro: a questão abordada focou na

exigência ou não, por parte do médico, de um transporte para atendimento domiciliar. Com o fato de superar as adversidades de transporte, os entrevistados expuseram que alguns médicos eram “sem frescura”, utilizando-se de carro próprio, de motocicleta (mototáxi ou moto de algum integrante da equipe), ou ainda, deslocando-se a pé.

Entretanto, alguns profissionais se recusaram a sair da unidade na ausência de veículo que os transportasse. Outro ponto destacado diz respeito à dificuldade de acesso nas regiões rurais devido às estradas de terra esburacadas, as quais, nas chuvas, formam poças de lama. Devido a isso, relata-se que alguns carros da prefeitura não têm rotas em certas localidades, enfatizando a importância da flexibilidade dos profissionais na aceitação de translocação por motocicleta. A problemática relacionada ao transporte e à precariedade estrutural podem ser indicadores do porquê ainda existem 22 municípios paraibanos sem médico, como afirma Leitão et al.⁹ (2020).

“Difícilmente vem carro para eu fazer visitas, então eu faço as visitas andando aqui. Mas quando é lá do bairro mais distante, não tem condições. Os outros médicos eu acho que não fazem. Se não tiver o carro, não saem” (Médico 24, área indígena, macrorregião 1).

“A prefeitura disponibiliza o transporte, mas raramente faz o transporte, e eu tenho que ir de carro próprio. [...] Tem uns lugares de difícil acesso. Tem lugares que é mais de meia hora para eu chegar. Se a pessoa passar mal, não sobrevive” (Médico 7, áreas vulneráveis/extrema pobreza, macrorregião 3).

Embora haja o aumento na disponibilidade de médicos e na frequência de atendimentos apontados como pontos positivos, percebeu-se que a recomendação do PMM de promover agendamentos para grupos específicos, na organização da agenda, foi algo pouco seguido pelos entrevistados. Também foi abordado como a demanda supera as metas estabelecidas pelo programa, o que faz com que, segundo os relatos, eles acabem excedendo a carga horária, atendendo mais pacientes.

“Eu não posso pegar aqui um hiperdia para atender apenas hipertensos, porque tem uma demanda espontânea gigantesca. É uma regra lá do programa que diz que é 14 e mais duas da demanda livre, uma coisa assim, mas eu atendo 20. Só que eu, como médico, não posso deixar de fazer isso porque a população não tem nada a ver e precisa” (Médico 22, áreas vulneráveis/extrema pobreza, macrorregião 3).

Grande parte dos entrevistados trouxe a barreira linguística como um relevante obstáculo ao processo de trabalho. A dificuldade com a língua portuguesa pelos médicos cubanos impactou negativamente na comunicação com o usuário e os parceiros de equipe. Entretanto, o estudo de Miranda et al.²⁴ (2020) também abordou o tema, e nele os usuários demonstraram estar satisfeitos com o atendimento por médicos cubanos, demonstrando dar mais importância em relação à qualidade do atendimento, do que às diferenças linguísticas. Esse empecilho não impediu que tais profissionais desenvolvessem um trabalho de qualidade, posto que, em conjunto com outros profissionais da unidade, criaram estratégias para superar a barreira da língua, como o diálogo compartilhado com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou enfermeira

quando o paciente apresentava dificuldade em compreender o médico cubano. Sendo assim, uma capacitação adequada do idioma foi levantada como ferramenta essencial e potencialmente facilitadora do processo de trabalho.

“Houve um pouco de problema na comunicação pelo entendimento da fala, mas foi uma coisa que não dificultou o processo de atendimento em si. Eu me lembro que a doutora nos revelou em uma reunião que, quando chegou aqui, sempre perguntava o que era ‘agonia’, pois os pacientes relatavam sentir uma ‘agonia’. Além disso, a gente nunca recebeu, da secretaria ou dos ACS, reclamações de que a comunidade não estava compreendendo, ou que não estava tendo um retorno satisfatório dos médicos” (Gestor 8, áreas vulneráveis/extrema pobreza, macrorregião 1).

“Os pacientes aqui do interior falam um português bem complicado do que a gente estudou. Então a maior dificuldade foi essa: a gente se adaptar, eles à minha fala e eu à fala deles. Aos poucos eles foram chegando na consulta, se relacionando com a gente e vendo que não tinha nada a ver com o que eles estavam pensando, e pouco a pouco foi melhorando. Hoje tem uma aceitação, eu diria acima de 85%. Ainda tem alguns tabus, mas vem para a consulta” (Médico 11, áreas vulneráveis/extrema pobreza, macrorregião 1).

Alguns médicos formados no Brasil e uma pequena parcela dos gestores, ressaltaram fragilidades relativas à prática clínica de alguns cubanos. Estes foram descritos como médicos que, apesar de praticarem a escuta qualificada e a humanização, construíam um plano terapêutico, sobretudo medicamentoso, ineficaz ou duvidoso, oferecendo, assim, riscos aos pacientes. Um gestor em específico, relatou experiência negativa com uma médica cubana, entretanto, as duas seguintes foram positivas, e ressaltou que esse cenário era muito relativo em cada Município. Alguns gestores tinham queixas, enquanto outros, apenas elogios:

“Eu via algumas dificuldades não só com esta médica, como eu já conheci alguns outros médicos cubanos, em relação aos tratamentos cubanos que não eram muito eficazes, tratamentos medicamentosos. Além dela não entender o que o médico falava, o tratamento que era feito também não era adequado” (Médico 18, áreas vulneráveis/extrema pobreza, macrorregião 2).

“O que eu vi em relação aos cubanos realmente era a linguagem deles e a questão das condutas. As condutas realmente eram um pouco diferentes. A medicalização realmente era diferente, mas, fora isso, não tinha reclamação” (Gestor 5, áreas vulneráveis/extrema pobreza, macrorregião 3).

Na perspectiva de médicos e gestores, o programa teve êxito em fixar o médico na Unidade Básica e fortaleceu a Atenção Básica. Assim como também conseguiu humanizar o atendimento e estreitar vínculos com os usuários. Entretanto, houve também uma fase marcada pelo rompimento com o governo cubano, o que gerou uma saída dos médicos cooperados que atuavam em muitos municípios paraibanos, além da possibilidade do fim do PMM, o que despertou insegurança e insatisfação. A insegurança esteve atrelada ao medo da dificuldade em atrair e fixar médicos nos municípios dada a limitação no financiamento e dificuldade de manter um salário atrativo sem o apoio do programa. Já a insatisfação, refletida, principalmente, na figura da população, estava relacionada não só ao vínculo estabelecido

entre a comunidade e o profissional, mas também no retrocesso de se perder a presença frequente e a qualidade do trabalho do médico do PMM.

A grande maioria dos entrevistados relatou que uma das preocupações relacionadas ao término do PMM seria a quebra do vínculo, refletindo negativamente na integralidade do cuidado. Após a mudança positiva na AB dos municípios pela presença consistente do médico na unidade, o que o possibilitou de conhecer com maior propriedade a população e o território, o fim dessa composição foi abordada com tristeza, angústia e revolta pelos entrevistados. Nessa perspectiva, Francesconi et al.²⁵ (2020), alertam sobre a consequência da redução na cobertura da AB, devido ao fim do PMM, o que poderá ser responsável por diversas mortes evitáveis de adultos e crianças nos próximos anos no país.

“Quando há troca de médicos na unidade, que a população já tem confiança, a gente quebra aquele vínculo e volta pro zero para que tudo seja reconstruído. A dificuldade vai ser bem maior, e também para colocar médicos que realmente queiram fazer o trabalho da atenção básica, que é o perfil dos médicos do PMM” (Gestor 15, região metropolitana, macrorregião 3).

“A gente do PMM, como a gente fica muito tempo, a gente se apega demais a comunidade e com a equipe. Eu não me imagino saindo daqui, é uma coisa que me entristece. O PMM realmente me fez amar a saúde pública. Eu amo essa cidade que eu não tinha nenhum vínculo, agora eu me sinto da cidade. [...] Não é que fique sem mim, é que fique sem médico, essa é minha maior tristeza porque eu gostaria de ficar, teria muita felicidade de ficar, mas não posso ficar e ainda tenho a ciência de que vai ser difícil de alguém vir” (Médico 12, região metropolitana, macrorregião 1).

Avaliando-se ainda a possibilidade do fim do programa, médicos e gestores expuseram que haveria um grande obstáculo para os Municípios, principalmente para os mais remotos, no que diz respeito à atração e à fixação desses profissionais nas unidades básicas de saúde, comprometendo o acesso de população de alta vulnerabilidade aos serviços de saúde. No cerne desse problema estaria a dificuldade de manter um salário atrativo como o proporcionado pelo programa. Os gestores expuseram medo relativo a essa questão, posto que, segundo eles, o repasse feito pelo Ministério da Saúde não seria capaz de manter uma equipe de saúde da família completa em atuação. Além disso, outra razão mencionada por médicos e gestores, remeteu a não identificação com o estilo de vida interiorano. Um médico acrescentou que o término do PMM “vai aumentar os gastos públicos, pois os pacientes vão voltar às Unidades de Pronto Atendimento (UPA), aos hospitais”.

“A questão do valor que o médico pede, ele nem quer cumprir o horário de quatro dias e ainda pede um valor alto demais. Ninguém quer ir, aí fica aquele leilão, volta o leilão dos médicos né: quem dá mais é quem consegue. Antigamente era assim, quem dava mais, conseguia” (Gestor 12, áreas vulneráveis/extrema pobreza, macrorregião 2).

“Para o município, que já está com as contas no vermelho, perder uma UBS como esta pelo PMM e ter que bancar com o próprio recurso é inviável. O município tá no vermelho e tem que organizar as contas, aí imagine agora se saísse o médico do PMM aqui e eles tivessem que colocar um médico no lugar” (Médico 20, região metropolitana, macrorregião 3).

Recentemente, o PMM foi cancelado e um novo foi lançado pelo governo, Programa Médicos pelo Brasil (PMB). Entretanto, o PMB não apresenta de forma esclarecida seus objetivos e perspectivas, o que gera mais uma causa de preocupação e insegurança com o futuro da AB no Brasil. Ademais, soma-se a esse contexto o atual quadro pandêmico que o Brasil passa, situação capaz de agravar desigualdades e ampliar problemáticas antes já encontradas nos serviços de saúde do país. Dessa forma, tanto o destino da AB demonstra-se incerto, como as previsões para os indicadores de saúde são ruins, sendo possível encontrar estudos alertando para os perigos do fim do PMM: como diminuição da cobertura da ESF, aumento da mortalidade infantil, com 15.198 mortes em menores de cinco anos em 2030, aumento da mortalidade geral das internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), onde a média seria 8,6% maior em 2030. Logo, muitas mortes evitáveis de adultos e crianças pelos próximos anos no Brasil podem ser atribuídas à redução na cobertura da Atenção Básica, em decorrência das medidas de austeridade e o fim do PMM²⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou explorar a percepção dos médicos e gestores sobre as mudanças experienciadas a partir do impacto da implementação do PMM na Paraíba. Esse programa mostrou, nacionalmente, diversos benefícios no âmbito da AB, mudando o panorama do cuidado em saúde, sobretudo nos municípios de maior vulnerabilidade socioeconômica. A transformação proporcionada pelo PMM vai além do objetivo de provimento emergencial de médicos nos diversos municípios, perpassando modificações relacionadas à qualidade e ao caráter do trabalho desenvolvido nas UBS, sendo refletidas na visão dos usuários sobre os profissionais médicos e o próprio cuidado em saúde.

A análise dos dados permitiu extrair a visão dos gestores sobre o programa no estado, revelando as potencialidades e dificuldades enfrentadas no processo de trabalho. Os entrevistados, em uma abordagem ampla, concordam quanto à contribuição positiva do PMM na AB dos municípios. Ressaltou-se as diferenças observadas entre os médicos que participavam e não faziam parte do PMM, bem como as particularidades vivenciadas com a presença dos médicos cubanos. Segundo os gestores, os profissionais ligados ao PMM demonstravam um maior comprometimento na sua atuação profissional, um perfil mais voltado à AB e uma relação com a comunidade marcada pela proximidade e pelo vínculo. Os médicos expuseram benefícios do programa como a maior autonomia, entretanto, apontaram ressalvas quanto à estabilidade no PMM. Os cubanos foram retratados como profissionais diferenciados quanto à humanização e à disponibilidade na rotina de atividades, todavia, houve queixas

quanto ao domínio do idioma português e às suas condutas terapêuticas, consideradas, sobretudo por um entrevistado, duvidosas.

Ademais, deve-se salientar as potencialidades de financiamento de recursos humanos proporcionadas pelo PMM aos Municípios levantados pelos gestores. A garantia de um pagamento expressivo foi abordada como elemento essencial para atração e fixação do médico tanto na AB, quanto em municípios mais remotos. Por esse motivo, muitos gestores expuseram medo quando abordada a questão do fim do programa, relatando receios quanto à desassistência populacional, bem como a contratação de médicos que não cumprissem carga horária, nem possuíssem as características elencadas pela maioria dos contratados pelo PMM, resolutivos, humanizados e proativos.

A supervisão no PMM foi indicada como de extrema importância para o trabalho desenvolvido, resultando nas mudanças apresentadas, pois serviu de apoio para o médico, bem como de cobranças e avaliação do trabalho desenvolvido. Esse aparato em consonância com o perfil dos médicos ligados ao PMM permitiu o fortalecimento da AB nos municípios paraibanos. Houve melhora no acesso dos usuários, bem como um cuidado diferenciado no que se refere à qualidade do atendimento, com uma assistência centralizada no usuário, em detrimento do até então observado caráter biomédico. Tal transformação na atenção à saúde se refletiu na percepção e satisfação da comunidade com o programa e com o novo cenário de cuidado nos Municípios.

Financiamento

Esta pesquisa foi financiada pelo edital Medical Research Council (MRC)/Newton Fund UK- CONFAP Joint Initiative on Health Systems Research Networks e pela Fundação de Apoio à Pesquisa (FAPESQ).

REFERÊNCIAS

1. Telles H, Silva AL, Bastos C. Programa Mais Médicos do Brasil: a centralidade da relação médico- usuário para a satisfação com o programa. Caderno CRH [internet]. 2019 [acesso em 2021 dez. 11]; 32: 101-23. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccrh/a/7gs6GNqRPZDjn47XxByKsfB>
2. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera a Lei 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 [acesso em 2021 dez. 2]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm
3. Pinto HA, Sales MJ, Oliveira FP, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos JT. O programa Mais Médicos e o fortalecimento da atenção básica. Divulg. saúde debate [internet]. 2014 [acesso

- em 2021 nov. 30]; 105-20. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-771502>
4. Gomes MC, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface comun. saúde educ* [internet]. 2005 [acesso em 2021 dez. 2]; 9: 287-301. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/JVZTQDsmnZynwvGvQr8VCSn>
 5. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Atenção Básica. Histórico de cobertura de saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde [internet]; 2021 [acesso em 2021 dez. 2]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
 6. Pinto HA, Oliveira FP, Santana JS, Santos FD, Araujo SQ, Figueiredo AM, et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do eixo provimento de 2013 a 2015. *Interface comun. saúde educ* [internet]. 2017 ago. 21 [acesso em 2021 dez. 10]; 21: 1087-101. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/jQFNJdPtts4Tc7Dvctjp9Dh>
 7. Dyer O. Cuba begins pulling 8300 doctors out of Brazil following Bolsonaro's comments. *BMJ* [internet]. 2018 [acesso em 2021 dez. 10]; 363: 5027. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/363/bmj.k5027>
 8. Bardin L. Análise de Conteúdo [internet]. Almedina Brasil. 2016 [acesso em 2021 nov 29]; 70. Disponível em: <https://efaidnbnmnnibpcajpcgclclefindmkaj/https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>
 9. Leitão MH, Silva MV, Bento AN, Sampaio AS, Vasconcelos AL, Oliveira SR. Provimento médico na atenção primária à saúde no estado da Paraíba por meio do Programa Mais Médicos. *Trab. educ. saúde* [internet]. 2020 jun. 19 [acesso em 2021 dez. 13]; 18. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/t6hVzXyQKvctfTbC7vgvjsK>
 10. Scheffer M, coordenador. Demografia médica no Brasil. 4ª edição. São Paulo: Conselho Federal de Medicina (CFM) [internet]; 2018 [acesso em 2021 dez. 11]. Disponível em: <https://jornal.usp.br/wp-content/uploads/DemografiaMedica2018.pdf>
 11. Souza BP, Paullete AC. Projeto Mais Médicos para o Brasil em Pernambuco: uma abordagem inicial. *Tempus (Brasília)* [internet]. 2015 dez. 31 [acesso em 2021 dez. 11]; 9(4): 11. Disponível em: <https://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1735>
 12. Carvalho AL, Ouverney AL, Carvalho MG, Machado NM. Enfermeiros (as) gestores (as) no Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas com ênfase no ciclo de gestão 2017-2020. *Ciênc. Saúde Colet* [internet]. 2019 dez. 20 [acesso em 2021 dez. 15]; 25: 211-22. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HJyg7VbQhQ3WGNRYHYnBwy>
 13. Ouverney AL, Carvalho AL, Machado NM, Moreira MR, Ribeiro JM. Gestores municipais do Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas para o Ciclo de Gestão 2017-2020 [internet]. *Saúde debate*. 2020 jul. 13 [acesso em 2021 dez. 17]; 43: 75-91. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/YfktSTz7dpNNQWcqtDmhCM>
 14. Padre PM, Martins IE, Rodrigues VP. Programa Mais Médicos sob o olhar dos usuários: uma pesquisa avaliativa. *Physis (Rio J.)* [internet]. 2019 set. 16 [acesso em 2021 dez. 16]; 29. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/9PSMjccqP4RS4hb8wYxwg5Bk>
 15. Kemper ES, Mendonça AV, Sousa MF. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. *Ciênc. Saúde Colet* [internet]. 2016 [acesso em 2021 dez. 18]; 21: 2785-96. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/M9BZC7QvZvbk4PjNrw8pxkq>
 16. Benevides PM, Melo Neto AJ, Silva IC, Tenório ME, Soares GB, Soares RD, et al. Satisfação dos médicos do programa Mais Médicos na Paraíba, Brasil: avaliação por

- modelagem de equações estruturais. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2020 out. 16 [acesso em 2021 dez. 18]; 36: e00197319. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/TTR4wqWXxtGhGjL9gn67k9K>
17. White C, Willett K, Mitchell C, Constantine S. Making a difference: education and training retains and supports rural and remote doctors in Queensland. *Rural remote health* [internet]. 2007 [acesso em 2021 dez. 16]; 7(2): 700. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17430081>
18. Arruda CA, Pessoa VM, Barreto IC, Carneiro FF, Comes Y, Trindade JD, et al. Percepções de gestores municipais de Saúde sobre o provimento e a atuação dos médicos do programa Mais Médicos. *Interface comun. saúde educ* [internet]. 2017 [acesso em 2021 dez. 15]; 21: 1269-80. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/NMVTy63vNDM6bSHLGCCz5sR>
19. Magenta M. Mais Médicos: como programa “economizou” um terço do orçamento ao diminuir internações hospitalares. *BBC News Brasil* [internet]. 2018 nov. 23 [acesso em 2021 dez. 14]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-46243372>
20. Medina MG, Almeida PF, Lima JG, Moura D, Giovanella L. Programa Mais Médicos: mapeamento e análise da produção acadêmica no período 2013-2016 no Brasil [internet]. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2021 dez. 15]; 42: 346-60. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/vfQbyqSmvLnc6zXzZkHT6XB>
21. Gasparini MF, Furtado JP. Longitudinalidade e integralidade no programa Mais Médicos: um estudo avaliativo. *Saúde debate* [internet]. 2019 mai. 6 [acesso em 2021 dez. 16]; 43: 30-42. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/WZngDzp5b9SqPn7Y9SMxRwQ>
22. Matos MAL, Lange C, Przylynski DSC, Pereira PML, Antunes RM, Bester GH. Programa mais médicos na fronteira: gestão em saúde em cidades gêmeas entre Brasil e Uruguai. *Rev. urug. enferm* [internet]. 2019 [acesso em 2021 dez. 17]; 38-48. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1009337>
23. Fassa ME, Tomasi E, Fassa AG, Thumé E, Wachs L, Santos LP, et al. Atenção a pessoas idosas: desempenho de intervenções conduzidas por profissionais do Mais Médicos. *Interface comun. saúde educ* [internet]. 2019 mar. 25 [acesso em 2021 dez. 18]; 23: e170795. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/GtBVbDthJyJJycBSXVq6Cxcg>
24. Miranda PD, Cruz AC, Pacheco MA, Dias RD, Loyola CM. Mais Médicos (More Doctors) program: narratives, changes and limits. *Texto & contexto enferm* [internet]. 2020 abr. 9 [acesso em 2021 dez. 19]; 29. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/DjMtz7XFGmN5pgSTRB5d56F>
25. Francesconi GV, Tasca R, Basu S, Rocha TA, Rasella D. Mortality associated with alternative policy options for primary care and the Mais Médicos (more doctors) program in Brazil: forecasting future scenarios. *Rev. panam. salud pública* [internet]. 2020 mai. 8 [acesso em 2021 dez. 17]; 44: e31. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51532>

Artigo recebido em fevereiro de 2022

Versão final aprovada em dezembro de 2022