

RELATÓRIO FINAL DO
PROJETO REDE
OBSERVATÓRIO DO
PROGRAMA MAIS MÉDICOS

TED 103/2015



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA FISIOTERAPIA E DANÇA**

**PROJETO REDE OBSERVATÓRIO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS (ROPMM) –
TED 103/2015**

**Porto Alegre
2019**

IDENTIFICAÇÃO

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança – ESEFID

Projeto: Projeto Rede Observatório do Programa Mais Médicos (ROPMM), TED 103/2015.

Coordenação Geral: Prof. Dr. José Geraldo Soares Damico

Coordenação Adjunta: Prof. Dr. Luiz Fernando Silva Bilibio

Elaboração do Documento: Alcides Miranda, Basílio Sartor, Dário Frederico Pasche, José Damico, Luiz Fernando Silva Bilibio, Marcelo Cardoso, Renata de Matos Galante, Tadeu de Paula Souza, Sandra Torossian, Vera Pasini, Alessandra Melendez, Giovanni Francioni Kuhn, Pietro Homem da Silva, Vladimir Frediani Jardim.

Revisão e Formatação: José Damico, Luiz Fernando Silva Bilibio, Marcelo Cardoso.

Contatos: Rua Felizardo, n. 750 – Jardim Botânico – Porto Alegre/ RS Fone: 51 3308.5834; E-mail: esef@esef.ufrgs.br

Equipe Executora

Docentes

Profa. Adriana Ilha

Prof. Dr. Alcides Miranda

Prof. Dr. Basílio Sartor

Prof. Dr. Dário Frederico Pasche

Prof. Dr. José Damico (Coordenador)

Prof. Dr. Luiz Fernando Silva Bilibio (Vice – coordenador)

Prof. Dr. Marcelo Silva Cardoso

Profa. Dra. Renata de Matos Galante

Profa. Dra. Sandra Torossian

Prof. Dr. Tadeu de Paula Souza

Profa. Dra. Vera Pasini

Bolsistas

Alessandra Melendez

Cleiber Gustavo Soares Rodrigues Júnior

Giovanni Francioni Kuhn

Jader Levi da Silva de Oliveira

Josiane da Silva Silveira

Maira Rafaela Rohrig da Costa

Pietro Homem da Silva

Vladimir Frediani Jardim

Técnicos Administrativos

Alexandre Machado de Aguiar

Ezequiel da Rosa Medeiros

Pesquisadores Associados

Profa. Dra. Adriana Ilha (UFES)

Prof. Dr. Luiz Augusto de Paula Souza (PUC/SP)

Rogério da Costa Santos (PUC/SP)
Vera Lucia Ferreira Mendes (PUC/SP)

Unidades da UFRGS envolvidas:

Escola Superior de Educação Física e Fisioterapia
Escola de Enfermagem e Saúde Coletiva
Ciências da Computação
Faculdade de Ciências da Comunicação
Instituto de Psicologia

Universidade e Laboratórios externos à UFRGS

Laboratório de Inteligência Coletiva (LINC – PUC/SP)
Laboratório de Estudos sobre Imagem e Cibercultura (LABIC – UFES/ES)

Autores (organizadores)

Alcides Miranda, Basílio Sartor, Dário Frederico Pasche, José Damico, Luiz Fernando Silva Bilibio, Marcelo Silva Cardoso, Renata de Matos Galante, Tadeu de Paula Souza, Sandra Torossian, Vera Pasini, Alessandra Melendez, Giovanni Francioni Kuhn, Pietro Homem da Silva, Vladimir Frediani Jardim.

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

Relatório final do Projeto Rede Observatório do Programa Mais Médicos
– TED 103/2015 / José Geraldo Soares Damico, Luiz Fernando Silva
Bilibio (coord.) – Porto Alegre: UFRGS/ESEFID, 2019.
169 p.: il.

E-book

1. Programa Mais Médicos. 2. Saúde: Brasil. 3. SUS. I. DAMICO, José Geraldo
Soares, coord. II. BILIBIO, Luiz Fernando Silva, coord. II. Título.

Biblioteca da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança da UFRGS

SUMÁRIO

IDENTIFICAÇÃO	03
LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS E QUADROS	07
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	11
1- INTRODUÇÃO	12
2 – TRAJETÓRIA DE INVESTIGAÇÃO	13
2.1 A CONSTITUIÇÃO DE UMA EQUIPE DE INVESTIGAÇÃO	13
3 – DIVULGAÇÃO E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	14
4 – SUB-PROJETO: ITINERÁRIO PROFISSIONAL DOS MÉDICOS BRASILEIROS EGRESSOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS	17
5 – SUB-PROJETO: PLATAFORMA DIGITAL E COLABORATIVA	62
6 – SUB-PROJETO: #MAISMEDICOS: UMA ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE POLÍTICAS PÚBLICAS E AS DISPUTAS NAS REDES SOCIAIS	70
7 – SUB-PROJETO: COMPONENTE DE ENSAIO COMUNITÁRIO	101
8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
ANEXOS	122

LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS E QUADROS

FIGURAS

Figura 1 – Distribuição amostral por gênero em porcentagem

Figura 2 – Índices médios das idades e IC₉₅ por gênero

Figura 3 – Valores de porcentagens da amostra em relação ao estado civil

Figura 4 – Valores de porcentagens da amostra em relação a raça/cor

Figura 5 – Valores de porcentagens em relação ao estado de nascimento dos médicos(as)

Figura 6 – Valores de porcentagens em relação as regiões de nascimento dos médicos(as)

Figura 7 – Valores de porcentagens em relação ao estado de residência atual dos médicos(as)

Figura 8 – Valores de porcentagens em relação a região de residência atual dos médicos(as)

Figura 9 – Porcentagens em relação as mudanças no estado de nascimento e de moradia dos médicos(as)

Figura 10 – Porcentagens em relação as mudanças da região de nascimento para região de moradia dos médicos(as)

Figura 11 – Porcentagens em relação ao local de formação – Graduação dos médicos(as)

Figura 12 – Frequências de médicos(as) formados por Instituições brasileiras e estrangeiras

Figura 13 – Porcentagens de médicos(as) por ano de conclusão de Graduação

Figura 14 – Porcentagens de médicos(as) por ano de conclusão de Graduação em relação ao local de formação

Figura 15 – Porcentagens de médicos(as) em relação ao ano de ingresso no PMM

Figura 16 – Porcentagens de médicos(as) em relação ao ano de saída do PMM

Figura 17 – Porcentagens relativas ao tempo de permanência dos médicos(as) no PMM

Figura 18 – Porcentagens relativas ao tipo de serviço que atuou no PMM

Figura 19 – Porcentagens relativas ao estado onde atuou no PMM

Figura 20 – Valores de porcentagem relativas à permanência de morar no estado que atuou no PMM

Figura 21 – Porcentagens relativas à região onde atuou no PMM

Figura 22 – Valores de porcentagem relativas à permanência de morar na região que atuou no PMM

Figura 23 – Frequências e porcentagens relativas aos motivos para inserção no PMM

Figura 24 – Porcentagens referentes a atuação na área da saúde antes da inserção no PMM

Figura 25 – Porcentagens referentes a formação de pós-graduação antes da inserção no PMM

Figura 26 – Porcentagens referentes a formação de pós-graduação realizada antes da inserção no PMM

Figura 27 – Porcentagens referentes a continuidade dos médicos(as) no trabalho na área da saúde após a saída do PMM

Figura 28 – Municípios em que os médicos continuaram a trabalhar na área da saúde

Figura 29 – Porcentagens referentes ao trabalho após a saída do PMM

Figura 30 – Porcentagens referentes aos tipos de vínculos empregatício dos médicos(as)

Figura 31 – Porcentagens referente a carga horária total de trabalho dos médicos(as)

Figura 32 – Porcentagens referente a faixa de remuneração média mensal dos médicos(as)

Figura 33 – Porcentagens referente a faixa de remuneração média mensal dos médicos(as)

Figura 34 – Porcentagens referente a avaliação de como foi viver e trabalhar no local onde atuou no PMM

Figura 35 – Porcentagens referente a avaliação do interesse de viver e trabalhar no local com as mesmas características do PMM

Figura 36 – Porcentagens referente a avaliação dos itens como fator positivo para voltar a viver e trabalhar no local com as mesmas características do PMM

Figura 37 – Porcentagens referente a avaliação dos itens como fator negativo para voltar a viver e trabalhar no local com as mesmas características do PMM

Figura 38 – Porcentagens referente a avaliação da contribuição do PMM na qualificação profissional para o trabalho na atenção primária

Figura 39 – Porcentagens referente a avaliação da contribuição do PMM na qualificação profissional para atuar na formação médica

Figura 40 – Porcentagens referente a supervisão recebida no PMM

Figura 41 – Porcentagens referente ao interesse em trabalhar em serviços públicos de saúde

Figura 42 – Porcentagens de distribuição pelas diferentes categorias de desenvolvimento social brasileira

Figura 43 – Porcentagens de médicos por região do país no perfil do município 7 Extrema Pobreza

Figura 44 – Porcentagens de médicos no perfil do município 7 Extrema Pobreza que possuem vínculo com o SUS

Figura 45 – Porcentagens de médicos em relação ao vínculo ativo com o SUS por região do país

Figura 46 – Porcentagens de médicos vinculados ao SUS que atuam na atenção primária

Figura 47 – Porcentagens de médicos em relação a atuação na atenção primária por região do país

Figura 48 – Tela principal da Biblioteca com os últimos artigos publicados

Figura 49 – Visualização do conteúdo da Biblioteca através de gráficos

Figura 50 – Blog: postagem e Clipping/Boletim de Notícias.

Figura 51 – CLUSTERS GRAFO 1

Figura 52 – CLUSTERS GRAFO 2

Figura 53 – CLUSTERS GRAFO 3

Figura 54 – CLUSTERS GRAFO 4

Figura 55 – CLUSTERS GRAFO 5

Figura 56 – CLUSTERS GRAFO 6

Figura 57 – CLUSTERS GRAFO 7

Figura 58 – CLUSTERS GRAFO 8

Figura 59 – CLUSTERS GRAFO 9

Figura 60 – GRAFO CLUSTER A FAVOR

Figura 61 – GRAFO CLUSTER CONTRA

Figura 62 – GRAFO CLUSTER A FONTE

Figura 63 – Leitura dos tweets por categorias de análise organizadas por cores

GRÁFICOS

Gráfico 1 - Tweets por ano (2013-2019)

Gráfico 2 - TWEETS 2013 - Onda 1 (julho-novembro)

Gráfico 3 - TWEETS 2014 - Onda 2 (fevereiro-março); Onda 3 - (junho-outubro)

Gráfico 4 - TWEETS 2015 - Onda 4 (março); Onda 5 (agosto)

Gráfico 5 - TWEETS 2016 - Onda 6 (março-junho)

Gráfico 6 - TWEETS 2017 - Onda 8 (agosto-novembro)

Gráfico 7 - TWEETS 2018 - Onda 8 (outubro-novembro)

Gráfico 8 - TWEETS 2019 - Onda 9 (abril)

Gráfico 9 - Evolução Categorias de Análise a Favor

Gráfico 10 - Evolução argumentação contra

Gráfico 11 - Análise condensada dos dados ao longo dos seis anos – A favor

Gráfico 12 - Análise condensada dos dados ao longo dos seis anos – Contra

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Porcentagens de médico(as) em relação aos serviços que trabalharam antes de ingressar no PMM e por quanto tempo de experiência no serviço

Quadro 2 – Serviços que desempenharam e porcentagens relativas ao tempo de atuação

Quadro 3 – Grade de Análise Temporal Institucionalização do PMM

Quadro 4 – Descrição de atividades realizadas e os seus respectivos graus de consecução efetiva

Quadro 5 – Escopo de análise sistêmica desenvolvido para o subprojeto

Quadro 6 – Distribuição proporcional de municípios **selecionáveis** para a amostragem por grandes regiões do país

Quadro 7 – Distribuição de municípios **selecionados** para a amostragem por estratos populacionais

Quadro 8 – Estratificação de faixas populacionais com a quantidade, as proporções e as taxas de provimento do PMM (por 1.000 hab. em 2018) dos agregados de municípios de até 100.000 hab. que estavam posicionados no ano de 2010 em todos os piores (\downarrow Qt) e os melhores (\uparrow Qt) quartis de índices de Desenvolvimento Humano, de Vulnerabilidade Social, de Gini e Proporção de Pobreza

Quadro 9 – Incrementos proporcionais das taxas populacionais (por 1.000 hab.) de ocupações médicas, vinculadas e não vinculadas ao SUS, em municípios brasileiros com menos de 100.000 hab. Comparativo das situações com e sem o provimento decorrente do Programa Mais Médicos. Períodos de julho de 2013 e 2018

Quadro 10 – Incrementos proporcionais da quantidade de profissionais e de ocupações médicas, vinculados e não vinculados ao SUS, cadastrados nos municípios brasileiros posicionados em todos os piores (\downarrow Qt) e os melhores (\uparrow Qt) quartis de índices de Desenvolvimento Humano, de Vulnerabilidade Social, de Gini e de Proporção de Pobreza. Situações sem e com o provimento decorrente do Programa Mais Médicos (PMM). Comparativo entre os períodos de julho de 2013 e 2018

Quadro 11 – Incrementos proporcionais das taxas populacionais de profissionais e de ocupações médicas (por 1.000 hab.), vinculados e não vinculados ao SUS, cadastrados em estabelecimentos de saúde dos municípios brasileiros posicionados em todos os piores (\downarrow Qt) e os melhores (\uparrow Qt) quartis de índices de Desenvolvimento Humano, de Vulnerabilidade Social, de Gini e de Proporção de Pobreza. Situações sem e com o provimento decorrente do Programa Mais Médicos (PMM). Comparativo entre os períodos de julho de 2013 e 2018.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS/ABS – Atenção Primária em saúde/Atenção Básica em Saúde
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde
CVC – Coeficiente de Validade de Conteúdo
CVC_t – Coeficiente de Validade de Conteúdo médio
DC – Departamento de Comunicação – FABICO/UFRGS
DESCOL – Departamento de Saúde Coletiva – DESCOL/UFRGS
ESEFID/UFRGS – Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
FORMSUS – Serviço da DATASUS para criação de Formulários na WEB
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IVS – Índice de Vulnerabilidade Social
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LINC - PUC/SP – Laboratório de Inteligência Coletiva da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
LABIC - UFES/ES – Laboratório de Estudos sobre Imagem e Cibercultura da Universidade Federal do Espírito Santo
LATTES – Plataforma da CNPq para cadastro de currículos – Banco de dados de pesquisadores
MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MS – Ministério da Saúde
NVivo – Software de análise qualitativa de dados da QSR
OCDE – Organização para Cooperação do Desenvolvimento Econômico
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PMMB – Programa Mais Médicos – Governo Federal - Brasil
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
R1040 – Razão entre os 10% com maior renda e os 40% com menor renda
ROPMM – Rede Observatório do Programa Mais Médicos
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
SGTES – Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SPSS – Software para análise de dados quantitativos – Statistical Package for the Social Sciences
SUS – Sistema Único de Saúde
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas São Paulo

1 INTRODUÇÃO

Nas páginas que seguem, detalhamos todas as ações realizadas durante a execução do PROJETO REDE OBSERVATÓRIO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS (ROPMM), TED 103/2015. Encontra-se nesse documento a descrição técnico-científica do processo de trabalho desenvolvido. Um trabalho comprometido com a produção de um conjunto robusto de informações, conhecimentos e produtos, que visam colaborar com a formulação e análise de políticas públicas para a atenção primária em Saúde e a formação médica.

Nossa proposição é de que as principais ações desenvolvidas e os principais problemas enfrentados nos procedimentos técnico-científicos, sejam levados a equipe do Ministério da Saúde responsável pela tomada de decisão, visando subsidiar futuras ações governamentais de qualificação das ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial, aquelas ligadas aos três eixos do Programa Mais Médicos. Ainda é possível afirmar que os problemas indicados naqueles três eixos, continuam sendo desafios institucionais do sistema de saúde brasileiro: provimento de profissionais médicos em territórios de difícil fixação destes profissionais; educação médica contemplando às reais necessidades do SUS; infraestrutura adequada dos equipamentos da atenção primária à saúde.

Finalizando esta pequena introdução é preciso dizer que a equipe de trabalho da ROPMM lamentou a negativa de aditamento de prazo solicitado ao Ministério da Saúde. Entendemos que a solicitação do aditamento efetivamente buscava subsidiar uma qualificação ainda mais robusta dos resultados, conforme o rumo previsto. Também é importante frisar que tal aditamento não representaria nenhum pedido suplementar de recursos financeiros (apenas mais tempo para trabalhar), e isso deve ao planejamento e execução que sempre primaram pela cuidadosa utilização dos recursos públicos destinados a realização do TED 103/2015.

2 TRAJETÓRIA DE INVESTIGAÇÃO

2.1 A constituição de uma equipe de investigação

A constituição de uma equipe (de pesquisa, neste caso) não se restringe ao agrupamento de um conjunto de pessoas que com partilham e/ou agregam determinados atributos (formação e/ou experiência profissional), espaços institucionais (universidades, serviços de saúde, programas de governo) e interesses (acadêmicos e/ou políticos). Estas dimensões e aspectos são importantes e necessários tanto para a proposição e delimitação de uma problemática de pesquisa quanto para a condução da investigação propriamente dita, mas se configuram apenas, como ponto de partida do processo de pesquisar.

No caso do Projeto Rede Observatório Programa Mais Médicos, afinidades teóricas ou políticas e afetivas como interesses profissionais e institucionais foram determinantes para que pesquisadores/as inseridos em diferentes espaços institucionais na UFRGS e da UFRGS com outras instituições de Ensino Superior (como PUC/SP, ou UFES/ES) e, áreas do conhecimento, tais como Promoção da Saúde, Gestão e Planejamento em Saúde, Ciências da Computação, Mídia, Medicina, Design, Saúde Coletiva e Jornalismo se reunissem para elaborar uma proposta de pesquisa que respondesse a uma outra lógica de pesquisa da contratada no período inicial da pesquisa, quando esta foi coordenada por outra equipe de pesquisadores.

Neste sentido a equipe necessitou de um longo tempo para lidar com uma multiplicidade de diferenças que precisaram ser trabalhadas e equacionadas ao longo do processo de trabalho: níveis de formação e trajetórias acadêmicas diferenciadas; maior ou menor experiência em pesquisa qualitativa e/ou quantitativa no que se refere tanto à sua implementação quanto ao exercício de escrita que a análise empírica impõe; maior ou menor familiaridade com os campos teóricos-metodológicos que deveriam embasar o estudo, proximidades diferenciadas com o objeto do estudo, além dos compromissos de trabalhos significativos (como alunos ou como docentes) os quais demandaram diferentes tipos de negociação para possibilitar horários comuns de trabalho e disponibilidade de tempo para o desenvolvimento do projeto.

Para dar conta dessa diversidade elaboramos uma sistemática de trabalho que implicou em reuniões quinzenais de toda a equipe, semanais de cada sub-projeto e em

reuniões virtuais com os parceiros institucionais de universidades de outras regiões do país, de acordo com o momento do trabalho. Discussões coletivas das atividades desenvolvidas e avaliação coletiva das atividades desenvolvidas individualmente.

Cada sub-projeto adotou uma sistemática de leitura e discussão de textos, coordenado alternadamente por cada um dos membros da equipe ou pelos colegas das instituições de fora da UFRGS, que foram fundamentais para elaboração das bases teórico-conceituais e metodológicos de cada sub-projeto.

Principais atividades da equipe de pesquisa:

- reuniões sistemáticas de estudo durante todo o período de execução do Projeto;
- reuniões sistemáticas administrativas durante todo o período de execução do Projeto;
- organização de 03 seminários presenciais com os parceiros do LINC da PUC/SP e do LABIC (UFES/ES);
- reuniões virtuais quinzenais com os parceiros do LINC da PUC/SP e do LABIC (UFES/ES);
- Realização do trabalho empírico de coleta de dados durante a maior parte de execução do Projeto.

3 DIVULGAÇÃO E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Apresentamos, aqui, algumas considerações que, grosso modo, podemos chamar de resultados do processo de pesquisa:

- a) Foi apresentado o seguinte trabalho no Congresso de Ciências Humanas da Abrasco realizado em Natal em setembro de 2019;
 - TADEU DE PAULA SOUZA; DARIO PASCHE; ADRIANA ILHA; DANDARA SCHMALTZ; PIETRO HOMEM DA SILVA; ALESSANDRA MÉNDEZ. #MAISMEDICOS: EFEITOS DAS REDES SOCIAIS NAS DISPUTAS POLÍTICO-INSTITUCIONAIS DO SUS.
- b) Foi apresentado o seguinte trabalho no Salão de Iniciação Científica da UFRGS no de ano de 2019;

- Aluno: Jader Levi da Silva de Oliveira Orientadora: Sandra Djamboldjam
Título: MUDANÇA DE PERFIL: O IMPACTO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA FORMAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA
- c) 02 Trabalhos de Conclusão de Curso de Graduação (TCC) foram apresentados na UFRGS;
- MATHEUS SCHILLING MICHEL. Uma Ferramenta Web para Sistematização da Produção Acadêmica do Programa Mais Médicos. Monografia apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Ciência da Computação, Instituto de Informática, UFRGS. Dezembro, 2018. Renata de Matos Galante (orientadora). Dário Frederico Pasche (coorientador).
 - RAFAEL ALLEGRETTI MACHADO. Portal de Publicações para o Observatório Trabalho e Formação para o SUS. Monografia apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Ciência da Computação, Instituto de Informática, UFRGS. Dezembro, 2019. Renata de Matos Galante (orientadora). Dário Frederico Pasche (coorientador).
- d) Temos 03 artigos finalizados (sendo que um deles submetido) e 08 em processo de escrita. Esses 10 artigos serão submetidos e publicados em um número especial da Revista Interface: Comunicação, Saúde e Educação com previsão de publicação no 1º SEMESTRE DE 2020;
- MIRANDA, A. Ensaio comunitário de agregados municipais em situações socioeconômicas extremas após intervenção governamental para provimento médico, 2019 (submetido Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health). VER ANEXO
 - DAMICO J.; PASINI V.; BILIBIO L. et al. O tema formação médica na produção científica relacionadas ao Programa Mais Médicos: um estudo de revisão integrativa, 19 pag. 2019.

- e) A medida que a funcionalidade da Plataforma digital estiver finalizada os dados obtidos em cada um dos sub-projetos serão disponibilizados ao público;
- f) Realização do I Seminário de Prestação de Contas do resultado parcial das investigações em dezembro de 2019 (ver anexo).

4 ELEMENTOS DE DESPESA – R\$ 619.406,01

Elementos de Despesa R\$	Gasto em
Diárias	36.865,50
Material de Consumo	11.242,55
Passagens e Locomoção	128.824,96
Bolsas	307.800,00
Serviços de Terceiro PJ	102.450,00
Material Permanente	32.223,00
TOTAL de gastos não executados	R\$ 619.406,01

**SUB-PROJETO: ITINERÁRIO PROFISSIONAL DOS MÉDICOS
BRASILEIROS EGRESSOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS**

**RELATÓRIO FINAL DO SUB-PROJETO – ITINERÁRIO PROFISSIONAL DOS MÉDICOS
BRASILEIROS EGRESSOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS**

1 DESCRIÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa abordou o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) – eixo provimento emergencial do Programa Mais Médicos – considerando a dificuldade histórica de fixar médicos nas regiões brasileiras onde há escassez ou ausência desses profissionais, prioritariamente na APS/AB. A investigação buscou analisar fatores ligados ao perfil e ao itinerário profissional (pré e pós PMM) que interagem na dificuldade de fixação.

O interesse desta pesquisa foi especialmente informações referentes aos percursos formativos e de trabalho, nos períodos anterior e posterior ao programa, bem como, as informações relativas às repercussões no imaginário profissional a partir da experiência de trabalho e estudo no PMM. O estudo também partiu do pressuposto de que, no país, ainda é restrita a produção teórica que investiga os sentidos e as características dos médicos brasileiros, considerando suas vivências durante a contratação ao programa (SILVIA e CECILIO; 2019).

Nesta direção, o empreendimento científico analisou o itinerário profissional dos médicos brasileiros egressos do PMM, quando inseridos no eixo Provimento Emergencial, (1) mapeando a inserção dos profissionais médicos egressos do PMM, (2) identificando mudanças no interesse de fixação em lugares de difícil acesso, (3) identificando componentes da formação que favorecem a fixação em lugares de difícil acesso, (4) analisando repercussões no imaginário dos médicos egressos, relativas ao trabalho em serviços públicos de saúde e na APS/BS e (5) construindo o perfil dos médicos egressos dos PMM no período de 2013 a 2019.

2 DESCRIÇÃO DAS AÇÕES DE PESQUISA

Na sequência serão apresentadas as etapas desenvolvidas da pesquisa, as ações e os produtos científicos desenvolvidos e os obstáculos encontrados.

2.1 Elaboração do projeto de pesquisa e registro na Plataforma Brasil

O 'Projeto de Pesquisa Itinerário Profissional dos Médicos Brasileiros Egressos do Programa Mais Médicos', foi desenvolvido sob coordenação da Prof^a. Dra. Sandra Djambolakdjian Torossian, com a participação um grupo de professores e alunos pesquisadores Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). A elaboração do projeto foi finalizada em setembro de 2018. Em outubro do mesmo ano o projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Pesquisa de nossa universidade e devidamente registrado na Plataforma Brasil. A pesquisa está registrada no sistema de pesquisa-UFRGS sob o número 29657 e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da universidade (parecer 3.202.535).

2.2 Validação do instrumento de coleta de dados

Inicialmente, elaborou-se a primeira versão do questionário para descrever e analisar o Itinerário profissional dos médicos brasileiros egressos do Programa Mais Médicos (PMM). O questionário foi elaborado na plataforma FORMSUS do Ministério da Saúde, acessível pelo link: http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=41915, plataforma FormSUS (em anexo). Na elaboração dos itens do instrumento adotou-se como referência quatro grandes áreas: identificação e dados demográficos; inserção no Programa Mais Médicos; atuação no campo da saúde; contribuição da formação no PMM na qualificação profissional. O questionário foi elaborado pelos professores pesquisadores envolvidos no projeto. Foram elaborados 42 itens no total, com opções de respostas abertas e fechadas, dicotômica (sim, não) e ordinais. Importante ressaltar que na configuração do instrumento, procedeu-se a exames e ajustamentos, exaustivamente, até definirmos os itens do instrumento a ser utilizado na investigação com os médicos egressos do Programa Mais Médicos.

A partir da aprovação no Comitê de Ética da UFRGS, a próxima ação foi realizar a validação deste questionário, submetendo à análise de médicos que estiveram na condição de tutores e supervisores do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Esta validação

ocorreu nos meses de março e abril de 2019. O objetivo dessa etapa foi verificar a validade de conteúdo dos itens do questionário, sobre a forma de apresentação, redação, organização, conteúdo e pertinência de aplicação. Para responder ao objetivo recorreu-se a um painel de peritos, constituído por três avaliadores: 2 professores do curso de Medicina e profissional médico que tenha atuado como supervisor no PMMB. Esta etapa foi concluída com êxito. Após este procedimento, para validação do conteúdo recorreremos aos cálculos dos coeficientes de validade de conteúdo (CVC) para a clareza e para a pertinência. Este cálculo é feito pela média ponderada das avaliações de cada item, dividida pela maior nota possível ao mesmo item. Sua aplicação permitiu a identificação de itens não adequados aos objetivos do instrumento. O ponto de corte para sua aceitação é de $CVC > 0,80$ (CASSEPP-BORGES; BALBINOTTI; TEODORO, 2010). Os confirmaram uma concordância elevada entre os juízes no julgamento, tanto para a clareza do conteúdo e redação das questões, quanto na pertinência de aplicação delas, com base nos valores médios do Coeficiente de Validade de Conteúdo $CVC_t = 0,94$ para clareza e $CVC_t = 0,91$ para pertinência, uma avaliação satisfatória julgada pelos juízes.

2.3 Articulação equipe UFRGS e equipe Ministério da Saúde para apoio à investigação

Ainda em abril de 2018 foi realizada uma reunião entre a coordenação do ROPMM e consultores do Ministério da Saúde, visando combinações de envio do Formulário de questões (FORMSUS) aos egressos do programa. Nesta ocasião, foi pactuado que este envio seria realizado diretamente pelo setor do MS responsável pelo PMM. Essa pactuação ocorreu visando uma maior adesão dos sujeitos à pesquisa, entendendo que um convite de pesquisa partindo do próprio MS produziria maior adesão ao estudo. Outra preocupação presente na pactuação foi o não compartilhamento dos dados gerais dos médicos participante do PMM. Ou seja, apenas aqueles que aceitassem participar da pesquisa teriam contato direto com os pesquisadores.

Entretanto, com a alteração da equipe ministerial em 2019 – inerente a posse de um novo governo – a comunicação com o MS sofreu alguns percalços, não sendo possível efetivar essa pactuação. Este obstáculo comunicacional atrasou consideravelmente toda a metodologia da pesquisa, pois o questionário FormSUS seria a principal etapa metodológica do ponto de vista quantitativo; a meta era – e ainda é –

submeter esse instrumento ao maior número possível de médicos brasileiros que estiveram em atuação no PMM.

Deste modo, desde a conclusão da etapa da validação do questionário, a equipe de pesquisa passou a acionar uma rede de contatos de interface ao PMM, visando obter informações de localização e interação com os médicos que participaram do programa. Este procedimento ainda tem se mostrado pouco eficaz (estimamos o número de 10998 médicos com perfil para se tornarem sujeitos da pesquisa). Entendemos que a interação por meio desse relatório irá favorecer um fluxo de comunicação com o MS e a retomada da pactuação de acesso aos médicos do programa.

Propomos como indicadores de superação dessa dificuldade a realização de reuniões junto a equipe de referência do MS para (1) a retomada da pactuação sobre o envio dos questionários e para (2) a operacionalização desse envio.

2.4 Coleta de dados com os questionários

Após o processo de construção, validação e testagem do questionário o instrumento seria enviado para os médicos brasileiros egressos do PMMB, no período do início do programa até dezembro 2019. O envio do link para o formulário, por meio da plataforma Form SUS, seria realizado pelo órgão responsável pela gestão do PMM no Ministério da Saúde, que possui os contatos com os egressos. Ainda contamos produzir um retorno de 25% dos formulários de pesquisa a serem enviados. O instrumento é acompanhado de mensagem explicativa sobre os objetivos da pesquisa e só poderá ser respondido caso haja o aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esta ação persiste com um atraso considerável, em função do exposto anteriormente, representando o maior obstáculo à pesquisa.

Propomos como indicadores de superação dessa dificuldade a produção de Notícias Técnicas sobre o resultado quantitativo da aplicação dos questionários. Estas notícias irão compor o Relatório Técnico Parcial da Pesquisa.

2.5 Análise dos dados dos questionários

A análise preliminar das respostas ao formulário de pesquisa será realizada com o apoio dos softwares SPSS e NVivo 11. Escolhemos estas ferramentas tecnológicas como suporte para análise de dados dos principalmente considerando o volume de respondentes previstos e pela possibilidade de cruzamentos entre resultados e atributos dos respondentes (LAGE, 2011), bem como, pela necessidade de produção de uma análise preliminar mais imediata, para a realização das entrevistas a serem realizadas posteriormente. Esta etapa encontra-se também comprometida no atual cronograma, em razão da mesma situação anterior.

Propomos como indicador de superação dessa dificuldade a elaboração de um relato científico das análises, que também será um componente do Relatório Técnico Parcial da Pesquisa.

2.6 Busca de contatos alternativos e investigação de dados secundários

Estas ações representam uma novidade metodológica ao estudo. Desde maio de 2019, passamos a estabelecer uma busca intensa sobre informações de contato aos médicos do programa. Neste sentido, acionamos uma rede de colegas pesquisadores da área da saúde, mas tratou-se de um processo lento e pouco fidedigno. São muito escassas as informações de contato dos médicos e, em várias ocasiões, as informações obtidas não eram procedentes. Seguimos nesta busca, mas a melhor alternativa é a pactuação direta com o Ministério da saúde.

Segue a busca de contato eletrônico com os médicos; um processo lento, devido (1) necessidade de confirmação dos nomes obtidos, (2) ao tempo de investigação para achar o endereço eletrônico de uma pessoa na internet e (3) a pouca adesão inerente a esse tipo de pesquisa (on-line). Neste procedimento, conseguimos enviar o questionário para 1910 médicos brasileiros que participaram do programa, entre 2013 e 2019, tendo o retorno de apenas 50 questionários respondidos até o presente momento.

2.7 Resultados preliminares

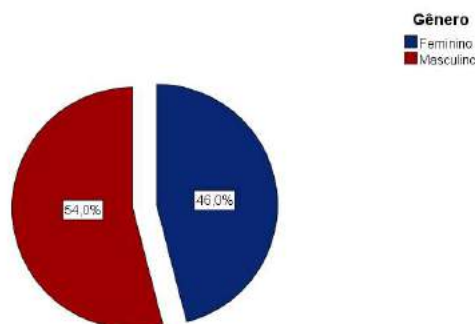
Portanto, de forma exploratória e descritiva, apresentamos abaixo os dados coletados com a aplicação do instrumento de pesquisa, questionário na plataforma

FormSus V. 3.0, respondida pelos médicos brasileiros egressos do Programa Mais Médicos no período de 2013 a 2019. Seguindo as orientações do objetivo geral do estudo de “analisar o itinerário profissional dos médicos brasileiros egressos do PMM, quando inseridos no eixo Provimento Emergencial” e, dos seguintes objetivos específicos:

- Mapear a inserção dos profissionais médicos egressos do PMM;
- Identificar mudanças no interesse de fixação em lugares de difícil acesso;
- Identificar componentes da formação que favorecem a fixação em lugares de difícil acesso;
- Analisar repercussões no imaginário dos médicos egressos, relativas ao trabalho em serviços públicos de saúde e na APS/BS;
- Construir o perfil dos médicos egressos dos PMM no período de 2015 a 2019.

A composição da amostra corresponde a 50 médicos(as) que concordaram em participar da investigação de forma voluntária, assinado o TCLE e respondendo as questões do questionário online. Em relação a distribuição amostral por gênero verifica-se uma semelhança na presença de participação de médicos (27; 54 %) e de médicas (23; 46 %).

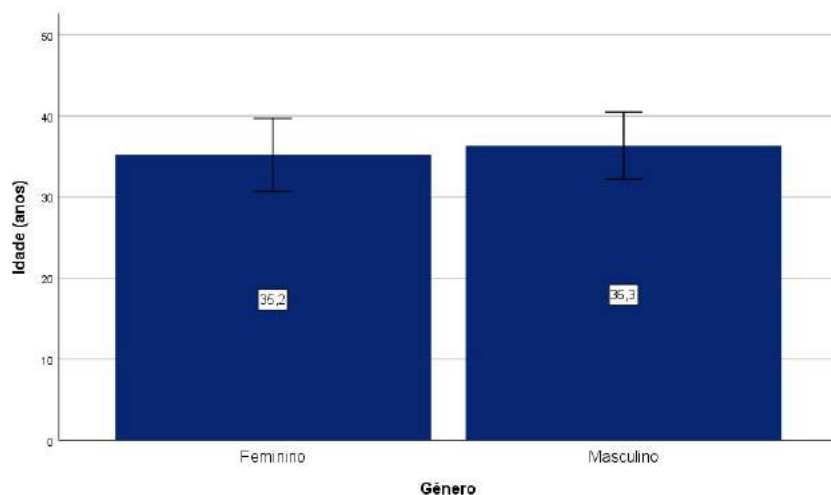
Figura 1 – Distribuição amostral por gênero em porcentagem



Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

Em relação a idade dos participantes do estudo apresentaram um índice médio de 35,8 ± 10,35 anos (IC₉₅: 32,86 – 38,74). Comportamento semelhante também se verifica quando olhamos para as médias de idade e intervalos de confiança (IC₉₅) por gênero.

Figura 2 – Índices médios das idades e IC₉₅ por gênero

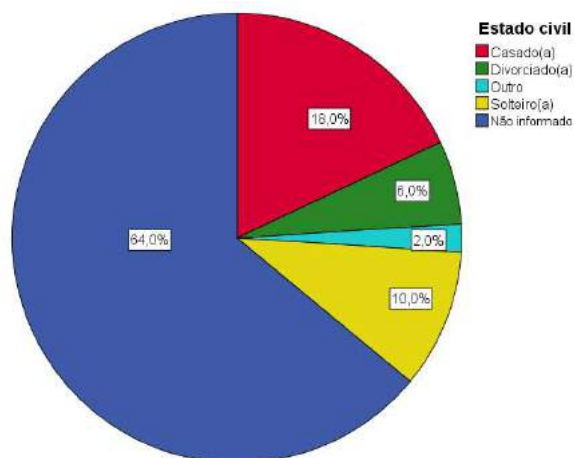


Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

Os médicos apresentam uma média de idade ($36,3 \pm 10,48$) pouco superior à média exibida pelas médicas ($35,2 \pm 10,39$) e com dispersão semelhante.

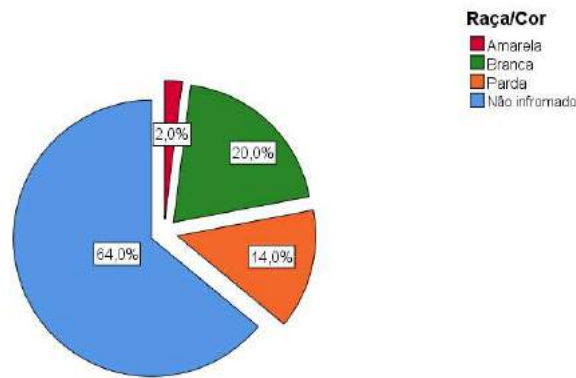
Em relação ao estado civil, nas informações obtidas pelas respostas fornecidas pelos médicos(as) revelam que o predomínio é de casados(as) conforme a figura abaixo.

Figura 3 – Valores de porcentagens da amostra em relação ao estado civil



Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

Figura 4 – Valores de porcentagens da amostra em relação à raça/cor

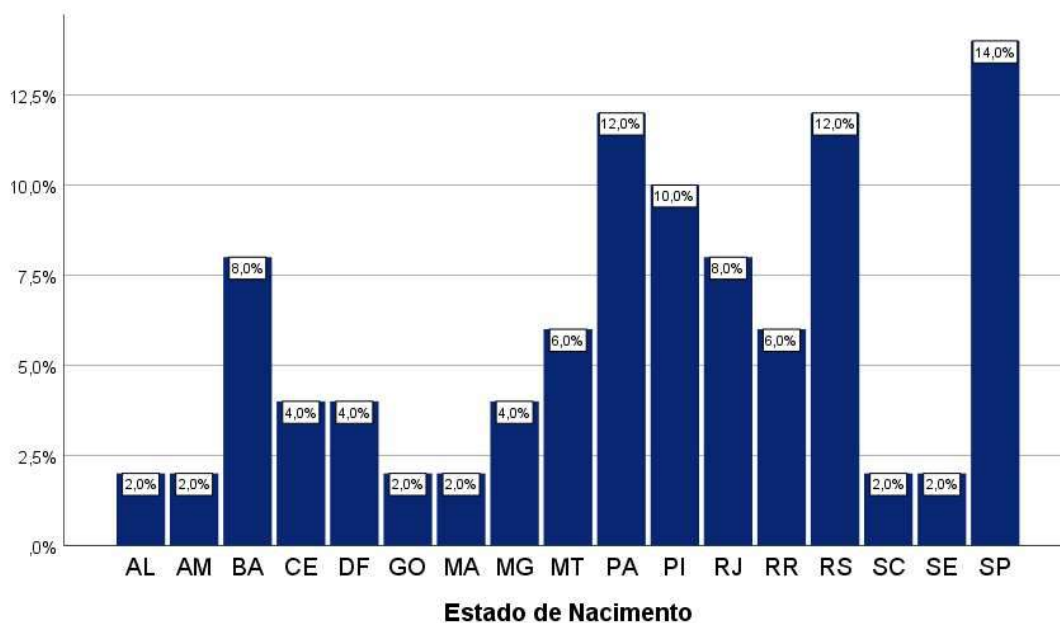


Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

As informações sobre a raça/cor destacam, nessa amostra investigada, o predomínio da raça/cor branca (20,0 %) mas também, chama atenção para a baixa porcentagem de médicos(as) com raça/cor amarela (2,0 %) e a ausência da preta e indígena.

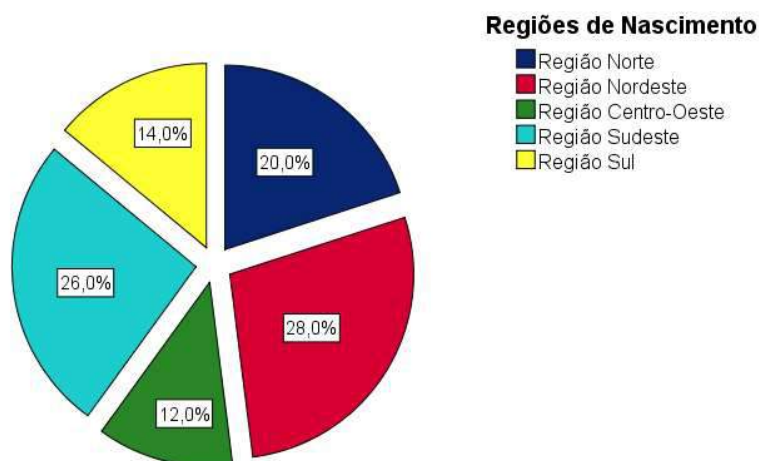
As figuras 5 e 6 apresentam os estados e regiões de nascimento dos médicos(as) brasileiros que participaram do PMM, destacando-se com porcentagens maiores os municípios dos estados de São Paulo (14 %), do Rio Grande do Sul (12 %) e do Pará (12 %).

Figura 5 – Valores de porcentagens em relação ao estado de nascimento dos médicos(as)



Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

Figura 6 – Valores de porcentagens em relação às regiões de nascimento dos médicos(as)

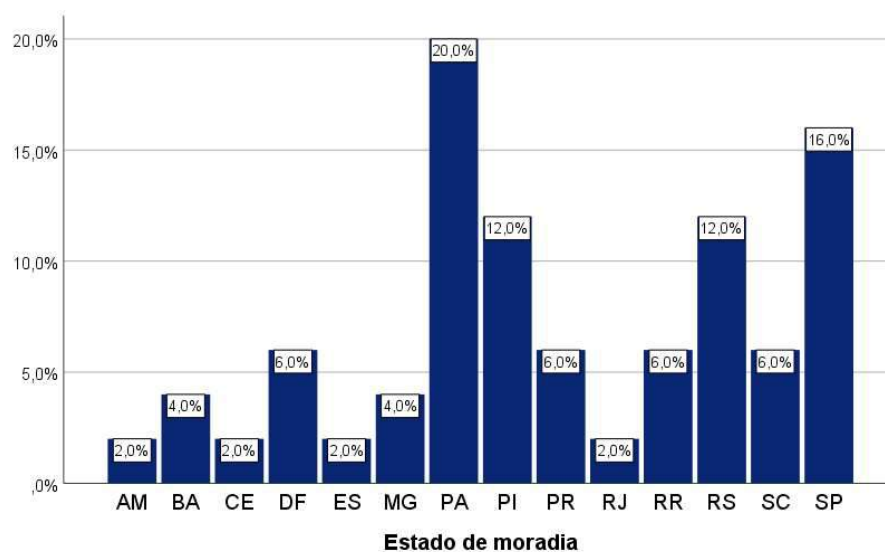


Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

A composição amostral revela porcentagens maiores de médicos(as) nascidos em municípios das regiões Nordeste (28 %) e Sudeste (26 %).

Entretanto, ao verificarmos as respostas sobre os municípios que residem atualmente, constatamos algumas alterações. Conforme os dados apresentados na figura 7.

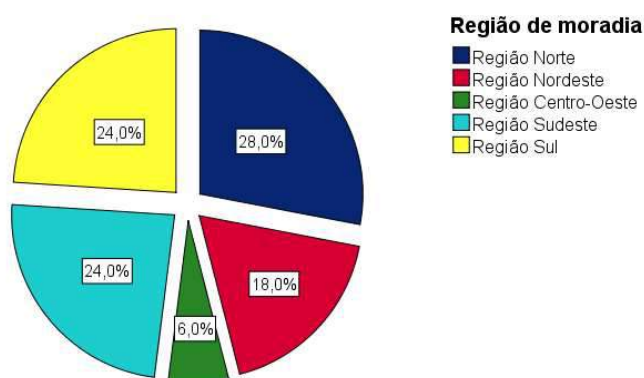
Figura 7 – Valores de porcentagens em relação ao estado de residência atual dos médicos(as)



Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

Destacam-se com maiores porcentagens de moradia os municípios dos estados do PA (20 %), São Paulo (16 %), PI (12 %) e RS (12%). O que também, apresenta alterações para as regiões do país no qual residem atualmente os médicos(as) desta amostra, evidenciando mudanças do local de nascimento para o de moradia atual.

Figura 8 – Valores de porcentagens em relação a região de residência atual dos médicos(as)



Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

De acordo com as porcentagens apresentadas na figura 8, com maiores números de médicos(as) residentes nos municípios correspondem as regiões do Norte (28 %), Sudeste (24 %) e Sul (24 %).

Figura 9 – Porcentagens em relação às mudanças no estado de nascimento e de moradia dos médicos(as)

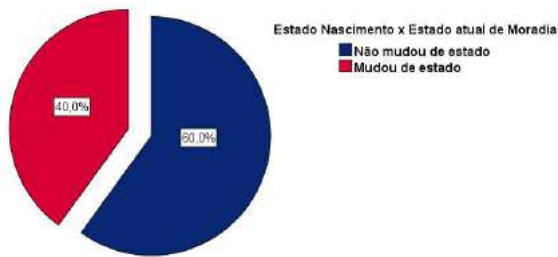
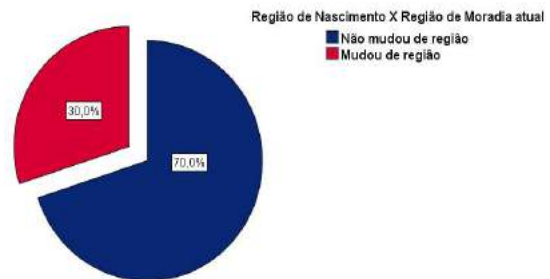


Figura 10 – Porcentagens em relação às mudanças da região de nascimento para região de moradia dos médicos(as)



Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

As figuras 9 e 10 evidenciam que uma porcentagem de médicos(as) mudou de estado no qual nasceu para onde reside atualmente (40 %) e de região de nascimento para região de moradia atual (30 %). Provavelmente, essas mudanças podem estar relacionadas as oportunidades de estudo e emprego, assim como, de melhores condições de vida.

Ainda relacionado a trajetória e perfil dos médicos e médicas que participaram do PMM, apresentaremos dados sobre sua formação acadêmica, instituição formadora e ano de formação.

Figura 11 – Porcentagens em relação ao local de formação – Graduação dos médicos(as)



Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

A figura 11 nos mostra que 46% de médicos(as), quase a metade, realizaram sua formação de graduação em instituições fora do Brasil.

Figura 12 – Frequências de médicos(as) formados por Instituições brasileiras e estrangeiras

Tabulação cruzada Instituição formadora da graduação * Graduação

Contagem

	Graduação		Total
	No Brasil	Fora do Brasil	
CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI Piauí	3	0	3
Centro universitario Unigr Rio de Janeiro	1	0	1
Escola de Medicina e Saude Pública - Bahia	1	0	1
Escola Superior de Ciências da Saúde - ESCS Brasília DF	1	0	1
Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM) Cuba	0	7	7
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO	1	0	1
Faculdade de medicina de Campos dos Goytacazes - RJ	1	0	1
Faculdade Técnico Educacional Souza Marques - RJ	1	0	1
Instituto de ciências médicas de La Habana - Cuba	0	1	1
Pontifícia Universidade Católica PUCRS - Rio Grande do Sul	1	0	1
UDELAR Facultad de Medicina - Montivideo - Uruguai	0	1	1
UnB - Brasília - DF	1	0	1
UNITEPC (universidad técnica privada cosmos) La Paz - Bolívia	0	1	1
Universidad Bolivariana - Caracas - Venezuela	0	1	1
Universidad Católica San Pablo Arequipa - Peru	0	1	1
UNIVERSIDAD CRISTIANA DE BOLÍVIA - UCEBOL Santa Cruz de la Sierra, Bolívia	0	1	1
UNIVERSIDAD DE LA INTEGRACION DE LAS AMERICAS - Asunción, Paraguai	0	1	1
Universidad Nacional Ecológica - Santa Cruz de la Sierra, Bolívia	0	2	2
Universidad Privada Abierta Latino-Americana - Cochabamba, Bolívia	0	1	1
Universidade do Estado do Amazonas	1	0	1
Universidade Abierta Interamericana (UAI) Buenos Aires, Argentina	0	1	1
UNIVERSIDADE CEUMA São Luis, Maranhão	1	0	1
Universidade de São Paulo	1	0	1
Universidade do Estado do Amazonas	1	0	1
Universidade Estadual de Campinas - São Paulo	1	0	1
Universidade Estadual de Londrina PR	1	0	1
Universidade experimental de los llanos romulo gallegos - Venezuela	0	1	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS	1	0	1
Universidade Federal de Campina Grande- Campus Cajazeiras - Pernambuco	1	0	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ	1	0	1
universidade Federal do Espírito Santo	1	0	1
Universidade Federal do Maranhão	1	0	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ	1	0	1
Universidade Federal do Piauí	1	0	1
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)	2	0	2
UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSARIO VELLANO - CAMPI Belo Horizonte, MG	1	0	1
Universidade Maria Auxiliadora - Asunción, Paraguai	0	1	1
Universidade Privada del Valle - Tiquipaya, Bolívia	0	1	1
UNIVERSIDADE UDABOL - La Paz, Bolívia	0	2	2
Total	27	23	50

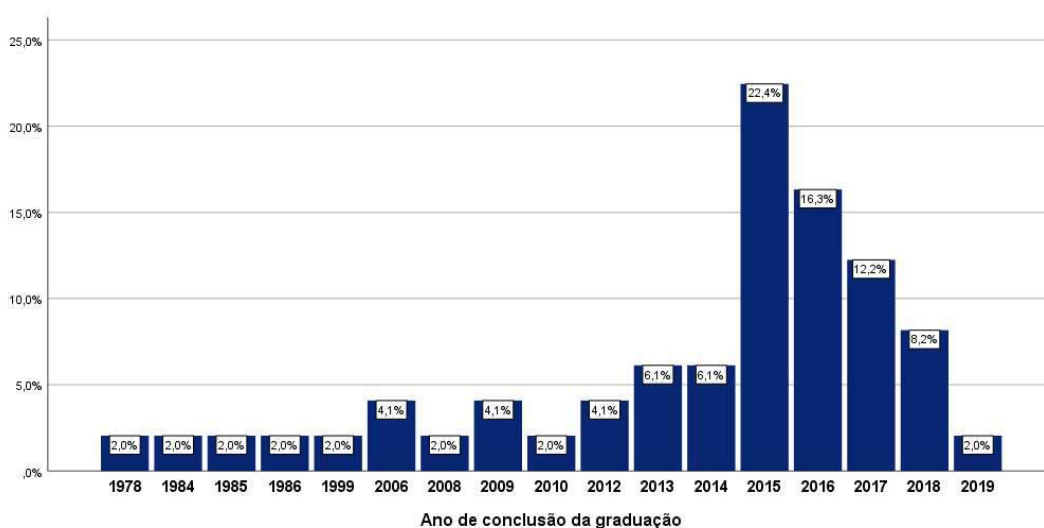
Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

Apresentamos na figura 12 as instituições brasileiras e estrangeiras em que os médicos(as) realizaram sua formação – graduação. Nessa amostra, 50 sujeitos, que responderam o questionário, das instituições aparecem com frequências maiores aparecem destacadamente a ESCUELA LATINOAMERICANA DE MEDICINA (ELAM), Cuba com 7 ocorrências, seguida do CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI Piauí, Brasil com uma frequência menor, 3 ocorrências. Com uma ocorrência de formação de dois médicos(as) aparecem a UNIVERSIDAD NACIONAL ECOLÓGICA - Santa Cruz de La Sierra,

Bolívia, UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS), RS, Brasil e UNIVERSIDADE UDABOL - La Paz, Bolívia. As demais instituições apresentaram ocorrências de um médico(a) brasileiro em sua formação.

Relativo ao ano de conclusão da graduação prevaleceu o ano de 2015 (22,4 %). Destacando-se também, os médicos e médicas que concluíram sua graduação nos anos de 2016 (16,3 %) e 2017 (12,2 %). Nos demais anos as ocorrências foram abaixo de 10 % conforme os dados apresentados na figura 12.

Figura 13 – Porcentagens de médicos(as) por ano de conclusão de Graduação

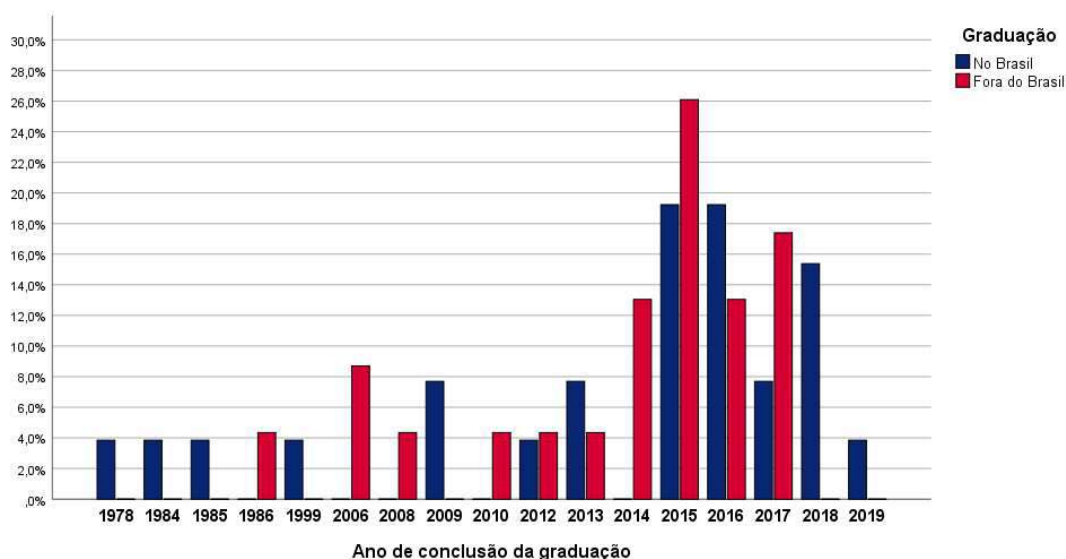


Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

Os resultados evidenciam que os médicos(as) egressos do PMM, dessa amostra, mais da metade (61,1 %) concluíram sua graduação em um período mais recente entre 2015 e 2019.

Esse perfil não se altera muito ao relativizarmos o ano de conclusão da graduação pela formação em instituições brasileiras e estrangeiras.

Figura 14 – Porcentagens de médicos(as) por ano de conclusão de Graduação em relação ao local de formação

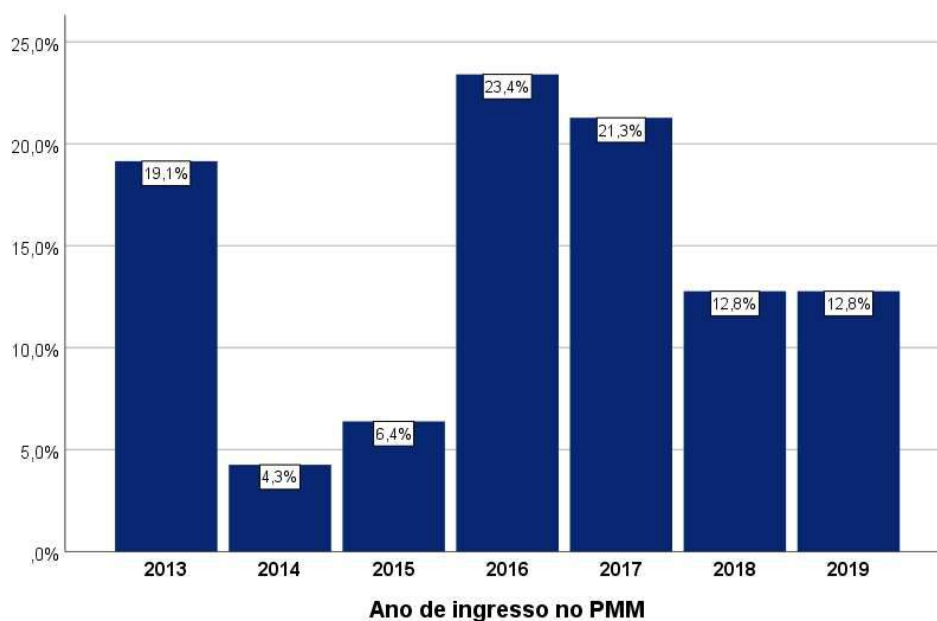


Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

As ocorrências maiores de médicos(as) que concluíram sua graduação, ainda ocorrem nos anos de 2015 a 2018. No entanto, chama a atenção as porcentagens maiores dos médicos(as) formados em instituições fora do país nos anos de 2015 (26 %) e 2017 (17 %).

Em relação à inserção no PMM, procuramos descrever o ano de ingresso e ano de saída do PMM, revelando o tempo de permanência no PMM. Identificamos o tipo de serviço que médicos(as) atuaram no PMM, o local de atuação e se ele é diferente para o de residência atual, os motivos para o ingresso no Programa Mais Médicos, suas experiências na área de saúde e formação antes de atuar no PMM, seu trabalho após sair do programa, seu vínculo empregatício, sua remuneração e carga horária.

Figura 15 – Porcentagens de médicos(as) em relação ao ano de ingresso no PMM

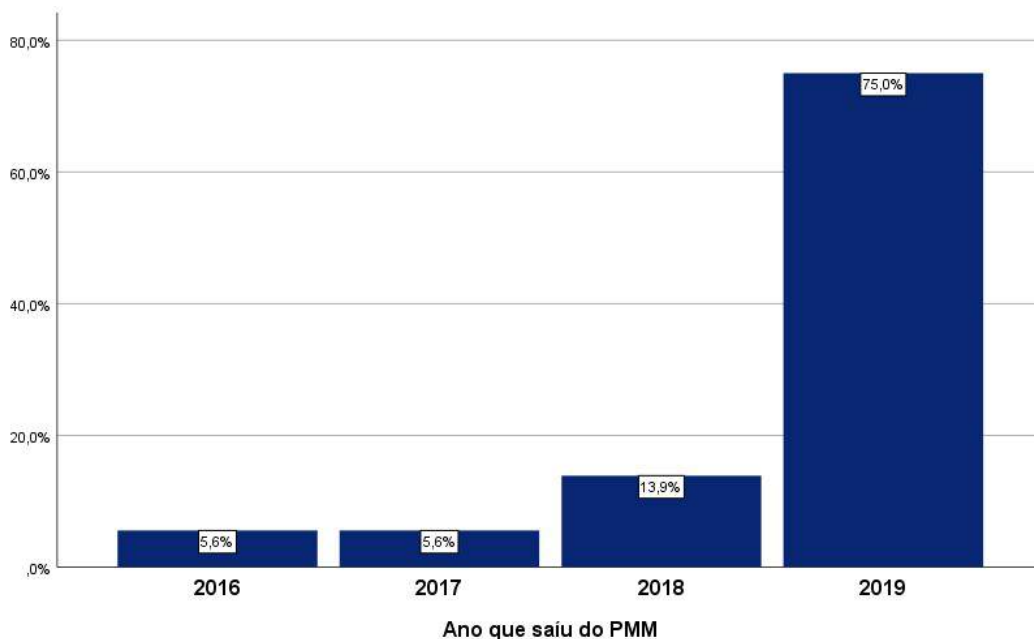


Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

Como podemos observar na figura 15, os anos de maior ocorrência de ingresso dos médicos(as) no PMM foram em 2016 (23,4 %), 2017 (21,3 %) e no início do Programa Mais Médicos que foi em 2013 (19,1 %). Importante destacar que os anos de ingresso tem uma relação com os anos de conclusão da graduação com maiores porcentagens, um ano anterior, 2015 e 2016.

Quanto ao ano em que os médicos(as) saíram do PMM encontramos o seguinte perfil apresentado na figura 16. Destacando-se uma prevalência de saída no ano de 2019 (75 %), bem abaixo aparece com porcentagem o ano de 2018 (13,9 %). Os demais anos apresentaram ocorrências baixas de saída do programa, com porcentagens inferiores a 10 %.

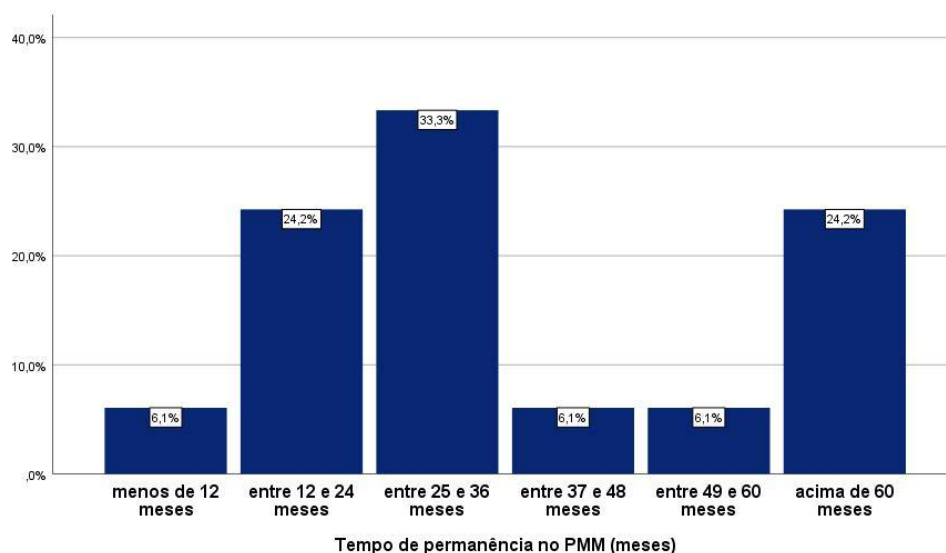
Figura 16 – Porcentagens de médicos(as) em relação ao ano de saída do PMM



Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

Ao verificarmos as diferenças entre as datas de ingresso e de saída do PMM, constatamos o tempo de permanência dos médicos(as) no programa. Em média os médicos(as) permaneceram no PMM $38,76 \pm 22,85$ meses, com uma amplitude entre 5 e 80 meses.

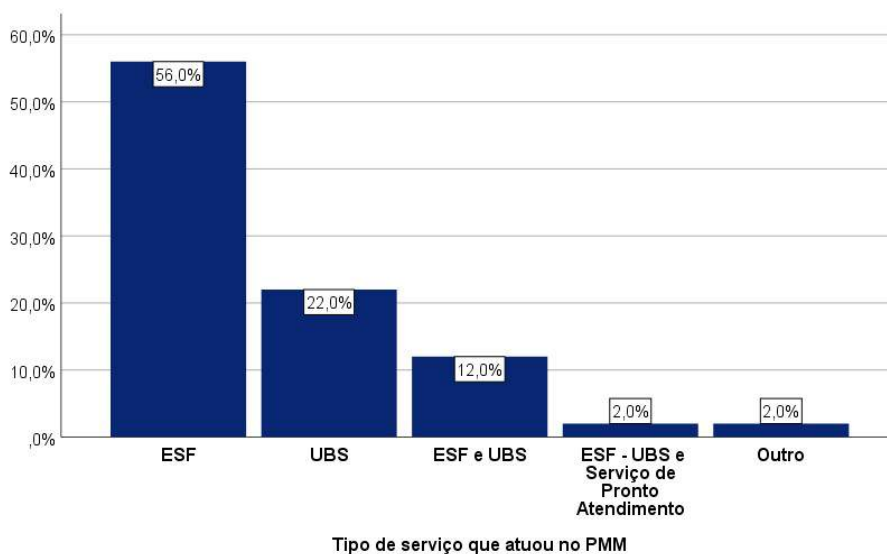
Figura 17 – Porcentagens relativas ao tempo de permanência dos médicos(as) no PMM



Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

A figura 17 apresenta o tempo de permanência em intervalos de meses, no qual podemos observar que predomina o intervalo de tempo entre 25 e 36 meses (33,3 %) correspondente entre dois a três anos atuando no PMM. Com uma percentagem mais baixa (24,2 %) destacam-se dois intervalos de tempo, entre 12 e 24 meses e acima de 60 meses, mais de cinco anos no PMM.

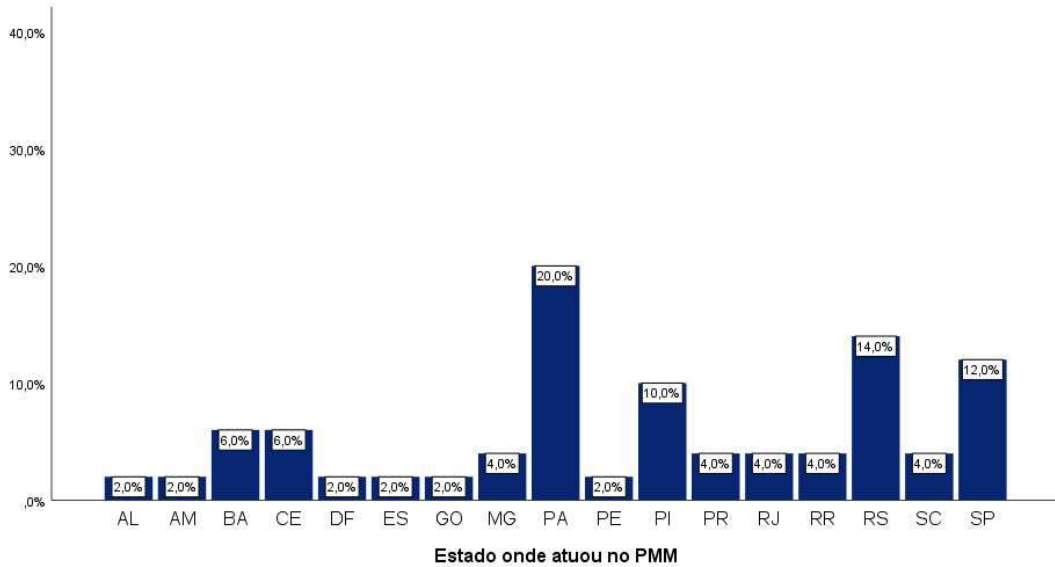
Figura 18 – Percentagens relativas ao tipo de serviço que atuou no PMM



Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

Os médicos(as) quando ingressaram no PMM atuaram em determinados serviços, na figura 18 podemos identificar dos médicos em relação ao tipo de serviço que atuou, destacando-se, com maior percentagem, a Estratégia de Saúde da família ESF (56,0 %), seguida da Unidade Básica de Saúde UBS (22 %) e o trabalho efetuado nas duas em conjunto ESF e UBS (12 %). As demais atividades apresentaram percentagens muito baixas.

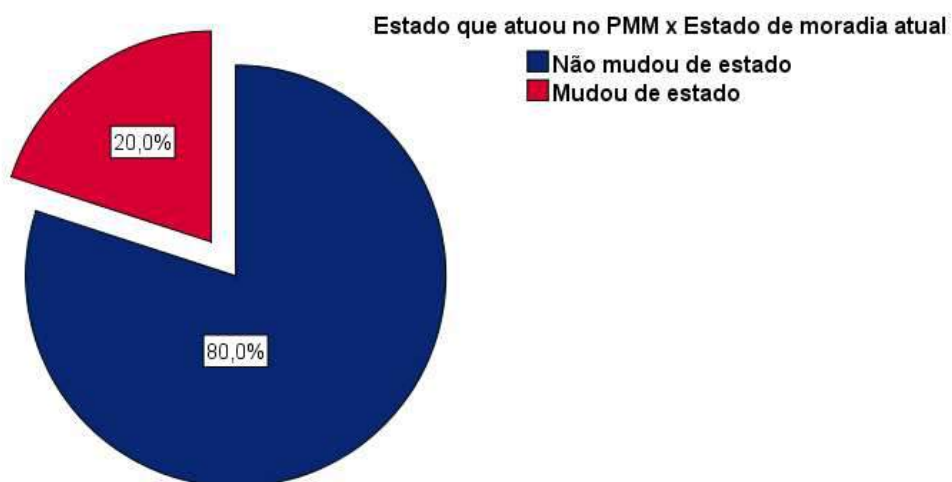
Figura 19 – Porcentagens relativas ao estado onde atuou no PMM



Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

Em relação ao local onde o médico atuou no PMM, verificamos com base nos dados apresentados na figura 19 que três estados apresentaram porcentagens maiores que os demais, destacando-se em primeiro PA (20 %) seguido pelo RS (14 %) e SP (21 %). Ao compararmos o estado de moradia atual dos médicos(as) com os estados que atuaram no PMM verificamos que 20 % mudaram de estado, após sua saída do programa, conforme a figura

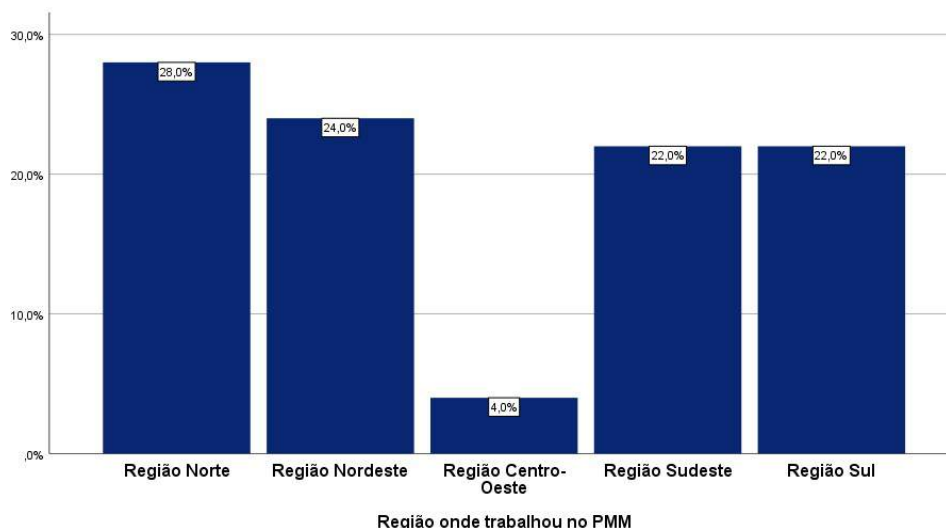
Figura 20 – Valores de porcentagens relativas à permanência de morar no estado que atuou no PMM



Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

A atuação dos médicos(as) no PMM, considerando a região, apresenta a seguinte configuração, conforme a figura 21. As ocorrências maiores foram nas regiões do Norte (28 %) e Nordeste (24 %). Com porcentagens pouco abaixo (22 %) aparecem as regiões Sudeste e Sul.

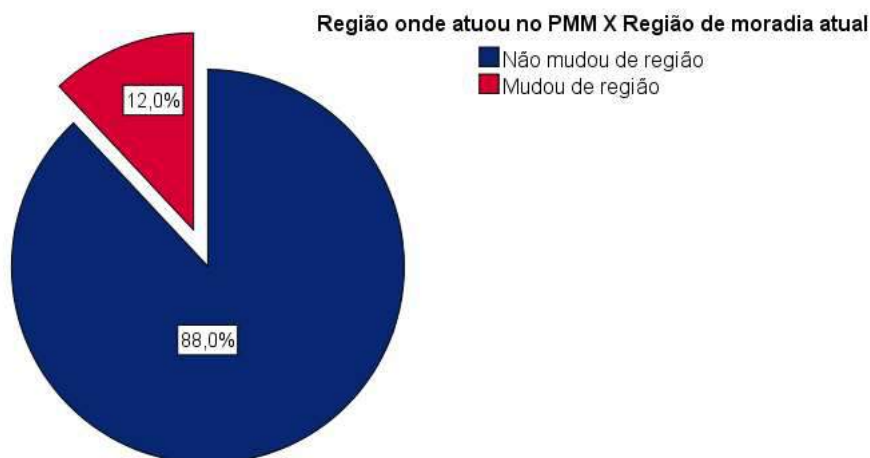
Figura 21 – Porcentagens relativas à região onde atuou no PMM



Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

Assim como as mudanças do local de estado onde trabalhou para onde reside atualmente, verificamos conforme apresentado na figura 22, que em relação a região onde atuou pelo PMM 12 % mudaram para residir em um município de outra região.

Figura 22 – Valores de porcentagem relativas à permanência de morar na região que atuou no PMM



Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

Ao investigarmos sobre os motivos que levaram os médicos(as) ingressarem no PMM, conforme a figura 23 identificamos três motivos que se destacaram com maior ocorrência, “atuar na atenção primária” (67,74 %), “Fazer diferença na vida das pessoas em territórios mais vulneráveis” (56,45 %), “pelo salário/remuneração” (45,16 %). No entanto, os motivos com menor apreciação, ou de menor relevância para aderirem ao programa correspondem a “dificuldade em ingressar na residência médica” (4,84 %) e “pela supervisão do trabalho” (8,06 %).

Figura 23 – Frequências e porcentagens relativas aos motivos para inserção no PMM

Quais foram os motivos para inserção no PMM?	Qtd	Qtd %
Atuar na atenção primária	42	67.74 %
Fazer diferença na vida das pessoas em territórios mais vulneráveis	35	56.45 %
Iniciar imediatamente a prática médica	23	37.10 %
Pelo desafio profissional	16	25.81 %
Pelo interesse na relação médico-paciente	26	41.94 %
Pelo interesse em trabalhar em equipe multiprofissional	26	41.94 %
Pela dificuldade em ingressar na residência médica	3	4.84 %
Pela proximidade do domicílio de origem	10	16.13 %
Pelo desafio de viver e trabalhar em uma outra região distante do domicílio de origem	8	12.90 %
Pelo salário/remuneração	28	45.16 %
Pela supervisão do trabalho	5	8.06 %
Pela possibilidade de aperfeiçoamento	17	27.42 %
Pela qualidade de vida	16	25.81 %
Pelo equilíbrio entre profissão e vida pessoal	23	37.10 %
Pela disponibilidade de recursos para aperfeiçoamento e educação continuada	19	30.65 %
Para fazer parte de um sistema de saúde que dê assistência adequada à população	25	40.32 %
Outro	8	12.90 %

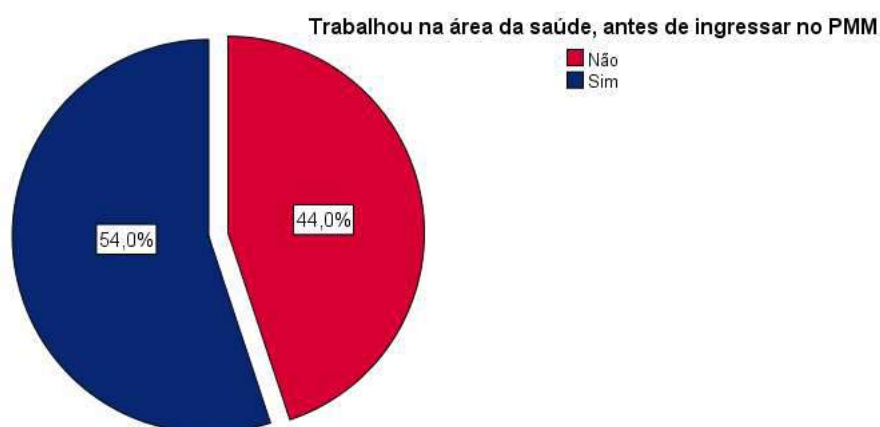
Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

Outros motivos que não constavam nas opções de resposta

Amor pelo que faço e pelo que me especializei
Isenção imposto renda
Pela estabilidade de não haver atrasos no pagamento
Proximidade do local de trabalho do meu esposo

Levando em consideração as experiências de trabalho na área da saúde anteriores ao ingresso no PMM, encontramos um perfil equilibrado. Conforme a figura 24 mais da metade dos médicos(as) dessa amostra tinham experiências em trabalhos realizados na área da saúde (54 %), porém, 44 % afirmaram que não haviam trabalhado na área da saúde antes de ingressarem no PMM.

Figura 24 – Percentagens referentes a atuação na área da saúde antes da inserção no PMM



Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

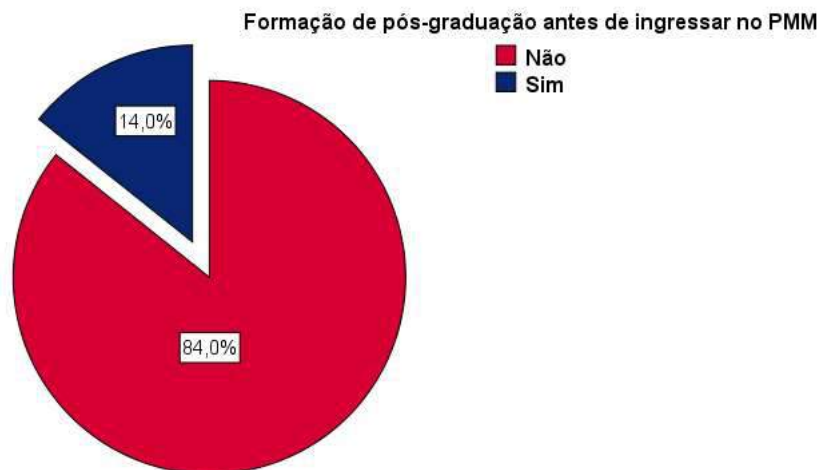
Quadro 01 - Percentagens de médico(as) em relação aos serviços que trabalharam antes de ingressar no PMM e por quanto tempo de experiência no serviço

Serviços – área da saúde	Menos de 1 ano	De 1 a 3 anos	De 3 a 6 anos	Mais de 6 anos
Estratégia Saúde da Família - ESF	12,0 %	12,0 %	4,0 %	-
Unidade Básica de Saúde – UBS	2,0 %	12,0 %	4,0 %	2,0 %
Serviço de pronto atendimento	24,0 %	4,0 %	2,0 %	6,0 %
Hospital geral	12,0 %	6,0 %	6,0 %	6,0 %
Ambulatório	4,0 %	-	6,0 %	4,0 %
Consultório privado	2,0 %	2,0 %	4,0 %	2,0 %
Cargos de Gestão no SUS	4,0 %	2,0 %	-	-
Residência e docência	2,0 %	2,0 %	2,0 %	-

Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

Quanto ao perfil dos médicos(as) em relação a sua formação de pós-graduação antes de ingressar no PMM verificamos, com base nos dados da figura 25, que a grande maioria não havia realizado cursos de pós-graduação (84 %) apenas uma porcentagem pequena apresentou essa formação (14 %). Provavelmente, deve estar relacionado ao ano de conclusão da graduação, faixa etária e tempo disponível para sua realização.

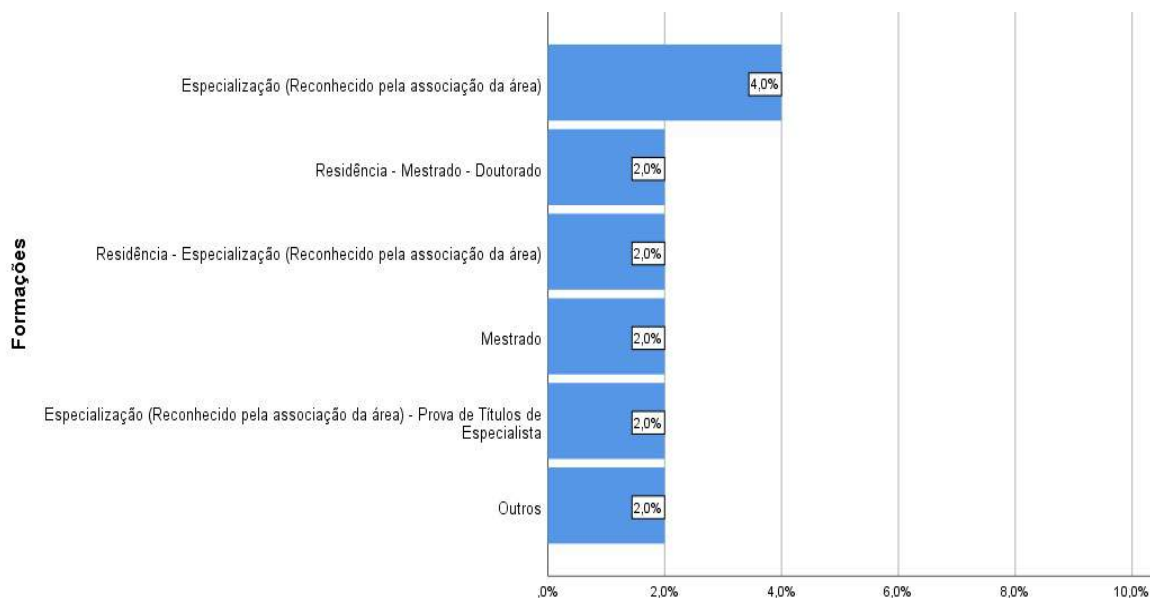
Figura 25 – Percentagens referentes a formação de pós-graduação antes da inserção no PMM



Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

Os médicos(as) que realizaram formação (14%) apresentaram as seguintes formações, conforme Figura 26.

Figura 26 – Porcentagens referentes à formação de pós-graduação realizada antes da inserção no PMM



Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

Entre as formações, a especialização foi a que se destacou (4%), com as seguintes áreas:

Área de especialização	%
Dermatologia	2,0%
Ginecologia	2,0%
Medicina da família e comunidade	2,0%
Medicina familiar	2,0%
Medicina Geral Integral	2,0%
Medicina Geral Integral	2,0%
Pediatria	2,0%
Saúde da Família	2,0%

Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

Ainda dentro da trajetória e perfil dos médicos(as) que atuaram no PMM, verificamos o itinerário do médico após sua saída do programa em relação ao segmento de atuação profissional na área da saúde. A figura 27 revela que 38 % não seguiram trabalhando na área da saúde após terem saído do PMM, enquanto 62% continuaram nessa área, porém, 4 % apenas por um período.

Figura 27 – Porcentagens referentes a continuidade dos médicos(as) no trabalho na área da saúde após a saída do PMM



Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

Figura 28 - Municípios em que os médicos continuaram a trabalhar na área da saúde

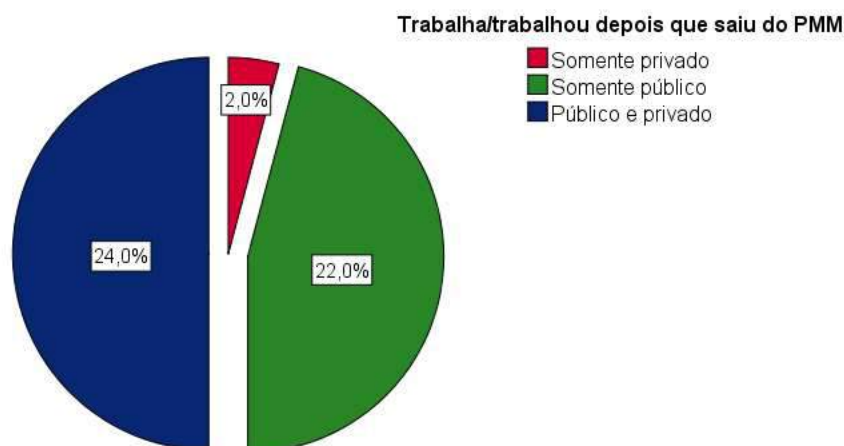
Em qual ou quais Municípios

	Frequência	Porcentagem
Válido	24	48,0
Alenquer	1	2,0
Barueri	1	2,0
Belém	1	2,0
Boa Vista	1	2,0
Bom Jesus da Lapa - Salvador	1	2,0
Brasília	3	6,0
Campo Belo do Sul	1	2,0
Esperantina - Madeiro	1	2,0
Eunápolis	1	2,0
Floresta do Araguaia	1	2,0
Guarulhos	1	2,0
Itacoatiara	1	2,0
Juazeiro do Norte	1	2,0
Marabá	1	2,0
Monte Alegre	1	2,0
Parnaíba	1	2,0
Porto Alegre	2	4,0
Quedas do Iguaçu	1	2,0
Santana do Livramento	1	2,0
Santo André - São Bernardo do Campo - São Caetano do Sul	1	2,0
Teresina	2	4,0
Vitória	1	2,0
Total	50	100,0

Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

Em relação à trajetória dos médicos e médicas, no seguimento de suas carreiras profissionais, inquerimos sobre o tipo de serviço que atuaram após sua saída do PMM, público, privado ou em ambos. Na figura 29 fica evidenciado que a opção por trabalhar no público e privado é a que ocorreu com maior frequência (24,0 %) seguida do trabalho realizado apenas na rede pública. Com uma porcentagem muito pequena aparece o trabalho na rede privada. Cabe ressaltar que 52% não responderam esse item.

Figura 29 – Porcentagens referentes ao trabalho após a saída do PMM



Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

Quadro 2 – Serviços que desempenharam e porcentagens relativas ao tempo de atuação

Serviços – área da saúde	Menos de 1 ano	De 1 ano a 3 anos	De 3 anos a 6 anos	Mais de 6 anos
Estratégia Saúde da Família - ESF	12,0 %	8,0 %	-	-
Unidade Básica de Saúde - UBS	12,0 %	8,0 %	-	-
Serviço de pronto atendimento	10,0 %	12,0 %	-	-
Hospital geral	10,0 %	12,0 %	4,0 %	-
Ambulatório	14,0 %	8,0 %	-	-
Consultório privado	-	-	-	-
Cargos de Gestão no SUS	2,0 %	2,0 %	-	-
Residência e docência	-	-	-	-

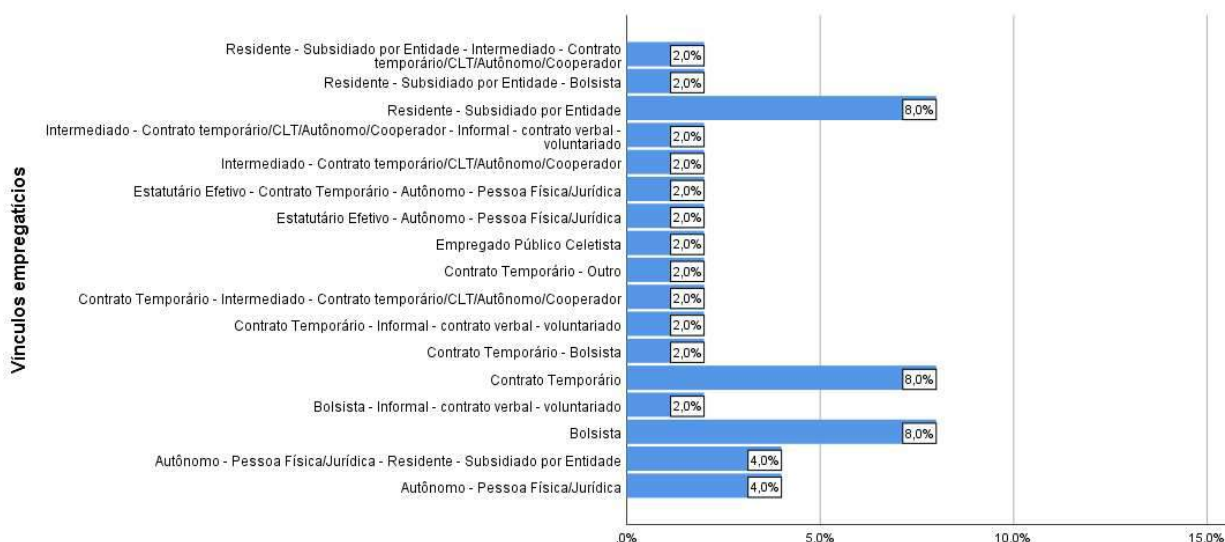
Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

Outro
Continuo trabalhando no PMM
Demais cenários da Residência Médica
Médico no PMM por liminar ganha pela prefeitura de Boa Vista

Quanto ao credenciamento do médico à um plano de saúde apenas 6 % respondeu que é credenciado, já em relação ao seu vínculo empregatício encontramos o seguinte perfil apresentado na figura 30. Destacam-se três tipos de vínculos

apresentados pelos médicos com maiores porcentagens (8 %) são eles: residente subsidiado por entidade; Contrato temporário e bolsista. Logo a seguir, com porcentagens mais baixas (4 %) aparecem médicos(as) com vínculo autônomo pessoa física/jurídica residente subsidiado por entidade e só autônomo pessoa física/jurídica. Nos demais tipos de vínculos, apenas uma ocorrência em cada um (2 %).

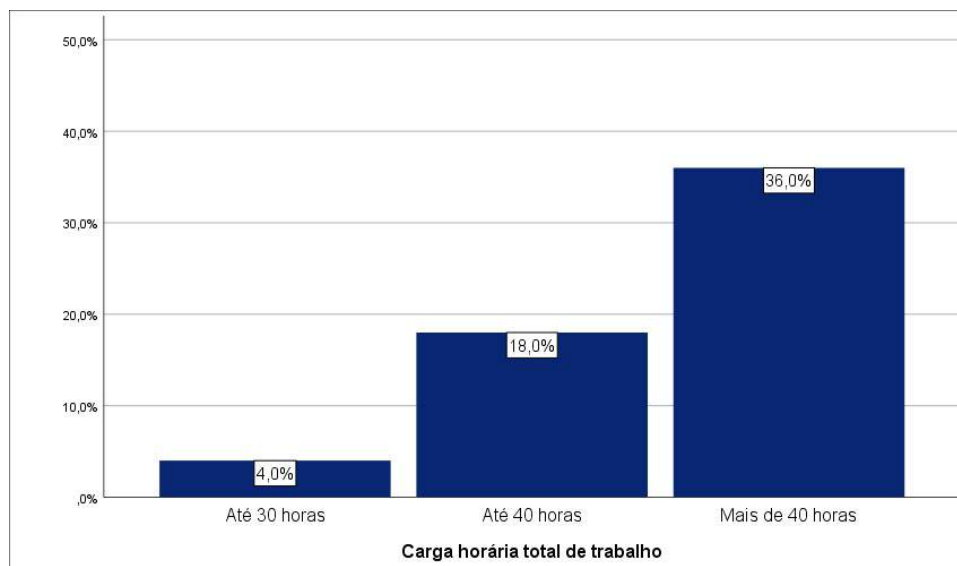
Figura 30 – Porcentagens referentes aos tipos de vínculos empregatício dos médicos(as)



Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

A quantidade de horas trabalhadas, referida pela amostra investigada, revela que 36 % trabalham mais de 40 horas semanais, 18 % trabalham até 40 horas e apenas uma porcentagem pequena 4 % trabalha até 30 horas. Evidenciando uma carga de trabalho elevada nessa categoria, principalmente por atuar em diferentes frentes de trabalho.

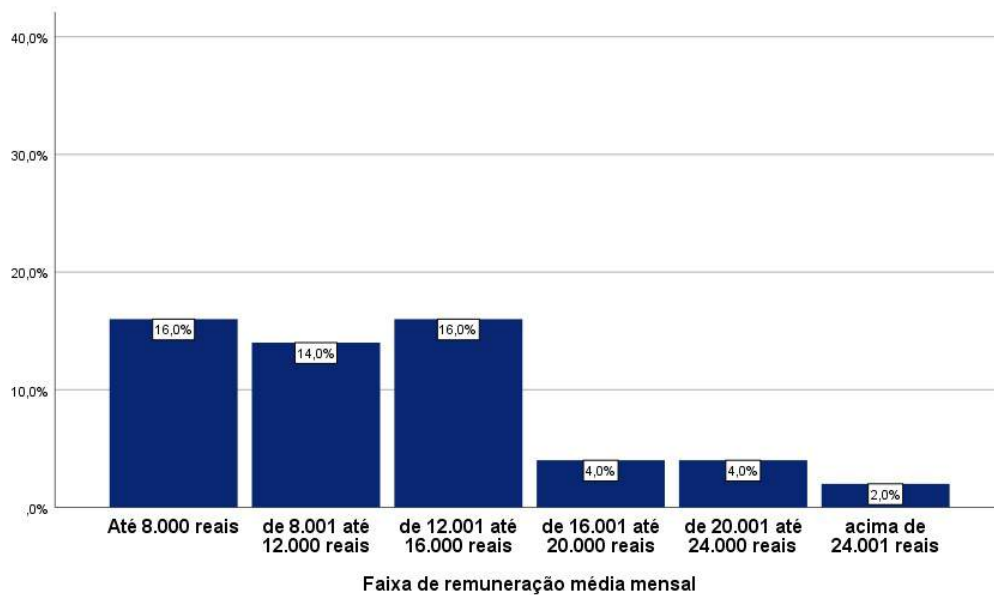
Figura 31 – Porcentagens referente à carga horária total de trabalho dos médicos(as)



Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

Quando inquerido sobre a sua faixa de remuneração média mensal, as respostas apresentaram uma dispersão nas categorias salariais. As ocorrências foram maiores nas faixas salariais mais baixas, variando de 8 mil reais à 16 mil reais, somando quase a metade (42 %) dos respondentes. A figura 32 apresenta as faixas de remuneração média mensal dos médicos(as), no qual, podemos verificar que predominam duas faixas até 8 mil reais e de 12 mil até 16 mil reais com 16 %, logo abaixo com 14 % aparece a faixa dos médicos que tem renda média entre 8 mil e 12 mil reais. As demais faixas de remuneração, que são mais altas, com valores acima de 16 mil mensais, as percentagens de ocorrências foram abaixo de 4%.

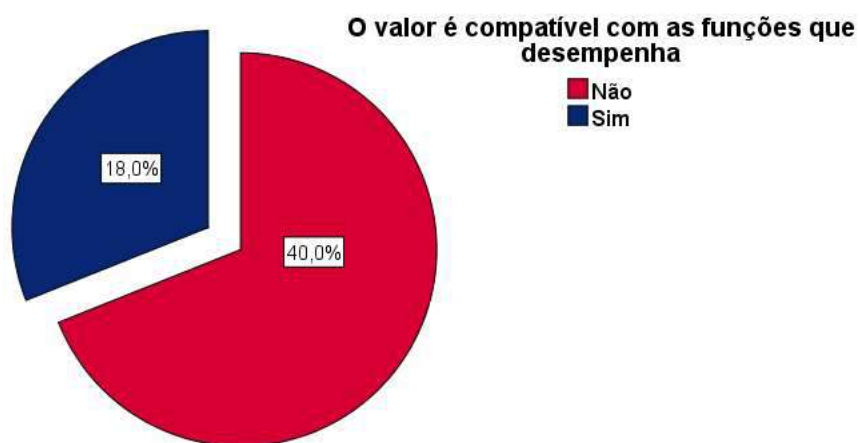
Figura 32 – Porcentagens referente à faixa de remuneração média mensal dos médicos(as)



Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

Perguntado aos médicos(as) se essa faixa de remuneração salarial é compatível com as suas funções desempenhadas, os valores apresentados na figura 33 revelam a insatisfação dos médicos(as) com suas remunerações. 40 % afirmam que não é compatível com as funções que desempenham e apenas 18 % referem que estão satisfeitos com sua faixa de remuneração.

Figura 33 – Porcentagens referente à faixa de remuneração média mensal dos médicos(as)

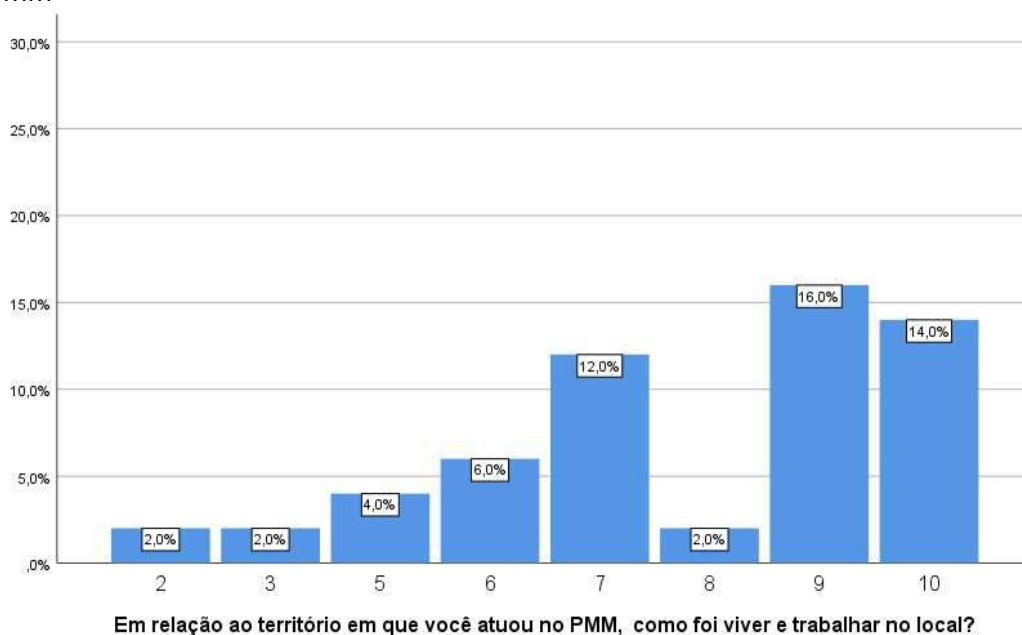


Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

No atendimento do objetivo específico, no qual, pretendemos identificar mudanças no interesse de fixação em lugares de difícil acesso, o instrumento de investigação apresenta um conjunto de questões que se referem ao viver no local onde trabalha no PMM.

Em uma avaliação do território de atuação no PMM, os médicos(as) em sua maioria (51 %) consideraram que viver e trabalhar nesse local variou entre julgamentos entre razoável à excelente. Conforme os dados apresentados na figura 34, as porcentagens que se destacam correspondem à uma avaliação positiva, 16% muito bom e 14 % excelente e as avaliações negativas são inferiores a 10 % em sua soma.

Figura 34 – Porcentagens referente à avaliação de como foi viver e trabalhar no local onde atuou no PMM



Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

Avaliações Positivas

Em relação ao território em que você atuou no PMM, como foi viver e trabalhar no local?
A cidade me acolheu maravilhosamente bem, e é um ótimo lugar para viver.
A equipe era boa e tinha muita vontade de ajudar a população.
A equipe multidisciplinar da unidade era extremamente disponível e unida. Havia residentes da atenção primária nas áreas de enfermagem e nutrição, o que qualificava o atendimento, além de uma crescente participação da Feevale dentro da unidade.
A relação com a comunidade foi ótima.
Boa aceitação da população
Em uma delas, havia um certo grau de periculosidade; na outra, havia pouca estrutura de acesso.
Eu sou uma pessoa simples do interior do Pará, gosto de meu estado, tenho o prazer de trabalhar na atenção básica, é desafiador, há problemas, tenho felicidade em ser médico.
Foi muito gratificante pode contribuir com a saúde da comunidade do município da Serra-ES
Me sentia útil à população. Devido boa remuneração não precisava assumir muitas horas de trabalho em plantão.
trabalhava perto da minha casa e a equipe no qual eu trabalhava e excelente

Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

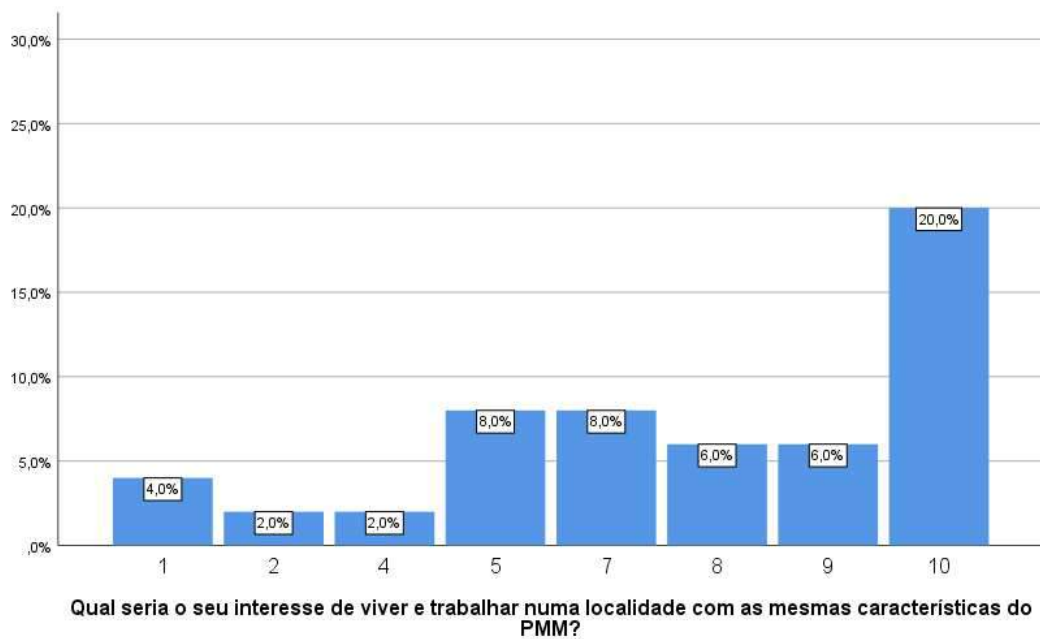
Avaliações negativas

Em relação ao território em que você atuou no PMM, como foi viver e trabalhar no local?
Uma desvantagem era o fluxo intenso de pacientes, o que gerava atendimentos informais e muitas vezes apressados. Algumas influências políticas também causavam desconforto na equipe, principalmente pessoas relacionadas ao legislativo que costumavam descreditar o nosso atendimento como forma de autopromoção.
A gestão da saúde, na pessoa da secretária de saúde, não tinha bom relacionamento com grande parte dos profissionais o que tornou desgaste o trabalho com o passar dos dias.
As duas vezes que entrei no programa mais médicos não tive a possibilidade de viver no mesmo local de trabalho. Por questões econômicas entrei no programa e continuei morando na minha residência, 80km do município em que trabalhava. Tentei transferência para minha cidade, onde moro, mas mesmo tendo vagas disponíveis não foi possível a transferência.
Diariamente sem água, sem energia, sem internet, sem segurança, sem calçadas, preço de produtos alimentares dobro e triplo preço de qualquer capital. Péssimas condições de moradia. Ausência de mão de obra qualificada. Prefeitura não paga contrapartida.
Em uma delas, havia um certo grau de periculosidade; na outra, havia pouca estrutura de acesso.
Havia empecilhos por parte da prefeitura na implementação da estratégia da saúde da família, além da falta de materiais e estrutura para o desenvolvimento do trabalho requerido.
Local de difícil acesso, com a necessidade de deslocamento apenas por avião um barco. Gestão liderada por pessoas com dificuldade em entender o programa (particpei do último ciclo do PROVAB).
Local precário, com pouca assistência da gestão na hospedagem.
Longe da cidade e longe do meu filho
NÃO HAVIA UMA ÁREA DETERMINADA DE ATUAÇÃO, CHEGUEI FICAR SOZINHO POR 2 MESES NA UBS, PELA FALTA DE OUTROS MÉDICOS.
No período iniciou uma disputa de pontos de tráfico na região e uma vez tivemos que sair a tarde, acompanhadas pela guarda municipal pois havia um toque de recolher na comunidade. A violência era um gerador de estresse na equipe
Trabalho numa cidade, mas a família fica na outra.

Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

Referente ao interesse dos médicos(as) voltarem a residir e trabalhar em um local com características semelhantes ao território onde atuou no PMM a resposta dos médicos foi positiva. A prevalência, conforme a figura 35, 20 % dos médicos apresentaram total interesse em voltar a viver e trabalhar em um local com as mesmas características do PMM. Logo abaixo os valores que representam entre razoável interesse (5) a muito interesse (9) variaram entre 8 % e 6 %, somando 28% das ocorrências. Já os índices negativos, no qual, o interesse seria baixo ou nenhum as ocorrências foram baixas, entre 2% e 4 % e sua soma não atingem 10 % da amostra de médicos(as) que responderam esse item.

Figura 35 – Porcentagens referente a avaliação do interesse de viver e trabalhar no local com as mesmas características do PMM



Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

Comentários Positivos

Qual seria o seu interesse de viver e trabalhar numa localidade com as mesmas características do PMM?
Aprendi a gostar de comunidades pequenas e que posso desenvolver um excelente trabalho na especialidade na qual atuo (US) em áreas geográficas difíceis. Nessas áreas, encontra-se maior remuneração, menor concorrência e, o principal, a possibilidade de se ter um especialista focal em uma área (no Amazonas) na qual, outrora, seria impossível. A relação interior-capital é semelhante a uma criança com a cabeça grande (Manaus) e o corpo magrelo (interior): o programa me fez ver que há mercado (economia) e altruísmo em se estar em um lugar remoto.
Embora a infraestrutura seja precária, a qualidade de vida no interior é muito melhor que em um grande centro.
Gostaria de mostrar meu trabalho e meu interesse em melhorar a saúde de uma população numa segunda oportunidade
Mesmo com todas as dificuldades que encontro no trabalho é muito gratificante ajudar essa população, ajudar o próximo que está tão distante de qualquer recurso.
NA CIDADE DE CAMPO BELO DO SUL, POIS A ATMOSFERA É IDEAL, PERFEITA, OS COLEGAS E A GESTORA DO MUNICÍPIO SÃO NOTA 10. OUTRO MUNDO, EM TODOS OS SENTIDOS.PENA QUE NÃO PUDE FAZER PARTE DO MAIS MÉDICOS NESSA CIDADE

Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

Comentários Negativos

Qual seria o seu interesse de viver e trabalhar numa localidade com as mesmas características do PMM? comentar a sua resposta

Devido ao trânsito, trabalhando perto da minha casa e melhor, pelo horário de pique no trânsito

Em certos locais a limitação de atual é tão grande que seria mais custo efetivo investir em saneamento básico para depois pensar em colocar um enfermeiro ou médico de saúde da família.

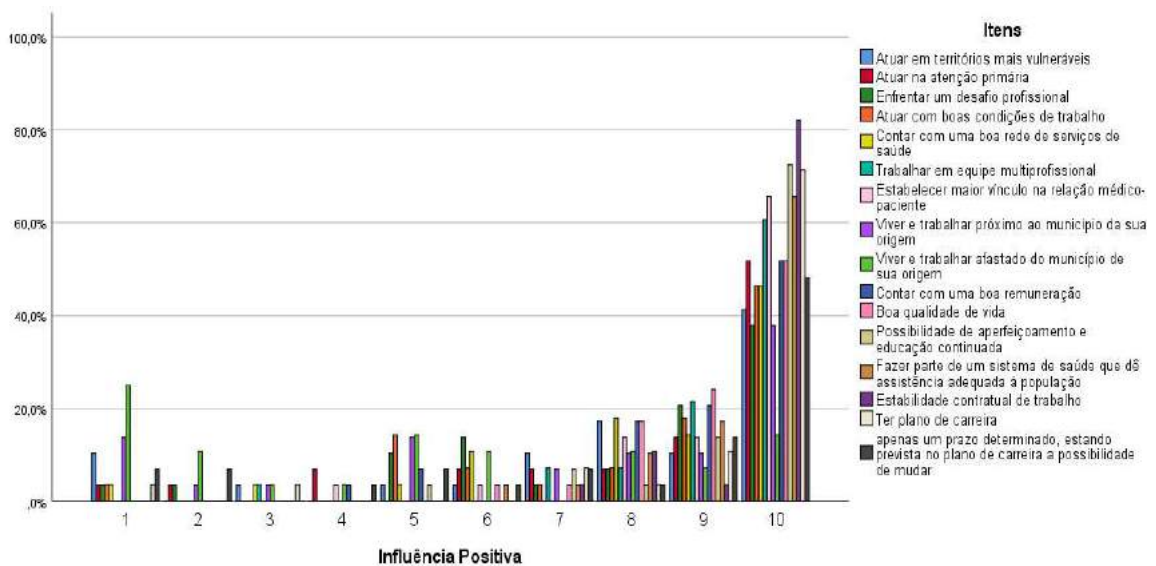
No momento, já estou terminando minha residência de acesso direto e escolhi me especializar em terapia intensiva.

Se fosse remunerado razoavelmente e ficasse mais ou menos a mesma distância, pensaria nisso.

Se tivesse a mesma remuneração para trabalhar em Bragança, que a que tenho trabalhando na grande São Paulo. Não pensaria 2 vezes em voltar para Bragança Paulista.

Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

Figura 36 – Porcentagens referente a avaliação dos itens como fator positivo para voltar a viver e trabalhar no local com as mesmas características do PMM



Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

De forma geral, podemos constatar que todos os itens apresentaram uma prevalência em sua ocorrência na avaliação positiva, correspondente com um item extremamente influente na possibilidade de voltar a viver e trabalhar em local com as mesmas características do PMM. Apresentam porcentagens que variam entre 38 % e 82 %, com exceção do item “viver e trabalhar afastado do município de sua origem” (37,9 %) mas que apresentou 25 % de ocorrência na avaliação negativa como um fator sem influência nessa decisão. Os itens considerados de maior influência positiva foram:

1º Estabilidade contratual de trabalho (82,1 %)

2º Possibilidade de aperfeiçoamento e educação continuada (72,4 %)

3º Ter plano de carreira (71,4 %)

4º Estabelecer maior vínculo na relação médico-paciente (65,5 %).

Outros itens sugeridos pelos médicos(as)

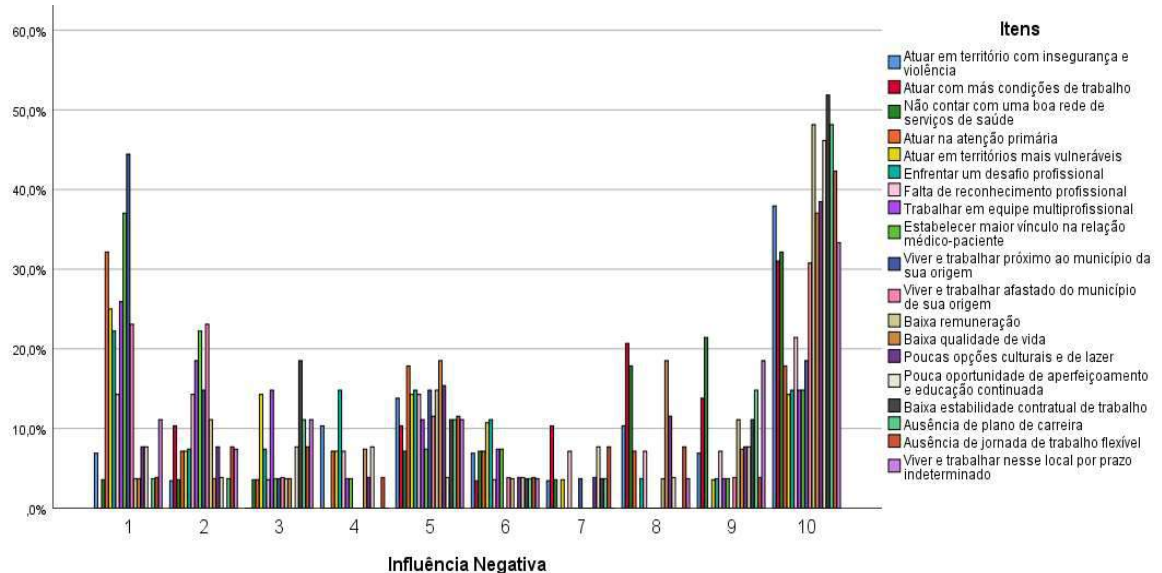
Outros itens de influência POSITIVA

Garantir pelo menos o acesso na moradia ao saneamento básico, água esgoto. Eletricidade, internet e compensação adequada aos custos exorbitantes do local.

Gostaria de ter a opção de solicitar um remanejamento, o que foi impossível na época em que atuei. Minha mãe teve câncer e não pude acompanhá-la. Faltei serviço e fiquei doente. Não tive respaldo dos gestores.

Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

Figura 37 – Porcentagens referente a avaliação dos itens como fator negativo para voltar a viver e trabalhar no local com as mesmas características do PMM



Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

Os dados apresentados na figura 37 revelam que há um grupo de itens que representam não ter nenhuma influência negativa como motivo para voltar a viver e trabalhar em um território com as mesmas características do PMM, são eles:

- 1º Viver e trabalhar afastado do município de sua origem (44,4 %);
- 2º Estabelecer maior vínculo na relação médico-paciente (37,0 %);
- 3º Atuar na atenção primária (32,1 %);
- 4º Trabalhar em equipe multiprofissional (25,9 %).

No entanto, os itens considerados com extrema influência na tomada de decisão de voltar a viver e trabalhar em um local com essas características do PMM foram:

- 1º Baixa estabilidade contratual de trabalho (51,9 %);
- 2º Ausência de plano de carreira (48,1 %);
- 2º Baixa remuneração (48,1 %);
- 3º Pouca oportunidade de aperfeiçoamento e educação continuada (46,2 %);
- 4º Ausência de jornada de trabalho flexível (42,3 %).

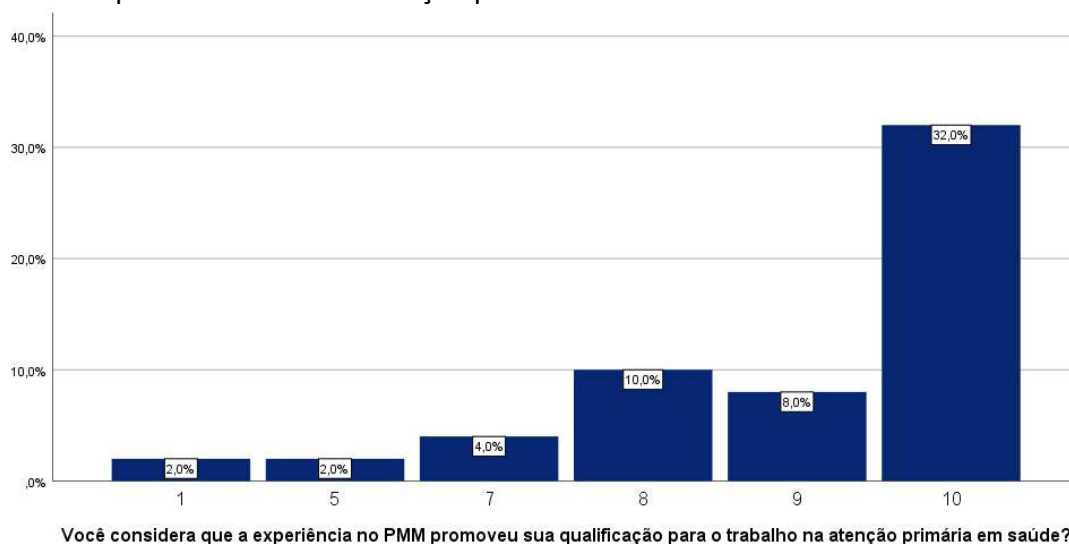
Outros itens negativos apontados pelos médicos(as) que não constavam na listagem

Influência NEGATIVA dos itens quanto a possibilidade de voltar a viver e trabalhar em local semelhante ao do PMM
A segurança financeira aliada a estabilidade do trabalho médico são fundamentais para que se crie o tão sonhado vínculo do profissional médico numa comunidade.
Muito importante trabalhar na cidade onde reside fui obrigada avisar do programa porque não me deram transferência, existiam vagas na cidade e eu tinha conseguido permuta com colega, foi muita decepção e sofrimento
Pouca decisão sobre seu atendimento e trabalho. Muitas regras deixa o profissional limitado.

Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

Ao analisar as contribuições das experiências vivenciadas na formação no PMM com a perspectiva de qualificação profissional, verificamos que uma porcentagem elevada dos médicos(as) avalia de forma positiva. Conforme os dados apresentados na figura 35, 35 % dos médicos consideraram que a experiência no PMM promoveu enormemente a qualificação profissional para o trabalho na atenção primária. Em relação as avaliações negativas, ou onde consideram que as experiências no PMM não contribuíram para formação profissional as porcentagens de ocorrência foram muito baixas, inferiores a 3 %.

Figura 38 – Porcentagens referente a avaliação da contribuição do PMM na qualificação profissional para o trabalho na atenção primária



Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

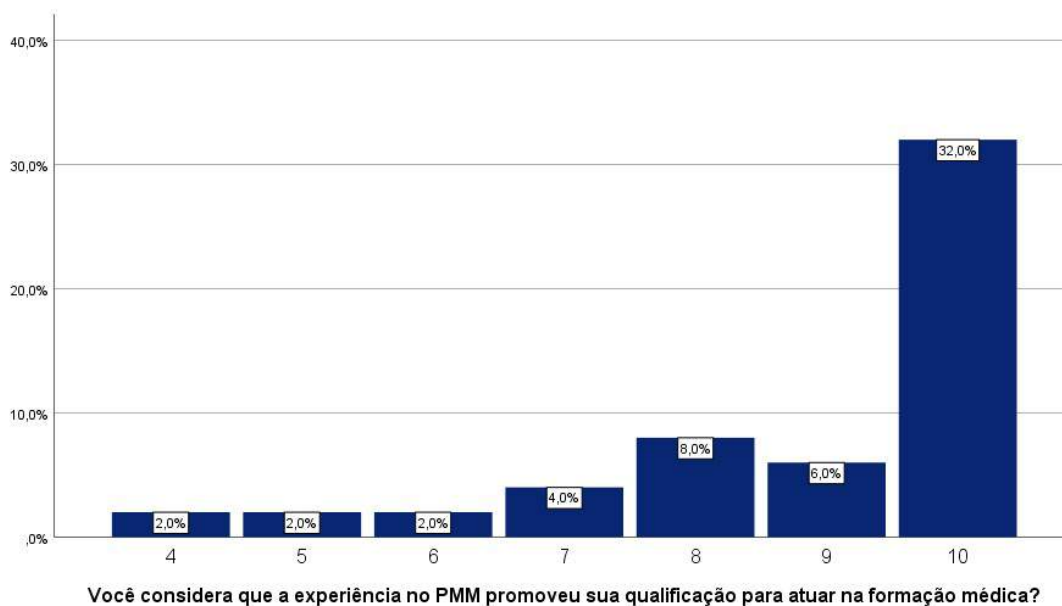
Comentários dos médicos e médicas sobre a contribuição do PMM na qualificação profissional para o trabalho na atenção primária

A especialização em saúde da família foi excelente, porém não tive a oportunidade de colocar em prática muitas coisas que aprendi dado o fato que o curso foi iniciado mais de 6 meses após o ingresso no PMM e o meu tempo de permanência no programa foi 1 ano.
A experiência no trabalho em uma comunidade carente serviu, não só para o meu crescimento profissional, principalmente, como pessoa.
Sinto que a educação continuada ficou muito restrita a conceitos básicos, como o funcionamento do SUS e como fazer uma evolução, e não foi adiante na missão de qualificar o médico da atenção primária para realmente cuidar de seus pacientes.
Aprendi a fazer medicina preventiva e ajudar as pessoas mais carentes de tudo, inclusive de saúde, carinho e atenção.
Aprendi variáveis como: relação médico-cliente, entrevista centrada na pessoa, pactuação de plano terapêutico, escuta ativa, etc. Sou um novo profissional que, embora atue na US, pratico diariamente os princípios da medicina de família e comunidade.
Excelente experiência de vida e profissional
Na época a política não permitia que vissemos crescimento no trabalho. Não tínhamos remédios, vagas em hospitais, laboratórios, especialidades e isso frustrava demais. Profissionalmente não havia crescimento.
Os cursos quase todos do unasus são desatualizados e muito mal feitos. As creditados do NEJM que eram melhores acabaram
Trabalhar no PMM foi uma experiência maravilhosa, aprendi muito

Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

Em relação à contribuição das experiências vivenciadas no PMM na promoção da qualificação para atuação na formação médica, as respostas evidenciaram um perfil muito semelhante a questão anterior. Na avaliação dos médicos(as) o que prevaleceu foi uma enorme contribuição (32 %) dessa experiência no PMM promovendo uma qualificação para atuação na formação médica. Com base nos dados da figura 39 podemos verificar que há uma avaliação positiva, somando os indicadores de contribuição, de 7 a 10, contata-se que mais da metade dos médicos (54 %) que responderam esse item consideram a importante contribuição das experiências e da formação vivenciada no PMM em sua qualificação profissional permitindo sua atuação na formação médica.

Figura 39 – Porcentagens referente à avaliação da contribuição do PMM na qualificação profissional para atuar na formação médica



Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

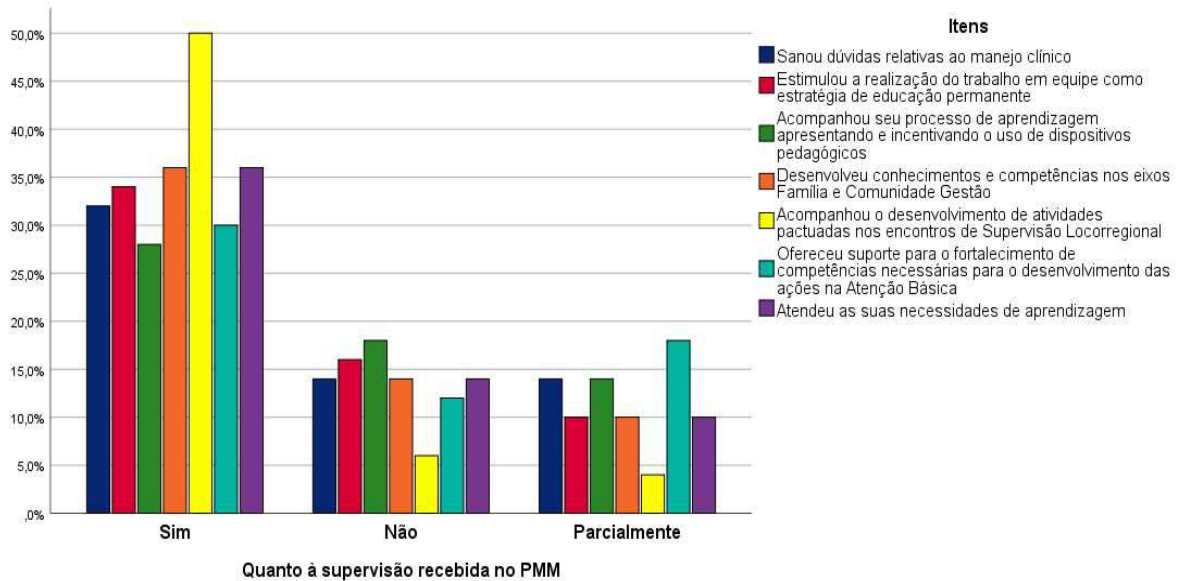
Comentários dos médicos sobre a experiência no PMM promover sua qualificação para atuar na formação médica

A experiência de campo foi muito rica e o tempo para estudo foi fundamental, pois me permitia fazer cursos fora da Unidade e revisar assuntos em casa. Devido a minha prática diária, vi casos muito diversos e pude aprender com meus erros e acertos.
Com certeza, são muitas experiências compartilhadas
O PMM ME AJUDOU NA FORMAÇÃO MÉDICA EM TODOS OS SENTIDOS.
Promove a consciência de que não vale a pena o trabalho feito
Sim, vi muitas patologias raras e aprendi a ver o papel social e da comunidade na saúde e bem-estar das pessoas.
Tinha que aprender muitas coisas "na marra"

Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

Quanto a supervisão recebida na avaliação dos médicos(as) para maioria dos itens considerados foi efetiva, com maior ocorrência em sua realização. Com base na figura 40 podemos destacar o item “Acompanhou o desenvolvimento de atividades pactuadas nos encontros de Supervisão Locorregional” (50 %). Já com um percentual mais baixo em sua efetividade o item “Acompanhou seu processo de aprendizagem apresentando e incentivando o uso de dispositivos pedagógicos” com menor ocorrência em sua realização (28 %). Porém, esse mesmo item destaca-se como um uma ação do supervisor que não foi realizada (18%). Cabe destacar também, que o item “Ofereceu suporte para o fortalecimento de competências necessárias para o desenvolvimento das ações na Atenção Básica” segundo a avaliação dos médicos(as) foi atingido parcialmente (18 %).

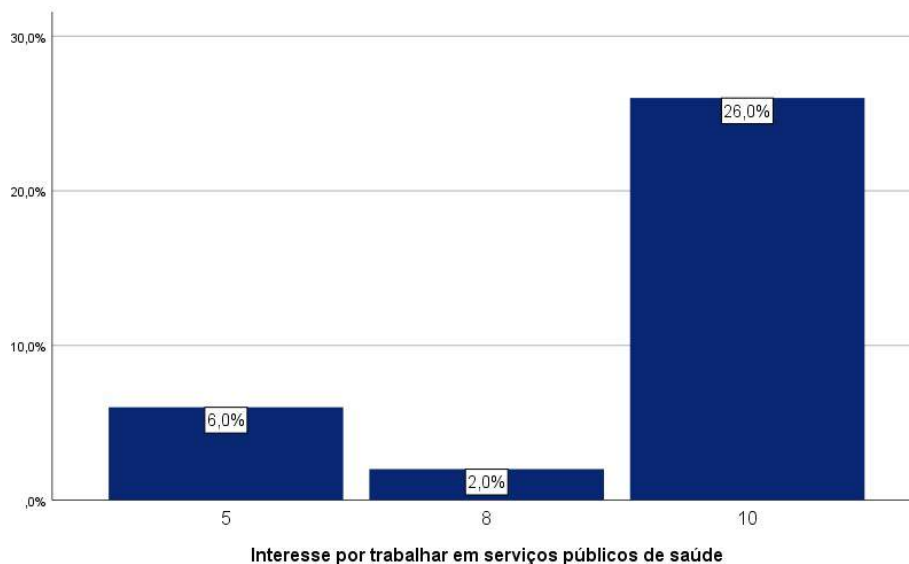
Figura 40 – Porcentagens referente a supervisão recebida no PMM



Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

Já em relação aos médicos(as) que após sua saída do PMM não seguiram trabalhando na área da saúde foi investigado qual seria o seu interesse em trabalhar em serviços públicos de saúde. Com base na figura 41 as respostas com maior ocorrência foram evidenciadas no total interesse por trabalhar nessa área (26 %).

Figura 41 – Porcentagens referente ao interesse em trabalhar em serviços públicos de saúde



Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

Fatores que influenciariam positivamente o interesse em trabalhar nos serviços públicos de saúde

- Fazer diferença na vida das pessoas em territórios mais vulneráveis
- Desafio profissional
- Interesse em trabalhar em equipe multiprofissional

Desafio de viver e trabalhar em uma outra região distante do domicílio de origem
Salário/remuneração
Pela possibilidade de aperfeiçoamento
Pelo equilíbrio entre profissão e vida pessoal
* Amor, * Paciência, * Compreensão e atenção, *Compromisso e Dedicção *Humanização
Não sendo assim possível classificar sua ordem de importância. Mas considero o mais importante o Amor pela profissão e por todos os aspectos que envolve a saúde e o bem estar da nossa população.
1- Gosto de trabalhar na Atenção Primária
2- Quero ajudar quem precisa e não pode pagar por isso
3- Pela disponibilidade de aperfeiçoamento e de poder estudar para uma residência médica.
1- Trabalhar na especialidade da qual tive oportunidade de cursar (Medicina de Família)
2- Estabilidade profissional e financeira
3- Por em prática não somente as consultas, mas todo trabalho continuado que o SUS deseja realizar.
Relação próxima entre médico-paciente
Fácil ingresso, ajuda de custo, disponibilidade de realizar curso online sobre saúde pública.
Gostei de trabalhar c/ a saúde pública principalmente para realizar a diferença da população humilde onde eu trabalhava, tenho interesse de fazer a diferença para essa população que dava valor ao meu trabalho. Sinto que poderia continuar a fazer essa diferença. Porém devido a situação de te me formado fora necessito esperar a oportunidade de prestar a prova de revalidação.
Pela remuneração, atuar na atenção primária, um desafio na minha profissão de medico, relação médico paciente e práticas clinica
Por ter mais contato com paciente, poder prevenir complicações de doenças crônicas, prevenir novas doenças.
Sou formado em especialidade de família. Com basta experiências internacionais. O contato direito com as família e poder fazer Medicina preventiva es lo que mais anelo

Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

Contudo, algumas limitações, principalmente, no que se refere ao tamanho amostral, até o presente momento 50 médicos(as) responderam ao questionário online. As implicações desse viés amostral no estudo, residem consideravelmente na realização e aprofundamento das análises, impedindo com isso, a possibilidade de se estabelecer relações entre variáveis do estudo, de analisar o conteúdo das questões com maior profundidade, de se estabelecer trajetórias e perfis que sejam representativos, assim como, da possibilidades de generalizações dos resultados encontrados para população de médicos e médicas brasileiros egressos do Programa Mais Médicos.

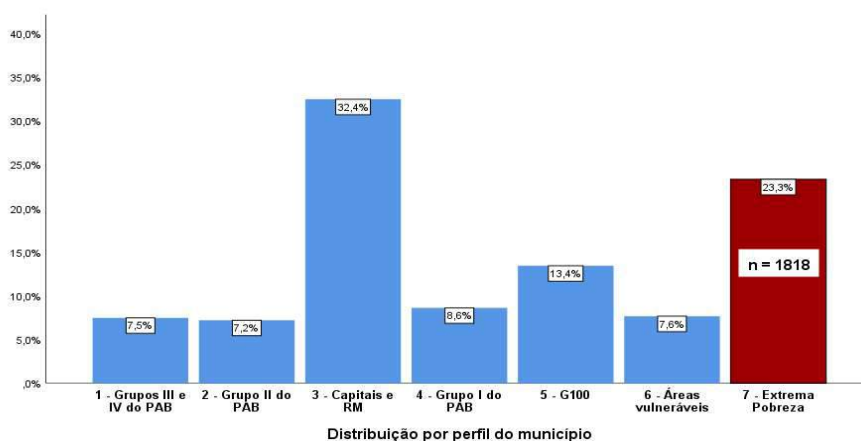
Diante desse desafio, ocorreu a necessidade de alterar a proposta metodológica. Assim, decidimos agregar ao estudo uma pesquisa com fonte de dados secundários. Deste modo – em paralelo a busca de contato com os médicos –, estamos buscando informações sobre a formação profissional (fonte: LATTES) e sobre o itinerário profissional (fonte: CNES).

Neste contexto, e em função de uma lógica equitativa, estamos priorizando os dados daqueles profissionais que atuaram nos municípios do perfil sete do PMMB:

municípios de extrema pobreza. Município com 20% (vinte por cento) ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), disponíveis no endereço eletrônico WWW.mds.gov.br/sagi (Brasil, 2018).

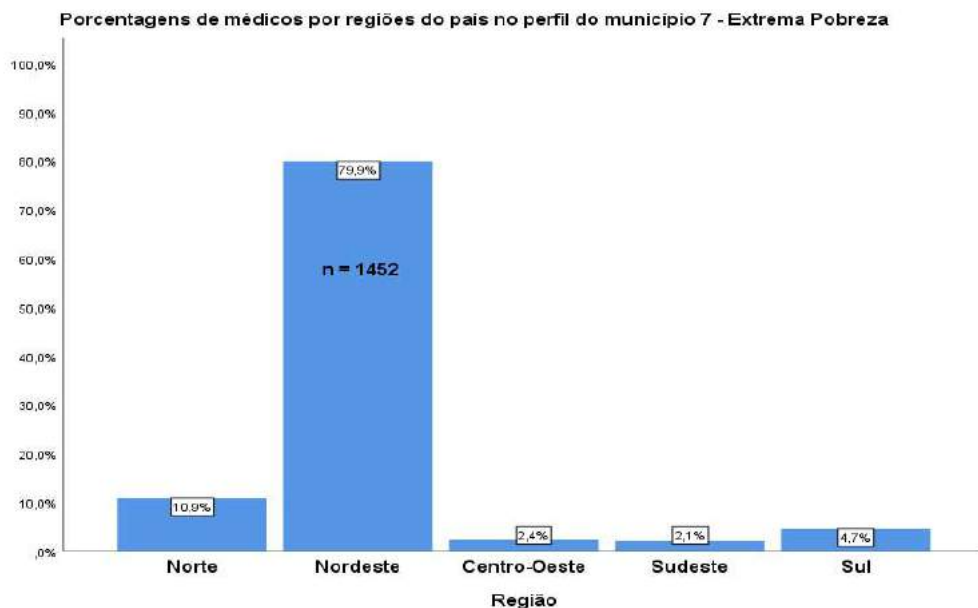
Segundo nossas informações, do início do programa, em 2013, até dezembro de 2018, atuaram 7808 médicos brasileiros (formados no Brasil e em outros países) no Projeto Mais Médicos para o Brasil. Deste total, 1818 médicos atuaram nos municípios do perfil sete, como pode ser visto no gráfico a seguir.

Figura 42 – Porcentagens de distribuição pelas diferentes categorias de desenvolvimento social brasileira



Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

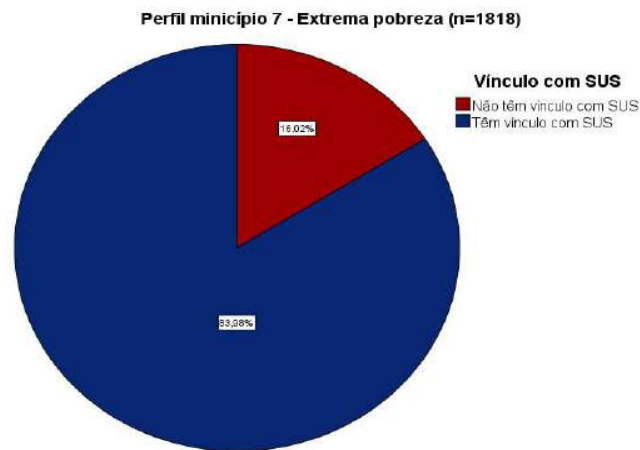
Figura 43 – Porcentagens de médicos por região do país no perfil do município 7 Extrema Pobreza



Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

Constata-se uma maior presença dos médicos na região nordeste; aspecto que contempla equitativamente a problema da presença destes profissionais, uma vez que a região nordeste é reconhecida pelas grandes demandas de médicos para atuação na APS/BS. Quando observamos a presença atual no Sistema Único de saúde (SUS) – por meio de fonte de dados secundários (CNES) – constatamos que 83,98% destes médicos egressos do PMMB encontravam-se, em dezembro de 2019, com algum vínculo ativo de trabalho junto ao SUS.

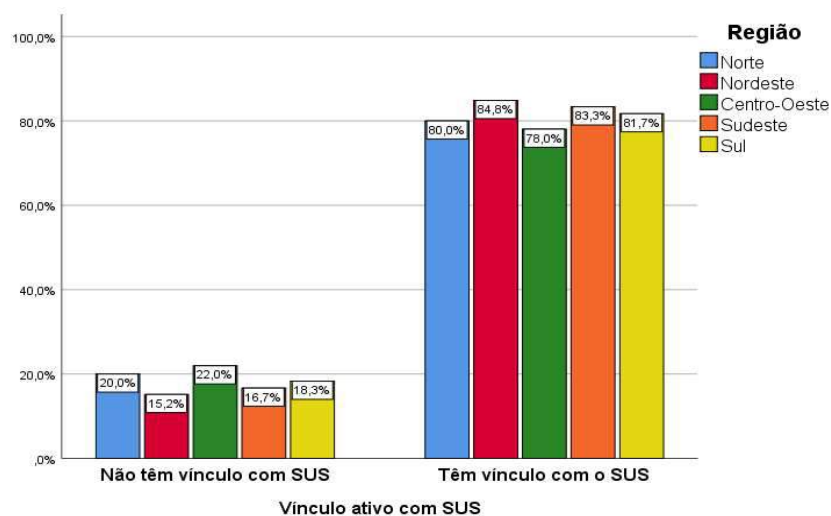
Figura 44 – Porcentagens de médicos no perfil do município 7 Extrema Pobreza que possuem vínculo com o SUS



Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

Essa proporção se apresenta bastante padronizada nas diferentes regiões brasileiras, como mostra o gráfico a seguir.

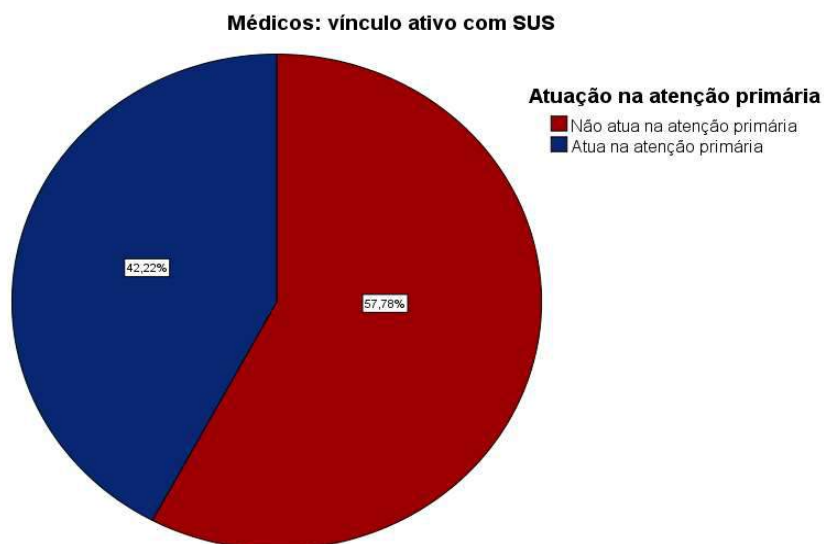
Figura 45 – Porcentagens de médicos em relação ao vínculo ativo com o SUS por região do país



Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

Entretanto, quando observamos no universo de médicos com vínculo ativo junto ao SUS (n= 1473), a porcentagem daqueles que seguem atuando em equipamentos da APS/BS diminui consideravelmente.

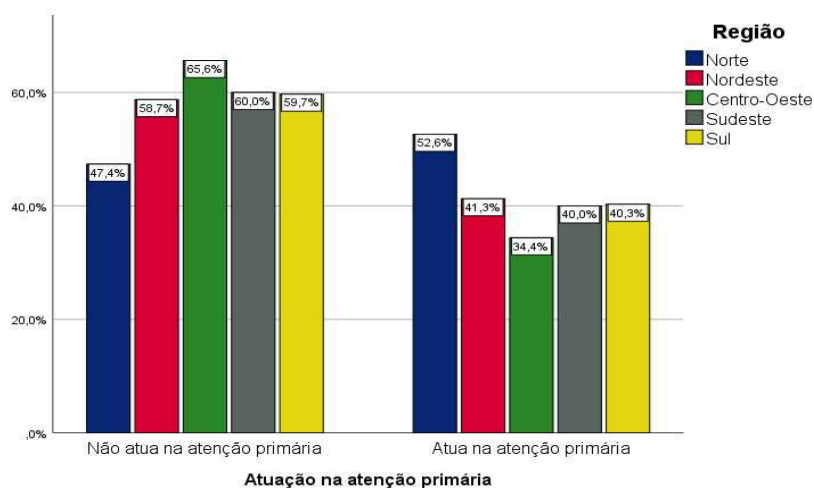
Figura 46 – Porcentagens de médicos vinculados ao SUS que atuam na atenção primária



Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

A minoria, 42,22% dos médicos – 621 médicos do total de 1473 – continuam atuando na APS/BS. Ao observar essa realidade nas diferentes regiões do país, é constatada uma presença irregular dos médicos em atuação nesse nível de atenção do sistema.

Figura 47 – Porcentagens de médicos em relação a atuação na atenção primária por região do país



Fonte: dados da pesquisa - autores (2020)

Esses dados quantitativos demandam análises mais aprofundadas. Neste sentido, entendemos que a interação com os médicos é de extrema importância para a continuidade dessa investigação. Deste modo, propomos como indicador de superação

dessa ação a elaboração de um Relatório Técnico Parcial da Pesquisa, contendo o levantamento desses e outros dados quantitativos, contemplando os outros perfis de municípios que aderiram ao PMMB. Como já referido anteriormente, esse relatório também será composto com os elementos informativos relativos às ações 2.4 e 2.5.

2.7 ENTREVISTAS COM MÉDICOS DO PMMB E OUTROS ATORES CHAVES

O objetivo da entrevista nesta investigação é buscar e aprofundar informações sobre temáticas abordadas no estudo, possibilitadas através deste processo de interação social entre o entrevistador e o entrevistado. A entrevista é a técnica mais utilizada no processo de trabalho de campo para obter dados objetivos e subjetivos como os valores, opiniões, avaliações e percepções dos sujeitos entrevistados (HAGUETTE, 1997). Cada entrevista será realizada somente após aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Quanto à escolha dos sujeitos a serem entrevistados, a configuração amostral deve contemplar as cinco regiões do país Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste, principalmente, médicos que atuaram em municípios dos distintos perfis elencados no programa. A amostra é do tipo não probabilística intencional, no qual os sujeitos são selecionados por critérios que fornecerão informações relevantes e precisas para o estudo (SCHILLEWAERT; LANGERAK; DUHAMEL, 1998); informações a serem obtidas por meio do questionário FormSUS. Deste modo, as entrevistas também se encontram com demanda de maior prazo; dificultada pelo baixo acesso aos médicos por meio do questionário.

Diante dessa dificuldade, optamos em diversificar os atores a serem entrevistados para a obtenção de informações com qualidade de sentido sobre o problema de pesquisa. Desde novembro de 2019 estamos entrevistando supervisores e tutores do PMMB da região metropolitana de Porto Alegre, além de gestores municipais da área da saúde que receberam médicos do programa. A proposta de indicador de superação para esta ação está acoplada à ação 2.9.

2.8 ANÁLISE DOS DADOS DAS ENTREVISTAS

As análises das entrevistas serão realizadas tomando como base a análise de discurso. Segundo Souza (2011), o discurso tomado como objeto de análise será

constituído através do procedimento analítico. Esse objeto de análise, conforme a escola francesa encontra-se na superfície textual dos pronunciamentos escritos ou orais, mas sua natureza não é empírica, e por isso não estará prontamente perceptível. O processo discursivo presente na fala e na linguagem oral ou escrita será construído através desta análise, em que o discurso como objeto teórico permite abordar a problemática do sentido. Esta ação da pesquisa ainda está para ser desencadeada. A proposta de indicador de superação para esta ação também está acoplada à ação 2.9.

2.9 ANÁLISE GERAL DA PESQUISA E PRODUÇÃO DO RELATÓRIO FINAL

Os elementos emergentes dos instrumentos de pesquisa passarão por uma análise descritiva dos dados quantitativos, contidos no primeiro instrumento, e análise de núcleos argumentais das entrevistas realizadas. Os materiais da pesquisa, para análise e discussão, serão organizados inicialmente de acordo com o projeto de análise estabelecido nos softwares SPSS e NVivo e serão utilizados na discussão de operadores conceituais do campo da Saúde Coletiva.

A análise geral dos elementos produzidos nesta pesquisa, bem como os resultados dela, será divulgada para os participantes, gestores, Ministério da Saúde e meio acadêmico, com a publicação de artigos e capítulos de livro e participação em eventos relevantes sobre a temática desenvolvida. A divulgação será realizada também por meio do portal de internet, que está sendo construído junto a esta pesquisa e compõe o projeto maior do qual este se originou.

O relatório final da pesquisa é o que propomos como indicador de superação dessa ação, contemplando a análise dos conteúdos das entrevistas (2.8), contemplando também a ação anterior (2.7).

SUB-PROJETO: PLATAFORMA DIGITAL E COLABORATIVA

RELATÓRIO FINAL DO SUB-PROJETO

Rede Observatório Trabalho e Formação para o SUS – experiências em Atenção

Básica - Plataforma Digital e Colaborativa

1 INTRODUÇÃO

A ROPMM desenvolveu uma plataforma hospedada na internet apresentando-se como locus de produção de conhecimento, acionamento e fortalecimento do movimento político, técnico e social em torno do Programa Mais Médico (PMM) e/ou outras políticas públicas e programas que se destinam ao provimento profissional, modificações na formação em saúde, sobretudo o âmbito da atenção básica de saúde.

A plataforma *web* é um local de encontro de sujeitos em torno de políticas públicas de saúde e destina-se à ativação de movimentos de reflexão e experimentação a partir de temas comuns às políticas e seus interlocutores. Além disso, busca a produção coletiva e compartilhamento de conhecimentos a partir dos diversos sentidos oriundos das experiências no vasto território nacional, constituindo-se em uma rede de apoio às práticas em saúde, ampliando o intercâmbio e a colaboração entre sujeitos.

O Observatório tem por objetivo reunir, disponibilizar, monitorar e atualizar sistematicamente dados de pesquisa, indicadores e informações disponíveis nas mídias sobre processos de formação e trabalho em Atenção Básica à Saúde, bem como proporcionar áreas e atividades que:

- permitem consultas e buscas;
- realizam a promoção de reflexão, debate e investigação sobre formação e trabalho em experiências de Atenção Básica, com ênfase inicial no Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM);
- estimulam conexões e formas de diálogo entre seus usuários;
- informam sobre legislação, normas e material técnico;
- difundem a cobertura da imprensa nos temas de interesse do Observatório;
- apoiam a formação e a pesquisa de profissionais, docentes e estudantes, bem como de gestores da área da saúde, em particular da Atenção Básica.

O Observatório de Formação e Trabalho no SUS: experiências em Atenção Básica (Observatório) estão concebido como uma espécie de nó de rede, um ambiente de

confluência entre diversos atores sociais interessados nos processos de formação e de trabalho em atenção básica em saúde. A um só tempo é um repositório de informações acadêmicas e jornalísticas e espaço de interação e intercâmbio entre profissionais, gestores e estudantes da área da saúde, interessados em temas desencadeados pela experiência do PMM e congêneres.

O Observatório foi lançado no dia 02 de dezembro de 2019 e está on-line para livre acesso no link <https://www.ufrgs.br/omm/>. A Figura 1 ilustra a tela principal do Observatório com um menu principal que provê acesso as outras funcionalidades: Blog e Portal de Publicações (Biblioteca).



Fonte: elaborado pelos pesquisadores (2019)

A **Biblioteca Digital** do “Observatório de Trabalho e Formação para o SUS: experiências em atenção básica” apresenta um acervo de publicações sobre o PMM, sendo composta por três áreas para pesquisas:

- **Artigos:** aqui estão listados todos os artigos científicos publicados nos principais periódicos brasileiros e da América Latina, com informações básicas como título, tema da pesquisa/publicação, ano de publicação, autores, entre outros. O usuário pode acessar cada um dos artigos, incluindo o resumo e o link de acesso. Além disso, pode realizar buscas utilizando-se de um menu de opções variado, aplicando os filtros que

resultará em uma lista de artigos com as características escolhidas, bem como ícone de visualização de cada publicação.

- Leis, Normas e Editais: toda a legislação publicada estará disponível para busca aqui, sejam elas leis, medidas provisórias, decretos, portarias, normas, resoluções, termos e editais relacionadas ao PMM.
- Documentos: aqui é possível encontrar livros, cartilhas, relatórios, entrevistas e outros documentos institucionais ou não, relacionados ao PMM.

O banco de dados sobre artigos do PMM foi constituído a partir de busca sistemática nas principais fontes de publicação e disseminação de produção acadêmica das Ciências da Saúde, como o LILACS, MEDLINE, SCIELO, entre outros. Os artigos são categorizados em cinco eixos/temas de pesquisa: Programa Mais Médicos; Provimento emergencial de médicos; Formação de médicos; Expandir a infraestrutura; e Outros temas sobre o PMM. Estes eixos foram escolhidos devido à caracterização inicial do PMM e seus objetivos governamentais/institucionais, de acordo com a importância dos mesmos para estruturação, manutenção e avaliação do programa.

A Biblioteca foi estruturada de forma que os artigos são apresentados na página inicial por ordem cronológica (ano em que foram publicados), na qual é possível visualizar o título, os autores e o resumo (fig. 48). A Biblioteca também permite ao usuário, além de realizar consultas por palavra-chave, pesquisar através de um dos cinco temas/eixos da pesquisa, pela abordagem (qualitativo, quantitativo ou triangulação), pelo objetivo (descritivo, exploratório ou explicativo), pelo procedimento (bibliográfico, campo ou documental), por abrangência da pesquisa (local, regional, nacional ou internacional), por periódico que o publicou. Todos os artigos catalogados são sistematizados e geram gráficos interativos (fig.49), que também possibilitam a realização de navegação pelas publicações existentes no acervo da ferramenta web.

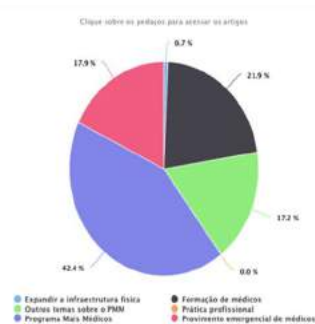
Figura 48 – Tela principal da Biblioteca com os últimos artigos publicados



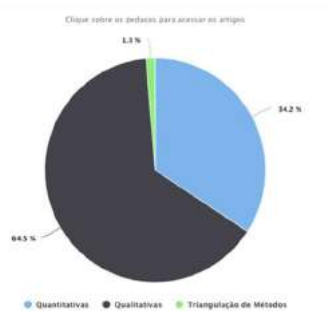
Fonte: elaborado pelos pesquisadores (2019)

Figura 49 – Visualização do conteúdo da Biblioteca através de gráficos

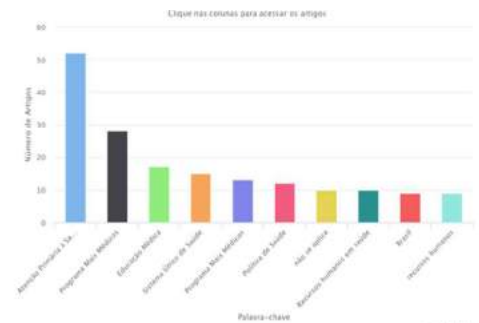
Busca por Tema de Pesquisa



Busca por tipo de análise



Busca por palavra-chave



Fonte: dados da pesquisa - autores (2019)

O **Blog** permite ativar a formação de uma rede de interlocutores sobre atenção básica em saúde, sobretudo trabalhadores da saúde, gestores do SUS, pesquisadores e outros sujeitos vinculados direta ou indiretamente com o PMM. O Blog (fig.3) permite divulgar informações através de postagem, *clipping* e boletim de notícias bem como fomentar discussões através de comentários.



Fonte: elaborado pelos pesquisadores (2019)

Figura 50 – Blog: postagem e Clipping/Boletim de Notícias.



Fonte: elaborado pelos pesquisadores (2019)

2 ESTÁGIO ATUAL E PERSPECTIVAS DE DESENVOLVIMENTO

As funcionalidades básicas do Observatório estão implementadas e operacionais para livre acesso ao público, que pode acessá-lo pela interface principal e cadastro; Blog e Portal de Publicações.

Entretanto, há necessidade de desenvolvimento de uma interface mais amigável à publicação e navegação pelo conteúdo do Observatório, além de incorporar todas as pesquisas do projeto no Observatório de forma acessível ao público.

Além disso, é necessária a publicação de conteúdos para fomentar uma maior participação do público externo; bem como, validar e implementar melhorias na apresentação do conteúdo.

Considerando que o projeto não alcançou logro no pleito de ampliação do prazo de vigência e, considerando ainda que no prazo de vigência original nem todas as funcionalidades, requisitos e mesmo o layout da plataforma foram finalizadas, os docentes envolvidos diretamente o eixo decidiram por criação um Projeto de Extensão com vista a dar suporte logístico e eventualmente financeiro (por captação de bolsas da própria universidade) para dar cabo ao desenvolvimento e prosseguimento à experimentação pública da plataforma.

Nessa perspectiva, foi aprovado no âmbito da Universidade um projeto de extensão que reúne as três áreas de conhecimento diretamente envolvidas nesta frente de trabalho. O Projeto Observatório - trabalho e formação no SUS: experiências em Atenção Básica (Projeto/Atividade UFRGS 42033) - será desenvolvido durante o ano de 2020 em parceria com o Departamento de Comunicação (DC) da FABICO/UFRGS - Prof^o Basílio Sartor, o Departamento de Informática Aplicada (DIA), do Instituto de Informática da UFRGS - Prof^a Renata de Matos Galante e o Departamento de Saúde Coletiva - DESCOL/UFRGS - Prof^o Dário Frederico Pasche.

O DIA será responsável pelo acompanhamento do desempenho da plataforma virtual, providenciando reparos circunstâncias, bem como e, fundamentalmente, no desenvolvimento de novas funcionalidades e realização de atualizações no layout do Observatório. Ao DC caberá elaborar os produtos jornalísticos do portal, entre outros, o clipping de notícias (quinzenal ou mensal) e o boletim mensal do Observatório. O DESCOL ficará responsável pela realização de estudos e pesquisas sobre a estratégia do

Programa Mais Médico (PMM), bem como de seu sucessor o Programa Médicos Pelo Brasil (PMPB), pesquisas que sustentaram as discussões e as intervenções no portal. Além disso, será responsável pela manutenção da Biblioteca Virtual do Observatório que identifica e disponibiliza na Rede toda a produção acadêmica veiculada em períodos acadêmicos sobre o PMM e PMPB.

Os três parceiros do projeto terão em comum a responsabilidade pela interação da rede (e-mails e curadoria das postagens) e definirão em comum acordo sobre a gestão do Observatório, definindo sua agenda de desenvolvimento e trabalho. Avaliamos que essa medida permitirá o desenvolvimento e a gestão do Observatório, que assim poderá ser finalizado e posto ao público de forma mais efetiva.

**SUB-PROJETO: #MAISMEDICOS: UMA ANÁLISE DA
RELAÇÃO ENTRE POLÍTICAS PÚBLICAS E AS DISPUTAS NAS
REDES SOCIAIS**

RELATÓRIO FINAL DO SUB-PROJETO

#MAISMEDICOS: UMA ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE POLÍTICAS PÚBLICAS E AS DISPUTAS NAS REDES SOCIAIS

1 INTRODUÇÃO

O presente projeto de pesquisa fez parte do projeto de cooperação “Rede Observatório do Programa Mais médicos” - convênio Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS e Ministério da Saúde/FNS (Termo de Cooperação 103/2015) sob coordenação geral do Professor Dr. José Soares Geraldo Damico da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança (ESEFID/UFRGS).

Trata-se de uma pesquisa multicêntrica coordenada pelo professor Dr. Tadeu de Paula Souza do Departamento de Saúde Coletiva/UFRGS em co-coordenação com os professores Luiz Augusto de Paula Souza do Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e Adriana Ilha do Departamento de Assistência Social da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

A elaboração do Programa Mais Médicos, se deu a partir de várias análises, entre elas, a comparação entre a assistência de médicos na atenção básica nos 34 países pertencentes à Organização para Cooperação do Desenvolvimento Econômico (OCDE) e a constatação de que a média de médicos por habitante do Sistema Único de Saúde, estava abaixo da média de outros sistemas universais de saúde médico centrados. Desse modo, os dados no contexto da distribuição médica no país corroboram para demonstrar que as regiões com maior renda concentram mais médicos, deixando áreas vulneráveis mais desassistidas, mesmo quando se tratando de metrópoles.

O Programa Mais Médicos (PMM) faz parte das iniciativas da gestão federal do Sistema Único da Saúde (SUS) para fortalecer a atenção básica, constituindo-se como um campo potencial de inovação institucional para a qualificação dos serviços prestados pelo SUS. Inclui:

a) Investimento em infraestrutura, particularmente para ampliação e reforma das unidades básicas de saúde;

b) Ampliação de vagas e mudanças educacionais dos cursos de graduação em medicina e residências; e

c) provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis (BRASIL, 2013; OLIVEIRA et al., 2015).

Foi inicialmente instituído pela Medida Provisória 621/2013, e posteriormente convertido na Lei nº 12.871/2013 (BRASIL, 2013). O fortalecimento da atenção básica é ponto estruturante da agenda da saúde nos dias atuais e mudanças na formação e no trabalho são requeridas para novos patamares de avanço.

A qualificação da atenção básica está entre as principais necessidades de saúde da população brasileira, em particular em áreas remotas e com dificuldades de fixação de profissionais (IPEA, 2011), tal percepção se configurou como base para uma intensa discussão em relação à quantidade de médicos no país. Por um lado, as entidades médicas argumentam que não faltam profissionais e sim estrutura física, condições de trabalho e vínculos empregatícios adequados com planos de cargos e carreiras, atrativos no serviço público. Por outro, gestores argumentaram que, mesmo onde existem condições adequadas de trabalho e interesse de implantação de redes de saúde de elevada qualidade, a insuficiência numérica de profissionais impede a oferta adequada de atendimento médico nos serviços.

Além disso, argumentam que a escassez de médicos tem obrigado os sistemas locais de saúde a práticas salariais fora da possibilidade formal no serviço público. Há concordância acerca das grandes desigualdades de distribuição dos médicos no país e que essa condição enfraquece a qualidade da atenção à saúde. O Programa Mais Médicos busca, prover profissionais médicos em regiões de saúde prioritárias, formar profissionais em nível de graduação e residência, além de investir na infraestrutura expandindo a rede de saúde (BRASIL, 2013).

Frente às intensas reivindicações sociais por melhorias nas políticas públicas de saúde, foi criado o Programa Mais Médicos, inicialmente regulamentado, pela Medida Provisória 621, de julho de 2013, posteriormente convertido na Lei Nº 12.871 em 22 de 9 outubro de 2013 (BRASIL, 2013). O Artigo 1º da referida norma legal define o Programa

e seus objetivos. O Programa tem a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo os seguintes objetivos:

I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;

II - fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País. Além desses,

III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;

IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;

V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;

VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;

VII - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e

VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS. (Lei Federal nº 12.871, Art. 1º).

Na mesma Lei, são definidas algumas ações que compõem o Programa Mais Médicos. O Art. 2º as enuncia da seguinte forma:

I - reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos;

II - Estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; e

III - Promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional. (Lei Federal nº 12.871, Art. 1º).

A construção argumentativa listada nos dois primeiros artigos da Lei, como se verifica, está situada no escopo de uma construção epistemológica e política mais ou menos recente no contexto brasileiro, que é a agenda da gestão da educação e do trabalho na saúde, tornada muito visível com a criação da Secretaria da Gestão do 10 Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde, no ano de 2003. No caso brasileiro, e de outros países no cenário internacional, a articulação naturalizada entre o trabalho em saúde e a formação profissional estava ancorada na suposição de uma capacidade de mediação do mercado, com a absorção de perfis profissionais específicos e, portanto, centrada na capacidade das instituições de ensino e das autoridades educacionais de perceberem mudanças no mercado. Ocorre que essa concepção, formulada nas diferentes políticas para os recursos humanos da saúde, reificava uma separação estrutural entre educação e trabalho, com a subordinação de ambos a imaginários profissionais mediados pela especialização precoce e pela fragmentação técnica do trabalho. Mais do que isso, sentenciava as potencialidades de interferência recíproca entre a formação e o trabalho a iniciativas pontuais de processos de reconhecimento aos trabalhadores.

A iniciativa do Governo Federal de formulação do PMM foi tomada diante de um contexto de grandes tensionamentos, com questionamentos acerca do papel do poder público na regulação do trabalho e da formação profissional. A justificativa para a sua formulação foi a pressão para a expansão da atenção básica. Um dos obstáculos para essa expansão estava justamente no provimento e na fixação de profissionais, principalmente médicos e em áreas remotas e de maior vulnerabilidade.

A Organização Mundial da Saúde estima que 50% da população viva em áreas remotas, que são servidas por menos de 1/5 do trabalho médico disponível (Dal Poz, 2013) A relação entre iniquidade na distribuição de profissionais e de condições de saúde e organização dos sistemas de saúde segue um padrão internacional, assim como esforços para superá-la (OLIVEIRA et. al., 2015).

A criação do Programa Mais Médicos (PMM) ocorreu em meio as intensas mobilizações em diversas cidades do Brasil denominadas “jornadas de junho”, acontecimento que expressou uma nova realidade social demarcada por um novo tipo de interação entre as mobilizações de rua e as mobilizações nas redes sociais, que doravante terão impactos políticos de diversas ordens. Esse tipo de interação não se inaugurou em 2013, mas as proporções das “jornadas de junho” indicavam a potencialidade dessa interação que passaria a ser explorada de diversas maneiras nas disputas políticas: política eleitoral, movimentos sociais, políticas institucionais e não-institucionais, políticas públicas, dentre outras. Esse fenômeno também não se restringiu ao contexto nacional. O movimento Occupy que se iniciou nos EUA e se alastrou para diversos países, a Primavera Árabe e o Movimento #15M na Espanha são marcadores dessa nova relação entre ruas e ciberespaço.

Apesar das diversas leituras sobre o acontecimento das “jornadas de junho” foi notável a co-presença permanente na criação de espaço de pertencimento político das comunidades em rede. Alguns autores apontam que a crise de representatividade global, foi respondida em parte pela ocupação da massa indignada pelas repressões policiais às manifestações, viralizada em redes sociais. Tal movimento veio acompanhado imediatamente de uma reação em que as pautas conservadoras e os reflexos de movimentos imediatistas tomam corpo. Dessas articulações, permanece das Jornadas de Junho o imaginário/virtual de afetações das agendas, um marco de disputa de renovação permanente dos sentidos da comunicação.

Analisar os rumos do PMM a partir deste campo problemático é uma importante ocasião para compreender melhor como as diversas estratégias narrativas e disputas semióticas operadas nas plataformas digitais influenciam no rumo de uma política.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para Levy (1999) a novidade do cibercultura implica na possibilidade de retomar o caráter imediato e interativo da comunicação oral, numa escala jamais vista. A passagem das sociedades orais para as sociedades da escrita foi marcada pela possibilidade de separação entre os textos e os contextos vivos em que foram produzidos. Desse modo se tornou possível ler textos escritos séculos depois de serem

produzidos e a quilômetros de distância de seu local de origem. Por outro lado, nas sociedades orais, as mensagens discursivas são sempre recebidas no mesmo contexto em que são produzidas, sendo, portanto, interativas, o que se perdeu com os textos escritos. No ciberespaço estas duas dimensões comparecem criando redes de conversação em que os limites da distância entre os perfis que interagem deixam de ser um impedimento, e ao mesmo tempo se cria uma memória virtual das interações que seguem abertas a novas interações.

Levy (1999) via nessa possibilidade aberta um motivo de esperança, pois permitia superar um problema próprio aos desafios da comunicação escrita. Como forma de resolver o problema da descontextualização das mensagens a humanidade criou mensagens universais, que preservam o mesmo sentido independente da época e do lugar: ciência, religiões do livro, direitos do homem etc. Tal fixação universalizante acaba por reduzir multiplicidades de sentidos e de criação uma vez que se reproduzem em sistemas fechados.

A hipótese que levanto é a de que a cibercultura leva a co-presença das mensagens de volta a seu contexto como ocorria nas sociedades orais, mas em outra escala, em uma órbita completamente diferente.

[...] A nova universalidade não depende mais da autossuficiência dos textos, de uma fixação e de uma independência das significações. Ela se constrói e se estende por meio da interconexão das mensagens entre si, por meio de sua vinculação permanente com as comunidades virtuais em criação, que lhe dão sentidos variados em uma renovação permanente. (Levy, p.21)

As dinâmicas comunicacionais nas plataformas digitais criam uma nova experiência espacial, uma vez que se constituem ciberterritórios: territórios constituídos pela interação comunicacional entre diferentes perfis da rede. Alguns autores propõe a superação da noção de espaço geográfico contido na perspectiva de território-zona (Haesbaert, 2006). Ao invés dessa figura plana propõe-se uma perspectiva de um território-rede, “pois são os que admitem sobreposições, são espacialmente descontínuos, mas intensamente conectados e articulados entre si” (Haesbaert, 2006, p. 79)

Tal problemática nos coloca diante do desafio de superar um pensamento dualista entre ruas e redes no processo de construção de relações sociais e mobilização de forças políticas. As ruas e seus movimentos não se restringem a seus limites geográficos físicos pois estão atravessados por mobilizações em rede. Essa nova arquitetura social cria também territórios virtuais de interação e conectividade que são mobilizados por acontecimentos das ruas.

As questões estão dentro do cenário urbano e hiper-local, mas dão dimensões sobre continuidade, rupturas, repertórios, formas de organização, reivindicações, concepções políticas em jogo, acontecimentos durante o levante, saldo político, demandas atendidas pelo sistema político, acúmulos das forças e dissipação sem continuidade em projetos institucionais e discussão sobre grupos, redes e movimento.

As redes tradicionais, como a mídia empresarial migraram para as redes após o susto da força das narrativas online, atentos às pautas divulgadas pela opinião pública. Outros agentes de influência, como os governos e partidos alegaram que já trabalhavam nas pautas manifestadas. Por outro lado, mostraram impotência em fazer as reformas no tempo político desejado pela população (Morais et al, 2014).

A rede das ruas teve efeitos na ferramenta centralizada, limitada e rígida do Facebook. Através da cybercultura cultivada ao longo dos anos, o sistema de organização agênciava a rede comunicacional de afetos, construindo ações nas plataformas para convocar e dar cobertura em tempo real, ao criar a? nova verdade? desmente versões da mídia empresarial sobre os fatos. Esse ecossistema convive com o anterior a partir de trocas de experiências entre diversos atores e estruturas tradicionais. Gerando discussões sobre questões locais: “problemas urbanos, tensões contra as elites predatórias regionais que castigam o comum, as necessárias conexões emergiram afetando a todos e todas” (Morais et al, 2014. p.21). Englobando pautas sobre a “desmilitarização da Polícia Militar, a luta pelo direito da livre manifestação, a radicalização contra os monopólios dos poderes locais, a pressão pelas auditorias das empresas de ônibus.” (Morais et al, 2014, pp. 17). A produção de “novas verdades” pelas recentes mídias alternativas veio acompanhado de um outro movimento ou novo jogo

de verdades em que as plataformas digitais ativadas por inteligência algorítmica, perfis falsos e turbinadas por robôs lança o fenômeno conhecido popularmente por *fake news*.

Desde então se intensificou o desafio de como fazer da internet um ambiente democrático e como evitar a formação de novas modalidades de autoritarismo e concentração de poder. Para Parra e Abdo (2016, p. 144) “a resposta para este problema é eminentemente política e depende sobremaneira do ambiente institucional e tecnopolítico que iremos estabelecer para o funcionamento da rede [...]”.

Os casos Snowden e Wikileaks e mais recentemente as disputas eleitorais do Brexit, da eleição de Trump nos EUA e Bolsonaro no Brasil, documentadas no filme Privacidade Hackeada, indicam que desde 2013 até agora houve um intenso processo de apropriação dessa nova dinâmica entre mobilizações de ruas e plataformas digitais, como Facebook e Twitter. Analisar essa problemática a partir da experiência de implementação, desenvolvimento e desmonte de uma política pública específica como é o caso do PMM exige uma acurácia sobre os fatores que determinam as dinâmicas comunicacionais nos ciberterritórios.

Tomando como exemplo a experiência espanhola do #15M Maline e Antoun (2013) propõe uma análise das dinâmicas das redes sociais que não se atenta somente aos ditos perfis influenciadores, que teriam como variável principal a audiência, pois estas podem ser ligações passageiras, portanto frágeis do ponto de vista de constituição de comunidades virtuais. A constituição de territórios virtuais está mais relacionada à interação e cultivo de conversações, respostas e controvérsias que geram conexões mais sólidas, portanto com maior poder de influenciar tendências, percepções e mobilizar ações (Maline e Antoun, 2013).

3OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a dinâmica dos debates e conversações sobre o Programa Mais Médicos nas redes sociais e seus efeitos sobre a própria política de 2013 até 2019

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- analisar as diferentes perspectivas sobre o Programa Mais Médicos a partir da caracterização de agrupamentos (clusters) nas redes sociais (twitter);
- analisar a relação entre os eventos marcadores do processo de institucionalização do Programa Mais Médicos e a dinâmica nas redes sociais sobre o PMM de 2013 até 2019;
- analisar os diferentes sentimentos de grupos e perfis das redes sociais sobre o Programa Mais Médicos.

4 PROCESSOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo multicêntrico, descritivo-exploratório, quali-quantitativo, visando a obtenção, descrição, métricas e análise de dados sobre as disputas narrativas na rede em torno do Programa Mais Médicos. Foi analisada a rede social Twitter, tendo como objetivo a construção de um panorama das discussões que ocorrem no ambiente digital a respeito da conscientização sobre o programa.

Adotamos a proposta metodológica do perspectivismo de cartográfico de redes proposta por Malini (2016) para analisar as disputas narrativas em torno do Programa Mais Médicos na plataforma twitter desde o seu lançamento em junho de 2013 até maio de 2019. Fazendo uma relação entre o perspectivismo Viveiro de Castro (2013) e o conceito de ator-rede (Latour 2007) compreende-se que o território das redes sociais se comporta pela composição de múltiplos territórios interativos num processo de clusterização. Cada cluster constitui um ator-rede que demarca uma disputa de perspectivas sobre os problemas que comparecem na forma de hashtags.

O processo metodológico de constituição de *clusters* envolve o uso de duas ferramentas de big data: um de mineração de big data (Ford) e outro de construção de grafos que estruturam os dados em clusters (Gephi).

A mineração de dados é realizada através da Interface de Programação de Aplicativo (IPA) pública, que permite a coleta de *tweets* por meio de *hashtags* e palavras-

chave não havendo qualquer comprometimento ético pois se trata de dados públicos. A partir de alguns testes foram definidas as seguintes hastags e palavras-chaves para coleta de dados: #maismedicos; #programamaismedicos; e “Mais Médicos” e “Programa Mais Médicos”.

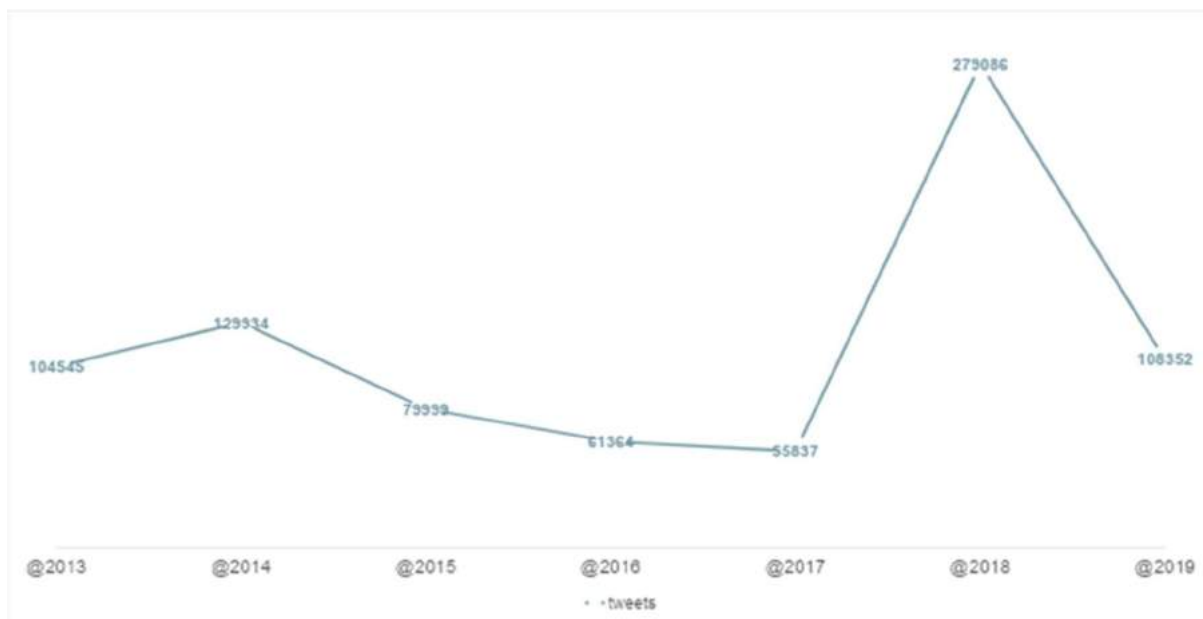
Após estarem definidos os padrões e as especificações dos processos de coleta (período, recorrência, termos, páginas e filtros); e a estratégia de armazenamento e catalogação desses dados, o passo seguinte será construir ferramentas de acesso e visualização estatística e estruturada desses dados. Nesse processo serão gerados os primeiros resultados quantitativos (estatísticas, métricas, mensuração de engajamento, influenciadores, perspectivas, etc.) e seleções amostrais significativas para que os dados possam ser analisados de forma qualitativa humanamente, aplicando técnicas como análise de discurso, por exemplo. Essas análises serão convertidas em artigos científicos, publicações e relatórios que poderão, ainda durante o período do projeto, respaldar outros estudos.

4.1 FASES DE DESENVOLVIMENTO

4.1.1 Fase 1 - coleta e mineração de big data

- Programa Ford é um software desenvolvido pelo LABIC para coleta e mineração de big data em plataformas digitais
- A Plataforma Twitter, por ser uma API aberta, se tornou o campo da investigação
- O período de coleta de dados corresponde ao período de 2013 até 2019.
- Esse desenho possibilita coletar dados de todo o período do PMM, mas possui limitações uma vez que algumas contas podem ter sido apagadas ao longo desse período;
- Definição dos termos de busca: os termos de busca selecionados foram (#maismedicos; #programamaismedicos; “mais médicos; “programa mais médicos”)
- Foram coletados aproximadamente 820 mil tweets conforme gráfico abaixo

GRÁFICO 1 - Tweets por ano (2013-2019)

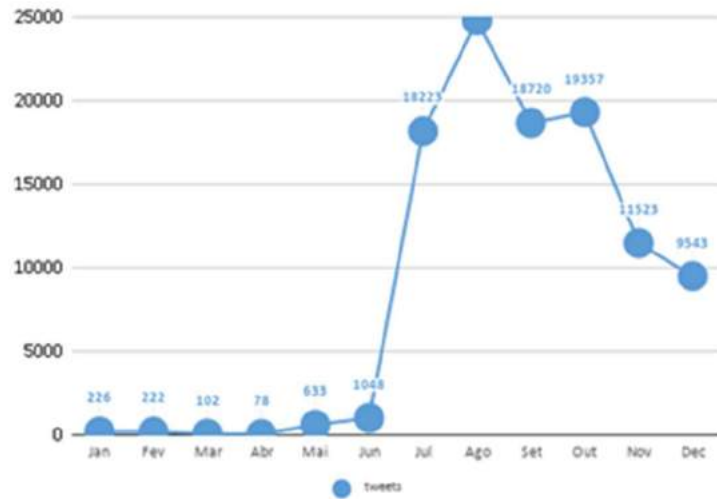


Fonte: dados da pesquisa – autores (2019)

4.1.2 Fase 2 - Clusterização e definição da mostra de análise

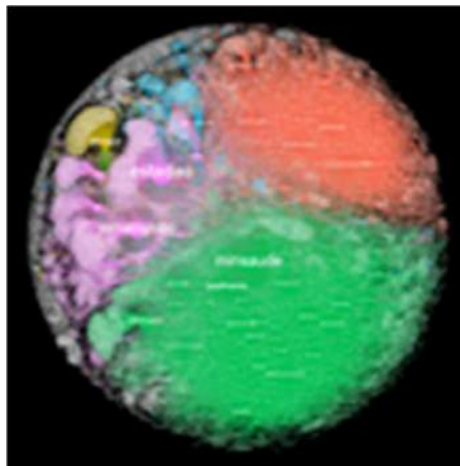
- Identificados 9 ondas (viralização) ao longo dos 6 anos (2013 a 2019) conforme gráficos abaixo (2,3,4,5,6,7,8).
- Cada período da onda definiu a amostra de tweets a ser analisado através do processo de clusterização. A partir do programa Gephi criamos grafos distribuído por cores que definem os diferentes clusters. Cada clusters são definidos pela interação entre os tweets e perfis nesse período. As interações podem ser comentário, curtidas e retweets.

GRÁFICO 2 - TWEETS 2013 - Onda 1 (julho-novembro)



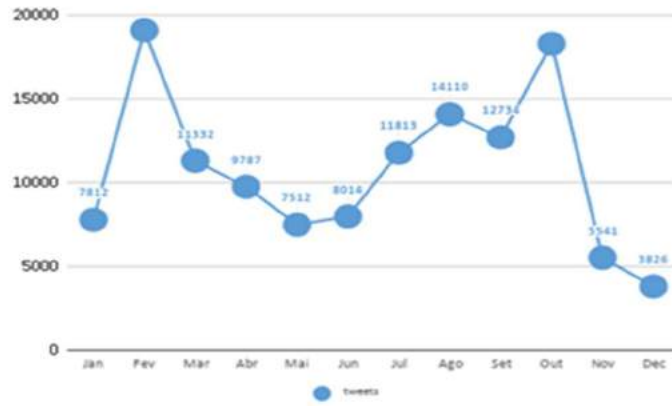
Fonte: dados da pesquisa – autores (2019)

Figura 51 - CLUSTERS GRAFO 1



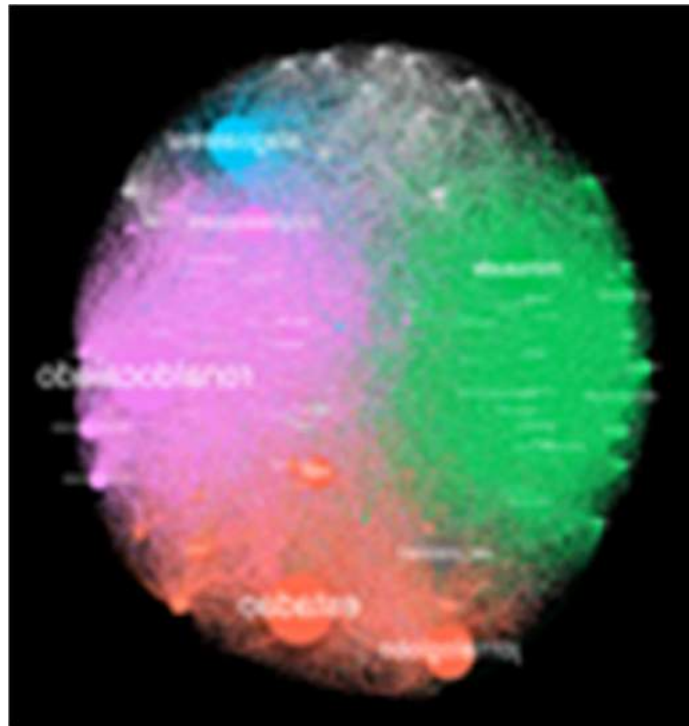
Fonte: dados da pesquisa – autores (2019)

GRÁFICO 3 - TWEETS 2014 - Onda 2 (fevereiro-março); Onda 3 - (junho-outubro)



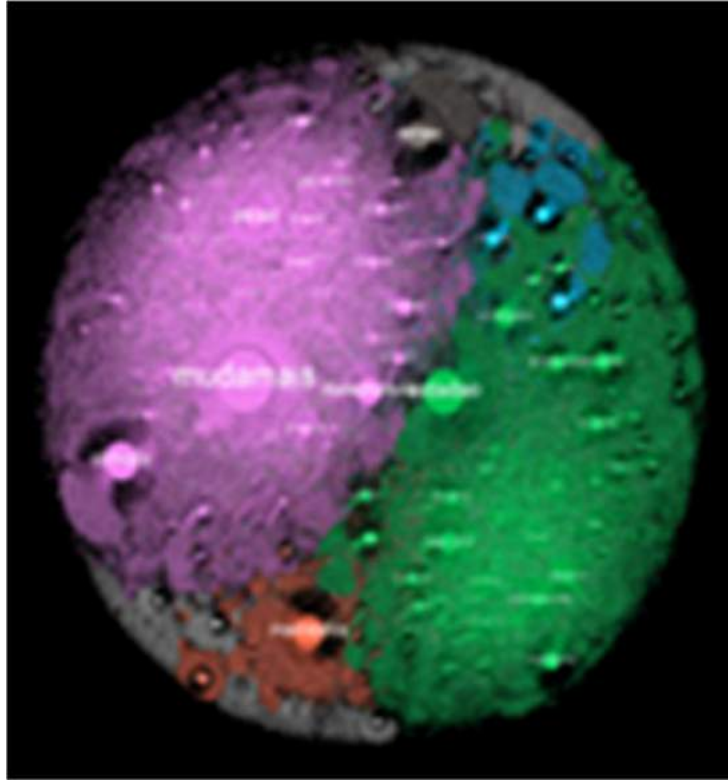
Fonte: dados da pesquisa – autores (2019)

Figura 52 - CLUSTERS GRAFO 2



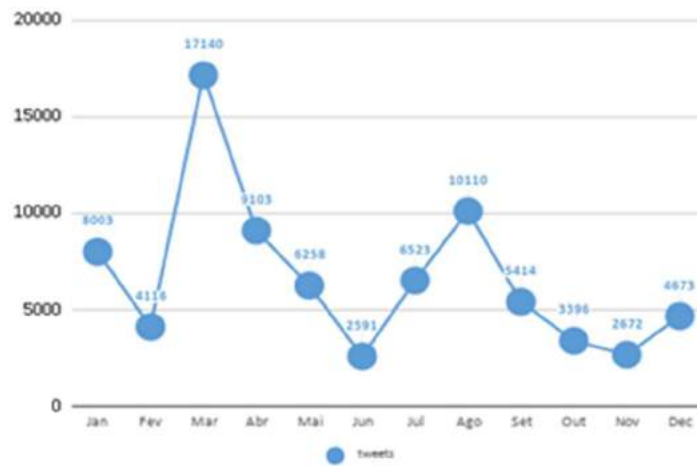
Fonte: dados da pesquisa – autores (2019)

Figura 53 - CLUSTERS GRAFO 3



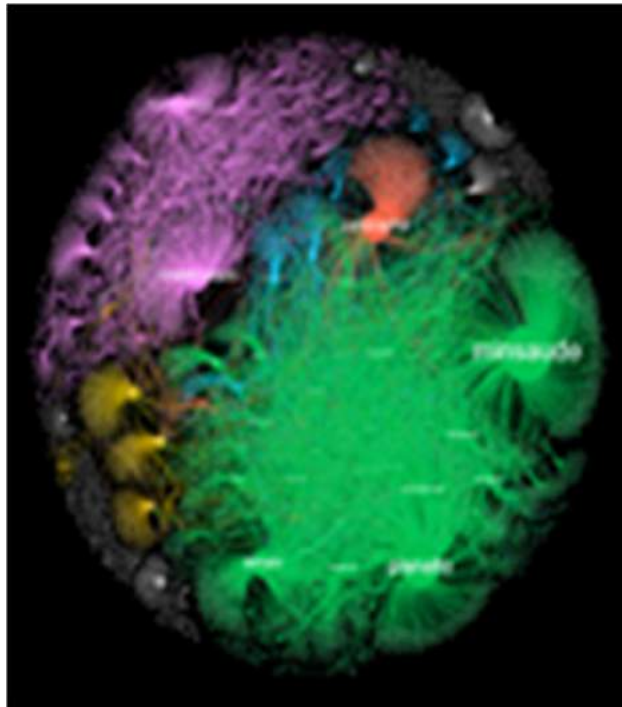
Fonte: dados da pesquisa – autores (2019)

GRÁFICO 4 - TWEETS 2015 - Onda 4 (março); Onda 5 (agosto)



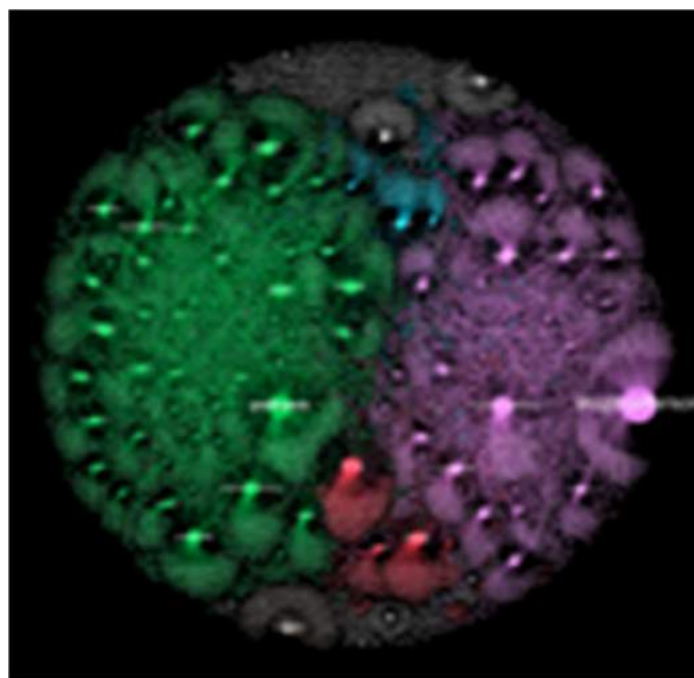
Fonte: dados da pesquisa – autores (2019)

Figura 54 - CLUSTERS GRAFO 4



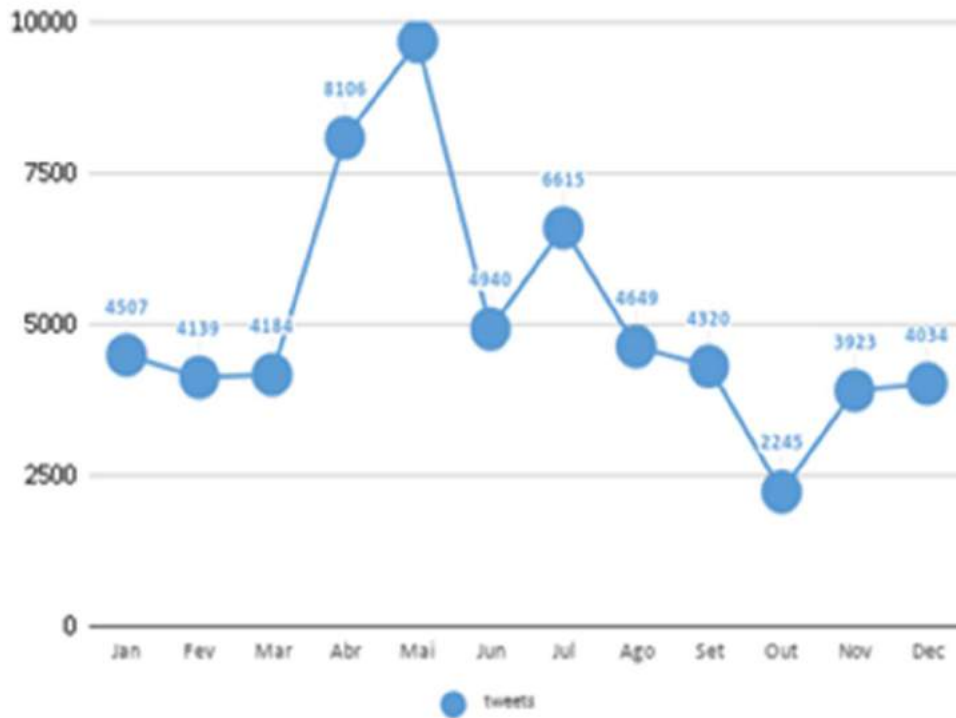
Fonte: dados da pesquisa – autores (2019)

Figura 55 - CLUSTERS GRAFO 5



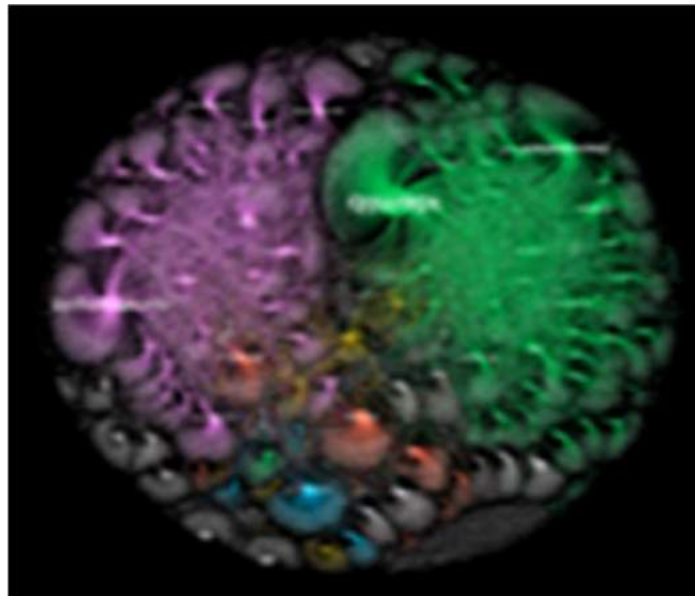
Fonte: dados da pesquisa – autores (2019)

GRÁFICO 5 - TWEETS 2016 - Onda 6 (março-junho)



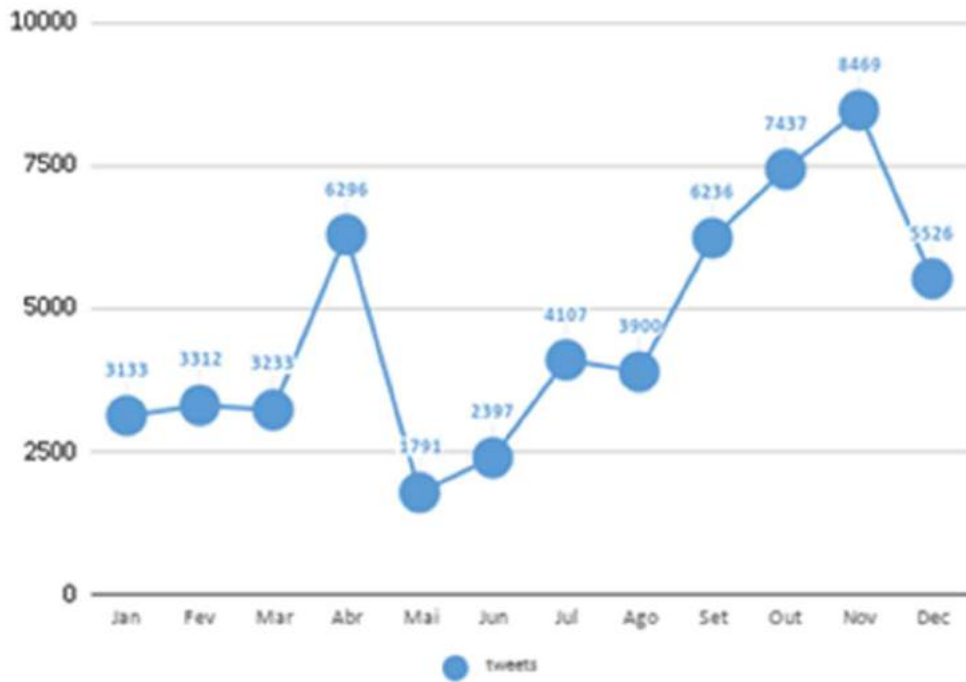
Fonte: dados da pesquisa – autores (2019)

Figura 56 - CLUSTERS GRAFO 6



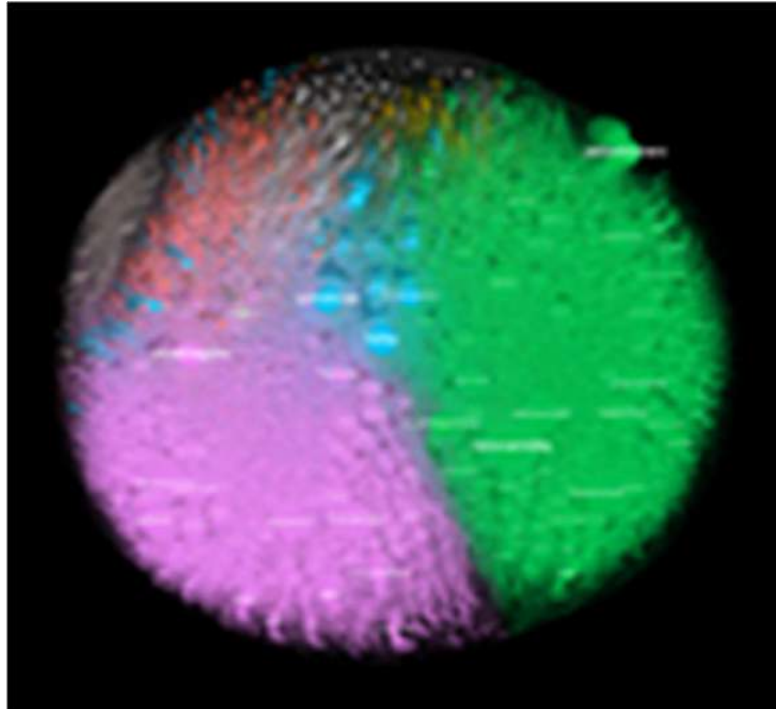
Fonte: dados da pesquisa – autores (2019)

GRÁFICO 6 - TWEETS 2017 - Onda 8 (agosto-novembro)



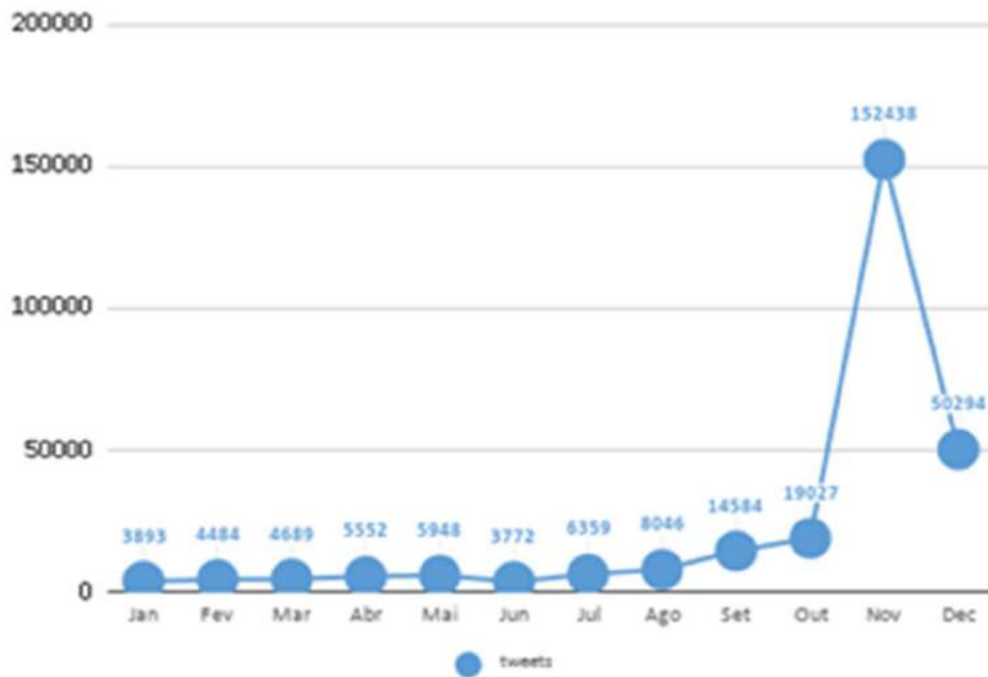
Fonte: dados da pesquisa – autores (2019)

Figura 57 - CLUSTERS GRAFO 7



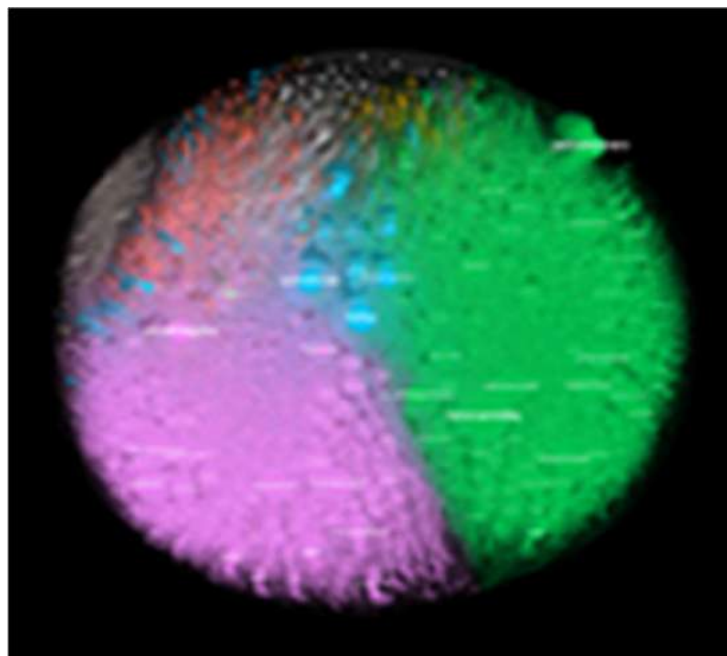
Fonte: dados da pesquisa – autores (2019)

GRÁFICO 7 - TWEETS 2018 - Onda 8 (outubro-novembro)



Fonte: dados da pesquisa – autores (2019)

Figura 58 – CLUSTERS GRAFO 8



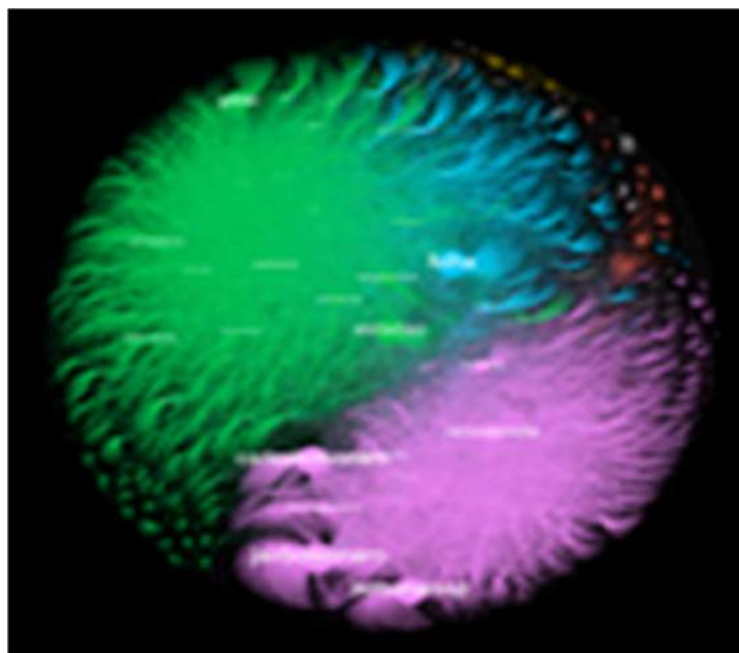
Fonte: dados da pesquisa – autores (2019)

GRÁFICO 8 - TWEETS 2019 - Onda 9 (abril)



Fonte: dados da pesquisa – autores (2019)

Figura 59 – CLUSTERS GRAFO 9



Fonte: dados da pesquisa – autores (2019)

4.1.3 Fase 3 - Evento disparador, contextualização e grade de análise

- Para toda onda, período de pico de interações no *twitter*, identificamos um evento disparador, o que mobilizou grande parte dos conteúdos e interações nas redes que compuseram os clusters de cada *GRAFO GEPHI* acima;
- Para identificar o evento disparador localizamos nos *Gráficos Excel* a data de viralização;
- A partir dessas datas pesquisamos no *Google* os termos ‘Mais Médicos’ e ‘Programa Mais Médicos’ para selecionar notícias em sites oficiais governamentais e jornais de grande circulação que permitisse contextualizar os acontecimentos políticos em torno das viralizações criando uma *timeline* da relação entre institucionalização do PMM e as repercussões nas redes sociais (tweet);
- A partir dessa data pesquisamos também no nosso banco de dados (Ford) o primeiro tweet do dia que viralizou e o top tweet (tweet mais compartilhado, comentado e/ou curtido) da onda possibilitando fazer um cruzamento entre a relação entre o evento disparador e a conteúdo veiculado no twitter no dia da viralização e no pico da viralização (que podem ser convergentes ou divergentes);
- Esses dados permitiram criar uma grande de análise temporal do contexto de institucionalização do PMM e as repercussões nas redes sociais.

Onda 1 (2013): Criação do programa Mais Médicos

- Período da onda: junho a novembro de 2013
- Início da onda: 21/06/2013 observa-se o início da onda com variação com 90 tweets no dia 20/06/2013 chegando a 2363 tweets no dia 8/07/2013
- Notícia do início da onda: Anúncio das 5 medidas pela presidenta Dilma Rousseff - <http://g1.globo.com/politica/noticia/2013/06/veja-e-leia-o-pronunciamento-na-tv-da-presidente-dilma-rousseff.html>
- Primeiro tweet do período: <https://www.twitter.com/rafinhabastos/status/347781133016109056>
- Top tweet: <https://twitter.com/centraldafama/status/348232015381938178>

- Total de tweets no período:

Onda 2 (2014): Pedido de exílio da médica cubana Ramona Rodriguez

- Período da onda:
- Início da onda:
- Notícia do início da onda:
- Primeiro tweet do período:
- Top tweet:
- Total de tweets no período:

<http://g1.globo.com/politica/noticia/2014/02/medica-cubana-deixa-mais-medicos-e-diz-que-pedira-asilo-no-brasil.html> (4/2/14)

Onda 3 (2014): Eleições presidenciais

- Período da onda:
- Início da onda:
- Notícia do início da onda:
- Primeiro tweet do período:
- Top tweet:
- Total de tweets no período:

<https://www.ebc.com.br/noticias/eleicoes-2014/2014/07/conheca-o-perfil-dos-11-candidatos-a-presidencia-da-republica> (16/7/14)

Onda 4 (2015): O apontamento de fragilidades no Mais Médicos pelo Tribunal de Contas da União

- Período da onda: março a maio de 2015
- Início da onda: 06/03/2015 observa-se o início da onda com uma variação de 2240 tweets chegando a 5089 no dia 16/05/2015
- Notícia do início da onda: TCU aponta fragilidades no Programa Mais Médicos
<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2015-03/tcu-aponta-fragilidades-no-programa-mais-medicos>

- Primeiro tweet do período:
<https://www.twitter.com/CongressoPodre/status/572083148076539905>
- Top tweet: <https://www.twitter.com/VEJA/status/537954605423153152>
- Total de tweets no período: 31.623

<https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2015-03/tcu-aponta-fragilidades-no-programa-mais-medicos> (6/3/15)

Onda 5 (2015): Apresentação do programa Mais Especialistas

- Período da onda: julho a agosto de 2015
- Início da onda: 01/07/2015 observa-se o início da onda com uma variação de 337 tweets chegando a 12.2232 no dia 04/08/2015
- Notícia do início da onda:
Acreanos formados no exterior voltam ao Acre pelo Mais Médicos

<http://g1.globo.com/ac/acre/noticia/2015/06/acreanos-formados-no-externor-voltam-ao-acre-pelo-mais-medicos.html>

- Primeiro tweet do período:
<https://www.twitter.com/danielguisse/status/615721549254012928>
- Top tweet:
<https://www.twitter.com/EduardoJorge/status/518923594995621888>
- Total de tweets no período: 18.455

<https://www.jornalopcao.com.br/ultimas-noticias/governo-federal-cria-decreto-que-acaba-com-especializacao-medica-denuncia-cfm-42151/> (10/8/15)

Onda 6 (2016): Processo de abertura do Impeachment de Dilma e a abertura de novas vagas para o Mais Médicos

- Período da onda: Meio de Abril até final de maio de 2016
- Início da onda: 16/04/2016 onde se observa 89 tweets e o máximo chega a 2481 tweets no dia 29/04/2016
- Notícia do início da onda: Prefeitura de São Paulo aumenta vagas para médicos do programa Mais Médicos e Impeachment de Dilma Roussef

<http://maismedicos.gov.br/noticias/236-capital-paulista-expande-vagas-do-programa-mais-medicos>

- Primeiro tweet do período:
<https://www.twitter.com/zuminogure/status/721122400675479553>
- Top tweet:
<https://www.twitter.com/xicosa/status/724571504588013568>
- Total de tweets no período: 16488 tweets

<https://cidadeverde.com/noticias/220776/inscricoes-do-mais-medicos-seguem-abertas-ate-dia-1-de-junho> (27/5/16)

<https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2016/04/17/camara-diz-sim-ao-impeachment-de-dilma-pedido-vai-agora-ao-senado.htm> (17/04/16)

Onda 7 (2017): Eficácia do programa.

- Período da onda: novembro a início de Dezembro de 2017
- Início da onda: 14/11/2017 inicia-se com 83 tweets, chegando a 1091 no dia 1/12/2017
- Notícia do início da onda: OPAS mostra a eficácia do Mais Médicos na Irlanda no Quarto Fórum Global em Recursos Humanos em Saúde.
<http://maismedicos.gov.br/noticias/258-opas-apresenta-experiencias-exitosas-do-mais-medicos-na-irlanda>
- Primeiro tweet do período:
<https://www.twitter.com/turquim5/status/930275237219962881>
- Top tweet:
<https://www.twitter.com/JanainaDoBrasil/status/935476261652172800>
- Total de tweets no período: 9155 tweets.

<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2017/10/26/eficacia-do-mais-medicos-divide-opinioes-em-audiencia-na-cas> (26/10/2017)

Onda 8 (2018): Eleições presidenciais e a saída de Cuba do Mais Médicos

- Período da onda: agosto a dezembro de 2018

- Início da onda: 08/08/2018 observa-se o início da onda, com 38 tweets, chegando a 19.141 tweets em 15/11/2018
- Notícia do início da onda: “Ministro propõe que médicos oriundos do Fies substituam cubanos” <http://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2018-11/ministro-propoe-que-medicos-oriundos-do-fies-substituam-cubanos>
- Primeiro tweet do período: <https://www.twitter.com/LulaOficial/status/1027230710887800833>
- Top tweet: <https://www.twitter.com/jairbolsonaro/status/1060452272822538240>
- Total de tweets no período: 242.545

<https://noticias.r7.com/brasil/governo-cubano-anuncia-saida-do-programa-mais-medicos-15112018> (14/11/18)

<https://g1.globo.com/politica/eleicoes/2018/noticia/2018/10/07/jair-bolsonaro-e-fernando-haddad-decidirao-eleicao-para-presidente-no-segundo-turno.ghtml> (7/10/18).

Onda 9 (2019): mais de mil médicos desistiram do programa e dois mil cubanos permaneceram no Brasil na informalidade

- Período da onda: início de abril de 2019
- Início da onda: em 04/04/2019 observa-se o início da onda, com 547 tweets, chegando a 3.044 tweets em 06/04/2019
- Notícia do início da onda: “Em três meses, mais de mil profissionais desistem do Mais Médicos” <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/04/04/em-tres-meses-mais-de-mil-profissionais-desistem-do-mais-medicos.ghtml>
- Primeiro tweet do período: <https://www.twitter.com/Thayrevolucion/status/1113680466161360897>
- Top tweet: <https://www.twitter.com/jairbolsonaro/status/1104892573578072064>
- Total de tweets no período: 6.584

<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/04/em-3-meses-mais-medicos-tem-1052-desistencias-apos-saida-de-cubanos.shtml> (4/4/19)

<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,dois-mil-medicos-cubanos-continuam-no-pais-e-sobrevivem-na-informalidade,70002791613> (15/4/19)

Quadro 3 - GRADE DE ANÁLISE TEMPORAL INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PMM

2013 - Grafo 1 (Jul.-Nov.)	Criação do Programa
2014 - Grafo 2 (Fev.-Mar.)	Cubana decide abandonar programa Mais Médicos
Grafo 3 (Julho-Outubro)	Eleições presidenciais 2014
2015 - Grafo 4 (Março)	TCU aponta fragilidades no Programa
Grafo 5 (Agosto)	Aprovação da população do programa / tentativa do programa mais especialistas
2016 - Grafo 6 (Maio)	Abertura de novas vagas do programa/ impeachment da Dilma
2017 - Grafo 7 (Out-Nov.)	Discussão sobre a eficácia do programa
2018 - Grafo 8 (Out.-Dez.)	Eleições presidenciais 2018/ Cuba decide deixar o programa
2019 - Grafo 9 (Abril)	Mais de mil profissionais desistem do Mais Médicos
	Dois mil médicos cubanos continuam no País e sobrevivem na informalidade

Fonte: elaborado pelos pesquisadores (2019)

4.1.4 Fase 4 - Definição da amostra e criação de categorias de análise

- Leituras flutuantes dos tweets de cada cluster

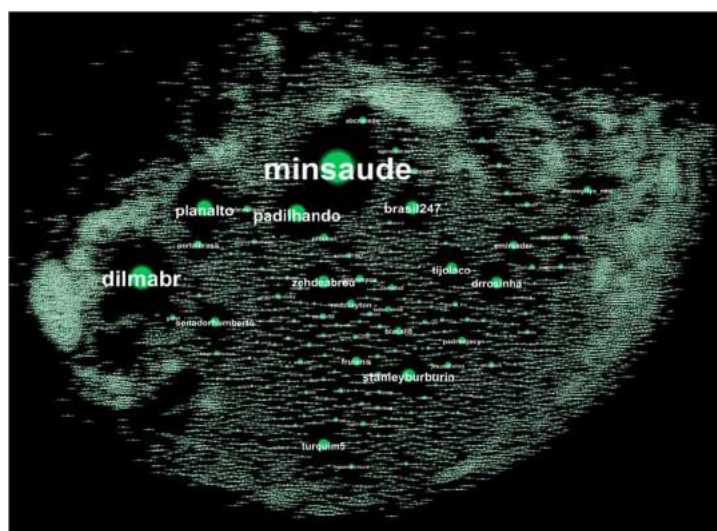
•Orientação: apreender dinâmicas e estratégias narrativas; disputas e regimes discursivos

4.1.4.1 Favor e contra: 2 campos semânticos

- As interações narrativas dos tweets estão organizadas em dois grandes campos semânticos: narrativas a favor e narrativas contra o PMM. Os clusters tendem a se organizar em torno de um ou mais perfis de influenciadores que tomam uma posição a favor ou contra. Os GRAFOS indicavam a tendência de um campo polarizado em dois grandes conforme indicado nos GRAFOS GEPHI (FASE 2 - acima).

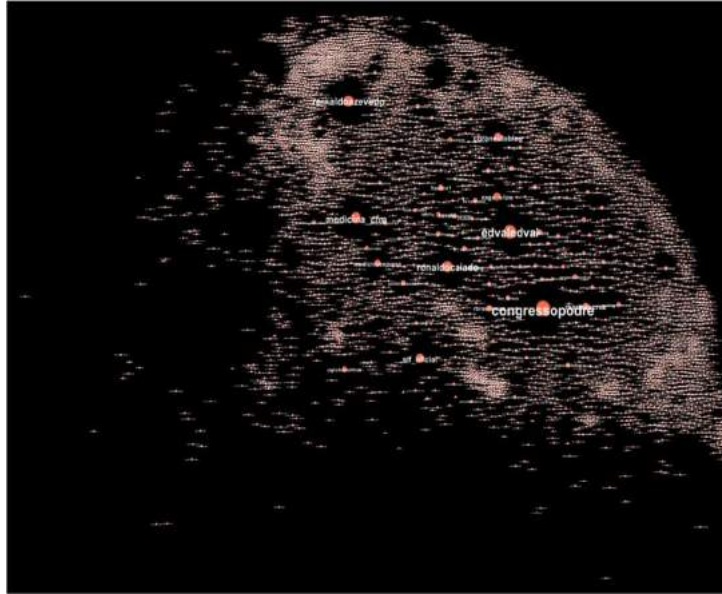
A seguir apresentamos os clusters separadamente

Figura 60 - GRAFO CLUSTER A FAVOR



Fonte: dados da pesquisa – autores (2019)

Figura 61 - GRAFO CLUSTER CONTRA



Fonte: dados da pesquisa – autores (2019)

- Observa-se um terceiro cluster que são de posições ‘neutras’ principalmente de perfis de tweets de jornais como G1, Folha e Estadão. Esses tweets também se encontram retweetados nos dois clusters favor e contra, sendo absorvidos pelo debate polarizado de tal modo que ao longo dos anos esses perfis foram absorvidos pelos campos favor ou contra.

Figura 62 - GRAFO CLUSTER FONTE

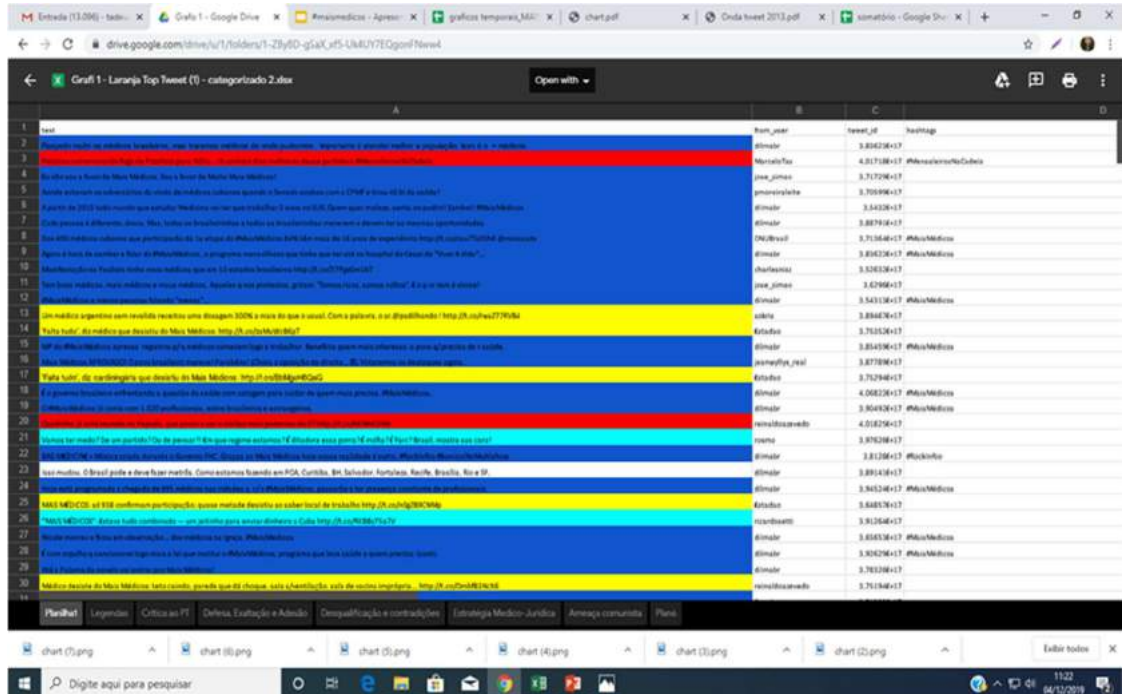


Fonte: dados da pesquisa – autores (2019)

4.1.4.2 Categorias de análise

A leitura dos tweets deram forma a diferentes categorias de análise que foram organizadas por cores conforme figura 63:

FIGURA 63 - Leitura dos tweets por categorias de análise organizadas por cores



Fonte: dados da pesquisa – autores (2019)

4.1.4.3 Após a leitura fluante foram identificados campos argumentativos

4.1.4.3.1 No campo semântico **a favor**

- Adesão (Exaltação e Provocação)
- Crítica a oposição (Médica e Partidária)
- Avanços (dados sobre Consistência e Popularidade)
- Contra

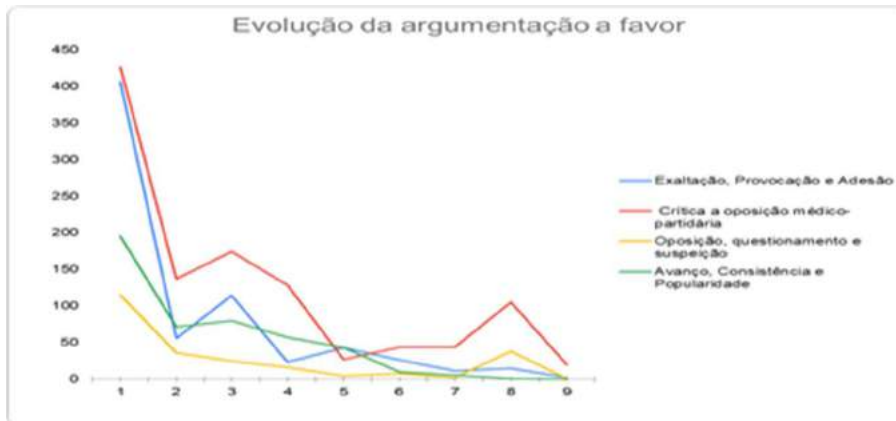
4.1.4.3.2 No campo semântico **contra**

- Desqualificação (falta de estrutura, revalida, erro médico)
- Ameaça comunista (ditadura cubana, chavismo, trabalho escravo, socialismo, esquerdismo)
- Estratégia médico-jurídica (CFM e MPF)

- A favor

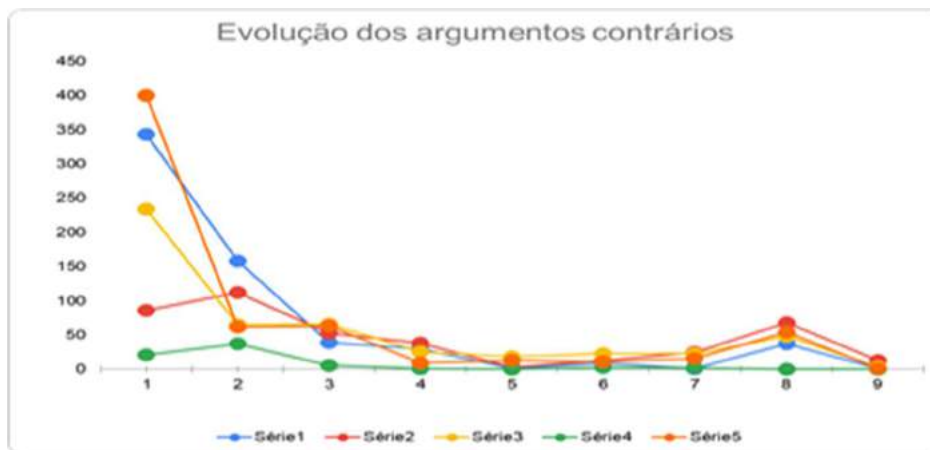
4.4 AS CATEGORIAS DE ANÁLISE TIVERAM UMA VARIAÇÃO AO LONGO DOS ANOS CONFORME GRÁFICOS QUE SEGUEM:

Gráfico 9 - Evolução Categorias de Análise a Favor



Fonte: dados da pesquisa – autores (2019)

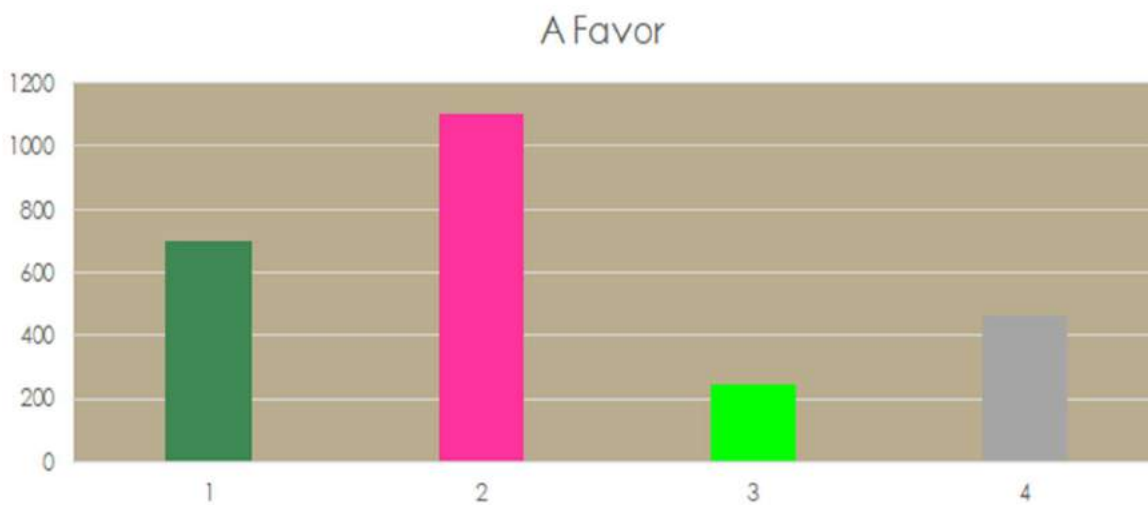
Gráfico 10 - Evolução argumentação contra



Fonte: dados da pesquisa – autores (2019)

4.5 Na análise condensada dos dados ao longo dos seis anos temos a seguinte dispersão representada no gráfico abaixo:

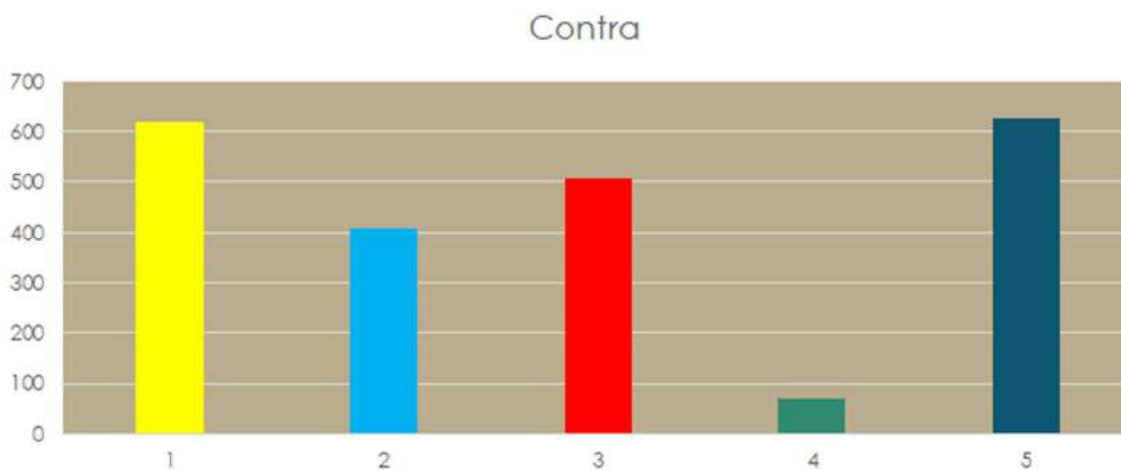
Gráfico 11 - Análise condensada dos dados ao longo dos seis anos – A favor



Fonte: dados da pesquisa – autores (2019)

1- Exaltação 696; 2- Crítica a oposição 1105; 3- Oposição e questionamento 245; 4- Avanço, consistência e popularidade 463; Em Branco - 985 total - 3494

Gráfico 12 - Análise condensada dos dados ao longo dos seis anos – Contra



Fonte: dados da pesquisa – autores (2019)

1- Desqualificação 619; 2- Ameaça Comunista 409; 3- Crítica ao PT 506; 4- Estratégia; Médico-Jurídica 69; 5- Apoio, avanço e consistência 627; Em Branco - 601; Total – 2831

SUB-PROJETO: COMPONENTE DE ENSAIO COMUNITÁRIO

**RELATÓRIO FINAL DO SUB-PROJETO
COMPONENTE DE ENSAIO COMUNITÁRIO**

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVAS

A distribuição, a oferta e a fixação de médicos e suas ocupações profissionais tendem a ser influenciadas por um conjunto complexo de interesses e fatores de ordem pessoal, institucional, corporativa, política e econômica.

Atualmente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) não definem e nem recomendam a prescrição de padrões mínimos ou ótimos para taxas populacionais de oferta de médicos, tampouco para metas nacionais correlatas. Assim mesmo, o Ministério da Saúde brasileiro estabeleceu como parâmetro mínimo e meta nacional, uma oferta de pelo menos 2,5 médicos para cada 1.000 habitantes.

Considerada a relação entre as demandas e ofertas de profissionais médicos e ocupações médicas em serviços públicos de saúde, notadamente em serviços de Atenção Primária ou Básica à Saúde (ABS/APS), constatam-se desequilíbrios e deficiências em grande parte dos países economicamente e socialmente menos desenvolvidos. No *Relatório Mundial de Saúde 2006* estima-se que as populações que vivem em regiões rurais em todo o mundo, embora ainda proporcionalmente predominantes, são servidas por apenas 38% do pessoal de enfermagem e por menos de 25% dos médicos disponíveis. A deficiência na oferta e na distribuição de profissionais de saúde é frequentemente evidenciada como um obstáculo grave ao esforço de garantia de equidade no acesso aos serviços básicos de saúde e como entrave para se alcançar metas estabelecidas nos planos nacionais de saúde.

Embora no Brasil a taxa média de médicos ativos e suas ocupações profissionais possam ser consideradas intermediárias, em comparação internacional, as grandes periferias urbanas e as áreas com menores densidades populacionais possuem taxas bem menores de oferta. Especificamente quando comparado com países de características próximas, em termos sociais e econômicos, o país geralmente está colocado em posições inferiores. Na comparação entre 42 países em 2011, o Brasil situava-se na 31ª posição.

O país também apresenta disparidades e iniquidades na disponibilização, na distribuição e na fixação de profissionais médicos e respectivas ocupações, considerados seus diversos contextos territoriais e sociais. O problema maior reside na equidade distributiva dos profissionais médicos e suas ocupações em estratos de renda populacional e densidade demográfica.

Recente estudo de demografia médica realça um crescimento exponencial de médicos em atividade, com ênfase em: maior crescimento da população de médicos em relação ao crescimento da população em geral, maior entrada do que saída de médicos no mercado de trabalho, aumento expressivo na oferta de vagas e cursos de Medicina, grande multiplicidade de vínculos e longas jornadas de trabalho.

Entretanto, no mesmo estudo são evidenciadas desigualdades na distribuição geográfica da oferta de ocupações médicas, em termos gerais e de acordo com determinadas especialidades, além da disparidade da oferta de tais ocupações nos setores público e privado. No país observa-se maior oferta de ocupações médicas em regiões metropolitanas e em municípios de maior porte populacional e melhores condições econômicas. A população, coberta por planos e seguros de saúde privados, possuía na ocasião do referido estudo, uma taxa de oferta de ocupações médicas quatro vezes maior do que a população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS).

Corroborando com o destaque da problemática em questão, no início de 2011, uma pesquisa de opinião nacional revelou que 58% dos respondentes apontaram a “falta de médicos” como o principal problema do SUS.

Em meados de 2013, o governo brasileiro instituiu o “Programa Mais Médicos” (PMM), editado inicialmente por Medida Provisória e posteriormente regulamentado por legislação federal, tendo como parte integrante o “Projeto Mais Médicos para o Brasil” (PMMB). Tal iniciativa estabelece o propósito primordial de incrementar o provimento de ocupações profissionais médicas em serviços e equipes de Atenção Básica ou Primária à Saúde (ABS/APS), para regiões, municípios e localidades com ausência ou deficiência desses profissionais. Além de também objetivar o incremento de investimentos públicos para a estruturação e qualificação de unidades básicas de saúde e hospitais nas mesmas áreas; de expandir e qualificar a formação e a especialização de médicos com ênfase na ABS/APS.

Em perspectiva processual e dinâmica logística, o PMM pode ser caracterizado como uma estratégia (inter)institucional, do tipo programática, porque consubstancia a implementação de determinada política institucional, a partir da ordenação de recursos com finalidades específicas, da definição de objetivos predeterminados e da condução normativa única.

No período inicial de implantação do PMM no país (2013-2014), em conjuntura de intermédio e final de mandatos de governos estaduais e federal, houve muita polêmica acerca das justificativas, propósitos, tipos de contratações e de médicos contratados pelo programa. As contestações e questionamentos mais enfáticos partiram de representações da categoria médica, com ampla repercussão midiática. Apesar de tais contestações, o PMM foi implantado com ampla aprovação popular.

Com a regulamentação normativa (legal, institucional e programática) estabelecida e o desencadeamento do processo de implantação do PMM, algumas questões de investigação podem ser apresentadas, dentre as quais: quais os resultados iniciais obtidos a partir da implantação efetiva dessa estratégia programática em contextos e casos reais?

Todavia ainda são escassos os estudos que tratam da implantação do PMM no país, o que justifica a realização de novas investigações que possam agregar mais subsídios, hipóteses ou evidências correlatas. O componente de análise comparativa entre conglomerados de municípios que aderiram e não aderiram ao PMM, estratificados por portes populacionais, deve contribuir para a produção de evidências acerca da estruturação, processos e resultados em perspectiva sistêmica.

2 TIPO E MÉTODO DE ANÁLISE

Para a consecução desse componente deverá ser realizada pesquisa avaliativa do tipo experimental, agregado e com análise longitudinal e retrospectiva, a partir de série histórica. Trata-se de um subtipo de **ensaio comunitário**, denominado como estudo de caso-controle de agregados, que tem a vantagem de baixo custo (em razão do uso de dados provenientes de fontes secundárias) e simplicidade analítica. A aplicabilidade desse tipo de estudo é preconizada para subsidiar hipóteses referentes a intervenções em contextos macrossociais de saúde, caso da implantação do PMM. Também são reportadas as limitações inerentes a esse tipo de estudo: problemas de eventuais

subnotificações de dados obtidos a partir de fontes secundárias, eventuais vieses ocorridos pela distribuição heterogênea da intervenção, além de eventuais interveniências de confusão com outros fatores (colinearidade).

As unidades de análise deverão ser conglomerados de casos (municípios que implantaram o PMM) e de controles (municípios sem a implantação do PMM), estratificados por portes populacionais, características de ofertas de serviços de saúde e Índices de Desenvolvimento Humano (IDH). Os conglomerados de casos e de controles deverão ser estabelecidos a partir de amostragem estatística que leve em conta a distribuição estadual e regional (Regiões de Saúde).

Para a definição da amostragem de municípios para compor os agregados de “casos” e “controles”, estabeleceu-se o critério de estratificação em sete faixas de estimativas populacionais, com quantidades de acordo com a proporção de municípios em cada faixa populacional dos estados e Regiões de Saúde. A quantidade de municípios selecionados para a amostragem de conglomerados de casos e controles em cada estrato de porte populacional correspondem às proporções aproximadas na estimativa populacional para 2016 (IBGE).

Os dados deverão ser obtidos a partir de fontes secundárias de domínio público: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Sistemas de Informações Hospitalares, Ambulatoriais, de Atenção Básica e de Agravos de Notificação (SIH, SIA, SIAB e SINAN). Particularmente, para a análise tendencial dos dados provenientes do CNES deverá ser estabelecida a série histórica dos meses de dezembro de 2010 a 2016, período anterior e concomitante ao processo de implantação do PMM.

Os dados coletados deverão ser processados a partir de tabulações e cálculos de frequências simples, com o auxílio dos programas Tabwin (ver. 3,6b) e Excel.

Os indicadores definidos para a análise comparativa estão referidos respectivamente a algumas taxas populacionais de ofertas de profissionais médicos e aos componentes de estrutura e resultados de análise sistêmica para serviços de saúde (portanto, desconsiderados os indicadores de processo), compatíveis com serviços de ABS/APS vinculados ao SUS.

Para a análise tendencial de frequências, com propósitos descritivos e comparativos entre os agregados pareados (sete pares), deverão ser utilizados os valores

de indicadores anuais no período de cinco anos, com ênfase na comparação de dois segmentos: do período anterior à implantação do PMM (2010 a 2014) e do período inicial de sua implantação (2013-2017).

Deste modo, A maior parte dos componentes do subprojeto obtiveram consecução plena e completa, sendo que as que obtiveram consecução parcial estão em vias de desfecho (Quadro 4).

Quadro 4 - Descrição de atividades realizadas e os seus respectivos graus de consecução efetiva.

Descrição de atividades realizadas*	Grau de consecução efetiva		
	Insuficiente	Parcial	Completa
Revisão bibliográfica acerca da temática em foco			
Definição e desenvolvimento de escopo e método para análise sistêmica			
Definição e desenvolvimento de variáveis para a análise estratificada (portes populacionais e condições de equidade)			
Levantamento e obtenção de dados e informações de fontes secundárias			
Processamento dos dados obtidos			
Análises estatísticas e georreferenciadas sobre a oferta e a distribuição de médicos e suas ocupações profissionais			
Análises estatísticas e georreferenciadas sobre os impactos a partir de determinados indicadores epidemiológicos			
Elaboração de relatórios periódicos e parciais			
Preparação de seminário para a discussão de processamentos e análises com especialistas			

Realização de seminário para a discussão de processamentos e análises com especialistas			
Elaboração de artigos científicos correlatos			
Encaminhamento para publicação de artigo científico correlato			

*Atividades referidas exclusivamente ao subprojeto 2, sendo que, houve implicação e participação efetiva em diversas outras atividades gerais do projeto mais abrangente.

Fonte: elaborado pelo autor (2019)

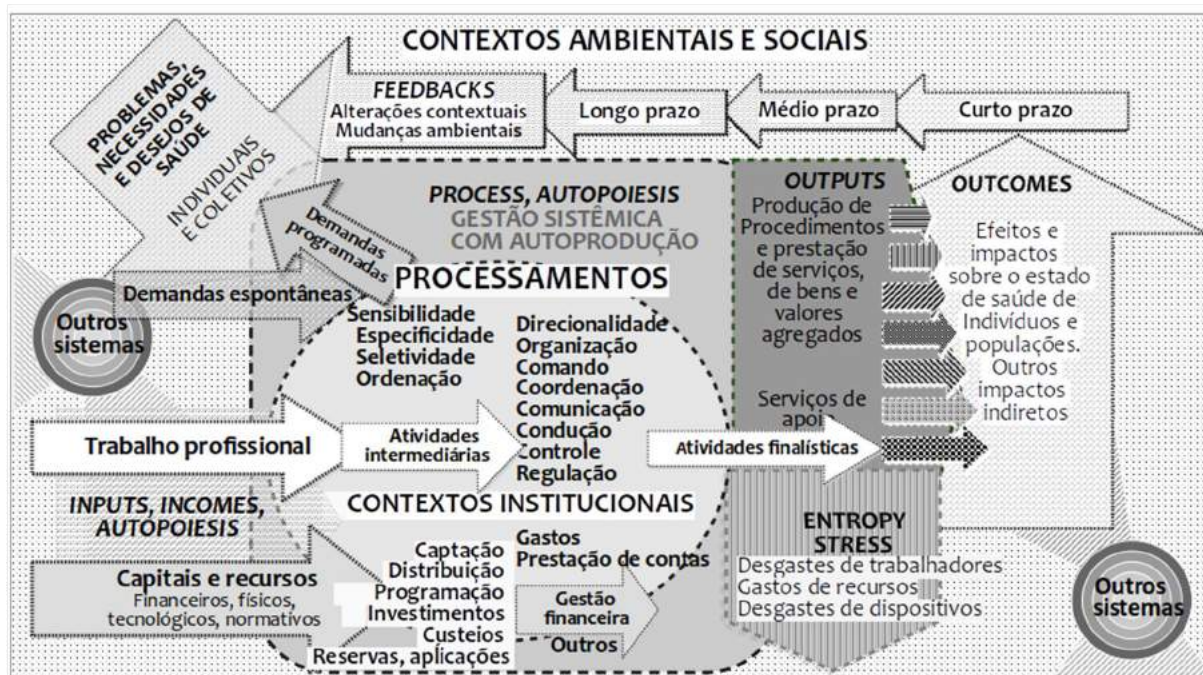
2.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA ACERCA DA TEMÁTICA EM FOCO

Com o propósito de adotar uma modelagem sistêmica para a configuração analítica houve extensa e prolongada revisão bibliográfica ao longo de todo o período de duração do subprojeto. Todo o material revisado e referenciado foi agregado a outro componente do projeto maior, que contou com o auxílio dos bolsistas e resultou em uma robusta revisão sistemática.

2.2 DEFINIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE ESCOPO E MÉTODO PARA ANÁLISE SISTÊMICA

No Quadro 5 está disposto o escopo de análise e monitoramento sistêmico que serviu de referência para o trabalho empreendido no subprojeto, cuja ênfase enfocou indicadores referidos aos plexos e componentes de *outputs* e de *outcomes* acerca da implantação e intervenção do Programa Mais Médicos em municípios brasileiros.

Quadro 5 - Escopo de análise sistêmica desenvolvido para o subprojeto



Fonte: Miranda, AS. "Análises sistêmicas sobre processos de gestão em Saúde"

Os princípios ordenadores e as tensões normativas também estabelecem a lógica intrínseca de interdependência e de interação entre os elementos constituintes (mesmo que díspares) da trama sistêmica. As tensões normativas de coesão, concomitância, coerência e controle de dinâmicas e fluxos imbricados; com funcionalidades tendentes à delimitação, (auto)regulação, ajuste, estabilização, equilíbrio, adaptação, mutagênese, perpetuação etc.

Por exemplo, uma função indelével e normativa óbvia e imprescindível para os sistemas institucionalizados de saúde seria o reconhecimento (sensibilidade) e a priorização (seletividade) de demandas, a partir de análises situacionais e monitoramentos sobre problemas, necessidades e desejos, em termos de singularidades (demandas individuais) e particularidades (corporativas, coletivas, comunitárias, sociais). Em razão e função, em coerência e compatibilidade com tais análises situacionais e priorizações de demandas deveriam ser configuradas as diretrizes organizacionais para a captação e utilização de capitais e recursos, organização de trabalho profissional, (re)produção de bens e serviços etc. Tão óbvio, tão repetido, quanto ignorado em termos logísticos e práticos em muitas das experiências concretas de gestão institucional.

Estabelecido o contexto de racionalidade normativa para os sistemas de saúde, podem ser sumarizados como plexos imprescindíveis: os impulsos ou estímulos

extrínsecos sensíveis (*impulses*), as energias e entradas seletivas (*inputs*), os processamentos intrínsecos (*process*), as demandas processuais criativas (*autopoiesis*, *withinputs*), as saídas e produções (*outputs*), os gastos e desgastes (*entropies*, *stress*) intrínsecos, os impactos das saídas e produções no ambiente extrínseco (*outcomes*) e os processamentos correlatos com as decorrentes (re)configurações retroativas (*feedbacks*) de curto, médio e longo prazo.

Os plexos de impulsos ou estímulos sensíveis (*impulses*) tem a ver com os problemas, as necessidades e os desejos, individuais e coletivos, relacionados com o campo institucional da Saúde, ordenados sob a forma de demandas e processados (em termos de gestão) por critérios de sensibilidade, seletividade e acessibilidade.

Os plexos de energias e entradas extrínsecas (*inputs*) estão referidos ao conjunto diverso de capitais e recursos imprescindíveis para a existência e a funcionalidade eficiente e efetiva dos sistemas de saúde. Capitais, recursos e insumos normativos (legislações, regulamentações etc.); financeiros (investimentos e custeios); tecnológicos (leves, leves duros, duros), físicos etc.

Os plexos de autoprodução (*autopoiesis*) estão constituídos pelo trabalho criativo (humano, social, profissional) e tendem a gerar demandas intrínsecas (*withinputs*) e, portanto, estímulos extrínsecos (no ambiente e no sistema social abrangente), a partir dos próprios sistemas de saúde e de sua gestão.

Os plexos de entropias (*entropies*, *stress*) decorrem dos gastos de recursos e desgastes de tecnologias duras, como também, dos desgastes inerentes ao trabalho humano. Gastos e desgastes que, se não manejados adequadamente, em termos de gestão, podem comprometer a funcionalidade dos sistemas e, conseqüentemente, também os seus resultados (notadamente no que concerne ao aspecto de satisfação de usuários).

Os plexos de saídas e (re)produções (*outputs*) resultam na efetivação de procedimentos, de trabalho vivo e na produção de bens (imateriais e materiais) e serviços de saúde. Os plexos de impactos (*outcomes*) implicam também em resultantes das intervenções individuais e coletivas, a partir de interações (entre profissionais de saúde e usuários de serviços) e produção de serviços. Em termos coletivos as medidas mais reconhecidas são as alterações no estado de saúde de indivíduos e populações.

Os plexos retroativos (*feedbacks*) estão referidos aos impactos mais abrangentes, geralmente de médio e longo prazo, que modificam substancialmente as condições e a situação ambiental e social, portanto, alterando significativamente os plexos referidos anteriormente. Em se tratando de sistemas de saúde, os exemplos mais reconhecidos atualmente derivam de transições demográficas, de transições ou acumulações epidemiológicas (p. ex. A tendência de incremento de demandas relacionadas às condições crônicas de necessidades de saúde).

Mais significativa do que a identificação de aspectos e componentes de funcionalidade sistêmica é a análise sobre os seus fluxos e dinâmicas interdependentes. A depender das competências de gestão institucional, de processamentos sistêmicos, tais dinâmicas podem ser mais sinérgicas ou mais entrópicas. Claro, sempre existirão graus de sinergia e de entropia, a questão mais relevante está referida aos balanços positivos para os sistemas de saúde. Resultados eficientes e efetivos não dependem somente de balanços intrínsecos (p. ex. “eficiência orçamentária”, efetividade na oferta e consumo de procedimentos biomédicos etc.), mas, sobremaneira, extrínsecos, societários e ambientais.

No caso específico do componente de Ensaio Comunitário (Subprojeto 2) houve ênfase na análise do plexo de:

- *outputs*: oferta e distribuição comparativa e georreferenciada de médicos e suas ocupacionais;
- *outomes*: impacto comparativo e georreferenciado acerca de determinados indicadores epidemiológicos.

A diversidade e a pluralidade de situações socioeconômicas no país, constitui um enorme desafio para a definição de critérios e termos para distinções e classificações acerca de iniquidades correlatas. Quando se trata de iniquidades de acessibilidade aos serviços ou em termos de impactos epidemiológicos (estado de saúde) são agregados novos desafios. No decorrer do trabalho foram testadas inúmeras modelagens e amostragens municipais, a partir da seleção de diversos indicadores socioeconômicos para a estratificação dos municípios.

Havia uma limitação em comum para a maior parte dos indicadores e índices socioeconômicos disponíveis: quase todos foram calculados para o ano de 2010, ocasionando um distanciamento temporal inevitável. As medidas adotadas para a

estratificação em termos de iniquidades sociais derivam do **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**, que é uma plataforma sobre os municípios brasileiros, os estados e Distrito Federal, as Regiões Metropolitanas (RM). O referido Atlas dispõe de mais de 200 indicadores de demografia, educação, renda, trabalho, habitação e vulnerabilidade, com dados extraídos dos Censos Demográficos de 1991, 2000 e 2010.

Os índices e indicadores selecionados para os termos e critérios de estratificação de municípios para as análises foram:

- Índice de Desenvolvimento Humano (IDH),
- Índice de Vulnerabilidade Social (IVS),
- Razão entre os 10% com maior renda e os 40% com menor renda (R1040),
- Proporção de pobres.

Estabeleceu-se como critério primordial para a seleção de possíveis casos e controles para a amostragem a existência ou inexistência de profissionais do PMM em todos os meses decorridos no período de 2014 até 2018. De **3.559** municípios (aprox. **64%** do total) selecionáveis para os agregados de casos ou de controles a partir dos critérios de inclusão preestabelecidos (existência ou inexistência do PMM em todos os anos no intervalo de 2014 a 2018), **922** foram selecionados (aprox. **26%**). Em termos populacionais, o contingente estimado de população residente nos municípios selecionados (16.917297 hab.) também correspondeu a aprox. **26 %** daquele estimado para o conjunto dos municípios selecionáveis (64.866863 hab.). A distribuição dessas proporções é equivalente para os cinco estratos considerados. A distribuição proporcional dos municípios selecionados para a amostragem está descrita sumariamente no Quadros XX. e YY.

Quadro 6 - Distribuição proporcional de municípios **selecionáveis** para a amostragem por grandes regiões do país.

Região	% mun	% Casos	% Controles	Soma
--------	-------	---------	-------------	------

Norte	8,0	7,0	1,7	8,7
Nordeste	32,2	20,1	12,0	32,1
Sudeste	29,9	13,3	17,5	30,8
Sul	21,3	13,6	7,0	20,6
Centro-Oeste	8,6	3,9	3,7	7,6

Fonte: Estudo

Quadro 7 - Distribuição de municípios **selecionados** para a amostragem por estratos populacionais

Faixa populacional	Casos		N° municípios	%	Controles		N° municípios	%
	<	>			<	>		
Até 5.000 hab.	37	37	293	14,8	81	81	646	38,4
5.001-10.000 hab.	48	48	378	17,6	55	55	440	26,2
10.001-25.000hab.	95	95	756	38,2	55	55	441	26,2
25.001-50.000 hab.	45	45	355	17,9	15	15	116	6,9
50.001-100.000 hab.	25	25	194	9,8	5	5	37	2,2
Total	250	250	1976	100	211	211	1680	100

Fonte: Estudo

2.2.1 Levantamento, obtenção e processamento de dados e informações de fontes secundárias

Os dados foram obtidos de fontes secundárias de domínio público como IBGE, IPEADATA e Sistemas de Informações de Saúde (SIS-DATASUS). Para o seu processamento foram utilizados programas como planilhas (LibreOffice) e banco de dados (Epi-Info).

2.2.2 Análises estatísticas, tendenciais e georreferenciadas sobre a oferta e a distribuição de médicos e suas ocupações profissionais

Ensaio comunitário de agregados territoriais estratificados, a partir de dados provenientes de fonte secundária, com análise tendencial e comparativa sobre intervenção governamental e programática visando o provimento de profissionais médicos.

A escolha do referido método deveu-se ao seu baixo custo, facilidade para a obtenção de dados provenientes de fontes secundárias e simplicidade analítica. Embora, sejam reconhecidas eventuais dificuldades que são características desse tipo de estudo, tais como: subnotificações de dados, vieses pela distribuição heterogênea da intervenção analisada e interveniências de confusão com outros fatores (colinearidade)^{15, 16}.

Para compor os agregados territoriais foram selecionados e estratificados municípios brasileiros em função de dois tipos conexos de características: os posicionamentos em piores e em melhores quartis de determinados índices e indicadores socioeconômicos e o ordenamento em faixas populacionais.

Visando estabelecer uma maior similitude e proximidade acerca de situações socioeconômicas extremas para caracterizar e comparar os agregados, na seleção de municípios buscou-se incluir aqueles posicionados em todos os piores e melhores quartis do indicador e índices socioeconômicos descritos abaixo e calculados em 2010:

1) Proporção de Pobreza, indicador reconhecido e utilizado internacionalmente e, no caso específico em questão, calculado pelo Instituto de Políticas Econômicas Aplicadas (IPEA) considerando os indivíduos que viviam em domicílios particulares permanentes e possuíam renda mensal igual ou inferior a 1/3 do salário-mínimo vigente em 2010.

2) Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), reconhecido internacionalmente e utilizado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), estando composto e calculado a partir da ponderação de indicadores de longevidade (esperança

de vida ao nascer), de educação (taxas de alfabetização e de escolarização) e de renda (Produto Interno Bruto *per capita*).

3) Coeficiente de Gini; também reconhecido internacionalmente e utilizado pelo PNUD para dimensionar comparativamente graus de concentração de renda entre determinados grupos (geralmente entre os 20% mais pobres e mais ricos).

4) Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), desenvolvido pelo IPEA, estando composto e calculado a partir da ponderação de 16 indicadores ordenados em três dimensões (infraestrutura urbana, capital humano, renda e trabalho).

Considerado o critério seletivo anterior, posicionamentos extremos em todos os quartis dos índices e indicadores socioeconômicos, somente puderam ser incluídos os municípios com populações de até 100.000 hab. (2010). Porque somente 16 municípios brasileiros com mais de 100.000 hab. correspondiam ao referido critério de inclusão.

No caso brasileiro, municípios com menos de 10.000 hab. tendem a possuir estabelecimentos com serviços de Atenção Primária à Saúde e raramente alguns serviços hospitalares, ambulatoriais e de apoio diagnóstico ou terapêutico de pouca densidade tecnológica. Progressivamente, os municípios das outras faixas populacionais (até 100.000 hab.) tendem a possuir serviços hospitalares, ambulatoriais e de apoio diagnóstico ou terapêutico de média densidade tecnológica, sendo que, aqueles com mais de 50.000 hab. geralmente possuem serviços de referenciamento microrregionais. No Quadro 8 estão descritas as quatro faixas populacionais preestabelecidas e as respectivas quantidades e proporções de municípios posicionados em todos os piores e melhores quartis socioeconômicos.

Quadro 8 - Estratificação de faixas populacionais com a quantidade, as proporções e as taxas de provimento do PMM (por 1.000 hab. em 2018) dos agregados de municípios de até 100.000 hab. que estavam posicionados no ano de 2010 em todos os piores (↓Qt)

e os melhores (\uparrow Qt) quartis de índices de Desenvolvimento Humano, de Vulnerabilidade Social, de Gini e Proporção de Pobreza

Faixas populacionais	Municípios com todos os piores quartis (Qt↓)			Municípios com todos os melhores quartis (Qt↑)			Total de municípios selecionados		
	N	% na faixa	Taxa PMM 2018	N	% na faixa	Taxa PMM 2018	N	%	Taxa PMM 2018
Menos de 10.000 hab.	74	30,7	0,20	167	69,3	0,12	241	37,0	0,15
De 10.000 a 25.000 hab.	143	60,9	0,17	92	39,1	0,10	235	36,0	0,14
De 25.000 a 50.000 hab.	86	65,3	0,12	45	34,2	0,05	131	20,1	0,10
De 50.000 a 100.000 hab.	26	57,8	0,14	19	42,2	0,6	45	6,9	0,10
Total	329	50,4	0,15	323	49,6	0,08	652	100,0	0,12

Fonte: Estudo

Ao todo foram selecionados 652 municípios brasileiros, sendo 329 municípios (50,4%) posicionados em todos os piores quartis socioeconômicos referidos (Qt↓) e 323 municípios (49,6%) posicionados em todos os melhores quartis socioeconômicos (Qt↑). As respectivas proporções populacionais (2010) correspondentes aos agregados com piores (Qt↓) e melhores (Qt↑) quartis socioeconômicos eram de 59 % e de 41%.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) foi a fonte secundária utilizada para a obtenção dos dados sobre a oferta de profissionais médicos e de suas ocupações, assim como, sobre o provimento decorrente do PMM. Os dados obtidos foram processados com o auxílio de programas para tabulações e cálculos (Tabwin e Excel).

A implantação do PMM ocorreu a partir de 2014, sendo o mês de julho de 2013 referido como transversalidade prévia e estabelecido como período inicial para a série temporal. Conforme antecipado, ao final de 2018 houve um significativo decréscimo no contingente de médicos aprovados pelo PMM (estimativa de menos 68,4% entre os meses de julho de 2018 e de 2019, de acordo com os registros do CNES), em função da

retirada de médicos cubanos que atuavam por intermédio de um convênio de cooperação internacional; razão pela qual, o mês de julho de 2018 ficou estabelecido como período final da série temporal de cinco anos.

Para subsidiar as análises frequências e tendenciais, foram realizados cálculos sobre incrementos ou decréscimos proporcionais das quantidades absolutas e das taxas populacionais de ofertas de médicos e de suas ocupações (ocupações profissionais). Medidas comparadas entre os referidos agregados municipais estratificados, distinguindo as situações específicas com e sem o provimento decorrente do PMM, como também, de ocupações médicas vinculadas e não vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS)

Quadro 9 - Incrementos proporcionais das taxas populacionais (por 1.000 hab.) de ocupações médicas, vinculadas e não vinculadas ao SUS, em municípios brasileiros com menos de 100.000 hab. Comparativo das situações com e sem o provimento decorrente do Programa Mais Médicos. Períodos de julho de 2013 e 2018.

Faixas populacionais	Nº	Sem o provimento do PMM						Com o provimento do PMM	
		Ocupações médicas vinculadas ao SUS			Ocupações médicas não vinculadas ao SUS			Ocupações médicas vinculadas ao SUS	
		Taxas		Increm. 2013- 2018	Taxas		Increm. 2013- 2018	Taxas 2018	Increm. 2013- 2018
		2013	2018		2013	2018			
< 10.000 hab.	2.460	1,54	1,53	-0,3%	0,05	0,07	25,2%	1,61	4,9%
10.000-25.000 hab.	1.699	1,65	1,65	0,0%	0,15	0,21	42,5%	1,70	2,6%
25.000-50.000 hab.	745	2,05	2,06	1,6%	0,39	0,53	34,1%	2,12	4,5%
50.00- 100.000 hab.	349	2,77	2,92	5,4%	0,82	1,08	32,4%	2,92	5,3%

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Quadro 10 - Incrementos proporcionais da quantidade de profissionais e de ocupações médicas, vinculados e não vinculados ao SUS, cadastrados nos municípios brasileiros posicionados em todos os piores (\downarrow Qt) e os melhores (\uparrow Qt) quartis de índices de Desenvolvimento Humano, de Vulnerabilidade Social, de Gini e de Proporção de

Pobreza. Situações sem e com o provimento decorrente do Programa Mais Médicos (PMM). Comparativo entre os períodos de julho de 2013 e 2018.

Faixas populacionais	Sem o provimento do PMM						Com o provimento do PMM			
	% Médicos		% Ocupações vinculadas ao SUS		% Ocupações não vinculadas ao SUS		% Médicos		% Ocupações vinculadas ao SUS	
	↓Qt	↑Qt	↓Qt	↑Qt	↓Qt	↑Qt	↓Qt	↑Qt	↓Qt	↑Qt
> 10.000 hab.	-9,0	8,9	-11,8	2,4	0,0	2,4	52,8	25,1	26,8	-0,9
10.000 a 25.000 hab.	5,5	27,6	0,6	14,1	103,8	43,3	59,9	38,9	17,4	-2,5
25.000 a 50.000 hab.	-0,9	22,9	-7,8	7,8	151,2	25,7	39,3	27,9	16,1	0,7
50.00 a 100.000 hab.	0,6	22,6	-5,9	10,0	48,2	37,8	42,0	27,6	15,2	1,8

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Quadro 11 - Incrementos proporcionais das taxas populacionais de profissionais e de ocupações médicas (por 1.000 hab.), vinculados e não vinculados ao SUS, cadastrados em estabelecimentos de saúde dos municípios brasileiros posicionados em todos os piores (↓Qt) e os melhores (↑Qt) quartis de índices de Desenvolvimento Humano, de

Vulnerabilidade Social, de Gini e de Proporção de Pobreza. Situações sem e com o provimento decorrente do Programa Mais Médicos (PMM). Comparativo entre os períodos de julho de 2013 e 2018.

Faixas populacionais	Sem o provimento do PMM						Com o provimento do PMM			
	% Médicos		% Ocupações vinculadas ao SUS		% Ocupações não vinculadas ao SUS		% Médicos		% Ocupações vinculadas ao SUS	
	↓Q t	↑Q t	↓Qt	↑Qt	↓Qt	↑Qt	↓Q t	↑Q t	↓Qt	↑Qt
> 10.000 hab.	-3,6	6,5	-6,5	0,4	0,0	0,4	61,9	22,7	18,5	0,0
10.000 a 25.000 hab.	3,1	21,7	-1,7	8,9	99,3	36,8	56,3	32,5	15,5	6,2
25.000 a 50.000 hab.	-4,8	15,8	-11,5	1,5	141,2	18,4	33,8	20,5	2,8	2,2
50.00 a 100.000 hab.	-2,5	14,1	-8,7	2,3	43,2	28,2	37,8	18,7	5,2	4,2

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

4 PREPARAÇÃO DE SEMINÁRIO PARA A DISCUSSÃO DE PROCESSAMENTOS E ANÁLISES COM ESPECIALISTAS.

Iniciativa de ampliar a discussão e análises acerca de iniciativas de monitoramento e avaliação do PMM, com o convite de técnicos e pesquisadores que lidam com os mesmos bancos de dados e com diversos materiais e métodos.

A preparação do seminário implicou em interlocuções, diálogos e intercâmbio de informações por um período prévio à realização do seminário presencial, de aproximadamente seis meses.

5 REALIZAÇÃO DE SEMINÁRIO PARA A DISCUSSÃO DE PROCESSAMENTOS E ANÁLISES COM ESPECIALISTAS

Ocorrido no final de 2019 em Porto Alegre, o seminário contou com a participação de especialistas (UFM, Unicamp e UFRS) que discutiram a metodologia e resultados parciais apresentados pelo presente trabalho.

6 ELABORAÇÃO DE ARTIGOS CIENTÍFICOS CORRELATOS

Elaborado um artigo científico, já encaminhado para a avaliação da revista Pan-americana de Saúde Pública. Um segundo artigo, acerca da modelagem sistêmica utilizada como referência para as análises está em fase de revisão (esses dois artigos estão no anexo 3). Um terceiro artigo com análise de impactos epidemiológicos, encontra-se em fase de elaboração.

8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relatório reuniu um conjunto de investigações com desenho híbrido de abordagens, qualitativas e quantitativas, com triangulação de métodos e produção em rede científica voltados para a análise de determinados aspectos do PROGRAMA MAIS MÉDICOS.

É no âmbito da pesquisa social, mais especificamente no campo da análise de políticas públicas, que pretendemos situar a pesquisa e o desenvolvimento de tecnologias que está associado a ela.

Considerar a implementação como um momento administrativo operacional, pós-decisão no ciclo da política, resulta em perguntas sobre o porquê e como as propostas formuladas são, ou não, colocadas em prática. Esta perspectiva conduz a análises normativas da implantação das políticas, de tal forma que está em questão o quanto estas se desenvolvem conforme a proposição decidida e quais os fatores que seriam determinantes para que o desenrolar da ação do estado ocorresse conforme sua formulação.

Nesta direção o que está em questão é a implementação propriamente dita, as decisões que a tornaram possível, as redes de relações que a influenciam, os atores que a sustentam, os processos de negociação e concertação entre esses atores e os efeitos da política, os efeitos a priori definidos nos objetivos e metas, mas em especial os efeitos inesperados, que são resultado do processo de implementação em si. O processo de implementação é reconhecido como um processo de aprendizagem da política pública, em que essa se refaz.

A política pública deve ser reconhecida, a partir desta abordagem, no contexto concreto em que a implementação ocorre. Essa consideração é relevante, uma vez que gera efeitos no desenho metodológico do trabalho de pesquisa e de desenvolvimento de tecnologias de monitoramento e avaliação. A análise de implementação de políticas nunca será apenas uma análise de medida de resultados, mas uma observação rigorosa de evidências complexas que estão no entorno dos atores que constituem o cenário em que a mesma se implementa. Definimos uma abordagem chamada de “análise de cenários” com a observação, ao mesmo tempo, de diferentes dimensões do mesmo fenômeno, para acompanhar a implementação de projetos e políticas, processo no qual mais do que a precisão de técnicas, era requerida a capacidade de olhares diversos.

De natureza extensiva, as análises empreendidas neste estudo foram capazes de apontar algumas pistas sobre a direcionalidade do PMM, suas fragilidades e algumas necessidades que se impõem para uma agenda de pesquisa para os próximos anos.

ANEXOS

Seminário do Projeto Rede Observatório Programa Mais Médicos

**Local: Auditório da Escola de Enfermagem da UFRGS
(Rua São Manoel, 963)
08/12/2019
Das 8:30 às 12:00**

**Auditório 2 da Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação (FABICO)
(Rua Ramiro Barcelos 2705)
Das 14:00 às 19:00**

Convidados:

**Gastão Wagner de Sousa Campos (Unicamp)
Sábado Nicolau Girardi (UFMG)
Renato Tasca (OPAS-OMS)
Luis Augusto de Paula Souza (PUC-SP)
Max Alvin (PUC-SP)
Luiz Facchini (UFPEL)**



**MINISTÉRIO DA
SAÚDE**



**INSTITUTO DE
PSICOLOGIA**



Perfil descritivo dos Médicos Egressos do PMM

Dados descritivos do perfil da amostra geral – Planilha-2019

Número de médicos registrados no PMM – Com base na planilha N = **33226**

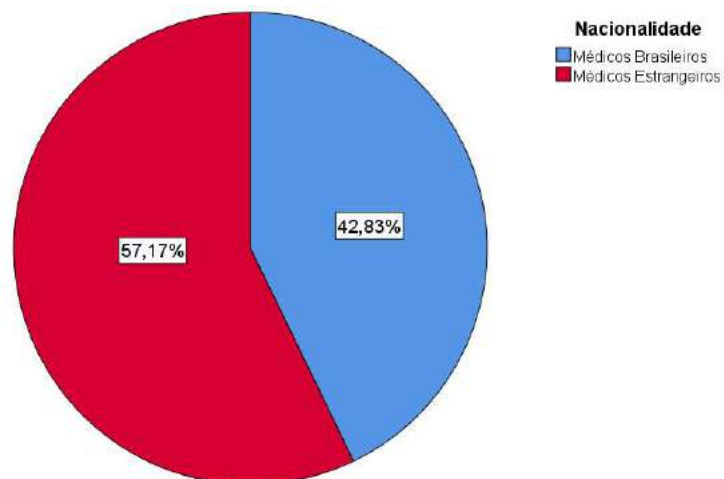
Quadro 1- Frequências e porcentagens relativas da população de médicos ativos e inativos do PMM por nacionalidade

		População			
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Brasileiros	14230	42,8	42,8	42,8
	Cubanos	18158	54,6	54,6	97,5
	Estrangeiros	838	2,5	2,5	100,0
	Total	33226	100,0	100,0	

Fonte: dados da pesquisa - autores (2019)

A prevalência de médicos(as) Cubanos (18.158; 54,6%) com data de entrada no PMM variando entre 28/03/2013 e 19/12/2018.

Figura 1- Porcentagens de médicos em relação a nacionalidade



Fonte: dados da pesquisa - autores (2019)

Quadro 2- Frequências e porcentagens relativas da população de médicos brasileiros e estrangeiros

	Frequência	Porcentagem
Médicos Brasileiros	14230	42,8
Médicos Estrangeiros	18996	57,2
Total	33226	100,0

Fonte: dados da pesquisa - autores (2019)

Quadro 3- Frequências e porcentagens relativas ao perfil dos médicos ativos e inativos do PMM

		Perfil do Médico			
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	COOPERADO	18264	55,0	55,0	55,0
	CRM BRASIL MAIS MEDICOS	6367	19,2	19,2	74,1
	CRM BRASIL PROVAB	4444	13,4	13,4	87,5
	INTERCAMBISTA	4151	12,5	12,5	100,0
	Total	33226	100,0	100,0	

Fonte: dados da pesquisa - autores (2019)

A maioria dos médicos eram cooperado, cubanos (18.264; 55%) seguidos de médicos brasileiros com CRM Brasil Mais Médicos (63.67; 19,2%).

Quadro 4- Frequências e porcentagens relativas da população de médicos do PMM em relação a situação

		Qtd Médicos Desligados BI			
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sim	19125	57,6	100,0	100,0
	Não	14101	42,4		
	Total	33226	100,0		

Fonte: dados da pesquisa - autores (2019)

Em relação a situação dos médicos no programa encontrou-se uma porcentagem de 57,6% de inativos e de 42,4% de médicos ativos no PMM.

Quadro 5- Frequências e porcentagens relativas da população de médicos ativos e inativos do PMM em relação ao perfil do município de lotação.

		Perfil Município			
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	1 - Grupos III e IV do PAB	2798	8,4	8,4	8,4
	2 - Grupo II do PAB	2694	8,1	8,1	16,5
	3 - Capitais e RM	8999	27,1	27,1	43,6
	4 - Grupo I do PAB	3274	9,9	9,9	53,5
	5 - G100	3120	9,4	9,4	62,9
	6 - Áreas vulneráveis	2878	8,7	8,7	71,5
	7 - Extrema Pobreza	9463	28,5	28,5	100,0
	Total	33226	100,0	100,0	

Fonte: dados da pesquisa - autores (2019)

Levando em consideração a distribuição dos médicos por perfil do município se destaca com uma concentração maior o perfil 7 – Extrema Pobreza (9.463; 28,5%) seguido dos municípios classificados no perfil 3 Capitais e RM (8999; 27,1%) nos demais perfis dos municípios foram alocados médicos que representam frequências abaixo de 10%.

Quadro 6- Frequências e porcentagens relativas da população de médicos ativos e inativos do PMM por regiões do país.

		Região			
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Norte	3825	11,5	11,5	11,5
	Nordeste	11922	35,9	35,9	47,4
	Centro-Oeste	2332	7,0	7,0	54,4
	Sudeste	9738	29,3	29,3	83,7
	Sul	5409	16,3	16,3	100,0
	Total	33226	100,0	100,0	

Fonte: dados da pesquisa - autores (2019)

Já em relação as distribuições de médicos do PMM por região do país as frequências maiores se concentraram, em primeiro lugar, na região Nordeste, em segundo na região Sudeste e com porcentagens mais baixas os municípios das regiões Sul, Norte e a mais baixa a região Centro-Oeste.

Considerando apenas os médicos brasileiros egressos do PMM, o perfil encontrado foi o seguinte:

Quadro 7- Frequências e porcentagens relativas da população de médicos brasileiros inativos do PMM relacionados ao perfil do médico

		Frequência	Porcentagem
Válido	COOPERADO	40	,5
	CRM BRASIL MAIS MEDICOS	2699	34,6
	CRM BRASIL PROVAB	4405	56,4
	INTERCAMBISTA	664	8,5
	Total	7808	100,0

Fonte: dados da pesquisa - autores (2019)

Em relação ao perfil dos médicos destaca-se aqueles com CRM Brasil Provab (4.405; 56,4%) seguido do CRM Brasil Mais Médicos (2.699; 34,6%).

Apresentando os respectivos períodos de entrada e desligamento do PMM.

Quadro 8- Intervalos mínimo e máximo referente as datas de entrada e de saída dos médicos do PMM

Estatísticas			Estatísticas		
Data entrada			Data desligamento		
N	Válido	7808	N	Válido	7808
	Omisso	0		Omisso	0
Mínimo		28-FEB-13	Mínimo		11-MAY-15
Máximo		10-AUG-18	Máximo		20-NOV-18

Fonte: dados da pesquisa - autores (2019)

Relacionando suas locações com a classificação dos municípios onde atuaram pelo PMM, verifica-se que o perfil 3 - Capitais e RM apresenta uma frequência de ocorrência de médicos superior aos outros perfis de municípios (2533; 34,4%) e com uma porcentagem pouco abaixo destaca-se o perfil 7 – Extrema Pobreza (1818; 23,3%). Os demais perfis dos municípios apresentaram ocorrências de médicos abaixo de 14%.

Quadro 9- Frequências e porcentagens relativas dos médicos egressos do PMM por perfil do município

Perfil Município

		Frequência	Porcentagem
Válido	1 - Grupos III e IV do PAB	582	7,5
	2 - Grupo II do PAB	561	7,2
	3 - Capitais e RM	2532	32,4
	4 - Grupo I do PAB	671	8,6
	5 - G100	1047	13,4
	6 - Áreas vulneráveis	597	7,6
	7 - Extrema Pobreza	1818	23,3
	Total	7808	100,0

Fonte: dados da pesquisa - autores (2019)

Quadro 10- Frequências e porcentagens relativas da população de médicos egressos do PMM por região

Região

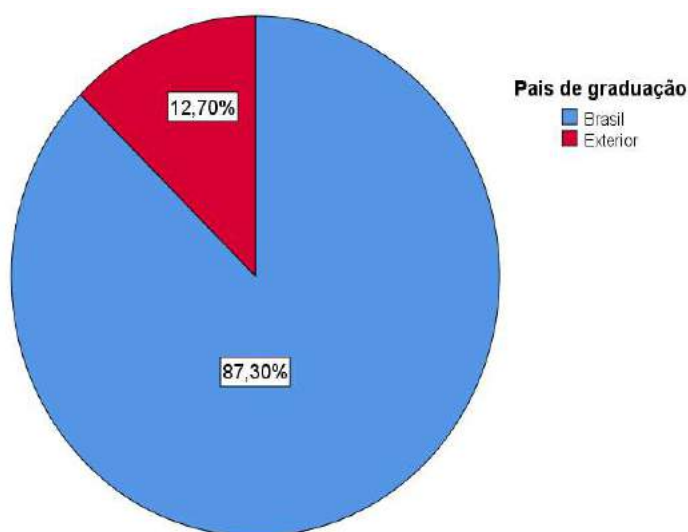
		Frequência	Porcentagem
Válido	Norte	683	8,7
	Nordeste	3400	43,5
	Centro-Oeste	724	9,3
	Sudeste	1893	24,2
	Sul	1108	14,2
	Total	7808	100,0

Fonte: dados da pesquisa - autores (2019)

Considerando a distribuição dos médicos por regiões do país, encontrou-se um resultado semelhante ao perfil geral, com frequências mais elevadas nas regiões Nordeste (3.400; 43,5%) e Sudeste (1893; 24,2%).

Os médicos brasileiros egressos do programa realizaram sua graduação predominantemente no Brasil (6.816; 87,30%).

Figura 2- Porcentagens de médicos egressos do PMM por país de graduação



Fonte: dados da pesquisa - autores (2019)

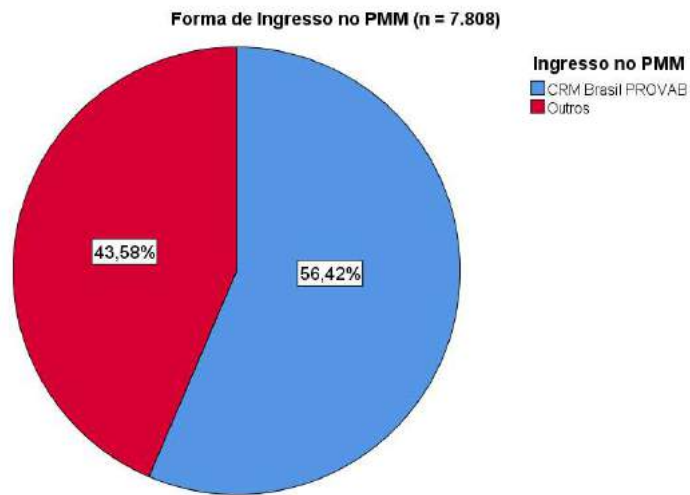
Quadro 11- Frequências e porcentagens relativas de médicos egressos do PMM em relação o local de sua graduação

	Frequência	Porcentagem
Brasil	6816	87,3
Exterior	992	12,7
Total	7808	100,0

Fonte: dados da pesquisa - autores (2019)

Em relação a forma de ingresso no PMM dos médicos egressos, verificamos que mais da metade dos médicos (56,42%) eram oriundos do Provac que migraram para o PMM.

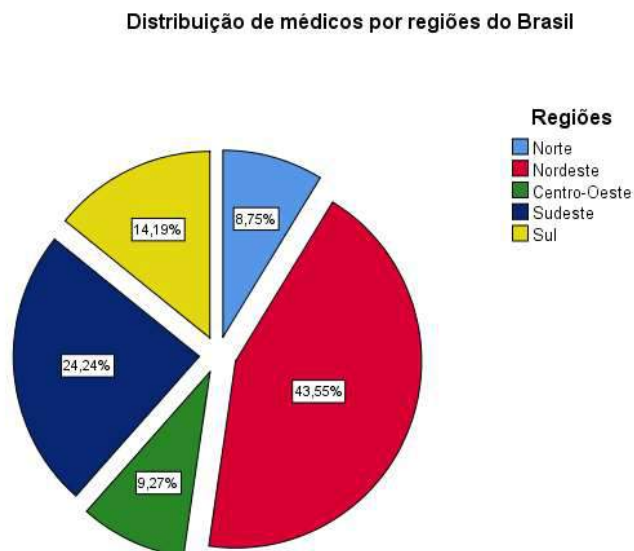
Figura 3- Porcentagens relativas de médicos egressos em relação a sua forma de ingresso no PMM



Fonte: dados da pesquisa - autores (2019)

Quanto a distribuição dos médicos egressos pelas regiões do país, apresenta uma configuração semelhante ao perfil geral. As concentrações maiores foram nas regiões Nordeste (3.400; 43,55%) e sudeste (1.898; 24,24%).

Figura 4- Porcentagens relativas de médicos egressos do PMM em relação a sua distribuição pelas regiões do país



Fonte: dados da pesquisa - autores (2019)

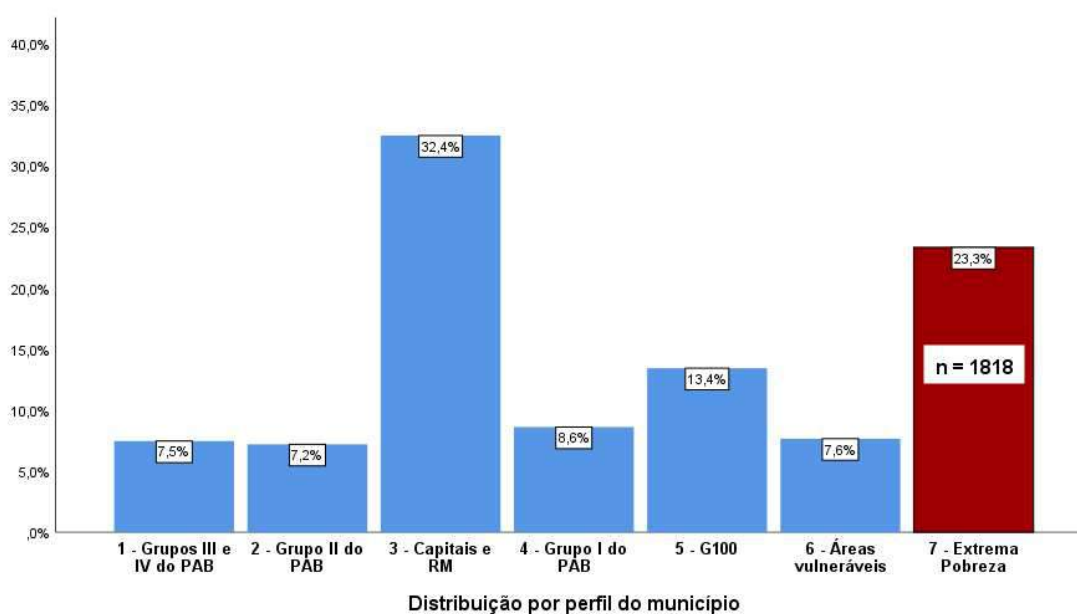
Quadro 12- Frequências e porcentagens relativas de médicos egressos do PMM em relação a sua distribuição pelas regiões do país

		Região			
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Norte	683	8,7	8,7	8,7
	Nordeste	3400	43,5	43,5	52,3
	Centro-Oeste	724	9,3	9,3	61,6
	Sudeste	1893	24,2	24,2	85,8
	Sul	1108	14,2	14,2	100,0
	Total	7808	100,0	100,0	

Fonte: dados da pesquisa - autores (2019)

Considerando a distribuição por perfil do município, também identificou-se uma concentração maior nos perfis 3- Capitais e RM (32,4%) e no perfil 7- Extrema Pobreza.

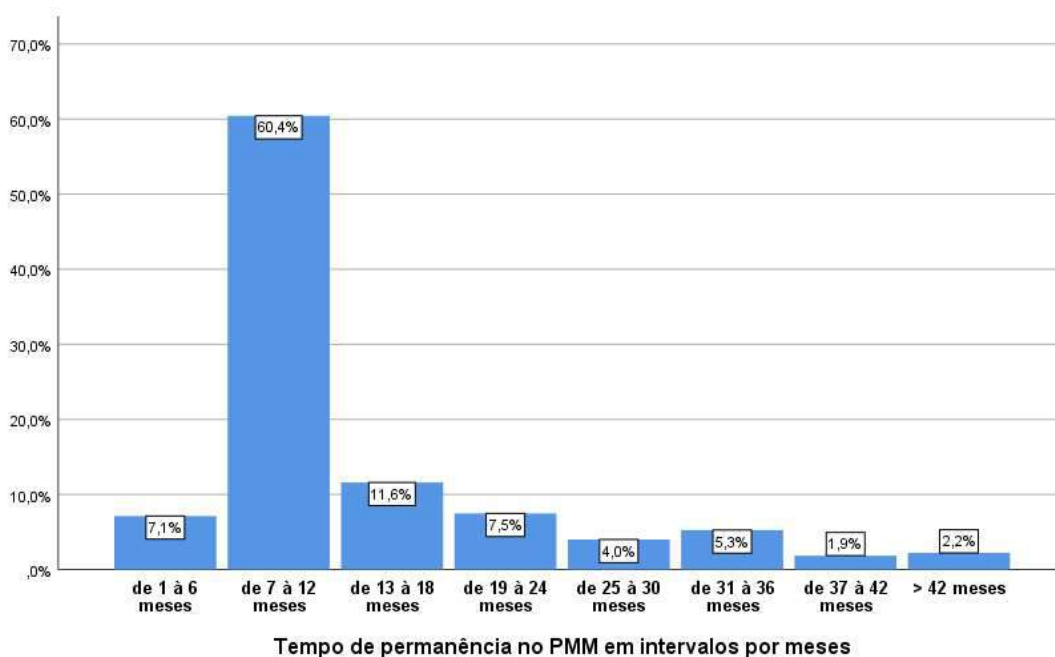
Figura 5- Porcentagens relativas de médicos egressos do PMM em relação a sua distribuição por perfil do município



Fonte: dados da pesquisa - autores (2019)

Investigando o tempo de permanência dos médicos no PMM, verificou-se uma prevalência na categoria do tempo entre 7 e 12 meses (60,4%). Nas demais categorias de tempo em meses as ocorrências foram abaixo de 12%.

Figura 6- Porcentagens relativas de médicos egressos do PMM em relação a sua permanência no PMM



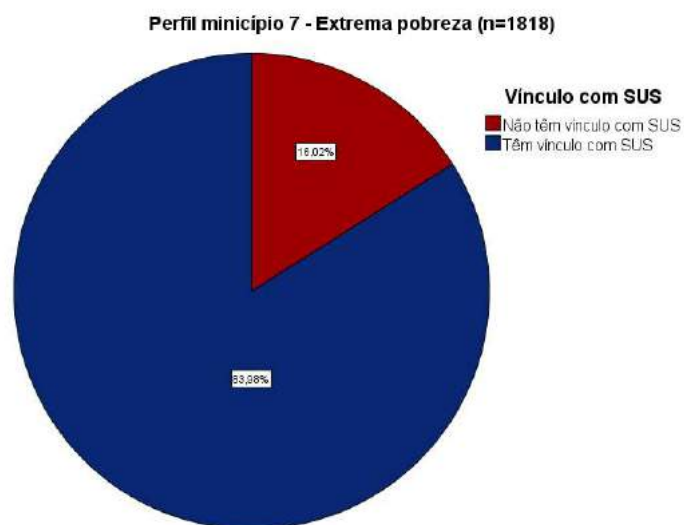
Fonte: dados da pesquisa - autores (2019)

Desta forma, optamos por investigar o perfil dos municípios 7 – Extrema Pobreza, que são considerados municípios com 20% (vinte por cento) ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), disponíveis no endereço eletrônico WWW.mds.gov.br/sagi (Brasil, 2018).

Verificamos as variáveis: forma de ingresso, região onde atuaram, vínculo com o SUS e atuação na atenção primária, para descrever o perfil dos médicos que atuaram nos municípios do perfil de extrema pobreza.

Em relação ao vínculo dos médicos egressos com o SUS o predomínio encontrado foi de ter vínculo com o SUS (1.473; 83,92%). Dados obtidos através da consulta ao CNES do médico.

Figura 7- Percentagens relativas de médicos egressos que atuaram nos municípios de extrema pobreza em relação à vinculação com o SUS



Fonte: dados da pesquisa - autores (2019)

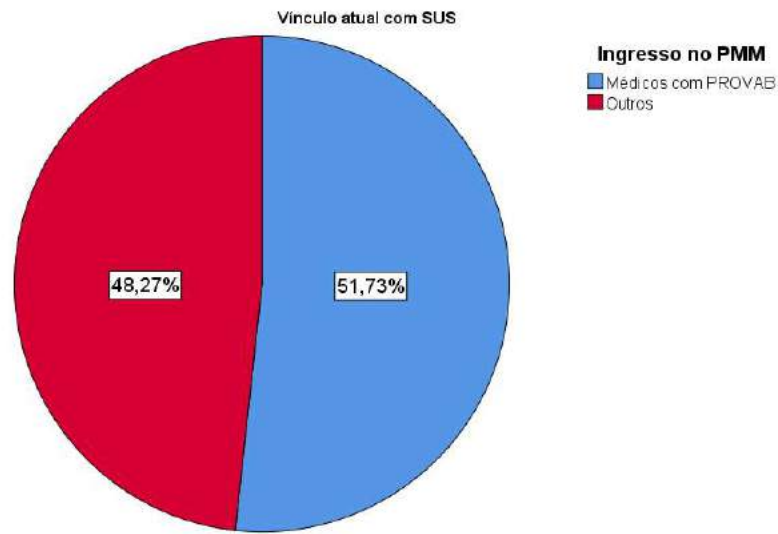
Figura 13- Frequências e percentagens relativas de médicos egressos que atuaram nos municípios de extrema pobreza em relação à vinculação com o SUS

vínculo ativo com SUS

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Não têm vínculo com SUS	281	15,5	16,0	16,0
	Têm vínculo com o SUS	1473	81,0	84,0	100,0
	Total	1754	96,5	100,0	
Omisso	Sistema	64	3,5		
Total		1818	100,0		

Fonte: dados da pesquisa - autores (2019)

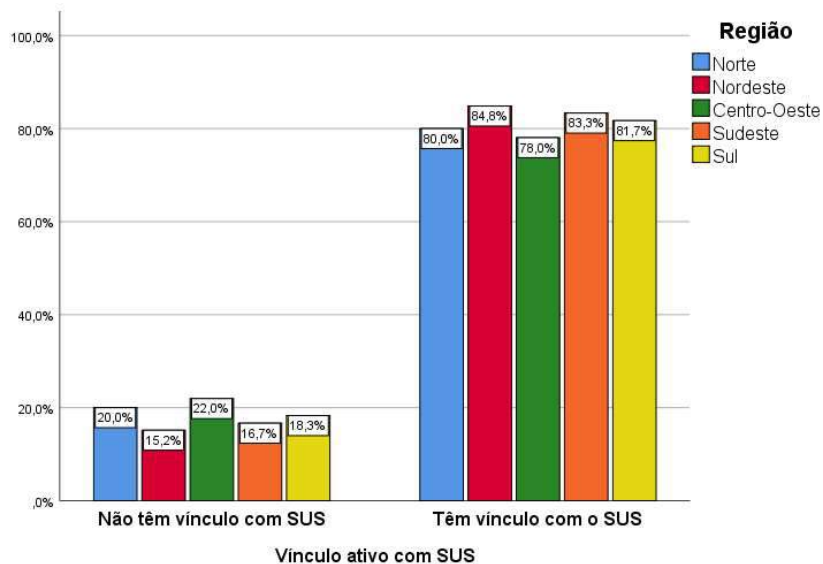
Figura 8- Porcentagens relativas de médicos que atuaram nos municípios de extrema pobreza e vínculo atual com SUS em relação a forma de ingresso no PMM



Fonte: dados da pesquisa - autores (2019)

Os médicos que atuaram em municípios de extrema pobreza e possuem vínculo com SUS a maioria (51,73%) eram do Provab.

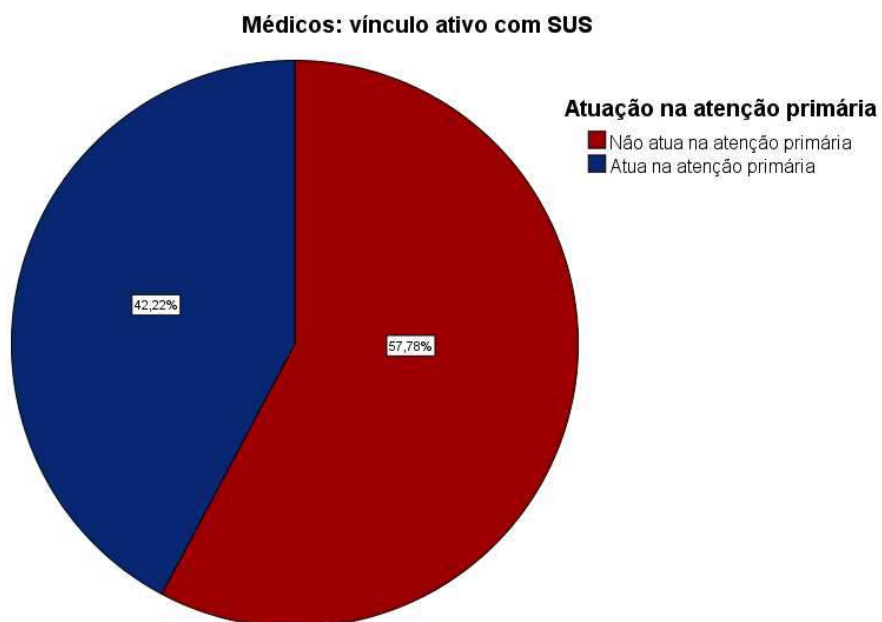
Figura 9- Porcentagens relativas de médicos vinculados e não vinculados com o SUS em relação a sua distribuição pelas regiões do país



Fonte: dados da pesquisa - autores (2019)

As porcentagens maiores em todas as regiões do país são de médicos que possuem vínculo com o SUS (> 77%).

Figura 10- Porcentagens relativas de médicos vinculados ao SUS em relação a atuação na atenção primária



Fonte: dados da pesquisa - autores (2019)

Há um predomínio de médicos vinculados ao SUS que não atuam na atenção primária (850; 57,78%). No entanto, essa diferença é pequena.

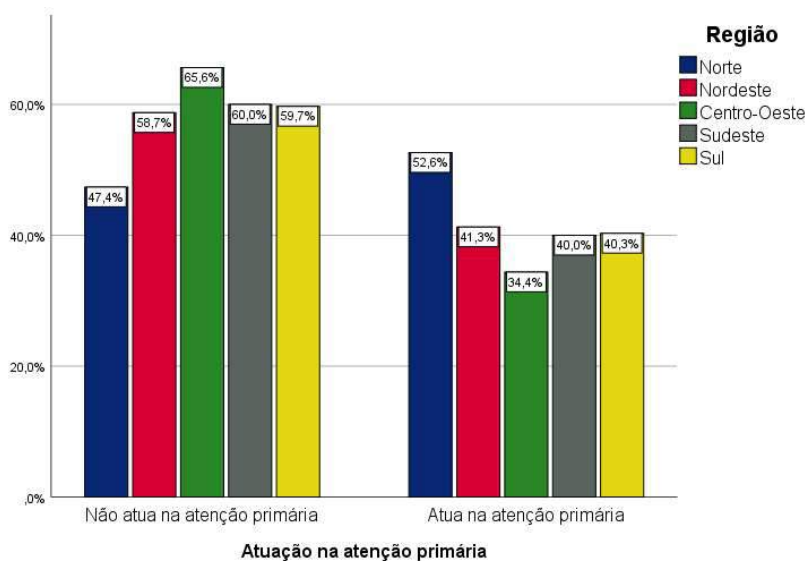
Quadro 14- Frequências e porcentagens relativas de médicos vinculados ao SUS em relação a atuação na atenção primária

atua na atenção primária

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Não atua na atenção primária	850	57,7	57,8	57,8
	Atua na atenção primária	621	42,2	42,2	100,0
	Total	1471	99,9	100,0	
Omisso	Sistema	2	,1		
Total		1473	100,0		

Fonte: dados da pesquisa - autores (2019)

Figura 11- Percentagens relativas da distribuição de médicos por regiões do país considerando a atuação na atenção primária



Fonte: dados da pesquisa - autores (2019)

As porcentagens maiores no grupo de médicos que não atuam na atenção primária concentram-se na região Centro-Oeste (65,6%) enquanto que para os médicos que atuaram na atenção primária a região que prevaleceu com maior porcentagem foi a do Norte (52,6%).

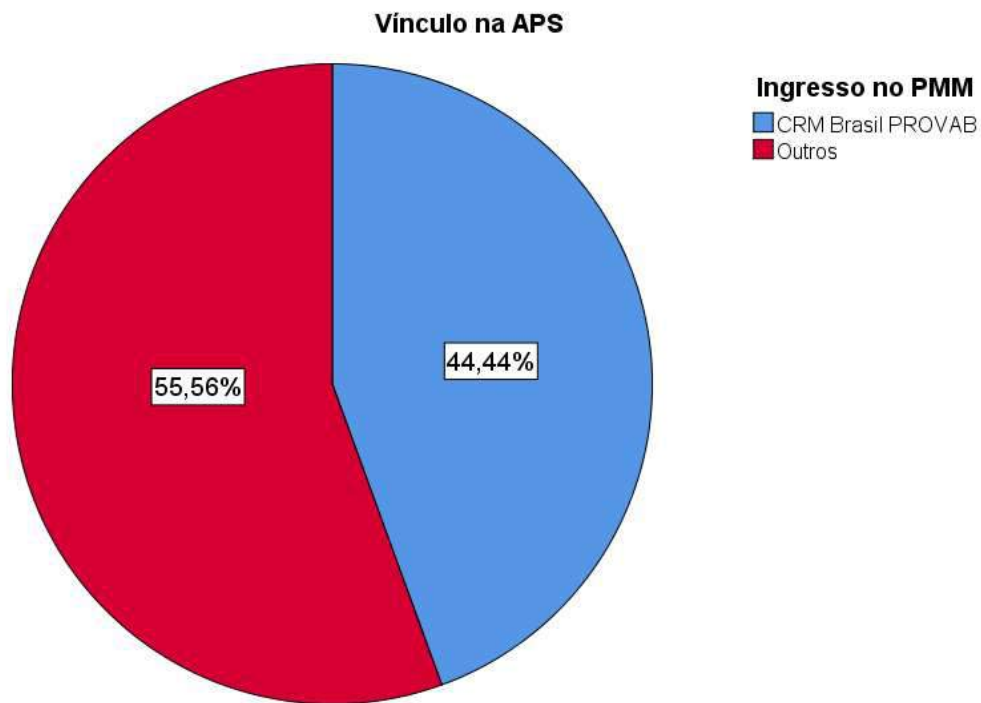
Quadro 15- Percentagens relativas da distribuição de médicos por regiões do país considerando a atuação na atenção primária

Tabulação cruzada Região * atua na atenção primária

Região		atua na atenção primária		Total
		Não atua na atenção primária	Atua na atenção primária	
Norte	Contagem	72	80	152
	% em Região	47,4%	52,6%	100,0%
Nordeste	Contagem	699	491	1190
	% em Região	58,7%	41,3%	100,0%
Centro-Oeste	Contagem	21	11	32
	% em Região	65,6%	34,4%	100,0%
Sudeste	Contagem	18	12	30
	% em Região	60,0%	40,0%	100,0%
Sul	Contagem	40	27	67
	% em Região	59,7%	40,3%	100,0%
Total	Contagem	850	621	1471
	% em Região	57,8%	42,2%	100,0%

Fonte: dados da pesquisa - autores (2019)

Figura 12- Porcentagens relativas da distribuição de médicos com vínculo na APS relacionado a forma de ingresso



Fonte: dados da pesquisa - autores (2019)

Os resultados apontam um predomínio das outras formas de ingresso (55,56%).

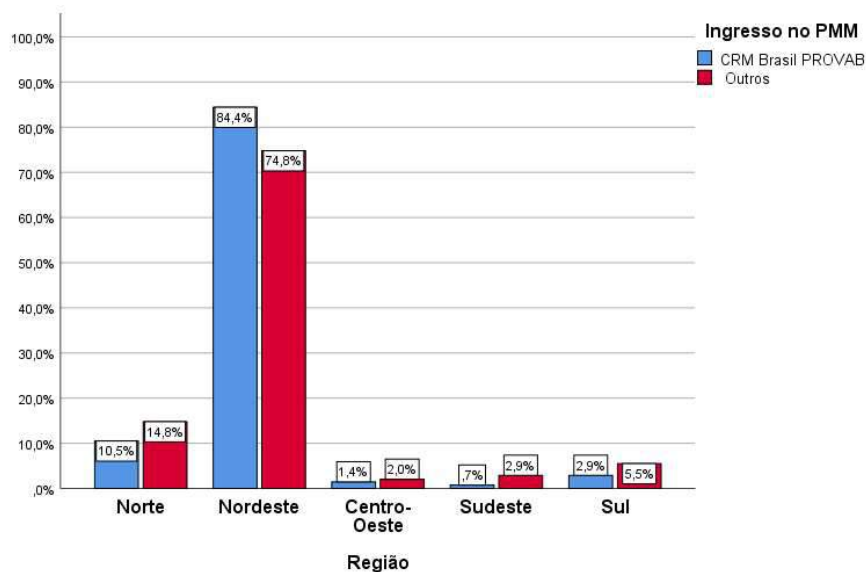
Quadro 16 - Frequências e porcentagens relativas da distribuição de médicos com vínculo na APS relacionado a forma de ingresso

Ingresso no PMM

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	CRM Brasil PROVAB	276	44,4	44,4	44,4
	Outros	345	55,6	55,6	100,0
	Total	621	100,0	100,0	

Fonte: dados da pesquisa - autores (2019)

Figura 13- Porcentagens relativas da distribuição de médicos com vínculo na APS relacionado a forma de ingresso e regiões do país



Fonte: dados da pesquisa - autores (2019)

Destaca-se a região nordeste com maiores porcentagens de médicos com ingresso pelo Provab e outras formas, 84,4% e 74,8% respectivamente.

Quadro 17- Porcentagens relativas da distribuição de médicos com vínculo na APS relacionado a forma de ingresso e regiões do país

Tabulação cruzada Região * Ingresso no PMM

Região		Ingresso no PMM		Total
		CRM Brasil PROVAB	Outros	
Norte	Contagem	29	51	80
	% em Ingresso no PMM	10,5%	14,8%	12,9%
Nordeste	Contagem	233	258	491
	% em Ingresso no PMM	84,4%	74,8%	79,1%
Centro-Oeste	Contagem	4	7	11
	% em Ingresso no PMM	1,4%	2,0%	1,8%
Sudeste	Contagem	2	10	12
	% em Ingresso no PMM	0,7%	2,9%	1,9%
Sul	Contagem	8	19	27
	% em Ingresso no PMM	2,9%	5,5%	4,3%
Total	Contagem	276	345	621
	% em Ingresso no PMM	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: dados da pesquisa - autores (2019)

Anexo 3

Artigo já encaminhado, com descrição de resultados

Ensaio comunitário de agregados municipais em situações socioeconômicas extremas após intervenção governamental para provimento médico

Community assay of municipal aggregates in extreme socioeconomic situations after government intervention for medical provision

Ensayo comunitario de agregados municipales en situaciones socioeconómicas extremas después de intervención gubernamental para la provisión de médicos

Objetivos: Analisar comparativamente os incrementos proporcionais de médicos e de suas ocupações profissionais entre agregados de municípios brasileiros com menos de 100.00 habitantes e posicionados entre os piores e os melhores quartis de determinados índices socioeconômicos (quartis extremos), a partir de intervenção decorrente da estratégia governamental denominada como “Programa Mais Médicos” (PMM).

Métodos: Ensaio comunitário de agregados municipais estratificados por índices socioeconômicos e faixas populacionais, a partir de dados provenientes de fonte secundária, com análise retrospectiva de cinco anos (2013 a 2018) e comparação entre os incrementos proporcionais no provimento de médicos e suas ocupações profissionais, vinculadas e não vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Resultados: A tendência geral no país foi de maior incremento de ocupações médicas especializadas e não vinculadas ao SUS, principalmente nos municípios em melhores situações socioeconômicas. Os agregados municipais com os piores quartis socioeconômicos obtiveram maiores incrementos proporcionais na quantidade e nas taxas populacionais de cobertura para profissionais e ocupações médicas em serviços públicos de Atenção Primária (APS). Os agregados com melhores quartis socioeconômicos também obtiveram incremento maior de profissionais e de ocupações médicas vinculadas ao SUS, entretanto, em concomitância com o decréscimo de

ocupações não vinculadas, o que consubstancia a hipótese de caráter substitutivo do PMM nesse contingente.

Conclusões: A intervenção do PMM dinamizou uma tendência inversa àquela preponderante no país. Principalmente nos municípios em piores situação socioeconômicas, o PMM serviu para ofertar ocupações médicas em locais onde havia desassistência e expandir a cobertura de serviços públicos de APS.

Abstract

Objectives: To comparatively analyze the proportional increases of physicians and their occupations among Brazilian municipalities with less than 100.00 inhabitants and positioned between the worst and the best quartiles of certain socioeconomic indices (extreme quartiles), based on intervention resulting from the government strategy referred to as the “More Doctors Program” (MDP).

Methods: Community assay of municipal aggregates stratified by socioeconomic indices and population ranges from secondary source data with a five-year retrospective analysis (2013 to 2018) and a comparison between proportional increases in the provision of doctors and their occupations, linked and not linked to the Unified Health System (UHS).

Results: The general trend in the country was a greater increase in specialized medical occupations not linked to UHS, especially in municipalities with better socioeconomic situations. Municipal aggregates with the worst socioeconomic quartiles had the largest proportional increases in the amount and population coverage rates for medical professionals and occupations in public primary care services (PHC). The households with better socioeconomic quartiles also had a larger increase in professionals and medical occupations linked to the UHS, however, concomitant with the decrease in unrelated occupations, which substantiates the hypothesis of MDP substitutability in this contingent.

Conclusions: The intervention of the PMM boosted a trend opposite to that prevailing in the country. Particularly in the municipalities with the worst socioeconomic situation, the MDP served to offer medical occupations in places where there was no assistance and to expand the coverage of public PHC services.

Introdução

A deficiência no provimento e fixação de médicos é frequentemente evidenciada como um obstáculo grave ao esforço de garantia de equidade no acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) e como entrave para se alcançar metas preestabelecidas em planos nacionais de saúde¹. Em contrapartida, os determinantes e os condicionantes para o provimento e a fixação de médicos e suas ocupações profissionais na esfera pública tendem a estar imbricados em um conjunto complexo de fatores e ordenamentos sistêmicos (jurídicos, administrativos, tecnocráticos, corporativos etc.). As políticas governamentais orientadas para tais propósitos podem estabelecer fatores de indução e ordenamentos funcionais com a produção de impactos mais ou menos abrangentes, mais ou menos equitativos, a depender de seus recursos, enfoques, arranjos institucionais, meios e modos de organização e produção de serviços.

Em termos comparativos internacionais, o Brasil figura em posições intermediárias nas classificações sobre taxas médias de cobertura populacional de médicos e de suas ocupações profissionais² (empregos). Todavia, os maiores problemas não provêm das taxas médias de cobertura populacional, mas da iniquidade distributiva dos médicos e de suas ocupações, principalmente quando considerados os estratos de concentração de renda e de densidade demográfica. O país tem apresentado disparidades e iniquidades na disponibilização, na distribuição e na fixação de profissionais médicos, considerados seus diversos contextos territoriais e sociais. Em 2011 e 2013, o Conselho Federal de Medicina divulgou relatórios de um estudo sobre “demografia médica”^{2,3}, no qual destacou-se um crescimento exponencial de médicos em atividade, com ênfase em: maiores taxas de crescimento da população de médicos em relação ao crescimento da população em geral, maior entrada do que saída de médicos no mercado de trabalho, aumento expressivo na oferta de vagas e cursos de Medicina, multiplicidade de vínculos empregatício e longas jornadas de trabalho. Entretanto, também foram evidenciadas disparidades na distribuição geográfica de ocupações médicas, em termos gerais e em relação a determinadas especialidades, além de disparidade de ocupações entre os setores público e privado. Prevaleram maiores taxas de cobertura para ocupações médicas em regiões metropolitanas e em municípios com maiores portes populacionais e melhores condições socioeconômicas.

Em meados de 2013, visando incrementar o provimento de médicos em serviços e equipes de APS, principalmente para regiões, municípios e localidades com ausência ou deficiência desses profissionais, o governo brasileiro instituiu o “Programa Mais Médicos” (PMM)⁴. Além do provimento de médicos, tal estratégia programática visava também o incremento de investimentos e gastos públicos para a estruturação e qualificação de unidades básicas de saúde e de hospitais nas mesmas áreas, como ainda, a expansão de vagas e a reorientação dos currículos e dos processos de formação médica, com ênfase na APS.

No decorrer do período de 2014 a 2018, o PMM contou com a participação de médicos estrangeiros, em sua maior parte, provenientes de Cuba, contratados a partir de um convênio internacional intermediado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS). O referido convênio foi rompido ao final de 2018, com a saída dos médicos cubanos e, no decorrer de 2019, o PMM contou com um número bem menor de profissionais. Sendo que, em seguida, o governo federal apresentou e obteve a aprovação legislativa de outro programa para substituí-lo⁵.

Já existem muitas publicações evidenciando aspectos positivos da implantação do PMM no Brasil, como o aumento no número de médicos disponíveis, aumento da oferta de cursos e vagas de medicina, maior produção de consultas médicas e melhorias na estrutura física e nos processos de trabalho nas unidades básicas de saúde^{6, 7, 8, 9}.

Entretanto, ainda são raros os estudos publicados cuja ênfase seja as situações ou condições de iniquidades em termos de provimento de profissionais ou acessibilidade aos serviços de Atenção Primária à Saúde^{10, 11, 12}.

Como exemplo de estudo com ênfase em iniquidades de acesso a serviços médicos de APS, Girardi et. al.¹³ analisaram o impacto do PMM na redução da escassez de médicos nos municípios brasileiros entre o período de 2013 a 2015, portanto, antes e depois da implantação do referido programa. Os resultados demonstraram que a implantação do PMM proporcionou um substantivo incremento na oferta de médicos em APS, o que contribuiu para reduzir em aproximadamente 1/3 a proporção de municípios brasileiros com os piores índices de escassez. Também foi constatado que, concomitantemente, ocorreu uma redução na oferta de médicos não vinculados ao PMM, sugerindo uma dinâmica substitutiva efetuada pelo programa.

Outro estudo realizado no âmbito mais restrito de um estado brasileiro (Rio Grande do Sul) corroborou a hipótese do caráter substitutivo do PMM, pelo menos em seus ciclos iniciais de implantação¹⁴.

Conforme antecipado, o governo brasileiro implantou o PMM como uma estratégia institucional visando o fortalecimento e a consolidação da governança nos cuidados primários em Saúde, com o provimento e a fixação de médicos e ênfase na sua disponibilização em áreas de difícil acessibilidade, principalmente aquelas com as piores condições socioeconômicas. Esse artigo reporta o resultado de um estudo em que se buscou comparar os resultados incrementais de tal iniciativa, levando em conta agregados de municípios dispostos em situações extremas, de melhores e piores situações socioeconômicas.

Material e métodos

Ensaio comunitário de agregados territoriais estratificados, a partir de dados provenientes de fonte secundária, com análise tendencial e comparativa sobre intervenção governamental e programática visando o provimento de profissionais médicos.

A escolha do referido método deveu-se ao seu baixo custo, facilidade para a obtenção de dados provenientes de fontes secundárias e simplicidade analítica. Embora, sejam reconhecidas eventuais dificuldades que são características desse tipo de estudo, tais como: subnotificações de dados, vieses pela distribuição heterogênea da intervenção analisada e interveniências de confusão com outros fatores (colinearidade)^{15, 16}.

Para compor os agregados territoriais foram selecionados e estratificados municípios brasileiros em função de dois tipos conexos de características: os posicionamentos em piores e em melhores quartis de determinados índices e indicadores socioeconômicos e o ordenamento em faixas populacionais.

Visando estabelecer uma maior similitude e proximidade acerca de situações socioeconômicas extremas para caracterizar e comparar os agregados, na seleção de municípios buscou-se incluir aqueles posicionados em todos os piores e melhores quartis do indicador e índices socioeconômicos descritos abaixo e calculados em 2010:

- 1) Proporção de Pobreza, indicador reconhecido e utilizado internacionalmente e, no caso específico em questão, calculado pelo Instituto de Políticas Econômicas Aplicadas (IPEA) considerando os indivíduos que viviam em domicílios particulares permanentes e possuíam renda mensal igual ou inferior a 1/3 do salário-mínimo vigente em 2010.
- 2) Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), reconhecido internacionalmente e utilizado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), estando composto e calculado a partir da ponderação de indicadores de longevidade (esperança de vida ao nascer), de educação (taxas de alfabetização e de escolarização) e de renda (Produto Interno Bruto *per capita*).
- 3) Coeficiente de Gini; também reconhecido internacionalmente e utilizado pelo PNUD para dimensionar comparativamente graus de concentração de renda entre determinados grupos (geralmente entre os 20% mais pobres e mais ricos).
- 4) Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), desenvolvido pelo IPEA, estando composto e calculado a partir da ponderação de 16 indicadores ordenados em três dimensões (infraestrutura urbana, capital humano, renda e trabalho).

Considerado o critério seletivo anterior, posicionamentos extremos em todos os quartis dos índices e indicadores socioeconômicos, somente puderam ser incluídos os municípios com populações de até 100.000 hab. (2010). Porque somente 16 municípios brasileiros com mais de 100.000 hab. correspondiam ao referido critério de inclusão.

No caso brasileiro, municípios com menos de 10.000 hab. tendem a possuir estabelecimentos com serviços de Atenção Primária à Saúde e raramente alguns serviços hospitalares, ambulatoriais e de apoio diagnóstico ou terapêutico de pouca densidade tecnológica. Progressivamente, os municípios das outras faixas populacionais (até 100.000 hab.) tendem a possuir serviços hospitalares, ambulatoriais e de apoio diagnóstico ou terapêutico de média densidade tecnológica, sendo que, aqueles com mais de 50.000 hab. geralmente possuem serviços de referenciamentos microrregionais. No Quadro 1 estão descritas as quatro faixas populacionais preestabelecidas e as respectivas quantidades e proporções de municípios posicionados em todos os piores e melhores quartis socioeconômicos.

Quadro 1

Ao todo foram selecionados 652 municípios brasileiros, sendo 329 municípios (50,4%) posicionados em todos os piores quartis socioeconômicos referidos (Qt↓) e 323 municípios (49,6%) posicionados em todos os melhores quartis socioeconômicos (Qt↑). As respectivas proporções populacionais (2010) correspondentes aos agregados com piores (Qt↓) e melhores (Qt↑) quartis socioeconômicos eram de 59 % e de 41%.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) foi a fonte secundária utilizada para a obtenção dos dados sobre a oferta de profissionais médicos e de suas ocupações, assim como, sobre o provimento decorrente do PMM. Os dados obtidos foram processados com o auxílio de programas para tabulações e cálculos (Tabwin e Excel).

A implantação do PMM ocorreu a partir de 2014, sendo o mês de julho de 2013 referido como transversalidade prévia e estabelecido como período inicial para a série temporal. Conforme antecipado, ao final de 2018 houve um significativo decréscimo no contingente de médicos provisionados pelo PMM (estimativa de menos 68,4% entre os meses de julho de 2018 e de 2019, de acordo com os registros do CNES), em função da retirada de médicos cubanos que atuavam por intermédio de um convênio de cooperação internacional; razão pela qual, o mês de julho de 2018 ficou estabelecido como período final da série temporal de cinco anos.

Para subsidiar as análises frequências e tendenciais, foram realizados cálculos sobre incrementos ou decréscimos proporcionais das quantidades absolutas e das taxas populacionais de ofertas de médicos e de suas ocupações (ocupações profissionais). Medidas comparadas entre os referidos agregados municipais estratificados, distinguindo as situações específicas com e sem o provimento decorrente do PMM, como também, de ocupações médicas vinculadas e não vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS)

Em função do tipo e propósito exploratório do estudo, não foram calculadas medidas de associação para as médias e frequências obtidas (razões de correlação), tampouco para testes de significância estatística (diferenças de médias e significância de correlação).

Por se tratar de estudo com a utilização exclusiva de dados provenientes de fonte secundária de domínio público (CNES) não houve necessidade de submissão, apreciação e aprovação do projeto em um Comitê de Ética em Pesquisa.

Principais resultados

Para período de 2013 a 2018 e desconsiderado o provimento do PMM, em todo o Brasil ocorreu uma proporção de incremento médio anual de 2,8% na quantidade de profissionais médicos cadastrados em estabelecimentos de saúde, com um incremento proporcional cumulativo de 20,7%. Particularmente para as ocupações médicas no país, a proporção média anual de incremento foi de 2,5% e a proporção cumulativa foi de 12,8%. Entretanto, quando considerados somente as ocupações médicas cadastrados em estabelecimentos próprios do SUS ou vinculados ao mesmo (prestadores privados contratados ou conveniados), a proporção média anual de incremento foi de 2,2% e a proporção cumulativa foi de 11,4%; enquanto, para as ocupações médicas nos estabelecimentos privados sem vínculos com o SUS a proporção média anual de incremento foi de 7,5% e a proporção cumulativa foi de 43,7%.

Ainda sem considerar o provimento decorrido do PMM, o incremento proporcional entre 2013 e 2018 nas taxas populacionais (por 1.000 hab.) da oferta de profissionais médicos cadastrados em todos os estabelecimentos de saúde do Brasil foi de 16,4%. Para as taxas populacionais de oferta de ocupações médicas ((por 1.000 hab.) cadastrados no país, o incremento proporcional foi de 16,3%, sendo que, especificamente para as ocupações em estabelecimentos do SUS o incremento foi de 7,4% e para as ocupações em estabelecimentos não vinculados ao SUS o incremento foi de 38,5%. Em 2013 havia uma relação de 2,8 ocupações para cada médico cadastrado, sendo 2,0 ocupações vinculados ao SUS e 0,8 não vinculados; em 2019 a relação continuou de 2,8 ocupações para cada médico, entretanto, com 1,8 ocupações vinculados ao SUS e 1,0 emprego não vinculado.

Quando acrescido o provimento decorrente do PMM a partir de 2014, em todo o Brasil houve uma proporção média de 3,1% no incremento anual da quantidade de profissionais médicos cadastrados em estabelecimentos de saúde, com um incremento proporcional cumulativo de 26,2% entre 2013 e 2018. Também ocorreu um incremento médio anual de 2,5% e um incremento proporcional cumulativo de 22% nas ocupações médicas totais. Em se tratando especificamente de ocupações médicas em estabelecimentos vinculados ao SUS ocorreu um incremento médio anual de 3,3% e um incremento proporcional cumulativo de 13,4%.

Considerando ainda o provimento do PMM, o incremento proporcional cumulativo entre 2013 e 2018 nas taxas populacionais (por 1.000 hab.) da oferta de profissionais médicos cadastrados em todos os estabelecimentos de saúde foi de 21%. O incremento proporcional cumulativo nas taxas populacionais (por 1.000 hab.) da oferta de ocupações médicas foi 17,7% e, especificamente, de ocupações em estabelecimentos vinculados ao SUS foi de 9,8%.

No Brasil, o provimento decorrente do PMM aumentou as taxas populacionais de oferta de ocupações médicas vinculados ao SUS nos agregados de municípios com menos de 50.000 habitantes (Quadro 2). Além disso, de 2013 a 2018, em todos os agregados municipais com menos de 100.000 hab. houve uma maior proporção de ocupações médicas vinculados ao SUS, sendo que, nos municípios com menos de 25.000 hab. tal proporção era maior do que 90% em relação as ocupações médicas não vinculados ao SUS. Entretanto, denotou-se um maior incremento médio anual e cumulativo das proporções de ocupações médicas não vinculados ao SUS em todas as faixas populacionais. Quando desconsiderado o provimento do PMM, chega a ocorrer decréscimo proporcional nas taxas de oferta de ocupações vinculados ao SUS em municípios com menos de 10.000 hab.

Quadro 2

Em se tratando especificamente do conjunto de 652 municípios de menos de 100.000 hab. selecionados para compor os agregados do estudo, constatou-se que sua taxa populacional de provimento de médicos do PMM em 2018 foi equivalente a mesma taxa do conjunto dos 5.253 municípios brasileiros com menos de 100.000 hab.: 0,12/1.000 hab.

A taxa populacional do provimento de médicos do PMM em 2018 para o conjunto de 329 municípios posicionados em todos os piores quartis socioeconômicos (QT↓) foi de 0,15/1.000 hab., quase o dobro da taxa para o conjunto de 323 posicionados em todos os melhores quartis (QT↑): 0,08/1000 hab.

Dos municípios selecionados e com os piores quartis socioeconômicos, quase a totalidade (98%) estava localizada nas regiões Norte e Nordeste do país. Inversamente, quase a totalidade (97,6%) dos municípios com os melhores quartis socioeconômicos estava localizada nas regiões Sul e Sudeste.

Sem o provimento do PMM, de 2013 a 2018 a grande região Norte, onde se localiza a maior parte da Amazônia e que possui muitas áreas com baixa densidade populacional e de difícil acesso aos serviços de saúde, obteve na última década o maior incremento proporcional de médicos cadastrados dentre todas as cinco regiões do país (27,0%) e o segundo maior incremento proporcional de ocupações médicas não vinculados ao SUS (58,1%). A região Nordeste, com a maior parte de seus municípios posicionados dentre os piores indicadores socioeconômicos do país, obteve o penúltimo maior incremento proporcional de médicos (23,8%) e o menor dentre os incrementos de ocupações médicas vinculados ao SUS (8,1%).

Comparados os período de 2013 e 2018, quando considerados especificamente os agregados de municípios com menos de 100.000 hab. posicionados em todos os piores (\downarrow Qt) e melhores (\uparrow Qt) quartis de índices e indicadores socioeconômicos preestabelecidos (Quadro 2), observou-se um maior incremento na quantidade de ocupações médicas não vinculados ao SUS, exceto na faixa populacional de menos de 10.000 hab.. Com incrementos proporcionalmente maiores nos agregados municipais posicionados nos piores quartis socioeconômicos.

Sem o provimento do PMM constatou-se o decréscimo da quantidade de profissionais e de ocupações médicas vinculados ao SUS nos agregados posicionados nos piores quartis socioeconômicos das faixas populacionais de menos de 10.000 hab. e de 25.000 a 50.000 hab.

Entretanto, quando acrescido o provimento do PMM aumentou o incremento de profissionais e ocupações médicas vinculados ao SUS em todas as faixas populacionais dos agregados municipais posicionados nos piores quartis socioeconômicos. Embora, em casos de agregados posicionados nos melhores quartis socioeconômicos tenha ocorrido decréscimo da quantidade de ocupações médicas vinculados ao SUS, notadamente nas faixas populacionais de menos de 25.000 hab. Convém destacar, que, com o provimento decorrido do PMM, o incremento proporcional da quantidade de profissionais e ocupações médicas vinculados ao SUS foi sempre maior nos agregados municipais posicionados nos piores quartis socioeconômicos do que naqueles posicionados nos melhores quartis (Quadro 3).

Quadro 3

Em se tratando da distribuição e dos incrementos proporcionais das taxas populacionais de oferta de profissionais e ocupações médicas (por 1.000 hab.), também observou-se um maior incremento na quantidade de ocupações médicas não vinculados ao SUS, com exceção da faixa populacional de menos de 10.000 hab. Também com incrementos proporcionalmente maiores nos agregados municipais posicionados nos piores quartis socioeconômicos (Quadro 3).

Sem o provimento do PMM, constatou-se o decréscimo proporcional da quantidade de médicos vinculados ao SUS nos agregados posicionados nos piores quartis socioeconômicos, exceto na faixa populacional de 10.000 hab. a 25.000 hab. Ainda para os agregados posicionados nos piores quartis socioeconômicos, observou-se decréscimo proporcional das taxas populacionais de oferta de ocupações médicas vinculados ao SUS em todas as faixas populacionais.

Com o acréscimo do provimento decorrido do PMM, houve maior incremento proporcional das taxas populacionais de oferta de profissionais e ocupações médicas vinculados ao SUS para quase todos os agregados e faixas populacionais, sendo a única exceção o agregado municipal de menos de 10.000 hab. com posicionamento nos melhores quartis socioeconômicos. Os incrementos proporcionais das taxas populacionais de ofertas de profissionais e de ocupações médicas vinculados ao SUS também foi maior nos agregados municipais posicionados nos piores quartis socioeconômicos do que naqueles posicionados nos melhores quartis (Quadro 4). Destacam-se os incrementos proporcionais nas taxas de ofertas de médicos para os agregados municipais posicionados nos piores quartis socioeconômicos com menos de 25.000 hab.

Quadro 4

Discussão

As tendências de incremento proporcional para profissionais e ocupações médicas no período estudado (2013-2018) coadunam e podem ser contextualizadas para um período mais abrangente no país, considerada a mesma fonte de dados (CNES). Também na última década houve progressivo incremento proporcional no cadastramento de médicos em estabelecimentos de saúde (48%), com menor

incremento de ocupações médicas vinculados ao SUS (20,7%) e maior incremento proporcional de ocupações médicas não vinculados ao SUS (92,5%).

Hipoteticamente, o incremento da quantidade de médicos cadastrados pode ser explicado pelo progressivo e concomitante aumento da oferta de cursos e de vagas de Medicina^{2, 3} no Brasil. O maior incremento proporcional de ocupações médicas não vinculados ao SUS pode ser explicado pela expansão de planos de saúde privados e oferta de serviços suplementares, notadamente nas regiões Sul e Sudeste, posicionadas nos melhores índices e indicadores socioeconômicos³.

A dinâmica inercial de expansão do campo profissional no Brasil tendeu a priorizar o incremento de ocupações médicas não vinculadas ao SUS, principalmente nos municípios das faixas populacionais de 25.000 hab. a 100.000 hab. Em se tratando de ocupações médicas vinculadas ao SUS os incrementos proporcionais foram bem menores, não chegando a ocorrer nos municípios com menos de 25.000 hab.

Nos termos do estudo e consideradas as tendências destacadas, em relação aos municípios brasileiros com menos de 100.000 hab., a implantação do PMM a partir de 2014 produziu um fator incremental, mensurado em 2018, com uma tendência diversa da anterior. O provimento do PMM tendeu a alocar a partir de 2014 profissionais e ocupações médicas vinculados ao SUS em todas faixas populacionais, mas, principalmente em municípios com menos de 10.000 hab. e mais de 50.000 hab.

Tal tendência incremental do PMM foi mais acentuada quando se tratou dos agregados municipais com os piores índices e indicadores socioeconômicos.

Mesmo com a implantação do PMM, na condição específica dos agregados municipais de menos de 25.000 hab. e com melhores posicionamentos nos quartis socioeconômicos, denotou-se um decréscimo na proporção de ocupações médicas vinculados ao SUS, o que pode hipoteticamente ser atribuído a dois fatores: migração de médicos anteriormente contratados pelo SUS para ocupações não vinculados ao SUS; caráter substitutivo na contratação do PMM, ou seja, as novas ocupações geradas pelo PMM não foram acrescidas, mas substituíram ocupações anteriores que deixaram de existir (hipótese corroborada por outros estudos¹⁶). Entretanto, tal característica não foi

identificada nos agregados municipais posicionados com os piores índices socioeconômicos.

A tendência inercial do capô profissional tendeu a acentuar iniquidades na distribuição e fixação de profissionais e ocupações médicas vinculados ao SUS, a tendência agregada pelo provimento do PMM tendeu a diminuir tais iniquidades.

O caráter substitutivo do PMM reportado em outros estudos^{13, 14} tendeu a ser proeminente nos agregados municipais posicionados nas melhores situações socioeconômicas. Nos agregados municipais com as piores situações socioeconômicas houve um incremento real da cobertura, como o provisionamento de ocupações médicas vinculadas ao SUS.

A partir da sumária análise relatada não é possível se evidenciar e dimensionar de modo mais consistente os impactos da diminuição de iniquidades no acesso aos serviços públicos de APS no Brasil. Entretanto, é possível se consubstanciar a hipótese de que, pelo menos nos conjuntos de municípios em situações socioeconômicas extremas, a intervenção do PMM dinamizou uma tendência inversa àquela preponderante no país na última década: de maior incremento das ocupações médicas privadas e não vinculadas ao SUS. Principalmente nos municípios em piores situação socioeconômicas, o PMM serviu para expandir a cobertura de ocupações médicas em serviços públicos de APS.

Referências bibliográficas

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). “Monitorização da distribuição geográfica dos recursos humanos de saúde em áreas rurais e deficientemente servidas”. Spotlight; Edição No. 8, outubro de 2009.
2. Conselho Federal de Medicina (CFM). Demografia Médica no Brasil, Vol.1. Cenários e Indicadores de distribuição. Relatório de Pesquisa, 2011.
3. Conselho Federal de Medicina (CFM). Demografia Médica no Brasil, Vol.2. Cenários e Indicadores de distribuição. Relatório de Pesquisa, 2013.
4. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm

5. Miranda AS. Programa "Médicos pelo Brasil", simulacro reciclado e agenciamento empresarial. Carta Maior. Em: <https://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Saude/Programa-Medicos-pelo-Brasil-simulacro-reciclado-e-agenciamento-empresarial-/43/44908>
6. Mourão Netto JJ, et al. Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e2. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.2>
7. Lima RT et al. A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. Ciênc. saúde coletiva;21(9):2685-2696, Set. 2016.
8. Rios, DR, Teixeira, C. Mapeamento da produção científica sobre o Programa Mais Médicos. Saúde Soc;27(3):794-808, jul.-set. 2018.
9. Santos, W. et.al. Avaliação do Programa Mais Médicos: relato de experiência. Saúde debate;43(120):256-268, jan.-mar. 2019.
10. Silva, EN et. al. O custo da provisão de médicos para áreas remotas e vulneráveis: Programa Mais Médicos no Brasil. Rev. panam. salud pública = Pan am. j. public health;42:e11, 2018.
11. Oliveira JPA, Sanchez, MN, Santos, LMP. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. Ciênc. saúde coletiva;21(9):2719-2727, Set. 2016.
12. Nogueira, PTA et.al. Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. Ciênc. saúde coletiva;21(9):2889-2898, Set. 2016.
13. Girardi, SN et. al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. Ciênc. saúde coletiva;21(9):2675-2684, Set. 2016.
14. Miranda AS, Melo DA. Análise comparativa sobre a implantação do Programa Mais Médicos em agregados de municípios do Rio Grande do Sul, Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva; 21(9):2837-2848, Set. 2016.
15. Almeida-Filho, N. "Elementos de Metodologia Epidemiológica". In: Rouquayrol, Z. & Almeida-Filho, N. (Org.). Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro. Medsi. 6ª edição. 2003. p.158-160.

16. Schwartz, S. The fallacy of the ecological fallacy. The potential misuse of a concept and the consequences. American Journal of Public Health.1994; 84(5): 819-24. In: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1615039/pdf/amjph00456-0117.pdf>. Acesso em 10/07/2015.

Análises sistêmicas sobre processos de gestão em saúde, além do paradigma triplexo de Donabedian

Systemic analysis about health management processes, beyond Donabedian's triplex paradigm

Resumo

Nos processos e práticas de gestão e avaliação de sistemas e serviços de Saúde tornou-se hegemônica a modelagem baseada no triplexo de estruturas-processos-resultados, inspirada em formulação original de Avedis Donabedian. No artigo tal configuração modelar é questionada em razão de suas extrapolações e em função de suas insuficiências, na perspectiva de aportes contemporâneos da Teoria Geral de Sistemas. Além disso, apresenta-se uma alternativa modelar em que são agregadas outras funcionalidades e dinâmicas sistêmicas, com referência proeminente no substrato de problemas, necessidades e desejos em Saúde.

Palavras-chave: Teoria de Sistemas, Sistemas de Saúde, Funções Essenciais de Saúde Pública, Administração Sistêmica, Indicadores de Gestão.

Abstract

About processes and practices of management and evaluation of health systems and services is hegemonic the model based on the triple complex of structures-processes-results, inspired by the original formulation of Avedis Donabedian. In the article such model configuration is questioned due to its extrapolations and insufficiencies, from the perspective of contemporary contributions of the General Systems Theory. In addition, a model alternative is presented in which other functionalities and systemic dynamics are added, with prominent reference in the substratum of Health problems, needs and desires.

Keywords: Systems Theory, Health Systems, Essential Public Health Functions, Systemic Management, Management Indicators.

Introdução

Desde a década de 1960 tornou-se hegemônica a modelagem sistêmica formulada originalmente por Avedis Donabedian para abstrações racionais e avaliações sobre serviços de saúde. Desde o princípio, o referido autor posicionou-se enfaticamente em restringir a sua modelagem sistêmica aos termos e pretensões avaliativas sobre a qualidade da assistência médica e acerca das interações decorrentes (relação médicos-pacientes etc.) no âmbito de serviços, excluindo dimensionamentos de maior ambiência (institucionalidades sistêmicas ou sociais mais complexas) ou abrangência, como também, evitando destacar enfoques administrativos ou econômicos^{1,2}. Mesmo assim, suas formulações inovadoras foram incrementadas ao longo dos anos de sua fecunda produção, derivando significativos ajustes e detalhamentos^{3,4}. De modo, que, tornou-se inevitável a grande repercussão e inúmeras derivações de tal modelagem como tecnologia-leve-dura para procedimentos e propósitos de logística ou de avaliação normativa.

Em termos de logística sistêmica, um dos destaques desta modelagem decorre da definição de três componentes ou plexos primordiais para a efetivação de procedimentos e a produção de serviços de saúde: estruturas, processos e resultados (Figura 1). Componentes e dinâmicas ambientadas socialmente e institucionalmente, que guardam compatibilidade e sinergia com as funções recursivas (inputs), processuais (process) e (re)produtivas (outputs, outcomes, feedbacks) típicas das teorias sistêmicas em voga entre as décadas de 1940 e 1960.

Figura 1: Escopo e componentes para análises sistêmicas de serviços de saúde e avaliação de cuidados médicos, referenciados na proposição modelar de Avedis Donabedian.

No decorrer da década de 1970 ocorreram reformulações e reconfigurações substanciais para a denominada Teoria Geral dos Sistemas Sociais. Autores como Niklas Luhmann realizaram análises mais complexas e agregaram funções sistêmicas importantes, como aquelas de entropia e autoprodução (autopoiesis). Anteriormente as teorias sistêmicas consubstanciadas no campo das ciências naturais (principalmente da Física e da Biologia) já haviam conjugado novas funções e dinâmicas mais complexas⁵.

Mesmo com a reciclagem contemporânea das teorias de sistemas sociais, a anterior modelagem donabediana continuou a ser disseminada e se consolidou hegemonicamente, sem, no entanto, revisões mais substanciais acerca dos novos aportes teóricos.

Principalmente depois da década de 1980 houve extrapolação da modelagem donabediana de seu âmbito específico de assistência médica em serviços locais para dimensionamentos mais abrangentes e complexos de sistemas institucionalizados de saúde. Surgiram reformulações, reinterpretações, sofisticações e derivações da referida tríade de plexos (triplexo) funcionais, que passou a constar em muitas matrizes de análise sistêmica^{6, 7, 8,9}, inclusive algumas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde^{10, 11, 12}.

Uma lacuna significativa na modelagem triplexo de inspiração donabediana tem sido a ausência de referências e dinâmicas explícitas aos plexos de multideterminantes dos processos de saúde-doença, como os mais relevantes inputs de natureza sistêmica. No início do novo século, um conjunto de especialistas brasileiros chegou a formular uma modelagem, ainda de inspiração donabediana, com a inclusão do componente de determinantes complexos (ambientais, sócio-econômicos, demográficos, comportamentais) e com a definição de um vetor direcional de busca de equidade no acesso aos sistemas de serviços de saúde¹³. Outros autores brasileiros buscaram incluir o componente de “demandas de serviços de saúde” como inputs sistêmicos imprescindíveis¹⁴.

Evidentemente, o fato de que os multideterminantes complexos dos processos de (re)produção social de saúde-doença (vida-morte, capacidade-incapacidade e outras dialéticas vitais) quase não estejam representados esquematicamente na modelagem referida (estruturas-processos-resultados) não significa que tal aspecto seja desconsiderado, pelo menos, em tese. São abundantes as referências teóricas e metodológicas aos multideterminantes como primordiais para as análises sistêmicas, entretanto, se considerados os escopos avaliativos predominantes acerca de sistemas e serviços de saúde (variáveis, termos de comparabilidade, indicadores etc.), pode-se afirmar que têm servido mais como referências contextuais do que propriamente para análises sistêmicas substanciais.

Considerada a referida modelagem em triplexo, via de regra, os processos e práticas de gestão dos sistemas e serviços de saúde estavam referidos como atividades intermediárias. Como processamentos de estruturas recursivas visando a organização, o controle e a regulação de atividades finalísticas, procedimentos biomédicos e produção de serviços assistenciais. Portanto, em tal escopo o plexo intermediário de “processos” configura a dimensão sistêmica da gestão institucional em Saúde. Entretanto, embora tenham sido lautas as proposições e utilizações de indicadores para a mensuração e avaliação acerca dos plexos sistêmicos de “estruturas” e “resultados”, têm sido escassas, confusas e insuficientes as proposições e aplicabilidades sobre indicadores de processos de gestão (quantitativos e qualitativos).

Ainda em referência com a típica modelagem em triplexo, outro aspecto que merece destaque é a redução da natureza do trabalho profissional em saúde ao seu caráter recursivo (RH) no plexo estruturante e, daí, o seu consequente processamento sistêmico restrito a tal condição. A referida redução do trabalho humano ao seu caráter recursivo deriva não somente da racionalidade funcional e sistêmica prevalente até a década de 1970, mas, sobretudo, da inequívoca proeminência e interveniência de outras racionalidades acerca de processos produtivos seriados (notamente, as derivações tayloristas).

Com as reformulações contemporâneas acerca do sentido vetorial e da função sistêmica de autoprodução, a partir de singularidades (mutações biológicas, criatividade humana) ou de particularidades, a redução do trabalho humano e social ao seu aspecto e caráter meramente recursivo passou a ser insuficiente e até depreciativa (embora conveniente útil aos propósitos de imposição hierárquica de comportamentos regrados).

Além da complexificação de racionalidade sistêmica acerca da natureza do trabalho humano e social, a proeminência teórica da categoria de autoprodução (autopoiesis) também interpõe uma questão significativa em termos gerais: o propósito primordial dos sistemas (físicos, biológicos e principalmente sociais) não seria somente adaptativo, o seu caráter essencial não seria meramente (auto)regulatório. Uma vez, que a alternativa de autoprodução poderia gerar impulsos intrínsecos e demandas criativas a partir de intermédios processuais (withinputs).

Em sendo assim, o contexto de reformulação e reconfiguração da Teoria Geral de Sistemas apresenta desafios epistemológicos e hermenêuticos para práxis no campo da Saúde, particularmente em seus adensamentos teóricos e metodológicos sobre políticas, planejamento, gestão e avaliação.

Urge a formulação de escopos mais complexos, não necessariamente mais complicados, para o campo institucional da Saúde e seus sistemas institucionalizados de gestão e ação. Escopos e modelagens que possam abranger, mesmo que parcialmente, plexos polivalentes sob contextos plurais e conformações de poliarquia. Além da pressuposição de aberturas para interações intencionais e criativas, não estruturadas ou quase-estruturadas.

Alternativa de reconfiguração modelar para sistemas institucionalizados de saúde

Inevitavelmente quaisquer sistemas institucionalizados de ação social devem possuir inequívocas prescrições e tensões normativas acerca de suas razões, modos e propósitos de existência e de utilidade: princípios de identidade e de ação, diretrizes estratégicas e organizativas etc. Tais disposições também definem os seus marcos regulatórios intrínsecos e extrínsecos, além dos termos de sua distinção e diferenciação para com o contexto ambiental/social e os outros (sub)sistemas. Trata-se de racionalidade normativa que também serve como substrato e tensão o condicionamento cultural subjetividades instituídas (pertencimento, cooperação, sinergia etc.).

Os princípios ordenadores e as tensões normativas também estabelecem a logística intrínseca de interdependência e de interação entre os elementos constituintes (mesmo que díspares) da trama sistêmica. As tensões normativas de coesão, concomitância, coerência e controle de dinâmicas e fluxos imbricados; com funcionalidades tendentes à delimitação, (auto)regulação, ajuste, estabilização, equilíbrio, adaptação, mutagênese, perpetuação etc.

Por exemplo, uma função identitária e normativa óbvia e imprescindível para os sistemas institucionalizados de saúde seria o reconhecimento (sensibilidade) e a priorização (seletividade) de demandas, a partir de análises situacionais e monitoramentos sobre problemas, necessidades e desejos, em termos de

singularidades (demandas individuais) e particularidades (corporativas, coletivas, comunitárias, sociais). Em razão e função, em coerência e compatibilidade com tais análises situacionais e priorizações de demandas deveriam ser configuradas as diretrizes organizacionais para a captação e utilização de capitais e recursos, organização de trabalho profissional, (re)produção de bens e serviços etc. Tão óbvio, tão repetido, quanto ignorado em termos logísticos e práticos em muitas das experiências concretas de gestão institucional.

Estabelecido o contexto de racionalidade normativa para os sistemas de saúde, podem ser sumarizados como plexos imprescindíveis: os impulsos ou estímulos extrínsecos sensíveis (impulses), as energias e entradas seletivas (inputs), os processamentos intrínsecos (process), as demandas processuais criativas (autopoiesis, withinputs), as saídas e produções (outputs), os gastos e desgastes (entropies, stress) intrínsecos, os impactos das saídas e produções no ambiente extrínseco (outcomes) e os processamentos correlatos com as decorrentes (re)configurações retroativas (feedbacks) de curto, médio e longo prazo.

Os plexos de impulsos ou estímulos sensíveis (impulses) tem a ver com os problemas, as necessidades e os desejos, individuais e coletivos, relacionados com o campo institucional da Saúde, ordenados sob a forma de demandas e processados (em termos de gestão) por critérios de sensibilidade, seletividade e acessibilidade.

Os plexos de energias e entradas extrínsecas (inputs) estão referidos ao conjunto diverso de capitais e recursos imprescindíveis para a existência e a funcionalidade eficiente e efetiva dos sistemas de saúde. Capitais, recursos e insumos normativos (legislações, regulamentações etc.); financeiros (investimentos e custeios); tecnológicos (leves, leves duros, duros), físicos etc.

Os plexos de autoprodução (autopoiesis) estão constituídos pelo trabalho criativo (humano, social, profissional) e tendem a gerar demandas intrínsecas (withinputs) e, portanto, estímulos extrínsecos (no ambiente e no sistema social abrangente), a partir dos próprios sistemas de saúde e de sua gestão.

Os plexos de entropias (entropies, stress) decorrem dos gastos de recursos e desgastes de tecnologias duras, como também, dos desgastes inerentes ao trabalho humano. Gastos e desgastes que, se não manejados adequadamente, em termos de

gestão, podem comprometer a funcionalidade dos sistemas e, conseqüentemente, também os seus resultados (notadamente no que concerne ao aspecto de satisfação de usuários).

Os plexos de saídas e (re)produções (outputs) resultam na efetivação de procedimentos, de trabalho vivo e na produção de bens (imateriais e materiais) e serviços de saúde. Os plexos de impactos (outcomes) implicam também em resultantes das intervenções individuais e coletivas, a partir de interações (entre profissionais de saúde e usuários de serviços) e produção de serviços. Em termos coletivos as medidas mais reconhecidas são as alterações no estado de saúde de indivíduos e populações.

Os plexos retroativos (feedbacks) estão referidos aos impactos mais abrangentes, geralmente de médio e longo prazo, que modificam substancialmente as condições e a situação ambiental e social, portanto, alterando significativamente os plexos referidos anteriormente. Em se tratando de sistemas de saúde, os exemplos mais reconhecidos atualmente derivam de transições demográficas, de transições ou acumulações epidemiológicas (p. ex. A tendência de incremento de demandas relacionadas às condições crônicas de necessidades de saúde).

Na Figura 2 está esquematizada uma descrição sintética dos referidos plexos e componentes imprescindíveis aos sistemas institucionalizados de saúde.

Figura 2: Esquematização de plexos e componentes de sistemas institucionalizados de Saúde.

Fonte: Autor

Mais significativa do que a identificação de aspectos e componentes de funcionalidade sistêmica é a análise sobre os seus fluxos e dinâmicas interdependentes. A depender das competências de gestão institucional, de processamentos sistêmicos, tais dinâmicas podem ser mais sinérgicas ou mais entrópicas. Claro, sempre existirão graus de sinergia e de entropia, a questão mais relevante está referida aos balanços positivos para os sistemas de saúde. Resultados eficientes e efetivos não dependem somente de balanços intrínsecos (p. ex. “eficiência orçamentária”, efetividade na oferta e consumo de procedimentos biomédica etc.), mas, sobretudo, extrínsecos, societários e ambientais.

Alguns tipos e competências para a gestão sistêmica em Saúde

Quando considerado um escopo sistêmico mais complexo e abrangente, ampliam-se os modos e dinâmicas para os processamentos de gestão institucional. Dentre inúmeros, podem ser referidos como tipos derivativos de gestão institucional:

- Gestão de demandas, a partir de problemas, necessidades, desejos e em saúde: visando melhor eficácia na identificação, a análise (qualitativa, quantitativa, combinada), a programação, a avaliação e o monitoramento de problemas, necessidades, desejos e demandas que requerem a organização e a produção de respostas institucionais.

- Gestão de acessibilidade aos recursos e serviços de saúde: visando melhor efetividade na definição, na organização, na programação, na oferta ou cobertura e na implementação de elementos fixos (estabelecimentos, equipamentos etc.), de fluxos (protocolos, itinerários, linhas de cuidado etc.), de meios e de modos de acesso aos serviços de saúde a partir de critérios e algoritmos de sensibilidade, de seletividade, de buscas ativas e de outras intervenções.

- Gestão administrativa e burocrática: visando melhor eficácia no reconhecimento, na observância, na adaptação, na regulação e no controle do cumprimento de fluxos normativos e regulamentos formais (comportamentos regrados).

- Gestão financeira: visando melhor eficiência na captação, de (re)distribuição, de programação, de alocação, de armazenagem, de gastos com investimentos, de gastos com custeio, de controle e de prestação de contas sobre os recursos financeiros de saúde.

- Gestão de tecnologias: visando melhor eficiência na incorporação, a distribuição, a alocação, a utilização, a manutenção, o monitoramento e a avaliação de recursos e dispositivos tecnológicos de saúde (principalmente tecnologias duras e leves-duras).

- Gestão de pessoas: visando a melhor eficácia na seleção, na incorporação, na distribuição, na alocação, na remuneração, no controle e na coprodução de (entre)atos criativos e de comportamentos regrados com trabalhadores de saúde. Assim, como, no manejo e na atenuação de desgastes derivados de tais processos de trabalho.

- Gestão da produção de serviços: visando melhor eficiência, efetividade e qualidade na organização, na programação e na produção de serviços de saúde; assim como, no seu monitoramento e avaliação

- Gestão de informações: visando melhor eficácia (re)produção, na divulgação, na difusão e na utilização de informações de saúde (de uso nos sistemas e serviços de saúde, de domínio público etc.). Como também, visando o monitoramento e a avaliação de impactos produzidos pelos sistemas e serviços de saúde (em curto e médio prazo), assim como, de tendências e cenários de longo prazo.

Importante realçar, que, em termos de competências necessárias para a gestão sistêmica e institucional, torna-se pertinente uma analogia com a tipificação para as (inter)ações sociais proposta inicialmente por Max Weber¹⁶, reformulada por Talcott Parsons e, posteriormente, por Jürgen Habermas: competências normativas para a observação e o cumprimento de normas e para a indução e controle de comportamentos regrados; competências teleológicas (ou instrumentais) como senso prático para selecionar e escolher as melhores alternativas metodológicas e tecnológicas disponíveis; competência estratégica para a análise situacional, a definição de direcionalidade, a programação, os cálculos e os movimentos estratégicos, para a implementação tática-operativa correlata; competência dramaturgica para as encenações e as atuações carismáticas; competência comunicativa para a (co)produção de entendimentos, consensos de intervenção e estratégias cooperativas¹⁵.

Mesmo se consideramos outras formulações mais ou menos sofisticadas do que a alternativa referida sumariamente acima, convém reconhecer que os processos e práticas de gestão institucional em perspectiva sistêmica devem ser considerados mais complexos do que as modelagens ordenadas somente pelo referido triplexo de inspiração donabediana.

As medidas para a análise e avaliação de sistemas institucionalizados de Saúde

Conforme antecipado, na maior parte dos escopos de análise sistêmica em Saúde predomina a utilização de indicadores de estruturas, processos e resultados (E-P-R), derivados do escopo donabediano. Mais especificamente, para a análise sistêmica de processos e práticas de gestão institucional são realçados os indicadores de processo e resultados. Indicadores de grande valia, quando se trata de evidenciar aspectos e

segmentos correlatos de sistemas amplexos ou serviços, entretanto, com uma restrição nítida em termos da análise de processamentos.

Entretanto, denota-se que muitas vezes ocorre uma justaposição de indicadores provenientes principalmente dos plexos de “estruturas” e de “resultados sem sequer haver conexões e compatibilidades entre os mesmos.

As logísticas, os fluxos e as dinâmicas sistêmicas mais complexas requerem cálculos multivariados e conexos. A composição e combinação de variáveis imbricadas em (com)plexos sistêmicos intervenientes, pressupõem a utilização de indicadores compostos ou índices, além de marcadores ou traçadores de longitudinalidade.

Por exemplo, a partir de uma demanda específica, a alocação (forma de processamento) de determinado recurso em uma dada programação (outro processamento), com a interveniência de autoprodução (processamento de trabalho humano), produz quantidade/qualidade de ações e serviços, com impacto multivariado sobre tal demanda e sobre o contexto: como equacionar as associações de concomitância e coerência, covariâncias? Se agregada a variável tempo, em termos de longitudinalidade, implica em como estabelecer retrospectos e prospectos acerca de interveniências tendenciais (circuitos viciosos, virtuosos etc.)?

Trata-se, pois, de considerar-se a análise de eventos concomitantes em perspectiva longitudinal e interativa, encadeamentos sistêmicos intervenientes, com ênfase em plexos e processamentos. O que, em termos de demandas e acessibilidade para os sistemas institucionalizados de saúde, coaduna-se com a perspectiva de "linhas de cuidado integral" interpostas, sob a ótica de processos e práticas de gestão institucional.

Em tal perspectiva um mesmo evento pode ser dimensionado e analisado sob a concomitância e encadeamento múltiplos, desde os fluxos e processamentos de inputs (necessidades, demandas, acessibilidade, capitais, recursos, insumos etc.) e autopoiesis (constituição de trabalho humano); fluxos e processamentos intermediários (típicos da gestão intrínseca) e finalísticos, de outputs (produção de serviços, desgastes, gastos etc.) e, também autopoiesis (coprodução de trabalho humano).

Tomando como exemplo o evento da Tuberculose em dado contexto social e institucional trata-se de dimensionar e analisar a coerência e a compatibilidade nos

processamentos dos plexos sistêmicos em questão. Tal encadeamento pode esta composto e combinado, em termos de dimensionamento, em índices com foco na gestão de uma linha de cuidado. De modo, complementar, o enfoque de narrativas e discursos em perspectiva mais qualitativa, sob a forma de descritores acerca dos casos de gestão, poderiam aportar e agregar elementos de particularidade e singularidade muito úteis as análises sistêmicas.

Em suma, a utilização de indicadores compostos e/ou índices com a inclusão de variáveis provenientes de distintos plexos sistêmicos, associadas e ponderadas em perspectiva longitudinal de coerência e compatibilidade, tende a ser mais útil e conveniente para a análise de processos e práticas de gestão institucional. Pelo menos, mais útil e conveniente do que a justaposição dissociada de indicadores do triplexo EPR.

Cautelas recomendáveis

A gestão institucional em saúde pode ser abordada a partir de distintas perspectivas, diversas ênfases e múltiplos propósitos, dialeticamente complementares. Perspectiva administrativa, com ênfase em intermédios de controle e propósitos de eficiência; perspectiva burocrática, com ênfase em intermédios de padronização, formalização de fluxos e propósitos meritocráticos; perspectiva estratégica, com ênfase em intermédios de cálculos e de movimentos intencionais para as disputas por poder e autonomia, com propósitos concorrenciais e/ou cooperativos (modos de integração social); perspectiva sistêmica, com ênfase em intermédios regulatórios, com propósitos adaptativos e de integração autorregulada. Em sendo assim, convém haver cautela nas análises circunscritas em termos de racionalidade e perspectiva teórica ou metodológica (Figura3).

Figura 3: Principais perspectivas e ênfases de abordagens teóricas e metodológicas acerca da gestão institucional em Saúde.

Fonte: Autor

Há que se ter certa cautela ao tratarmos de abordagens teóricas, caracterizações e qualificações sobre sistemas institucionalizados de (inter)ações, humanas e sociais. Notadamente ao tratar de modelagens e análises sistêmicas com ênfase em vocações funcionais e teleológicas; em propriedades estruturais e logísticas; em atributos objetiváveis; em dinâmicas autopoieticas, adaptativas, integrativas ou entrópicas. Isto porque, mesmo em se considerando os refinamentos e sofisticacões da racionalidade e teorias sistêmicas contemporâneas, as interações humanas e sociais não podem estar circunscritas aos comportamentos regrados e autorregulados em caráter funcional, não podem estar reduzidas em compleições fisiocráticas ou econométricas.

De um modo geral, as teorias sistêmicas tendem a reduzir os atributos de autoprodução e coprodução à uma variável mutagênica, muitas vezes entrópica, subsumida ou subalterna ao entorno sistêmico autorregulável. A autoprodução termina reduzida a uma espécie de "perturbação" criativa (*mutatis mutantis*), que engendra diferenciações sistêmicas intrínsecas, tendentes a um novo padrão ou patamar de equilíbrio dinâmico. Trata-se de uma espécie de naturalização sistêmica dos (entre)atos criativos, sua redução ao caráter de interveniência (dis)funcional.

O que também implica na preponderância de uma dialética "naturalizada", sob a qual, as contradicões entre sujeitos criativos estão subordinadas ao aspecto fenomênico da dialética funcional entre objetos e processos sistêmicos autorregulados, quando prevalecem ajustes funcionais perante interações e mediações políticas. Sob a égide da logística e da teleologia sistêmicas tendem a ser despersonalizados os sujeitos e seus (entre)atos criativos; tendem a ser "naturalizadas" as conjunções e disjunções que ocorrem em conformações abertas, quase-estruturadas; tendem a ser reificados os dramas, tramas e dinâmicas sociais. O que se torna hegemônica é a ilusão sobre o reino racional da governança tecnocrática e procedimental.

Eis porque, torna-se prudente prenuciar as limitações deste enfoque ao adentrar em sua logística e teleologia "naturalizadas". Uma necessária precaução em reconhecer o aspecto restritivo da teoria sistêmica na lide com a gênese humana e o protagonismo transcendente.

Não se trata de antepor ou sobrepor a objetivação de sujeitos à subjetivação de objetos ou abstratos lógicos, mas de reconhecer que a natureza dialética primordial não

é propriamente aquela da dinâmica "naturalizada" dos sistemas ou das integrações sistêmicas autorreguladas. Como bem definiu Genro (1986): "... a perplexidade diante do eterno fluxo e da infinita distinção dos fenomenos ainda não é conhecimento dialético, mas tão somente a capitulação do sujeito diante do aspecto fenomênico da dialética do objeto"17.

Daí, porque, inúmeras dinâmicas sociais e tensões dialéticas, típicas de sistemas institucionalizados de ação não devem ser tematizadas ou tratadas somente como atributos funcionais ou fluxos sistêmicos (sujeito e objeto, reificação e transcendência, instituínte e instituído, poder e autonomia, competição e cooperação, centralização e descentralização, regulação e emancipação, entropia e equilíbrio, unidade e diversidade, automatismo e autopoiese etc.) .

Referências bibliográficas:

1. Donabedian A. "Evaluating the Quality of Medical Care". *Milbank Q.* 2005 Dec; 83(4): 691–729. In: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>
2. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med* 1990; 114:1115-8.
3. Ayanian JZ, Markel H. Donabedian's Lasting Framework for Health Care Quality. *N Engl J Med.* 2016 Jul 21;375(3):205-7. doi: 10.1056/NEJMp1605101. In: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27468057>
4. Schiff G. et.al. Beyond Structure-Process-Outcome: Donabedian's Seven Pillars and Eleven Buttresses of Quality. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, Volume 27, Issue 3, 169 - 174 In: [https://www.jointcommissionjournal.com/article/S1070-3241\(01\)27015-1/pdf](https://www.jointcommissionjournal.com/article/S1070-3241(01)27015-1/pdf)
5. Luhmann N. *Essays on self-reference.* Nova York: Columbia University Press, 1990.
6. Kleczkowski B.M., Roemer, M.I., Werff, A.V.D.. *Sistemas Nacionales de Salud y su orientación hacia la Salud para Todos. Pautas para una política. Cuadernos de Salud Publica, OMS, 77.1984. 134 p.*

7. Chernichovsky D. Health system reforms in industrialized democracies: an emerging paradigm. *Milbank Q.* 1995;73(3):339-72. In: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7659044>
8. Handler A, Issel M, Turnock B. A conceptual framework to measure performance of the public health system. *Am J Public Health* 2001; 91:1235-9.
9. Mendes EV. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002b.
10. Frenk J. Dimensions of health system reform. *Health Policy*, 1994, 27: 19–34.
11. Murray CJL, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000,78(6). In: <https://www.scielosp.org/article/bwho/2000.v78n6/717-731/en/>
12. Murray CJL, Evans DB. Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism. Geneva. World Health Organization. 2003
13. Viacava F. et. al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 9(3): 711-724. 2004.
14. Tamaki EM et. al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(4):839-849, 2012.
15. Habermas J. *Teoria de la Acción Comunicativa*. Madri: Ed. Taurus Humanidades. 1987.
16. Weber, M. *Economia e Sociedade*. Brasília: Ed. Universidade de Brasília. Vol. 1. 3a ed. 1994.
17. Genro Filho A. Introdução à crítica do dogmatismo. In: *Teoria e Política*. São Paulo. Ed. Brasil Debates. 1988. p.82-95.

