



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

PRISCILA TAMAR ALVES NOGUEIRA

**PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA PERSPECTIVA DOS GESTORES MUNICIPAIS
DO ESTADO DE PERNAMBUCO**

Recife

2017

PRISCILA TAMAR ALVES NOGUEIRA

**PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA PERSPECTIVA DOS GESTORES MUNICIPAIS
DO ESTADO DE PERNAMBUCO**

Dissertação de Mestrado Acadêmico a ser apresentada ao Programa Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco (PPGSC/UFPE), com fins de obter título de mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Saúde coletiva.

Orientadora: Adriana Falangola Benjamin Bezerra.

Coorientadora: Keila Silene de Brito Silva.

Recife

2017

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

N778p

Nogueira, Priscila Tamar Alves.

Programa mais médicos na perspectiva dos gestores municipais do estado de Pernambuco / Priscila Tamar Alves Nogueira. – 2017.

92 f.: il.; quad.; 30 cm.

Orientadora: Adriana Falangola Benjamin Bezerra.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Recife, 2017.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Atenção primária à saúde. 3. Recursos humanos. 4. Estratégia saúde da família. I. Bezerra, Adriana Falangola Benjamin (Orientadora). II. Título.

612.67

CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2018-307)

PRISCILA TAMAR ALVES NOGUEIRA

**PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA PERSPECTIVA DOS GESTORES MUNICIPAIS
DO ESTADO DE PERNAMBUCO**

Dissertação de Mestrado Acadêmico a ser apresentada ao Programa Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco (PPGSC/UFPE), com fins de obter título de mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 31/08/2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª Adriana Benjamin Bezerra Falangola (Orientadora)
Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva (PPGSC/UFPE)

Prof^ª Dr^ª Keila Silene de Brito Silva (Co-orientadora)
Centro Acadêmico de Vitória (CAV/UFPE)

Prof^ª Dr^ª Ronice Franco de Sá (Examinadora Interna)
Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva (PPGSC/UFPE)

Prof^ª Dr^ª Kátia Maria Medeiros (Examinadora Externa)
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CpqAM/Fiocruz-PE)

Com a música que traduziu tua forma de amar, quero te dedicar este passo na minha vida agradecendo: pelos ensinamentos que me conduziram com tanta sabedoria a ter o conhecimento como um bem, que ninguém pode nos furtar; pelo conhecimento que conduz a esperança pela liberdade; pela solidariedade que me ensinou a indignar-me frente à situação de miséria, as quais o nosso povo tem sido submetido durante anos de dominação; pelo amor capaz de romper todas as barreiras. Perdoa “as mal traçadas linhas”, por vezes, não tão bem colocadas. Desta vez não pude contar com teus olhos cuidadosos fazendo a revisão do meu trabalho. Eternamente te amo, pai.

In memoriam

Meuse Nogueira de Oliveira

* 06/02/1947

† 30/07/2017

AGRADECIMENTOS

À mainha pela força que me mantém caminhando, eu não sei o que seria de mim sem
você.

À Maiara, Leon e Júlia por serem minha base de sustentação na vida, não tenho palavras pra
traduzir meu amor e gratidão por ter vocês ao meu lado, vocês são meu maior presente.

Ao amado Hans, por estar ao meu lado nos sorrisos e nas lágrimas, dando o suporte afetivo e
material que tanto precisei no último período e por ser a tradução de companheirismo no
nosso cotidiano.

Aos camaradas do Levante Popular da Juventude e da Consulta Popular por manterem acesa a
esperança de libertação.

Às queridas orientadoras Adriana e Keila pela paciência, apoio, compreensão e, sobretudo,
pelo respeito ao momento delicado que tenho passado.

Às professoras doutoras Ronice e Kátia por aceitarem compor a banca de defesa.

RESUMO

A fim de superar a dificuldade de provisão de médicos no Brasil, foi lançada a Lei nº 12.871/2013 que instituiu o Programa Mais Médicos (PMM). A gestão deste programa está centralizada no Governo Federal, cabendo aos municípios a responsabilidade de receber o médico, alocar numa equipe e garantir alimentação e transporte. Compreendendo que a gestão municipal se encontra debruçada sobre os problemas de provisão e as dificuldades na Gestão do Trabalho (GT) do profissional médico, este estudo teve como objetivo analisar a percepção dos gestores municipais acerca da GT no PMM. Foi utilizada uma abordagem qualitativa, sendo realizadas entrevistas abertas com representantes do COSEMS-PE. Estas foram analisadas por meio da análise de conteúdo. Os dados provenientes das entrevistas foram organizados em núcleos de sentidos, separados por temas, de onde emergiram as seguintes categorias: *a dinâmica da gestão municipal no PMM: da ajuda de custo à inovação; do cumprimento da missão à aceitação popular; a importância do PMM para o fortalecimento da gestão municipal; o diálogo entre atores do PMM: do apoio à submissão*. O programa “provocou” os municípios na direção da inovação e estruturação da GT, na medida em que a presença do profissional médico gerou demandas cotidianas a serem respondidas e operacionalizadas pela gestão municipal.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Recursos humanos. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

In order to overcome the difficulty of providing doctors in Brazil, Law no. 12,871 / 2013 was introduced, which established the “Mais Médicos” Program (PMM). The management of this program is centralized in the Federal Government, with municipalities being responsible for receiving the doctor, allocating a team and ensuring food and transportation. Understanding that the municipal management is focused on the problems of provision and difficulties in the work management (GT) of the medical professional, this study had the objective of analyzing the perception of the municipal managers about the GT in the PMM. A qualitative approach was used, through open interviews with “COSEMS-PE” representatives. These were reviewed through content analysis. The data from the interviews were organized into different sense nuclei, from which the following categories emerged: the dynamics of municipal management in PMM: from cost aid to innovation; From the fulfillment of the mission to popular acceptance; The importance of PMM for the strengthening of municipal management; The dialogue between PMM actors: from support to submission. The program "provoked" the municipalities in the direction of the GT's innovation and structuring, insofar as the presence of the medical professional generated daily demands to be answered and operationalized by the municipal management.

Key words: Single Health System. Primary Health Care. Human Resources. Family Health Strategy.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Esquema Conceitual do Referencial Teórico, Recife, 2017.....	35
Quadro 2 -	Núcleos de Sentido, Temas e Categorias, Recife, 2017.....	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CCE/PE	Comissão de Coordenação Estadual de Pernambuco
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNRH/SUS	Conferência Nacional de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária
COSEMS/PE	Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde de Pernambuco
DEGERTS	Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho na Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GT	Gestão do Trabalho
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituição de Ensino Superior
MGI	Medicina Geral Integralidade
MS	Ministério da Saúde
NOB/RH SUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde
NOB/SUS	Norma Operacional Básica para Sistema Único de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCCS	Plano de Carreiras, Cargos e Salários
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PISUS	Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho na Saúde
PMM	Programa Mais Médicos
PMMB	Projeto Mais Médicos para o Brasil
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica

Prev-Saúde	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROVAB	Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RBS	Reforma Sanitária Brasileira
RH	Recursos Humanos
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	15
2.2	DESCENTRALIZAÇÃO NA SAÚDE	19
2.3	GESTÃO DO TRABALHO	23
2.4	REGULAÇÃO DO TRABALHO MÉDICO NO SUS	27
3	JUSTIFICATIVA	35
4	OBJETIVOS	36
4.1	OBJETIVO GERAL	36
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	36
5	METODOLOGIA	37
5.1	DESENHO DO ESTUDO	37
5.2	SUJEITOS DO ESTUDO	37
5.3	COLETA DE DADOS	38
5.4	ANÁLISE DE DADOS	38
5.5	LOCAL DE ESTUDO	39
5.5	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	40
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
6.1	ARTIGO - GESTÃO DO TRABALHO NO PROGRAMA MAIS MÉDICOS: O OLHAR DOS GESTORES MUNICIPAIS DO ESTADO DE PERNAMBUCO	41
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
	REFERÊNCIAS	67
	APÊNDICES A – INSTRUMENTO DE ENTREVISTA	80
	ANEXOS A – NORMAS PARA SUBMISSÃO DO MANUSCRITO	81

1 INTRODUÇÃO

O problema de provisão de profissionais das diversas áreas na saúde pública é anterior até mesmo à criação do Sistema Único de Saúde - SUS (SILVA *et al.*, 2009), mas, quando se trata da carência do profissional médico os problemas tornam-se ainda mais difíceis de superar.

Machado *et al.* (1997), em estudo realizado na década de 90, classificava a medicina como uma ocupação urbana, com 80% dos médicos situados em apenas sete estados: Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Bahia, Paraná, Pernambuco e Rio Grande do Sul. Os mesmos que concentram a produção econômica do país. Tendo como característica, ainda, a concentração destes profissionais nas capitais, constatando a escassez e até ausência de médicos nas cidades geograficamente distante das capitais.

Girardi *et al.* (2011), ao analisarem a escassez de médicos no Brasil, observaram que a Região Nordeste possuía o maior número de municípios com carência de médicos na Atenção Primária em saúde (APS), com 49,3% da população vivendo em áreas de insuficiência destes profissionais.

O debate sobre a superação do vazio do profissional médico antecede a criação do SUS. Entretanto, foi em 2011, a partir da definição do “deficit de provimento de profissionais de saúde” que o problema se tornou prioridade a ser enfrentada para garantia do acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2015 p. 38).

Historicamente coube a gestão municipal de saúde lidar com a problemática da falta de profissionais médicos, no entanto, os problemas para superação desta dificuldade perpassam, ao longo do tempo, a capacidade da gestão municipal de sanar a insuficiência destes profissionais.

Como forma de pressionar o Governo Federal para auxiliar os municípios na dificuldade de provisão de médicos, em fevereiro de 2013, prefeitos de vários municípios lançaram uma petição eletrônica intitulada “*cadê o médico?*”, exigindo que o governo federal contratasse, de forma urgente, médicos formados no exterior para trabalhar na Atenção Primária em Saúde - APS, a fim de auxiliar os municípios na superação do vazio de médicos em regiões com dificuldades de provisão e fixação destes profissionais (CARVALHO; SOUZA, 2013).

Em nota, a Frente Nacional de Prefeitos relata que os problemas da saúde são muito maiores que a falta do médico, pontuando a necessidade de implementação de políticas para resolver os problemas como “a escassez de recursos, melhoria na infraestrutura das unidades e

medidas para resolver os problemas com a falta de profissionais da saúde” (FRENTE NACIONAL DE PREFEITOS, 2013 p. 1).

A fim de superar essas dificuldades, foi lançada a Medida Provisória (MP) nº 621/2013 que instituiu o Programa Mais Médicos (PMM), posteriormente, transformada na Lei nº 12.871/2013, como parte do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2013a).

Baseado na distribuição de médicos no Reino Unido, país que depois do Brasil possui o maior sistema de saúde universal ordenado pela atenção primária, o PMM tinha como horizonte alcançar a média de 2,7 médicos por mil habitantes (BRASIL, 2015).

Como exigência para alocação de médicos do PMM, o Ministério da Saúde - MS priorizou municípios com maior vulnerabilidade socioeconômica, bem como os que possuem maior dificuldade de fixação de médicos na APS (BRASIL, 2015). Entendendo a fragilidade histórica enfrentada pelos gestores de saúde destes municípios em atrair profissionais de saúde para estas áreas.

Em atendimentos aos critérios, cerca de 33% dos médicos que iniciaram suas atividades no PMM, até o quinto ciclo, foram alocados no Nordeste, sendo uma das Regiões do país que mais recebeu médicos pelo programa nos primeiros ciclos de adesão (GONÇALVES *et al.*, 2016).

O estado de Pernambuco ocupa a terceira posição, empatado com o Maranhão, entre os estados que mais receberam médicos pelo PMM entre agosto de 2013 a dezembro de 2014, na Região Nordeste, alocando 14% do total de médicos do programa na Região (NOGUEIRA *et al.*, 2016).

No PMM a gestão está centralizada no Governo Federal, com destaque à coordenação geral deste nos Ministérios da Saúde e Educação; cabendo aos estados auxiliar a União no acompanhamento e fiscalização do programa; e aos municípios a responsabilidade de receber o médico, alocar numa equipe e garantir alimentação e transporte (LOTTA; GALVÃO; FAVARETO, 2016). Ou seja, embora seja no município que este médico vai trabalhar, não cabe à gestão municipal a gerência direta deste trabalhador.

Segundo Gondim, Grabois e Mendes (2011), a gestão da saúde no SUS envolve planejar, avaliar, executar e monitorar, tendo foco os resultados, na busca dos objetivos e metas estabelecidas, cuja tarefa está centrada em resolver os problemas que a sociedade enfrenta, a fim de construir uma sociedade melhor que a do presente. Ou seja, fazer gestão é transformar a realidade que está posta, a fim de proporcionar outro modelo de vida e saúde.

No Brasil, as instituições de saúde historicamente passam por grandes dificuldades. Os problemas relacionados ao campo da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde são

apontados como um dos principais fatores que levam à desqualificação dos serviços de saúde (BRASIL, 2005a).

Nesta perspectiva compreende-se que a gestão municipal é a que se encontra historicamente debruçada sobre os problemas de provisão e as dificuldades na gestão do trabalho do profissional médico, bem como, cabe a esta esfera a responsabilidade sobre a implantação e implementação da APS como porta de entrada do sistema de saúde para população sob sua jurisdição.

Neste sentido, considera-se necessário um estudo que questione como os gestores municipais analisam o Programa Mais Médicos. Entendendo que a gestão municipal possui o olhar sobre as necessidades de saúde do município de forma ampliada, e que esta pode apontar quais os avanços e desafios postos à Gestão do Trabalho -GT na APS pós implantação do PMM.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

O cuidado na saúde historicamente foi orientado pelo modelo de atenção à saúde biomédico, cujas práticas são centradas no profissional médico a partir da concepção de que este profissional detém o saber sobre o cuidado em saúde e só ele pode fazer algo a respeito (SANTOS, 2011).

A Atenção Primária em Saúde tem sido adotada, como estratégia de enfrentamento ao “modelo curativo, individual e hospitalar” por vários países, instituindo um novo modo de pensar saúde a partir de um “modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático” (MOROSINI, 2007 p. 43).

No século XIX, na Alemanha, houve o surgimento do termo Medicina Social pelo médico Rudolf Virchow. Este, por considerar que a origem dos problemas de saúde tem natureza multifatorial, propôs o enfrentamento à epidemia de febre tifoide por meio de medidas que não se restringem às práticas médicas, sugerindo radical reforma social, econômica e política como ferramenta para melhorar a qualidade de vida da população (AGUIAR, 2003).

A Rússia czarista implementou, por meio do projeto Zemstvo, uma rede de centros de saúde em áreas rurais. Embora não tenha sido muito exitoso, instituiu organizações sanitárias por toda província, criando em 1872 o primeiro posto médico sanitário com a finalidade de desenvolver estudos epidemiológicos para evitar epidemias (AGUIAR, 2003).

O conceito de Atenção Primária em Saúde foi utilizado para estruturação da assistência à saúde em 1920 pelo governo inglês, descritos no relatório de Dawson. Esta formulação influenciou os modelos de atenção à saúde de diversos países e é da mesma que surge dois princípios básicos utilizados por vários países. O primeiro deles é a regionalização, onde os serviços precisam estar organizados nas diversas regiões do país, a fim de atender as necessidades de cada população; e o segundo é a integralidade, no qual se pressupõe que as ações curativas e preventivas são indissociáveis (MOROSINI, 2007).

Em 1978, na Conferência de Alma Ata, outro documento que serve como marco para compreensão da APS foi produzido, conhecido como a “Declaração de Alma Ata”. Nesta, foi delimitado a Atenção Primária como primeiro contato dos indivíduos com os serviços de saúde, que deve ser levado ao mais próximo possível das populações (OMS, 1978).

Nos países que possuem sistemas universais de saúde, a APS é pauta política dos governos se contrapondo “à fragmentação dos sistemas de saúde, à superespecialização e ao uso abusivo de tecnologias médicas, que determina necessidades questionáveis de consumo de serviços de saúde” (BRASIL, 2007 p. 15).

No Brasil, a tentativa de desenvolver a APS remota a década 20, com a Iniciativa de Paula Souza com os Centros de Saúde Escola na cidade de São Paulo; passa pela experiência da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública de 1960, com atuação nas regiões NO, NE e CO prestando atendimento em saúde pública; ainda nos anos 60, acontece a expansão dos Centros de Saúde vinculados às Secretarias de Saúde, com atuação na assistência materno-infantil; surgem as primeiras experiências da medicina comunitária na década de 70, sob influência do movimento da Reforma Sanitária; chega na década de 80 com as Ações Integradas de Saúde (AIS), seguidas pela criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS); e se consolida com a instituição do SUS na constituição de 1988. No entanto, é com a municipalização do SUS na década de 90, que há estruturação uniforme da APS e em 1994, com a avaliação positiva do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que se cria o Programa Saúde da Família (PSF) como ferramenta central para reestruturação do modelo de atenção no Brasil (LAVRAS, 2011).

A adoção do termo Atenção Básica de Saúde (ABS) para se referir a APS no Brasil, demarca uma posição ideológica que diz respeito a diferenciação do que é o Saúde da família e os “cuidados primários de saúde”. Sendo o Saúde da Família a estratégia principal da atenção primária no Brasil (BRASIL, 2007).

Segundo Aguiar (2003), a formulação de políticas públicas sofre forte influência dos relatórios da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e esta das orientações do Banco Mundial, que propõe através de discurso racionalizador no documento *Strategic and Programmatic Orientations*, a implementação de “Pacote Básico de serviços de saúde”. Restringindo a ideia de universalização à oferta de serviços básicos.

Mello, Fontanella e Dermazo (2009) delimitam que o uso do termo Atenção Básica é reflexo da acentuada desigualdade social que impera no Brasil e não deixa de influenciar o sistema de saúde. Neste sentido, atenção básica se delineou como o serviço oferecido para as classes mais desfavorecidas economicamente, o que pode ser associado ao fato da atenção primária ser entendida como medicina para pobres.

No Brasil, a APS materializa os princípios da Reforma Sanitária, que estabelece no âmbito do SUS a designação AB como forma de destacar a reorientação do modelo assistencial que se baseia em um sistema universal e integrado de atenção à saúde. Significa que em

“diversos sentidos de APS estão em disputa na produção acadêmica e política no campo das políticas e planejamento em saúde” (MOROSINI, 2007 p. 43).

Com mudança no perfil epidemiológico, com predominância de doenças crônicas, a APS se configura como modelo mais adequado para enfrentar os desafios da saúde na atualidade. Tendo em vista que este novo perfil epidemiológico exige cuidado contínuo e integral que trabalhe a prevenção em detrimento da lógica curativa e especializada do modelo hospitalocêntrico (GIOVANELLA *et al.*, 2010).

A APS deve priorizar as atividades de promoção da saúde, entender a saúde como direito e se orientar pelos princípios e diretrizes do SUS, destacando-se a universalidade, a acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade, participação, resolubilidade e intersetorialidade (FARIA *et al.*, 2010).

Caracteriza-se por constituir um conjunto de ações de saúde em nível individual e coletivo, abrangendo a promoção e proteção da saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde, com objetivo de desenvolver atenção integral que impacte a situação de saúde e de vida da população (BRASIL, 2012).

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012 p.19).

Entendida como atenção que se dá em nível ambulatorial, com uso de baixa densidade tecnológica, a APS é a porta de entrada prioritária do Sistema Único de Saúde, “onde existe capacidade para a resolução de grande parte dos problemas de saúde” (LAVRAS, 2011 p. 878).

Em estudo realizado em 4 municípios do Brasil Almeida, Fausto e Giovanella (2011) p. 92, confirmam que a ampliação da oferta de Atenção Primária “minimiza a busca por serviços de urgência como primeiro contato e, ao mesmo tempo, pode indicar ampliação da resolubilidade desses serviços”.

A APS no SUS se faz dentro do Saúde da Família. Esta foi implantada como ferramenta fundamental para efetivação do SUS, tendo sua primeira experiência no início da década de 80 no estado do Ceará (FARIA *et al.*, 2010).

O Programa Saúde da Família surge em um contexto de enfrentamento ao padrão hospitalar predominante no país, herança do modelo previdenciário. É com a adoção deste

Programa que a municipalização se consolida, passando a receber incentivos financeiros federais com base no número de habitantes de cada município (ESCOREL *et al.*, 2007).

Fruto da insatisfação, indignação e posterior mobilização popular por serviços de saúde que prestasse assistência à população, o Saúde da Família tem em seu DNA a luta popular pelo acesso à saúde (BRASIL, 2010).

Idealizado na construção de uma nova forma de pensar a saúde, o Programa Saúde na Família tem a premissa de construir o cuidado em saúde onde os sujeitos do cuidado são os próprios usuários, pensando esse cuidado de maneira integral, compartilhando os saberes entre profissionais de saúde e a comunidade, a partir da compressão das especificidades de saúde de cada sujeito, família e território (BRASIL, 2000a).

Indutor na constituição de um novo modelo assistencial, o programa é formado por uma equipe multiprofissional que tem o médico generalista como profissional da Atenção Primária. Bem como institui um novo profissional, o Agente Comunitário de Saúde (ACS), na perspectiva de atuar em ações comunitárias, agindo sobre os processos gerais de adoecimento na comunidade. Em 2006, foi alçado à categoria de Estratégia de Saúde da Família (ESF) (ESCOREL *et al.*, 2007; COSTA, 2016).

Configura-se como tática que surge do processo de municipalização, a fim de construir um sistema de saúde descentralizado, guiado pela política de Atenção Primária (CONILL, 2002).

O atributo fundamental do programa é ser a porta de entrada do cuidado em saúde no SUS, com papel de garantir atenção à maior parte das necessidades de saúde e filtrar o acesso aos demais níveis de atenção. Cujo “requisito é que a unidade de saúde da família seja acessível à população adstrita, eliminando-se barreiras financeiras, geográficas, temporais e culturais; aspectos, em geral, contemplados pelo PSF”. (ESCOREL *et al.*, 2007 p. 166).

Atende à lógica de inserção territorializada, pois é dentro do território que acontece a construção da vida das pessoas. Compreendendo este local como:

Espaço social onde, ao longo da história, a sociedade foi se constituindo, e por meio do processo social de produção, dividindo-se em classes diferenciadas, com acessos também diferenciados aos bens de consumo, incluídos os serviços de saúde (FARIA *et al.*, 2010 p. 38).

Cujas ações dos profissionais de saúde na ESF devem estar integradas, com os saberes e cuidado compartilhados com toda a equipe,

...promovendo uma relação dos profissionais mais próximos do seu objeto de trabalho, ou seja, mais próximos das pessoas, famílias e comunidades, assumindo compromisso de prestar assistência integral e resolutiva a toda população, a qual tem seu

acesso garantido através de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que presta assistência de acordo com as reais necessidades dessa população, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada (ROSA e LABATE, 2005).

No processo de criação do SUS e definição da municipalização como estratégia política e administrativa cuja finalidade foi de descentralizar os serviços de saúde ficou a cargo do gestor municipal a responsabilização da APS, cabendo ao município o papel de garantir aos seus munícipes o acesso à rede de cuidados primários em saúde.

Segundo Campos e Pereira-Junior (2016):

Todas estas novas formulações da política federal de Atenção Básica não alteraram a abordagem de planejamento e de gestão do Ministério da Saúde, que prosseguiu com mecanismos pouco potentes de indução e de estímulo aos municípios e estados (CAMPOS; PEREIRA-JUNIOR, 2016 p 2658).

Ainda, a própria APS, fundamentada para ordenar o sistema de saúde foi inicialmente concebida como um programa, o que evidencia a perspectiva de que o Saúde da Família se organizaria de modo vertical, como rede isolada de outras redes temáticas do SUS. O que deu historicamente o carácter fragilizado na construção e efetivação da APS.

Entendendo que a saúde pública no Brasil foi reivindicada por forças populares, buscando uma construção de uma sociedade mais justa, a partir da concepção que a APS foi historicamente concebida como estratégia que repensa o modelo de saúde numa perspectiva menos desigual e compreendendo que para construir um sistema de saúde que consiga dar conta de pensar a vida de maneira mais solidária se faz necessário juntar muitos braços, mentes e sonhos coletivos, é necessário se debruçar sobre o papel que cabe a gestão municipal nesta construção de uma sociedade mais igualitária, na qual os direitos sociais, como à saúde, sejam assegurados a todos os cidadãos.

2.2 DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE

O processo de descentralização definido como diretriz do Sistema Único de Saúde torna-se definição de diretrizes estabelecidas no Art. 198 da Constituição Federal de 1988 e de princípios regulamentados pela Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90). Dentre os princípios estabelecidos está a descentralização político/administrativa, com direção única em cada esfera de governo, cuja ênfase é a descentralização dos serviços para os municípios e a construção de redes de serviços de saúde regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 1988; 1990).

A descentralização pode ser entendida por diversos autores de formas diferentes, de acordo com os interesses dos mesmos. No entanto, a maioria dos autores ao analisar o tema associa a descentralização à democratização do Estado e a promoção de justiça social (SILVA, 2001).

Ainda, o autor considera que o processo de descentralização da saúde no Brasil se configura como uma descentralização interinstitucional, na qual há transferência de poder entre diferentes esferas do governo. “Transfere-se, *em tese* (grifo da autora), o poder de agir e decidir” (p. 56).

Na III Conferência Nacional de Saúde (CNS) a descentralização da saúde foi pauta pela primeira vez. Tendo como temas à serem discutidos: situação sanitária da população brasileira; distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias em âmbito federal, estadual e municipal; municipalização dos serviços de saúde; e fixação de um Plano Nacional de Saúde (SOUZA, 2014).

Esta conferência teve “o mérito de ter manifestado, pela primeira vez, a intenção de incluir na agenda pública a criação de uma rede municipal de serviços de saúde, intensão esta abortada pela ruptura institucional que ocorreu no ano seguinte” (SILVA, 2001 p. 58) com o início da Ditadura civil-militar.

Da década de 60 a 70, influenciados pela medicina comunitária norte-americana, acontecerem várias experiências que tinham como objetivo organizar os serviços de saúde. Com ações direcionadas às populações mais carentes estes projetos se caracterizavam por implementar serviços básicos de saúde à população periférica urbana e rural. Ainda na década de 70 cria-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde (PIASS), que se configura como um programa de medicina simplificada cuja principal finalidade era expandir a rede de postos e centros de saúde. A partir do PIASS inicia um processo de maior envolvimento das secretarias estaduais de saúde e das prefeituras com a saúde no país (SILVA, 2001).

Nos anos 80, outra movimentação para a descentralização acontece com a criação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde). Contextualizada em um cenário de crise da Previdência Social e juros galopantes. O Prev-Saúde tinha como objetivo reorientar o sistema de saúde, reforçando a Atenção Primária em Saúde; prevendo a reorganização da saúde com regionalização, hierarquização, participação comunitária e atenção integral (SILVA, 2001).

Com o esgotamento do governo autoritário, crise financeira, pressão popular por eleições diretas, vitória da oposição em vários estados e municípios, aumenta o peso político

de diversos atores da Reforma Sanitária Brasileira (RBS), o que contribuiu para fortalecer o processo de descentralização e municipalização da saúde (SILVA, 2001).

Ainda, na década de 80 houve a criação do Plano de reorientação da Assistência no Âmbito da Previdência Social, com a iniciativa do Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária (CONASP). Este plano desencadeou várias modificações no sistema de saúde e foi importante nas etapas subsequentes do processo de descentralização no Brasil, colocando a descentralização pela primeira vez na política oficial do Governo.

Experiências do processo de municipalização antecede a criação do SUS, Londrina, Niterói e Campinas tiveram seus primeiros passos para descentralização ainda durante a década de 80. Mesmo o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde inicia a municipalização em alguns estados, no período de 1987 a 1990, mas é com a criação do SUS que o município passa a ser a base do sistema de saúde (ORTIGAS; CONILL, 2009).

Na década de 90, a IX CNS apontou a municipalização como a alternativa da saúde. Em artigo escrito por Campos (1992), incorporado ao caderno de textos da IX CNS, há proposição da construção de uma rede de centros de saúde capazes de atender de forma integral à população, formada por profissionais de várias especialidades de acordo com as necessidades e características de cada local (BRASIL, 1992).

É na Norma Operacional Básica (NOB) SUS 01/93 que o Ministério da Saúde disciplina o processo de descentralização para construção do SUS. Entendendo a descentralização como processo de redistribuição de poder, redefinição de papéis e construção de novas relações entre as três esferas de governo, reorganização institucional e controle social. Cujo objetivo mais importante da mesma é a completa reformulação do modelo assistencial, entendida como articulação e mobilização municipal que leva em consideração as características e perfil de cada município, sejam elas geográficas, epidemiológicas, de demanda e de oferta de serviços.

Foi na NOB 01/93 que “definiu-se explicitamente o município como gestor específico dos serviços e estabeleceram-se os diferentes níveis de adesão ao SUS, bem como as responsabilidades e as formas de repasses de recursos que lhes correspondem” (ARRETCHE; MARQUES, 2002 p. 467).

Nesta perspectiva a gestão local passa a não só gerenciar parte dos recursos do setor como também atua em espaço privilegiado no processo de construção da política de saúde em âmbito regional e nacional, na medida em que participa das instâncias de governança estadual e federal (TEIXEIRA *et al.*, 2009).

A NOB SUS 01/96, define as responsabilidades dos estados na construção do SUS, delimitando que o estado tem por responsabilidade mediar a relação entre os municípios. No entanto, quando o município ainda não assumir a gestão do sistema de saúde municipal, é a responsabilidade do estado a gestão do conjunto de serviços que garantam à população atenção integral.

O Art. 8º do Decreto 7.508/11, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde (8.080/90), define que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS”. Sendo consideradas (Art. 9º) como portas de entrada: serviços de atenção primária, de atenção de urgência e emergência, de atenção psicossocial e especiais de acesso aberto. Considerando que o ordenamento do cuidado seja feito pela atenção primária (BRASIL, 2011 p. 3).

No entanto, persistem as dificuldades de efetivação da APS e construção do próprio Sistema Único de Saúde, na medida em que permanecem os entraves, em relação a heterogeneidade de possibilidades de construção e problemas com recursos nos municípios; que para receber o financiamento federal precisam atender às normas rígidas estabelecidas nos pacotes de políticas e programas do Ministério da Saúde; somados à multiplicidade de realidades loco regionais que os gestores de saúde precisam lidar (CAMPOS; PEREIRA JUNIOR, 2016; BRITO-SILVA, 2007), mas não possuem abertura e liberdade financeira suficiente para planejar de acordo com as necessidades de cada município.

Estudo sobre a municipalização no estado de Santa Catarina revelou que no processo de descentralização a partir da municipalização, observa-se, ainda, forte concentração de poder por parte dos estados e da União, ancorada no controle dos recursos financeiros. Na medida em que mudanças de regras acontecem de forma sistemática, colocando os municípios como executores de regras que já vêm prontas, além de sempre que os municípios se ajustam para cumprir uma regra, logo em seguida já há modificações, fazendo com que “os esforços em direção a uma autonomia municipal se consolidem muito lentamente” (ORTIGAS; CONNILL, 2009 p. 33).

A descentralização transferiu para o município a responsabilidade de garantir a rede de atenção à saúde no nível primário, passando a ser papel dos gestores municipais a construção e efetivação da APS. Contudo, essa descentralização não veio acompanhada de autonomia política e financeira suficientes, a ponto de dar à esfera municipal as condições objetivas de construir a saúde de acordo com as necessidades locais. Em verdade, o processo de descentralização e construção do SUS não conseguiu sequer garantir a população o acesso ao pacote básico de serviços de saúde, tal qual as fontes de financiamento impuseram.

Construir um sistema de saúde que pense conforme as necessidades de sua população perpassa pela necessidade de garantir o acesso às políticas e programas através de uma rede de saúde. No entanto, a garantia ao acesso esbarrou com a dificuldade de os municípios suprirem de profissionais de saúde sua rede de atenção à saúde, sobretudo o profissional médico. Esta dificuldade aprofundou-se na medida em que os municípios se tornaram responsáveis pela provisão de uma rede de profissionais que a maioria dos municípios não conseguia garantir.

Sob esta perspectiva, compreender a Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde se faz necessário, na medida em que a superação da escassez de médicos historicamente está posta como entrave na construção do SUS. Sobretudo porque a efetivação da Atenção Primária em Saúde como ordenadora do modelo de saúde só pode se dar na medida em que os usuários possuem a garantia do acesso às ações e serviços de saúde de maneira integral, conforme suas necessidades.

2.3 GESTÃO DO TRABALHO

A globalização, no processo de mundialização das economias, acirrou as desigualdades entre os países, aumentando os patamares de pobreza de países que concentram dois terços da população mundial. O que estabeleceu novas formas de organização do Estado e da reestruturação produtiva; estas estão organizadas em três grandes eixos: “novas tecnologias, novas formas de organização do trabalho e da produção e novas formas de gerenciamento” (BRASIL, 2004 p. 51).

A precarização do trabalho fruto das mudanças decorrentes da economia regida pela globalização se dá em três recortes: primeiro, diz respeito a proteção do trabalho, no qual os trabalhadores estão desprovidos de certos direitos e benefícios; segundo, a extensão temporal do trabalho via contratos por tempo determinado, que coloca o trabalhador em condição de maior instabilidade; terceiro, pela vulnerabilidade do emprego, ocasionado por ocupações que podem facilmente ser descartados por ausência de vigor e competitividade do setor que os gera (BRASIL, 2004).

Diversas experiências sobre o planejamento da Gestão do Trabalho na saúde são relatadas nos mais diferentes países em períodos pré-reformistas, onde predominava uma cultura de planejamento fortemente estimulada e influenciada pelas agências de cooperação internacional, em especial a Organização Pan-Americana de Saúde (PIERATONE *et al.*, 2011).

O setor saúde manteve forte influência do modelo burocrático de gestão, na medida em que utiliza métodos e estratégias pautados em princípios como a hierarquia, controle e ordem (GARCIA, 2010). Para a autora:

Os efeitos negativos do modelo clássico de gerência também foram sentidos, com destaque para o desenvolvimento do trabalho mecânico, a rigidez nas relações hierárquicas, o poder decisório centrado nas mãos dos gestores e o não desenvolvimento dos trabalhadores enquanto sujeitos criativos e produtivos, problemas ainda presentes nos dias atuais (GARCIA, 2010 p. 22).

A combinação da mudança do mundo do trabalho, somado as transformações sofridas na concepção de saúde no Brasil, que adota a Atenção Primária como norteadora do sistema de saúde, aprofundou as tensões existentes como: acentuou as desigualdades na oferta do mercado educativo (concentração em algumas regiões e crescimento desordenado de cursos em algumas áreas com baixo alinhamento com a visão de integralidade do trabalho); aumentou modalidades de contratação sem proteção legal para os (as) trabalhadores(as); precária capacidade gestora tanto educativa como na prestação de serviços na saúde (BRASIL, 2004).

O debate da gestão de trabalho no SUS teve início na 3ª Conferência Nacional de Saúde, no entanto foi na 8ª que a discussão ganhou força, apresentando um conjunto articulado de formulações para a área de “Recursos Humanos” (RH) em saúde, levando em conta: caráter multiprofissional da composição das equipes, a incorporação de agentes populares de saúde remunerados e mudança da coordenação para o nível local do sistema de saúde. Tratava-se de uma extensa pauta de caráter reivindicatório, que incluía a isonomia salarial e o Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS). O objetivo era reordenar a área para cumprir as demandas da atenção primária e educação em saúde. Estabeleceu-se, neste momento, um conjunto de propostas que posteriormente foi aprofundada na I Conferência Nacional de Recursos Humanos para o SUS – I CNRH (CAMPOS, PIERANTONI; MACHADO, 2006).

Na ocasião da I CNRH (1986) o tema foi desenvolvido em cinco partes: valorização profissional, preparação de trabalhadores, órgãos de desenvolvimento de RH para a saúde, organização dos trabalhadores de saúde e relação dos trabalhadores de saúde com usuários dos serviços. A conferência avançou no debate sobre avaliação de desempenho e introduziu a necessidade de um novo tipo de gerência de “Recursos Humanos” para o SUS, denunciou a desarticulação entre ensino/serviço, a alienação das escolas da área de saúde da realidade social e os conflitos de interesse entre o sistema de saúde e o sistema formador (CAMPOS, PIERANTONI; MACHADO, 2006).

Junto com o acúmulo ocorrido na I CNRH, veio mais forte a discussão acerca da necessidade de reestruturação dos cursos de medicina no país. No entanto, mesmo com as reformas curriculares implementadas nas últimas décadas os conhecimentos que trabalham as relações psicossociais e humanísticas são tratados como de menor valor em relação aos biologicistas (GOMES; REGO, 2014).

Na 2ª CNRH (1994), os apontamentos não se diferenciaram dos apresentados anteriormente. Sendo levantadas questões sobre a fragilidade do sistema de informação em saúde; problemas com o financiamento do SUS; necessidade de investimentos na regulação do mercado de trabalho e na qualificação dos (das) trabalhadores(as); e ausência de uma política de RH bem formulada e de PCCS na maior parte das instituições (GARCIA, 2010).

A utilização do termo “Recursos Humanos” diz respeito a pessoas que trabalham em organizações, que são postos a assumir, não raramente, o papel de insumos modeláveis para atender os objetivos de tais instituições. Influenciados, ainda, pelo modelo burocrático predominante na maior parte das organizações, nas quais os trabalhadores são vistos como peças de engrenagem, mecânicos, cuja função é garantir o funcionamento da máquina (GARCIA, 2010).

Através da Resolução nº 330, de novembro de 2003, o Conselho Nacional de Saúde resolve aplicar os “Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH SUS)” como Política Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Embora a Gestão do Trabalho tenha anteriormente sido apontada como fundamental para consolidação do SUS, até o momento a GT não havia recebido o devido destaque, dado o grau de importância que representa para o sistema de saúde (BRASIL, 2005b).

A fim de contribuir para uma gestão do trabalho de qualidade, que busque o equacionamento dos problemas existentes para o efetivo desempenho do SUS de forma articulada com as instâncias federativas gestoras do sistema, o Ministério da Saúde criou, em 2003, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em conformidade com o documento Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (OLIVEIRA, 2013); compreendendo a importância da estruturação da GT no SUS esta estrutura administrativa em conformidade com a NOB/RH SUS é dividida em dois departamentos – Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho na Saúde (DEGERTS), ambos com a finalidade de aplicar os princípios e diretrizes da norma (BRASIL, 2005b).

A SGTES passa a compor o Ministério da Saúde, com o desafio de buscar o equacionamento dos problemas existentes e de definir políticas no campo da gestão do trabalho e da

educação para o efetivo desempenho do SUS, articulada com as instâncias gestoras do sistema. Com a criação da SGTES é reafirmada a relevância da área da Gestão do Trabalho para o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde. É a partir desta iniciativa que o MS assume seu papel de gestor federal do SUS, no que tange à formulação de políticas orientadoras da formação e desenvolvimento em saúde e ao planejamento, gestão e regulação da força de trabalho na saúde (GARCIA, 2010).

Em 2006, foi realizada a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, que teve como objetivo de estabelecer diretrizes para a valorização e a qualificação do profissional do SUS, onde:

...foram discutidas e deliberadas questões sobre a área, abordando a participação do trabalhador na gestão, desprecarização dos vínculos de trabalho no SUS, educação permanente dos trabalhadores do SUS, situação dos PCCS, a Mesa de Negociação, entre outros (GARCIA, 2010 p. 60).

A criação do SUS representou uma transformação importante no âmbito do mercado de trabalho na saúde, com destacada ampliação dos postos de trabalho, acompanhada da definição da municipalização da saúde, o que ocasionou crescimento do contingente de empregos sob juízo da esfera municipal (41,6% em 1992 para 68,8% em 2005). No entanto, este crescimento não veio acompanhado por uma política de gestão e regulação do trabalho com condições de ampliar as políticas proteção trabalhista, acompanhado pelo processo de reestruturação produtiva a partir da globalização, neoliberalismo e crise econômica de 1990, o que ocasionou crescimento de postos de trabalhos cada vez mais precários, sobretudo os vínculos de trabalho de médicos; só havendo declínio de contratação via vínculos precários a partir dos anos 2000 (MACHADO *et al.*, 2011).

Embora o debate para estruturação de PCCS para os trabalhadores da saúde remonte a década de 80, a criação da comissão especial para elaborar as diretrizes do Plano de Cargos, Carreiras e Salários no âmbito do SUS em 2004, a formação do Departamento de Gestão e de Regulação do Trabalho na Saúde em 2005 e em 2006 tenha sido instituída as Diretrizes Nacional para Instituição de Plano de Cargos, Carreiras e Salários no âmbito do SUS, ainda hoje esse nó crítico permanece como desafio para consolidação do SUS (BRASIL, 2005a; 2006).

Os problemas na gestão e regulação do trabalho na saúde acompanham a história do SUS e ficam ainda mais complexos com a implementação da Estratégia de Saúde da Família em 1994. Desde lá muitas dificuldades permaneceram e algumas até se agravaram. Genericamente, tais problemas podem ser agrupados em quatro grandes eixos: I) os

relacionados à formação dos profissionais, treinamento e educação para o serviço; II) os de vínculo, modalidades contratuais e fixação de profissionais; III) compreensão do novo processo de trabalho e, IV) a necessidade de informações para subsidiar políticas públicas (SILVA *et al.*, 2009).

A gestão do trabalho e da educação na saúde tem sido descrita como um dos principais desafios para consolidação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011), na medida em que estas precisam enfrentar os problemas de escassez de profissionais, precariedade nas relações de trabalho, inadequação dos perfis dos profissionais para trabalhar no SUS e a falta de comprometimento de partes dos profissionais com a saúde pública (PINTO; TEIXEIRA, 2011).

O setor saúde representa cerca de 10% da massa salarial em trabalhos formais no Brasil, com aproximadamente 4 milhões de postos de trabalho; com ênfase na municipalização destes postos, ampliação da oferta de serviços no nível ambulatorial e qualificação das equipes (PIERANTONI, DAL POZ; FRANÇA, 2011).

Em estudo realizado por Junqueira *et al.* (2010) com secretários municipais de saúde dos municípios da Macrorregião do Leste do Sul de Minas Gerais, aproximadamente 75% dos secretários referiram utilizar contratos temporários por prestação de serviços contra apenas 25% referindo contratação que garantem proteção trabalhista.

Pesquisa realizada em secretarias municipais de saúde de municípios com mais de 100 mil habitantes (2004) revelou que a autonomia da gestão, no que tange a contratação de pessoal, avaliação de desempenho, utilização de recursos financeiros e processos de capacitação, foram apontadas pelos gestores como limitadas às questões burocráticas - avaliação de desempenho e processos de capacitação; e muito baixa quando relacionada aquelas que exigem poder decisório - contratação de pessoal, utilização de recursos financeiros (BRASIL, 2004).

A estruturação da gestão e regulação do trabalho no SUS tem sido desafio para consolidação do sistema, a partir da perspectiva de consolidar a saúde como direito. A regulação do trabalho na saúde tem se configurado como nó crítico na efetivação do acesso às ações e serviços de saúde, na medida em que o provimento de quadros formados e qualificados para atender os usuários do SUS tem sido um embate na maioria dos municípios brasileiros; quando o profissional é o médico, essas dificuldades ficam ainda mais acentuadas.

Neste sentido, compreender quais desafios estão postos, no que se refere à gestão e regulação do trabalho na saúde, sobretudo no enfrentamento a superação da dificuldade de provimento de profissionais médicos, se coloca como essencial para que se possa avançar na construção da saúde que consiga atender as demandas que estão postas na sociedade.

2.4 REGULAÇÃO DO TRABALHO MÉDICO NO SUS

A Revolução Industrial, subsequente consolidação do capitalismo e o advento da ciência no mundo industrial proporcionou mudanças na divisão social do trabalho. Com a produção de conhecimentos surgiram inúmeras novas ocupações que produziram o monopólio do saber por meio da aplicação de serviços especializados. A medicina está inclusa nesta perspectiva de profissionalismo por meio de oferta de serviços altamente especializados (MACHADO *org.*, 1997).

A profissão médica se caracteriza como o estereótipo de profissão com alto grau de autonomia técnica (conhecimento) e econômica (mercado de trabalho). Em outras palavras, uma profissão autorregulada, com elevado e complexo corpo de conhecimento científico e controle sobre o processo de trabalho, junto a uma reserva de mercado protegida pela profissão, subsidiada, ao longo do tempo, pelo Estado (MACHADO *org.*, 1997).

Há ainda, no processo de formação do profissional médico, várias dificuldades em relação ao objetivo de forjar um profissional que tenha compromisso com a saúde da população que se sobreponha aos interesses individuais da categoria.

Gomes e Rego (2014) apontam que estas dificuldades vão desde a incapacidade da educação básica em introduzir estudos sobre aspectos humanísticos, ética, bioética e cidadania ativa; perpassa pelos seis anos do curso de medicina com foco no desenvolver habilidades técnicas com enfoque nos conteúdos biológicos em detrimento dos demais; há o dilema entre o atendimento às exigências de um mercado competitivo, na lógica do capitalismo tardio, ou a atenção à demanda de uma educação que seja emancipadora; e, enfrenta a dificuldade de possuir um corpo docente formado no modelo cartesiano, programados a construir especialistas nas partes, altamente centrados no trabalho individual do profissional médico. O que dificulta no processo de formação de um profissional que consiga dialogar com outras categorias profissionais, numa perspectiva multiprofissional.

A oferta e demanda no trabalho em saúde se dá por meio da relação entre compra e venda da força de trabalho, que pode ser regulada pelo Estado de acordo com a política de saúde adotada pelo mesmo, podendo estimular a produção e consumo dos serviços de saúde numa lógica mercadológica ou adotando a lógica de bem-estar social (MACIEL FILHO; PIERRANTONI, 2004).

Com a criação do SUS houve uma importante expansão no mercado de trabalho em saúde, com aumento de 55% de estabelecimentos de saúde com ênfase na esfera municipal. A

Estratégica de Saúde da Família por si representa um importante crescimento dos postos de trabalho, no entanto há evidências que deixam claro que essa expansão vem acompanhada de vínculos empregatícios precários, principalmente para categoria médica, na medida em que os vínculos de trabalho firmados são em número significativo composto por contratos temporários e outras formas de contratação quase sempre precárias (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2011).

Em estudo sobre a migração médica no Brasil, no período de 1996 a 2005, Seixas, Corrêa e Moraes (2011), perceberam que a disponibilidade de postos de trabalho médico obedece a certa homogeneidade no território nacional (2,0), no entanto, constataram que os locais mais atrativos para os médicos, de maneira geral, são aqueles que dispõem de oferta de trabalho no setor privado.

Municípios que possuem graduação em medicina configuram-se como importante fator para fixação de médicos, porém a residência médica apresenta um padrão de fixação mais forte e pode caracterizar como um elemento importante na fixação desse profissional em determinadas regiões, principalmente se dispor de parcerias estratégicas no que se refere a estágios e tutorias com instituições com alto reconhecimento em outras regiões (SEIXAS; CORRÊA; MORAES, 2011).

Importantes estratégias foram adotadas pelo governo para superar a escassez de médicos em regiões de difícil acesso e difícil fixação deste profissional no SUS, que se configuraram com medidas de intervenção estatal para superação do vazio de profissional médico (GIRARDI *et al.*, 2011).

Essas, anteriores ao PMM, remota a década de 60, são elas: Projeto Rondon, Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS), Programa de Interiorização do Trabalho na Saúde (PITS) (MACIEL-FILHO, 2007) e recentemente o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica - PROVAB (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Embora várias estratégias governamentais tenham sido implementadas,

A forma como o Estado brasileiro tem lidado com essas questões, no que se refere ao problema da má distribuição de médicos no país, têm oscilado entre intervenções ora focadas na extensão universitária, ora na oferta de incentivos e benefícios para os profissionais que se disponham a atuar nas áreas mais carentes e remotas do país. Nenhuma delas, no entanto, conseguiu efetivamente minimizar o problema, ao longo da trajetória de reformas e transformações da política de saúde em nosso país (MACIEL FILHO, 2007 p. 83).

A primeira estratégia foi instituída em 1968 por meio do Decreto 62.927, após experiência piloto realizada em 1967, que levou 31 estudantes para Rondônia. O Grupo de Trabalho Projeto Rondon teve por finalidade “promover estágios de serviço para estudantes universitários, objetivando conduzir a juventude a participar do processo de integração nacional” (BRASIL, 1968 p. 5787). Configurou-se como primeira experiência de extensão universitária no país, levando estudantes para participarem de missões em áreas carentes e remotas do país (MACIEL FILHO, 2007).

Em 1970, por meio do Decreto 67.505, tornou-se um órgão autônomo de administração direta denominado Projeto Rondon. Em 1975, por meio da Lei nº 6.310 foi alçado à categoria de Fundação com orçamento e patrimônio próprio, com objetivos básicos delimitados pela própria lei.

No que se relaciona ao desenvolvimento e a integração nacional o projeto tinha como função:

Colaborar com o Ministério da Educação e Cultura na organização, implantação e coordenação de estágios de estudantes, no interior do país; colaborar na execução da política de integração nacional, em consonância com os planos de desenvolvimento; promover ou participar de programas de desenvolvimento comunitário com as populações interioranas (BRASIL, 1975 *apud.* MACIEL FILHO, 2007 p. 92).

No campo do mercado de trabalho e mão de obra:

...promover, com os estágios de universitários, o conhecimento das condições do interior do país, abrindo perspectivas para a interiorização e fixação de técnicos de nível superior nas áreas em que atuarem; desenvolver, junto às populações carentes, o treinamento especializado de nível médio, incentivando o mercado de trabalho e o aprimoramento da mão de obra qualificada; promover, juntamente com os órgãos especializados, a abertura de novos mercados de trabalho; promover a interiorização de técnicos em áreas menos desenvolvidas do Território Nacional (BRASIL, 1975 *apud.* MACIEL FILHO, 2007 p. 92).

E no campo da pesquisa e preparação de trabalhadores para saúde:

Contribuir para a promoção, coordenação e realização de pesquisas voltadas para o conhecimento da realidade nacional; contribuir para a preparação dos recursos humanos necessários ao desenvolvimento (BRASIL, 1975 *apud.* MACIEL FILHO, 2007 p. 92).

Extinto em 1989, no processo de redemocratização do país, o Projeto Rondon volta a ser pauta do governo em 2003, quando a União Nacional dos Estudantes encaminha, para o então Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, um pedido de retomada do projeto. Retomado em 2005, passa a ser coordenado pelo Ministério da Defesa, com a finalidade de funcionar como extensão curricular, inserindo o estudante em ações de cunho social (PRAVATO, 2011).

O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, implantado no governo militar, aprovado por meio do Decreto nº 78.307, “para o período de 1976-1979, com a finalidade de prover estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até 20 mil habitantes e de contribuir para a melhoria do nível de saúde da população da Região” (BRASIL, 1979 p. 11.241), foi posteriormente ampliado para todo país com prazo até o ano 1985 (MACIEL FILHO, 2007).

O PIASS previa a implantação e a operação de uma rede de pequenas unidades periféricas que executam ações básicas de saúde, preventivas e curativas. O funcionamento dessas unidades mais simples é assegurado por outras mais diferenciadas, que, além de complementares às suas atividades, proporcionam orientação e supervisão de todas as ações. O programa introduz a ideia de unidade básica do tipo centro de saúde ou polivalente, em contraposição às unidades monovalentes do campanhismo (RIBEIRO, 2007).

Além da implantação de unidades básicas de saúde o PIASS previa ações para instalação de saneamento básico, através de mecanismos de simplificados de abastecimento de água e ações para implementação de alimentação essencial (MACIEL FILHO, 2007).

Para Matta e Morosini (2006) o PIASS tinha como objetivo fazer chegar à população historicamente excluída de qualquer acesso à saúde um conjunto de ações médicas simplificadas, caracterizando-se como uma política focalizada e de baixa resolutividade, sem capacidade para fornecer uma atenção integral à população.

Durante a redemocratização do país duas estratégias foram implementadas no país, focadas na interiorização, o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS) e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) (MACIEL FILHO, 2007).

O PISUS foi instituído em 1993 com a estruturação em quatro subprogramas: “Unidades de Pronto atendimento”, “Interiorização do Médico”, “Interiorização do Enfermeiro” e “Agente Comunitário de Saúde”. Dentre os subprogramas a interiorização de médicos se configurava como a mais difícil de garantir. Para superar esta dificuldade o Programa contava com o suporte do Ministério da Saúde no pagamento de honorários por produção, pelo dobro do valor da tabela SUS (MACIEL FILHO, 2007).

O Programa atingiu 398 municípios da região Norte, garantindo as adequadas instalações físicas, moradia para médicos e enfermeiros, contrato formal com pagamento por produção pelo gestor municipal subsidiado pelo MS (CARVALHO, 2013).

Elabora por grupo de trabalho criado pela Portaria nº 1.162, instituída pelo Decreto 3.745 de fevereiro de 2001 e regulamentada pela portaria nº 227 (BRASIL, 2000; 2001a; 2001b), a proposta do PITS propunha-se a levar médicos e enfermeiros para os municípios

mais carentes e distantes através de incentivos financeiros e de formação profissional, impulsionando a APS via Programa Saúde da Família (MACIEL FILHO, 2007).

Iniciada em 2001, com parceria dos governos estaduais e municipais, o PITS tinha por objetivo levar a saúde aos municípios que não possuíam profissionais para trabalhar na Atenção Primária, por ter dificuldade de acesso ou escassez de recurso. Com caráter transitório, o programa visava auxiliar os municípios até que os mesmos pudessem se organizar para implantar o Programa Saúde da Família (MOURA; LIMA; BRAQUENHAIS, 2005).

Os profissionais selecionados recebiam bolsa por um ano renovável por mais um, pagas pelo convênio entre Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Também participavam de especialização em saúde da família, realizada em universidades das capitais dos estados onde o profissional estava alocado (MACIEL FILHO, 2007).

Houve também incentivo para os municípios que implantavam as equipes de saúde da família, através do repasse de R\$10.000,00 por equipe de PITS implantada, além de Incentivo à Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2001c). A contrapartida do município foi garantir alimentação e moradia aos profissionais. O programa teve a duração de três anos, encerrando em 2004, contemplando cerca de 300 municípios (MACIEL FILHO, 2007).

Em 2011 foi criado o PROVAB, por meio do Ministério da Saúde via Portaria 2.087/2011. Tendo por objetivo suprir médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas nas áreas de difícil acesso e provimento, ou população em situação de alta vulnerabilidade (BRASIL, 2011).

Além do aspecto do provimento, o PROVAB incorpora o componente educacional, na medida em que prevê a especialização em saúde da família feita pela Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e Telessaúde, através da metodologia de supervisão e tutoria presencial e à distância (CARVALHO, 2013).

A gestão do programa se dá pela parceria entre MS, UNA-SUS, municípios e Instituições Supervisoras. A seleção acontece pela adesão dos municípios que se encaixam nos perfis de vulnerabilidade: capital e região metropolitana, município com mais de 100.000 habitantes e baixa arrecadação, grupo intermediário (que não se encaixa em nenhum perfil), população rural e pobreza intermediária, população rural e pobreza elevada e populações quilombolas, indígenas e assentados rurais (CARVALHO, 2013).

Em estudo avaliativo sobre o PROVAB, Oliveira *et. al.* (2015) identificou que o programa possui clareza e boa definição de seus objetivos e metas enquanto resposta governamental para superação do vazio de médicos em áreas de difícil acesso e fixação destes profis-

sionais. Contudo, apontou que sua implementação tem se dado de forma difusa, devido à urgência da política, o que tem gerado dificuldade na consolidação do mesmo.

A estratégia mais recente de enfrentamento ao vazio de profissionais é Programa Mais Médicos, que foi inicialmente proposto pela Medida Provisória 621/13 e posteriormente transformada na Lei 12.871/13, cuja a finalidade foi formar trabalhadores na área médica para o SUS, com objetivo de:

Diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde; fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no país; aprimorar a formação médica no país e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira; 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; promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS. (BRASIL, p. 1, 2013a).

Parte do diagnóstico de insuficiência e má distribuição dos médicos no território brasileiro e insuficiência na formação de médicos para atender a demanda de novos empregos gerados anualmente. O programa se propõe a enfrentar os problemas de escassez de médicos, a expandir e regular a formação médica, e estruturar as unidades de saúde pertencentes à APS em todo país (BRASIL, 2015).

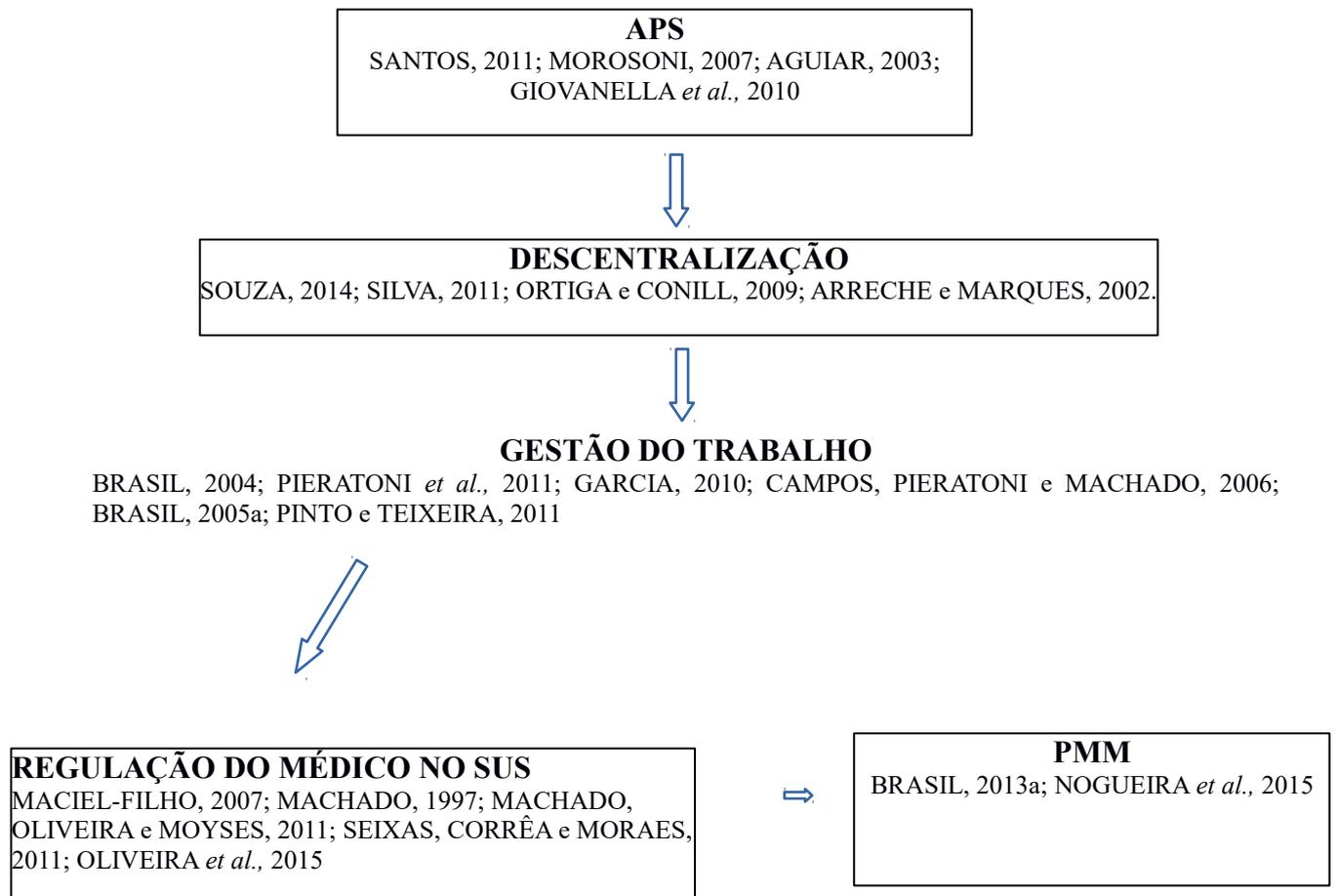
Fundamentada em quatro eixos: provisão emergencial de médicos, aumento de cursos de graduação em medicina, aumento de vagas na residência, dimensionada de acordo com as necessidades do SUS e estruturação das unidades de saúde pertencentes à APS. A Lei no 12.871/13 põe o Estado como regulador da oferta de profissionais, bem como da formação no ensino médico, na medida em que regulamenta 30% do internato em medicina na rede de Atenção Primária e Serviços de Urgência e Emergência do SUS (BRASIL, 2013a).

Em estudo realizado sobre médicos alocados no Nordeste pelo PMM, no período de agosto de 2013 a dezembro de 2014, Nogueira *et al.* (2016) constataram que os municípios do Nordeste que mais receberam médicos do programa foram as capitais, excetuando-se apenas Teresina-PI que não fez adesão ao Programa.

A importância da provisão de médicos pelo PMM é perceptível e inegável, na medida em que alocou mais de 14.000 profissionais médicos em todo país. No entanto, Girardi *et al.* (2016) apontam essa implementação apenas como um alívio a escassez que havia no país, na

medida em que os municípios ainda convivem com insegurança assistencial por terem substituído a oferta que faziam pelos médicos advindo do programa.

Ainda, a respeito do impacto do programa na redução da escassez de médicos entre 2013 e 2015, revela que se hoje o PMM fosse extinto o grau de escassez de médicos seria superior a situação antes do programa, passando de 20% para 35,4% de municípios com escassez no país. O que sugere que a implementação do mesmo contribuiu para aumento da dependência dos municípios ao provimento federal.

QUADRO 1: Esquema Conceitual do Referencial Teórico, Recife, 2017.

FONTE: Elaborado pela autora

3 JUSTIFICATIVA

Diversos estudos apontam a dificuldade de provisão de médico como um desafio para estruturação da Atenção Primária. Em estudo realizado em 45 municípios de Minas Gerais foi encontrado com maior percentual (83,3%) de rotatividade nos empregos o profissional médico, em relação aos demais profissionais analisados na pesquisa (JUNQUEIRA *et al.* 2010).

Apesar do crescimento de médicos no país está se estendendo por 40 anos, com o Brasil chegando em 2012 com um salto de 557,72% no número desses profissionais, partindo de uma distribuição de cerca de 1,5 médico para cada grupo de 1.000 habitantes em 1980, para cerca 2,0 médicos para cada 1.000 habitantes em 2012, o país ainda se encontra entre os países com pior distribuição na relação médico/população (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013).

No que tange à insuficiência de médicos por habitantes na Atenção Primária, a maioria dos municípios mais carentes destes profissionais está localizada na Região Nordeste (663 ou 51,8%). A população residente nestes locais corresponde a 49,3% da população residente em áreas de escassez de médicos (GIRARDI *et al.*, 2011).

Várias estratégias para o enfrentamento ao vazio de profissional médico foram adotadas ao longo dos anos. No entanto, nenhuma política anterior possuiu “a abrangência, magnitude e celeridade do Programa Mais Médicos” (OLIVEIRA *et al.*, 2015 p. 624).

Pernambuco ocupa a terceira colocação entre os estados que mais receberam médicos pelo PMM nos cinco primeiros ciclos do Programa, recebendo cerca de 14% dos profissionais alocados na Região Nordeste (NOGUEIRA *et al.*, 2016).

Considerando que a Gestão do Trabalho no SUS se configura historicamente como nó crítico para efetivação da saúde como direito social garantido a todos (as) brasileiros(as), especialmente o problema de provisão do profissional médico e que o PMM se caracteriza como programa que se põe a superar tal dificuldade; este trabalho se justifica pela necessidade de compreensão sobre como os gestores municipais analisam o PMM, no que se relaciona ao processo da gestão do trabalho, no que diz respeito a autonomia da gestão municipal e a relação entre os entes federativos na gestão do programa.

Este estudo pretende estudar o PMM em Pernambuco a partir da perspectiva dos gestores municipais, tendo a compreensão de que os gestores municipais possuem maior proximidade com a construção da saúde pública no SUS, lidando com as diversas dificuldades e desafios.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a Gestão do Trabalho no Programa Mais Médicos a partir da perspectiva dos gestores municipais do estado de Pernambuco.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Compreender como se dá as relações entre os entes federados no âmbito da Gestão de Trabalho no PMM.
- Identificar potencialidades e desafios do PMM nos municípios de Pernambuco, no que compete a Gestão do Trabalho no Programa.

5 METODOLOGIA

5.1 DESENHO DO ESTUDO

Este trabalho se configura como um estudo analítico, de abordagem qualitativa, que busca compreender os significados que os gestores dão ao PMM no que tange à gestão do trabalho.

O uso da pesquisa qualitativa torna-se a abordagem mais adequada para alcançar os objetivos do presente trabalho por se tratar de um método que visa abordar o mundo e entender, descrever e explicar fenômenos sociais, por meio da análise de experiência de indivíduos ou grupos, examinando as interações e comunicação que estejam se desenvolvendo e investigando documentos ou traços semelhantes de experiências ou interações, que se baseia na percepção e compreensão humana (FLICK, 2009; STAKE, 2011).

5.2 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo foram os gestores municipais de Pernambuco que compuseram a Diretoria Executiva do Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde de Pernambuco - COSEMS/PE, estando na gestão no momento de implantação e/ou implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), entre agosto de 2013 e dezembro de 2016, e receberam profissionais médicos advindos do Programa.

A escolha pelos gestores do COSEMS-PE se justifica pelo fato destes gestores representarem as gestões municipais de todo o estado, bem como, por acompanharem os demais municípios do estado no que compete a gestão no SUS.

Algumas das dificuldades latentes no processo de implantação do SUS e da Estratégia de Saúde da Família são: a indefinição dos perfis assistenciais dos serviços de saúde, com características predominantes de atendimento por demanda espontânea, em detrimento ao atendimento programado; dificuldade de fixação dos profissionais de saúde, principalmente médicos; combinados com a falta de insumos e demora na marcação de exames e especialistas (SENNA; COSTA; SILVA, 2010). Nesta perspectiva, compreende-se que os gestores municipais são peças-chave no processo de construção e efetivação do sistema de saúde pública, tendo em vista que os mesmos lidam com as dificuldades desse processo no seu cotidiano de trabalho.

Critérios de Inclusão

- Gestor representante do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde do estado de Pernambuco, que recebeu médicos pelo PMM;
- Gestores que ocuparam cargo na diretoria executiva no COSEMS-PE, com o mínimo de 6 meses, entre agosto de 2013 a dezembro de 2016 e que recebeu médicos pelo PMM.

Critérios de exclusão

- Gestor de município que recebeu médicos pelo PMM, mas que não teve contato com o processo de implantação e implementação do programa.

5.3 COLETA DE DADOS

Segundo Duarte (2004) p. 215:

Entrevistas são fundamentais quando se precisa/deseja mapear práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos, mais ou menos bem delimitados, em que os conflitos e contradições não estejam claramente explicitados.

Ainda, quando bem elaboradas as entrevistas permitem ao pesquisador fazer um mergulho no modo como esses sujeitos percebem e significam a realidade na qual estão inseridos, o que permite ao pesquisador entender a lógica que rege as relações entre o grupo estudado.

Nesta perspectiva, o presente estudo adotou a entrevista aberta, feitas com os gestores do COSEMS-PE, a fim de perceber a opinião, conhecimento e experiência destes (POPE; MAYS, 2005) com o Programa Mais Médicos em seu município, utilizando a provocação norteadora: *Fale sobre a Gestão do Trabalho no Programa Mais Médicos em seu Município*. Após os dados advindos da questão norteadora, outras questões foram emergindo e novas perguntas foram feitas.

Foram entrevistados os 4 (quatro) gestores que compuseram a diretoria executiva do COSEMS-PE até abril de 2017. As entrevistas foram realizadas na sede do COSEMS-PE entre os meses de março e abril de 2017.

5.4 ANÁLISE DE DADOS

Inicialmente foi feita a transcrição das entrevistas, para posterior leitura e análise. Utilizado o método de análise de conteúdo a fim de compreender como os gestores analisam a gestão do trabalho no Programa Mais Médicos.

A escolha pela análise do conteúdo se dá a partir da perspectiva de que os gestores municipais são os sujeitos imbricados na construção de saúde e que são estes que historicamente têm enfrentado a dificuldade de provisão de profissionais de saúde, sobretudo dos médicos, ora por ausência deste profissional, ora por lidar com profissionais com pouco perfil para trabalhar em equipamentos de saúde públicos.

A análise de conteúdo é uma técnica de análise das comunicações, que irá analisar o que foi dito nas entrevistas ou observado pelo pesquisador. Na análise do material, busca-se classificá-los em temas ou categorias que auxiliam na compreensão do que está por trás dos discursos (SILVA; FOSSÁ, 2013 p. 2).

Foi realizada a codificação aberta dos dados, por meio da conferência e interpretação das falas captadas pelas entrevistas e posteriormente definidas as categorias de análise apreendidas no texto; o que permitiu a pesquisadora revisitar e refinar as questões e indagações com maior profundidade, por meio da seleção de fragmentos do corpus para análise, selecionando pequenas partes, escolhidas por relações semânticas, a partir dos objetivos do estudo (POPE; MAYS, 2005; FERNANDES, 2008). Conforme descrito no Quadro 2.

QUADRO 2: Núcleo de Sentidos, Temas e Categorias, Recife, 2017.

Núcleo de sentido	Tema	Categoria
Gestão do Trabalho	Autonomia	A dinâmica da gestão municipal no PMM: da ajuda de custo à inovação
	Processo de Trabalho	Do cumprimento da missão à aceitação popular
	Provisão	A importância do PMM para o fortalecimento da gestão municipal
	Relação Gestão municipal e CCE	O diálogo entre atores do PMM: do apoio à submissão

5.5 LOCAL DO ESTUDO

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2009), a Região Nordeste concentra 27,7% (53,59 milhões/hab) da população brasileira. Com extensão territorial de 1.554.291,607 km², com 73,3% da população vivendo em área urbana.

O estado de Pernambuco possui população de 8.796.448 habitantes, com 186 municípios; sendo a classificação destes: 83 municípios de pequeno porte 1 (até 20 mil hab), 67 pequeno porte 2 (20.001 a 50.000 hab), 23 médio porte (50.001 a 100.000), e 11 municípios

de grande porte (100.001 a 900.000 hab), com a capital (Recife) somando 1.534.734 habitantes (IBGE, 2009).

No que se refere à cobertura da Atenção Primária no estado, até abril de 2005 havia apenas 2.100 equipes de Saúde da Família implantadas, tal cenário é apontado pelo governo, no Plano Estadual de Saúde 2016-2019, pela dificuldade de provisão de médicos; já sinalizando o PMM como uma saída para superar esta dificuldade (PERNAMBUCO, 2016).

5.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O presente trabalho é parte integrante do projeto “INICIATIVAS INOVADORAS NA ORGANIZAÇÃO DAS REDES ASSISTENCIAIS E REGIÕES DE SAÚDE E SEU IMPACTO NA ESTRUTURAÇÃO DA OFERTA NO SUS: UM ESTUDO AVALIATIVO”, financiado pela CNPq, aprovado pela Chamada MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit N ° 41/2013 – Rede Nacional de Pesquisas sobre Política de Saúde: Conhecimento para Efetivação do Direito Universal à Saúde.

Em cumprimento à Resolução CNS n° 466, de 12 de dezembro de 2012, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa CEP/CCS/UFPE, n° do parecer 674.336.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para apresentar os resultados da presente pesquisa optou-se pelo formato de dissertação mista, que permite a inclusão de artigos como resultados. Neste trabalho, será apresentado como resultado o artigo “Gestão do Trabalho no Programa Mais Médicos sob o olhar dos gestores municipais do estado de Pernambuco”.

6.1 ARTIGO

GESTÃO DO TRABALHO NO PROGRAMA MAIS MÉDICOS: O OLHAR DOS GESTORES MUNICIPAIS DO ESTADO DE PERNAMBUCO

MANAGEMENT OF THE WORK IN THE “MAIS MÉDICOS” PROGRAM UNDER THE VIEW OF MUNICIPAL MANAGERS OF THE STATE OF PERNAMBUCO

RESUMO

A fim de superar a dificuldade de provisão de médicos no Brasil, foi lançada a Lei no 12.871/2013 que instituiu o Programa Mais Médicos (PMM). A gestão deste programa está centralizada no Governo Federal, cabendo aos municípios a responsabilidade de receber o médico, alocar numa equipe e garantir alimentação e transporte. Compreendendo que a gestão municipal se encontra debruçada sobre os problemas de provisão e as dificuldades na Gestão do Trabalho (GT) do profissional médico, este estudo teve como objetivo analisar a percepção dos gestores municipais acerca da GT no PMM. Foi utilizada uma abordagem qualitativa, sendo realizadas entrevistas abertas com representantes do COSEMS-PE. Estas foram analisadas por meio da análise de conteúdo. Os dados provenientes das entrevistas foram organizados em núcleos de sentidos, separados por temas, de onde emergiram as seguintes categorias: *a dinâmica da gestão municipal no PMM: da ajuda de custos à inovação; do*

cumprimento da missão à aceitação popular; a importância do PMM para o fortalecimento da gestão municipal; o diálogo entre atores do PMM: do apoio à submissão. O programa “provocou” os municípios na direção da inovação e estruturação da GT, na medida em que a presença do profissional médico gerou demandas cotidianas a serem respondidas e operacionalizadas pela gestão municipal.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Recursos Humanos; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

In order to overcome the difficulty of providing doctors in Brazil, Law no. 12,871 / 2013 was introduced, which established the “Mais Médicos” Program (PMM). The management of this program is centralized in the Federal Government, with municipalities being responsible for receiving the doctor, allocating a team and ensuring food and transportation. Understanding that the municipal management is focused on the problems of provision and difficulties in the work management (GT) of the medical professional, this study had the objective of analyzing the perception of the municipal managers about the GT in the PMM. A qualitative approach was used, through open interviews with “COSEMS-PE” representatives. These were reviewed through content analysis. The data from the interviews were organized into different sense nuclei, from which the following categories emerged: the dynamics of municipal management in PMM: from cost aid to innovation; From the fulfillment of the mission to popular acceptance; The importance of PMM for the strengthening of municipal management; The dialogue between PMM actors: from support to submission. The program "provoked" the municipalities in the direction of the GT's innovation and structuring, insofar as the presence

of the medical professional generated daily demands to be answered and operationalized by the municipal management.

Key words: Single Health System; Primary Health Care; Human Resources; Family Health Strategy.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde (APS) tem sido adotada, como estratégia de enfrentamento ao “modelo curativo, individual e hospitalar” por vários países, instituindo um novo modo de pensar saúde a partir de um “modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático”¹.

O atributo fundamental da APS é ser a porta de entrada do cuidado em saúde no SUS, com papel de garantir atenção à maior parte das necessidades de saúde e filtrar o acesso aos demais níveis de atenção. O “requisito é que a unidade de saúde da família [principal estratégia da APS no Brasil] seja acessível à população adstrita, eliminando-se barreiras financeiras, geográficas, temporais e culturais, aspectos, em geral, contemplados pelo PSF”².

No processo de criação do SUS e definição da municipalização como estratégia política e administrativa cuja finalidade foi de descentralizar os serviços de saúde, ficou a cargo do gestor municipal a responsabilidade sobre a APS. Cabendo ao município o papel de garantir aos seus munícipes o acesso à rede de cuidados primários em saúde.

É na Norma Operacional Básica (NOB) SUS 01/933 que o Ministério da Saúde disciplina o processo de descentralização para construção do SUS, entendendo a descentralização como: processo de redistribuição de poder; redefinição de papéis e construção de novas relações entre as três esferas de governo; reorganização institucional; e,

controle social, cujo objetivo mais importante da mesma é a completa reformulação do modelo assistencial, entendida como articulação e mobilização municipal que leva em consideração as características e perfil de cada município, sejam elas geográficas, epidemiológicas, de demanda e de oferta de serviços.

Foi na NOB 01/93 que “definiu-se explicitamente o município como gestor específico dos serviços e estabeleceram-se os diferentes níveis de adesão ao SUS, bem como as responsabilidades e as formas de repasses de recursos que lhes correspondem”⁴.

Estudo sobre a municipalização no estado de Santa Catarina revelou que no processo de descentralização a partir da municipalização, observa-se, ainda, forte concentração de poder por parte dos estados e da União, ancorada no controle dos recursos financeiros. Na medida em que mudanças de regras acontecem de forma sistemática, colocando os municípios como executores de regras que já vêm prontas, além de sempre que os municípios se ajustam para cumprir uma regra, logo em seguida já há modificações, fazendo com que “os esforços em direção a uma autonomia municipal se consolidem muito lentamente”⁵.

No Brasil, as instituições de saúde historicamente passam por grandes dificuldades. Os problemas relacionados ao campo da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde são apontados como um dos principais fatores que levam à desqualificação dos serviços de saúde⁶.

Por meio da Resolução nº 330, de novembro de 2003, o Conselho Nacional de Saúde resolve aplicar os “Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH SUS)” como Política Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Embora a Gestão do Trabalho (GT) tenha anteriormente sido apontada como fundamental para consolidação do SUS, até o momento, não havia recebido o devido destaque, dado o grau de importância que representa para o sistema de saúde⁷.

A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde tem sido descrita como um dos principais desafios para consolidação do Sistema Único de Saúde⁸, na medida em que a Gestão e

Regulação do Trabalho precisam enfrentar os problemas de escassez de profissionais, precariedade nas relações de trabalho, inadequação dos perfis dos profissionais para trabalhar no SUS e a falta de comprometimento de partes dos profissionais com a saúde pública⁹.

O problema de provisão de profissionais das diversas áreas na saúde pública é anterior até mesmo à criação do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁰, mas, quando se trata da carência do profissional médico os problemas tornam-se ainda mais difíceis de superar.

Como forma de pressionar o Governo Federal para auxiliar os municípios na dificuldade de provisão de médicos, em fevereiro de 2013, prefeitos de vários municípios lançaram uma petição eletrônica intitulada “*cadê o médico?*”, exigindo que o governo federal contratasse, de forma urgente, médicos formados no exterior para trabalhar na APS, a fim de auxiliar os municípios na superação do vazio de médicos em regiões com dificuldades de provisão e fixação destes profissionais¹¹.

A fim de superar essas dificuldades, foi lançada a Medida Provisória (MP) nº 621/2013 que instituiu o Programa Mais Médicos (PMM), posteriormente, transformada na Lei nº 12.871/2013, como parte do Pacto pela Saúde. No Programa Mais Médicos está previsto o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), cuja finalidade é prover de profissional médico as regiões com dificuldade de acesso e fixação deste profissional. Este, é o responsável pela alocação de cerca de 14 mil médicos em diversos municípios do país^{12;13}.

A coordenação do PMMB está a cargo dos Ministérios da Saúde e Educação, cabendo aos mesmos: disciplinar a participação das instituições de ensino superior no projeto; bem como as regras de participação, inerentes a gestão do trabalho do médico participante, como a carga horária, hipóteses de afastamento e recesso¹².

Apesar do crescimento no número de médicos no país está se estendendo por 40 anos, com o Brasil chegando em 2012 com um salto de 557,72% no número destes profissionais, partindo de uma distribuição de cerca de 1,5 médico para cada grupo de 1.000 habitantes em

1980, para cerca 2,0 médicos para cada 1.000 habitantes em 2012, o país ainda se encontra entre os países com pior distribuição na relação médico/população¹⁴.

No âmbito da insuficiência de médicos por habitantes na Atenção Primária, a maioria dos municípios mais carentes destes profissionais está localizada na Região Nordeste (663 ou 51,8%), com população residente nestes locais correspondendo a 49,3% da população residente em áreas de escassez de médicos¹⁵.

Pernambuco ocupa a terceira colocação entre os estados que mais receberam médicos pelo PMMB nos cinco primeiros ciclos do projeto, alocando cerca de 14% dos profissionais na Região Nordeste¹⁶.

Considerando que a gestão do trabalho no SUS se configura historicamente como nó crítico para efetivação da saúde como direito social garantido a todos (as) brasileiros(as), especialmente o problema de provisão do profissional médico, e que o PMM se caracteriza como programa que se propõe a superar tal dificuldade; o artigo em pauta se propõe a discutir sobre a compreensão de gestores municipais em relação ao PMM, no que diz respeito ao processo da gestão do trabalho, a autonomia da gestão municipal e a relação entre os entes federativos na gestão do programa.

METODOLOGIA

Este artigo se configura como um estudo analítico, de abordagem qualitativa, que busca compreender os significados que os gestores dão ao PMM no que tange à gestão do trabalho. É fruto da dissertação de mestrado intitulada “Programa Mais Médicos na perspectiva dos gestores municipais do estado de Pernambuco”.

O uso da pesquisa qualitativa torna-se a abordagem mais adequada para alcançar os objetivos do presente artigo por se tratar de um método que visa abordar o mundo e entender,

descrever e explicar fenômenos sociais, por meio da análise de experiência de indivíduos ou grupos, examinando as interações e comunicação que estejam se desenvolvendo e investigando documentos ou traços semelhantes de experiências ou interações, que se baseia na percepção e compreensão humana^{17;18}.

Os sujeitos do estudo foram os gestores municipais de Pernambuco que compuseram a diretoria executiva do Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde de Pernambuco - COSEMS/PE, estando na gestão no momento de implantação e/ou implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, entre agosto de 2013 e dezembro de 2016, e receberam profissionais médicos advindos do projeto.

Foram 4 entrevistas, para garantir o sigilo quanto aos informantes da pesquisa, a identificação dos entrevistados foi feita utilizando nome de aves cantadas nas músicas do rei do baião Luiz Gonzaga, obedecendo a seguinte ordem: Entrevista 1 – Ana Branca, Entrevista 2 – Assum Preto, Entrevista 3 – Sabiá e Entrevista 4 – Acauã.

O presente estudo adotou a entrevista aberta, a fim de perceber a opinião, conhecimento e experiência¹⁹ utilizando a provocação norteadora: *Fale sobre a Gestão do Trabalho no Programa Mais Médicos em seu Município*. Após os dados advindos da questão norteadora, outras questões foram emergindo e novas perguntas foram feitas.

Estas foram analisadas por meio da análise de conteúdo.

A análise de conteúdo é uma técnica de análise das comunicações, que irá analisar o que foi dito nas entrevistas ou observado pelo pesquisador. Na análise do material, busca-se classificá-los em temas ou categorias que auxiliam na compreensão do que

20

está por trás dos discursos.

Os dados provenientes das entrevistas foram organizados em núcleos de sentidos, separados por temas, de onde emergiram as seguintes categorias: *a dinâmica da gestão municipal no PMM: da ajuda de custo à inovação; do cumprimento da missão à aceitação*

popular; a importância do PMM para o fortalecimento da gestão municipal; o diálogo entre atores do PMM: do apoio à submissão (QUADRO 1).

Em cumprimento à Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa CEP/CCS/UFPE, nº do parecer 674.336.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão serão apresentados topificados nas categorias que emergiram da análise feita pelas autoras, obedecendo a ordem descrita no QUADRO 1.

A dinâmica da gestão municipal no PMM: da ajuda de custo à inovação

De acordo com a Portaria Interministerial nº 1.369/13, compete aos municípios e ao Distrito Federal: atuar em cooperação com os entes federativos, Instituições de Ensino Superior - IES e organismos internacionais; inserir os médicos em equipes de atenção básica nas modalidades previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); exercer o acompanhamento e a fiscalização da execução das atividades de ensino-serviço; recepcionar o médico no aeroporto; garantir moradia, alimentação, água potável e condições e processo de trabalho para o exercício profissional do médico, além de fazer adesão ao Programa de Qualificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS).21;22

No que se relaciona ao papel do gestor municipal na gestão do trabalho no PMM os gestores entrevistados destacaram a função administrativa e burocrática como a principal obrigação da gestão municipal no Programa.

A responsabilidade do gestor com o médico do Programa Mais Médicos principal é a ajuda de custo. Ajuda a encontrar o local pra pessoa morar; informa como é feita a alimentação. Então, o apoio é desde o ponto de vista da infraestrutura para o profissional até ele entrar na equipe. Termina sendo uma responsabilidade administrativa. (Asa Branca)

Destacou-se também que o profissional advindo do PMM compõe as equipes de saúde da família como qualquer outro profissional do município, sendo incluído nas políticas que o município oferece, no âmbito da gestão do trabalho e da educação. Pontuado pelo gestor da seguinte forma:

O restante do apoio é o mesmo que a gente tem que dá aos profissionais que não são do Mais Médicos, que também participam do programa de saúde da família. O profissional do Mais Médicos não foge das políticas que o município já tem. Então, se o município não tiver uma educação permanente já estruturada, esse profissional vai apenas seguir o atendimento lá. (Acauã)

A Reforma Sanitária Brasileira (RBS) enquanto projeto de reforma social, obteve como desfecho uma *reforma parcial*, com predominância setorial e institucional, identificada na construção do Sistema Único de Saúde. A consequência disto tem sido a dificuldade histórica no financiamento da saúde, fazendo com que a autonomia da gestão na esfera municipal esteja diretamente ligada à necessidade de descentralização dos recursos 5; 23.

Em estudo com gestores municipais de Minas Gerais constatou-se que 68,9% dos gestores municipais declaram baixa autonomia no que se refere a administração de recursos. Sessenta por cento (60%) destes afirmaram que os recursos estadual e federal não são suficientes para implantação e manutenção do Saúde da Família²⁴.

A situação de insuficiência de recursos, somado à dependência de recursos repassados por outras esferas de governo, expõe a gestão municipal sempre a uma posição subordinada a políticas e programas definidos pelo Ministério da Saúde e secretarias estaduais que, em sua maioria, possui um caráter centralizado, observado na instituição de normativas que os municípios devem executar, sob pena de perder a cobertura financeira e/ou material subsidiada por tais, caso a execução não siga as normativas pré estabelecidas; mesmo quando estas não condizem com a realidade de tais municípios.

No PMM as prerrogativas, que cabem aos municípios cumprirem, não fogem da forma centralizada de construção de programas, o que fica evidente no discurso dos gestores, na

medida em que colocam como principal atribuição do município cumprir as normativas administrativas do programa.

No entanto, observou-se que o fato da provisão de médicos ser financiada pelo Ministério da Saúde deu condições para que os municípios pudessem pensar novas formas de gestão do trabalho, na medida em que a preocupação se deslocou de pensar em como garantir médicos nas unidades de saúde para pensar na inserção dos médicos advindos do PMMB na rede da Atenção Primária de seus municípios.

A gente também trabalha na integração desses profissionais com a própria comunidade, porque tem uns que são mais tímidos. Então, a gente promove isso, temos várias atividades que a gente chama eles para participar, como inaugurações, palestras, discussões. Não é só aquilo que está regendo a portaria não. Temos várias outras coisas que intervêm no processo para ajudar. Atuando de várias formas para garantir que eles se sintam bem, se sintam dentro do processo, acolhidos. (Assum Preto).

Pensar a gestão do trabalho como eixo da estrutura organizacional dos serviços de saúde significa pensar estrategicamente, uma vez que a produtividade e a qualidade do serviço oferecido à sociedade serão reflexos da forma e das condições com que são tratados os que atuam profissionalmente na organização²⁵.

Outro aspecto observado no discurso dos gestores entrevistados foi a inovação na gestão do trabalho e da educação dos municípios.

A gente constituiu um núcleo que deu todo suporte desde a questão da língua, até a discussão de casos clínicos, da discussão da rede, da inserção deles na rede. Então essa gestão do trabalho, através núcleo de educação permanente, passou a acompanhar esses profissionais tanto no exercício, no campo, quanto numa dispersão que a gente fazia uma vez por semana, nas sextas-feiras. Eles ficavam discutindo casos com outros profissionais médicos, o que provocou uma integração maior. A gente optou além dessa responsabilidade material, criar toda uma estrutura para dar condição para que ele pudesse desempenhar suas funções com bastante tranquilidade. Desde o transporte para aquelas unidades que eram mais distantes, até o apoio técnico, um preceptor (além do previsto no programa), isso foi criado para esses médicos. (Sabiá)

Na saúde a educação ocupa lugar estratégico, tendo em vista que os desafios para a mudança na formação de trabalhadores têm como pano de fundo o processo de implantação e consolidação do SUS e sua política de reorientação das ações e serviços, mediante o

fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do seu compromisso com a prestação da assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população²⁶.

A instituição de um núcleo de educação permanente por parte do município para dar suporte ao profissional do PMM sugere o caráter potente do programa, na medida em que oportunizou inovações da gestão do trabalho e da educação na saúde.

Outro achado importante foi o programa que possibilitou que os municípios pudessem repensar o processo de trabalho do médico na Estratégia de Saúde da Família.

Além do provimento do médico, a gente conseguiu também estruturar uns processos de trabalho diferenciado. A medida que você tinha um profissional médico com dedicação exclusiva, e que se integrava numa equipe que dava conta de todas as interfaces da saúde da família, a gente conseguiu instituir processo de trabalho bem diferente do que havia antes. (Sabiá)

A incorporação da educação permanente como estratégia para superar a dicotomia ensino e serviço se constitui como um dispositivo potente para a mudança do modelo de atenção e do cuidado à saúde da população¹¹.

O posicionamento de Sabiá sugere que a instituição do PMMB se configurou como processo essencial na estruturação da gestão do trabalho em municípios que dispuseram dos profissionais advindos do projeto, na medida em que a provisão de profissional médico deixa de ser a principal preocupação e gargalo no cotidiano da gestão municipal, abrindo espaço para inovação e transformação no modo de fazer gestão do trabalho.

Achados deste estudo sugerem que a articulação entre ensino e serviço, potencializada pelo programa, é uma importante ferramenta para transformação da gestão do trabalho e da educação na saúde, que oportuniza transformação no processo de trabalho dentro dos serviços de saúde e conseqüente mudança no cuidado à saúde da população.

Do cumprimento da missão à aceitação popular

A chamada do Projeto Mais Médicos para o Brasil permitiu a participação de médicos brasileiros formados no Brasil, médicos brasileiros formados no exterior e médicos estrangeiros. Estabeleceu-se cooperação internacional entre o Brasil, Cuba e Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). Fruto desta cooperação, até 2015, cerca de 11 mil médicos cubanos passaram a compor equipes de saúde na rede da APS por todo país^{12;27}.

Até dezembro de 2015, foram alocados no Nordeste 4.716 médicos advindos do PMMB. Destes, 3735 médicos vieram pela cooperação internacional Brasil-Cuba-OPAS, o que representa que cerca de 80% dos médicos alocados no Nordeste pelo projeto são médicos cubanos¹⁶.

Durante as entrevistas chamou atenção o que os gestores destacaram sobre os médicos cubanos alocados nos seus municípios, expressando diferenças entre o médico cubano e o médico brasileiro, como pode ser observado na fala de *Asa Branca*:

Esses (médicos cubanos) vieram com a missão de realmente vir trabalhar e atender a população, e o fizeram. Profissionais brasileiros que fizeram parte do Mais Médicos ou do PROVAB sempre tivemos problema. Principalmente com o cumprimento de carga horária. O médico cubano realmente veio fazer o atendimento dessa população e cumpriu com o que tinha que ser feito. (*Asa Branca*)

A queixa a respeito do descumprimento da carga horária por parte dos médicos brasileiros também esteve presente na fala de outros entrevistados como *Assum Preto* que afirmou que este é um dos principais problemas do programa levados para a Comissão de Coordenação do Estado de Pernambuco (CCE-PE) por todos os municípios.

A dificuldade de provisão de médico na APS além de estar relacionada à falta deste profissional para ocupar essa função na ESF, também enfrenta a dificuldade de garantia que o médico contratado pelo município cumpra a carga horária exigida pelo MS de 40h semanais, seja por insuficiência de recurso para pagar o profissional para cumprir esta carga horária, seja por recusa do profissional em cumprir o horário exigido.

Problemas com o cumprimento da carga horária por parte dos médicos brasileiros já

foi apontado por gestores municipais como responsável pela rotatividade deste profissional nos serviços de Atenção Primária²⁴.

A redução da cobertura da ESF associada ao aumento do acesso (número de consultas, diagnósticos, internação e encaminhamentos) sugerem que os médicos alocados na ESF anteriormente ao PMM não atendiam com carga horária integral na ESF, como fazem os médicos do Programa²⁸.

Houve também destaque à qualidade do trabalho do médico cooperado, como observado na fala abaixo:

A qualidade que a gente tem na assistência que é prestada é impressionante. Eles são profissionais que não apresentam problemas que não tenham soluções, possuem um olhar diferenciado dos médicos brasileiros. O trabalho que eles desenvolvem no território, isso sim a gente tem muita coisa boa pra poder falar, inclusive no perfil assistencial, na qualificação do acesso, na necessidade de fazer o papel de saúde da família, de discutir o caso clínico da senhora A, da senhora B, de dona Maria, de seu José. Isso é importante não só pautado naquele perfil ambulatorial que geralmente os médicos brasileiros adotam no território. (Assum Preto)

Achados que corroboram com os de Santos *et al.*¹³, que encontraram nas entrevistas com os gestores e profissionais de saúde dos municípios pobres de cinco regiões do país, relatos que referem a integração do profissional médico cubano participante do PMMB como responsável pela ampliação da capacidade de diagnóstico de problemas do território. Afirmam que trouxe mais agilidade e continuidade no tratamento do usuário, agregando novas experiências e práticas de cuidado, que contribuem para a melhoria da APS, além de um apoio constante na organização dos serviços e do trabalho em equipe.

Estudo sobre a implementação do PMM, com profissionais de outras categorias que trabalham com médico do programa, revelou a existência de uma boa relação interpessoal e profissional do médico cooperado com a equipe e usuários. Sendo destacado compreensão, parceria e amizade como fatores que contribuem com o vínculo com a equipe e comunidade²⁹.

O trabalho dos cubanos já foi objeto de análise de pesquisas em todo o país, apontando a satisfação dos usuários frente ao trabalho do médico cubano^{30;31}. Observou-se na presente pesquisa que o relato dos gestores apontam que foi a forma como os cubanos se relacionam e prestam atendimento aos usuários que fizeram com que os usuários dos serviços de saúde os aceitassem de forma muito positiva.

A gente recebeu um bom número de cubanos e eles tecnicamente eram muito bons. Então o apoio da preceptoria, do monitoramento e a própria prática deles teve um impacto muito grande junto à população. Eles foram sempre muito bem aceitos pela população e a gente conseguiu expandir muito rapidamente o Saúde da Família com a chegada deles. Porque a gente sempre teve um número limitado, em torno de 43 equipes, mas nunca com médicos completos. Além da rotatividade a gente passou muito tempo com equipe sem médicos. Isso dava uma cobertura de menos de 40%. Com a chegada dos cubanos do Programa Mais Médicos a gente conseguiu chegar a 70% de cobertura, com aceitação muito grande da população. (Sabíá)

Estes resultados corroboram com achados da pesquisa que entrevistou usuários atendidos por médicos cubanos no município de Mossoró (Rio Grande do Norte), no qual os autores perceberam que os usuários se sentem acolhidos e encorajados a participarem ativamente das consultas médicas, além de se revelarem satisfeitos, elogiando atitudes do médico, como olhar no rosto e dar oportunidade para falar³².

Em pesquisa sobre a experiência de médicos cubanos identificou-se que os médicos que vieram de Cuba em missão para o Brasil possuem pelo menos uma especialização em Medicina Geral Integral (MGI); experiência em outras missões internacionais, como as do Haiti e Venezuela; e, tiveram como motivação da sua vinda o desejo de ajudar países que precisam de apoio²⁷. O que sugere que a aceitação dos cubanos tem relação com a qualidade prestada por estes profissionais e pelo estabelecimento de relações sociais e de cuidado norteadas pelo princípio da solidariedade entre os povos.

Em pesquisa realizada com médicos cubanos a fim de saber a motivação para vir em missão ao Brasil, identificou que estes referem o desejo de obter mais experiência, maior qualificação, ajudar países com dificuldade e, sobretudo, que não há relação financeira para

sua vinda. Destacando que estes estão totalmente motivados(as) a oferecerem o melhor atendimento à população, focados na aprendizagem e não estão preocupados com outra coisa senão transmitir seus conhecimentos para ações práticas a fim de melhorar a saúde da população³³.

A importância do PMM para o fortalecimento da gestão municipal

Estudo realizado sobre a implementação do Programa Mais Médicos concluiu que o programa se configurou como uma ação efetiva para reduzir as iniquidades em saúde¹³.

Neste sentido, os gestores se referiram ao PMM de forma elogiosa, destacando:

O programa deu para que a gente no município, autonomia. Ele valorizou a pessoa do gestor. Ajudou a moralizar a gestão do SUS no tocante a relação de trabalho com os profissionais médicos. Nos dando condições de ter o PMM como exemplo para negociar com outros médicos. Sem o programa a gente não teria condições de manter as equipes funcionando; não teria condições de garantir o acesso da população da maneira que a gente oferece hoje. Teríamos que reduzir em torno de 30% da rede básica que a gente tem hoje ofertada. Não ia ter esse profissional médico, a gente ia ter que reduzir pela questão da lei de responsabilidade fiscal, e também devido à ausência de profissionais no mercado. A gente esquece a ausência de profissionais hoje porque tem o programa, mas se o programa deixar de existir é complicado. Eu sou defensor até o último dia, o último momento, que o programa permaneça. Não nessa perspectiva de ter sempre profissional cooperado, acho que a gente tem que fortalecer nossas bases no país, abrir mais instituições formadoras de médicos. (Assum Preto)

Foi um pouco o indutor da organização do processo de trabalho na atenção básica. Eu acredito que sem o Mais Médicos dificilmente, ou então pelo menos na velocidade que a gente conseguiu, a gente não teria feito; porque além do provimento se estruturou todo o processo de trabalho, se implantou protocolos, avaliações de desempenho; então, isso só foi possível porque a gente tinha o quantitativo de médico que propiciava essa mudança rapidamente. (Sabiá)

Pesquisa sobre o PMM no Mato Grosso concluiu que, mesmo no cenário político controverso e desfavorável às forças populares, foi inegável o maior acesso à saúde promovido pelo programa, especialmente em municípios e regiões vulneráveis, o que permitiu a ampliação do conjunto de direitos sociais e políticos de indivíduos e coletividades³⁴.

Comes *et al.*²⁹, concluíram em seu estudo sobre a implementação do PMM na ótica dos membros das equipes de Saúde da Família que receberam médicos do projeto, que o

Programa Mais Médicos contribuiu na presença de traços de integralidade nas práticas, impactando positivamente na melhoria da atenção básica à saúde.

Esses achados sugerem que o Programa Mais Médicos se constituiu como importante estratégia na indução e organização do processo de trabalho na APS dos municípios que receberam médicos pelo programa.

O diálogo entre atores do PMM: do apoio à submissão

A Comissão de Coordenação Estadual existe Para dar suporte aos municípios e discutir as prerrogativas do PMM. Foi instituída como instância de coordenação, orientação e execução das atividades necessárias à execução do PMMB no âmbito da Unidade da Federação; composta com representação do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde, do COSEMS e das IES's que compõe o PMM35. É nesta instância que os três entes federados discutem o programa no nível estadual.

Estudo sobre o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), aponta que a supervisão, sob a perspectiva do apoio às equipes e de forma multiprofissional nos princípios da educação permanente, reconhecendo e cooperando com os trabalhadores do SUS, é um importante fator de mudança das práticas e do cuidado em saúde¹¹.

Ao referir sobre a relação da gestão municipal com atores de outros entes federados no PMM, os gestores declaram ter uma relação tranquila tanto com os supervisores (vinculados às IES), quanto com os componentes da CCE:

É bem verdade que a gente tem toda uma relação com os supervisores que está aí na comissão de nível estadual, que grande parte dos problemas que aconteceram a gente tinha que comunicar pra essa supervisão. Então, qualquer problema que a gente tinha a gente referenciava para o supervisor, ou então tinha uma pessoa de referência na secretaria estadual de saúde, que em vários momentos a gente conversou com ela. Acho que essa relação se deu sempre muito de forma muito tranquila, sempre tinha uma referência, sempre conseguimos conversar, sempre tinha um feedback da resolução do problema (Asa Branca).

Estudo realizado em Minas Gerais identificou que apenas 24,4% dos gestores municipais possuíam algum nível de articulação com instituições de ensino superior (universidades) no processo de estruturação da rede de saúde de seus municípios²⁴.

O PMM oportunizou a aproximação da academia com as gestões municipais, possibilitando a discussão de forma integrada das problemáticas do fazer saúde.

Existe a supervisão dos profissionais da universidade que discutem casos clínicos, que discutem é a questão do processo de trabalho na unidade básica de saúde com relação ao planejamento da equipe, né? Pautado dentro da situação epidemiológica de cada território; a gente tem essa discussão com eles também, o pessoal da universidade faz esse apoio conosco, né? A gente não trabalha só, a gente tem o apoio das instituições formadoras. (Assum Preto)

Pesquisa sobre a dificuldade de provisão de médicos destacou a definição sobre o marco regulatório da gestão do trabalho e da educação para o país como desafio importante a ser discutido em uma agenda propositiva nesse campo temático¹¹.

No entanto, mesmo com o suporte dado pela CCE, na discussão da operacionalização do programa; apesar do apoio dado pelas IES's na formação de profissionais em consonância com as necessidades e realidade da APS; ainda se observa que a gestão municipal não é posta como ator que faz parte de todos os processos na construção da saúde e no enfrentamento dos desafios cotidianos.

Aconteceram situações que realmente houve possibilidade de diálogo e houve situações que o próprio profissional passou direto lá para comissão, por meio da supervisão, e a supervisão fez toda avaliação e *nós só soubemos de toda essa avaliação porque alguém da comissão (estadual) remeteu para o município* (grifo da autora), não que a supervisão tenha remetido. Houve também situações em que começamos a chamar a atenção do médico para chegar no horário aí o médico foi direto lá no supervisor e disse que estava sendo perseguido; aí tivemos que dizer que não estava tendo perseguição, que na verdade ele que não estava dando o horário que ele se comprometeu de dar. (Asa Branca)

O relato de *Asa Branca* sugere um importante desafio na construção do Programa Mais Médicos, na medida em que emerge a contradição de ser um programa pra auxiliar a gestão municipal, mas “passa por cima” desta em alguns processos de tomada de decisão.

Embora seja identificado que ainda existe distância entre os a gestão municipal, os demais entes federados e as instituições formadoras no processo da tomada de decisão dentro do Programa Mais Médicos, pôde-se constatar que o programa se configurou como importante indutor da estruturação da gestão do trabalho. Oportunizando com que os municípios pudessem inovar nas relações da gestão do trabalho e da educação na saúde, na constituição de processos de trabalho diferenciado, possibilitando a incorporação da educação permanente como estratégia para superar a dicotomia ensino-serviço.

O trabalho do médico cubano foi destacado como diferenciado, comprometido, que ganhou a aceitação da população pela qualidade da assistência prestada, na medida em que não é pautado no perfil clínico ambulatorial, geralmente característico do trabalho do médico brasileiro.

O programa foi responsável por gerar autonomia para as gestões municipais, na medida em que valorizou o gestor no que se refere a relação de trabalho com o profissional médico. Tendo em vista que possibilitou com que os gestores não precisassem depender do pouco recurso, poucos profissionais disponíveis e a dificuldade em conseguir contratar médicos dispostos a cumprirem com a carga horária, preconizada pelo Ministério da Saúde para rede da Atenção Primária, o que acabou induzindo a organização do processo de trabalho na APS dos municípios.

Ao que se refere a relação entre a gestão municipal e os demais entes federados envolvidos no PMM, pôde-se identificar que a constituição da Comissão de Coordenação Estadual se configura como um importante espaço de diálogo e resolução de problemas, bem como possibilitou a articulação e aproximação entre as gestões e as instituições de ensino. Embora ainda haja muito o que avançar no que diz respeito a articulação entre ensino-serviço.

No cenário político que o país tem enfrentado, onde pode-se observar o completo desmonte das políticas públicas avançar a passos largos, destacar a importância e significado

que o Programa Mais Médicos representou para superação das iniquidades de saúde torna-se necessidade. Este estudo se soma às dezenas de trabalhos que se propuseram a estudar o PMM e chega a conclusão de que este representou a maior estratégia para estruturação da gestão do trabalho, no que se refere ao profissional médico, do país.

Colaboradores

PTA Nogueira, AFB Bezerra e KSB Silva contribuíram com delineamento, análise, interpretação dos dados, redação e discussão.

REFERÊNCIAS

1. MOROSINI, MVGC. **Modelos de atenção e a saúde da família** / Organizado por Márcia Valéria G.C. Morosini e Anamaria D.Andrea Corbo. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
2. ESCOREL S, GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM, SENNA MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health** 21(2), 2007.
3. BRASIL. Norma Operacional Básica nº 01, de 1996. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - Sus**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>>. Acesso em: 03 abr. 2016.
4. ARRETCHE, M; MARQUES, E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 7(3): p.455-479, 20 fev. 2002.
5. ORTIGA, AMB. CONILL, LM. Municipalização da saúde: a trajetória no estado de Santa Catarina. **R. Saúde públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v. 1, n. 1, jan/jul. 2009.

6. BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS) / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 3. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.
8. BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 120 p.
9. PINTO ICM, TEIXEIRA CF. Formulação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(9):1777-1788, set, 2011.
10. SILVA, NÚBIA C. RODRIGUES, RAQUEL B. ROCHA, THIAGO AH. RODRIGUES, JUNIA M. Gestão De Recursos Humanos Em Saúde E Sua Necessária Interface Ao Mundo Organizacional – Um Olhar Ampliado. In: **XXXIII Encontro da ANPAD**. São Paulo – SP, 19 a 23 de setembro de 2009.
11. CARVALHO, MS; SOUSA, MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 17, n. 47, p.913-926, dez. 2013. FapUNIFESP (SciELO).
12. BRASIL. **Lei nº 12.871**, de 22 de outubro de 2013. Institui o programa mais médicos, altera as leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília-DF. 2013a.
13. SANTOS, LMP; COSTA, AM; GIRARDI, SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Cien Saude Colet** 2015a; 20(11):3547-3552.

14. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Demografia Médica no Brasil**, v. 2 / Coordenação de Mário Scheffer; Equipe de pesquisa: Alex Cassenote, Aureliano Biancarelli. – São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013. 256 p.
15. GIRARDI SN, CARVALHO CL, ARAÚJO JF, FARAH JM, WAN DER MAAS L, CAMPOS LA. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. *In*: Pierantoni CR, Dal Poz MR, França T, organizadores. **O trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ, ObservaRH; 2011. p. 171-86.
16. NOGUEIRA PTA, BEZERRA AFB, LEITE AFB, SOUSA IMC, GONÇALVES RS, SILVA KSB. Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(9):2983-2992, 2016.
17. FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
18. STAKE, Robert E. **Pesquisa Qualitativa: estudando como as coisas funcionam**. Trad. Karla Reis. Porto Alegre/RS: Penso/Artmed, 2011.
19. POPE C, MAYS N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde** / Catharine Pope e Nicholas Mays; trad. Ananyr Porto Fajardo. – 2.ed. – Porto Alegre: Artmed, 2005.
20. SILVA, Andressa Hennig; FOSSÁ, Maria Ivete Trevisan. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica. *In*: ENCONTRO DE ENSINO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE, 4, 2013, Distrito Federal. **Anais...** Brasília: ANPAD, 2013.
21. BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1369**, de 08 de julho de 2013b. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Portaria Interministerial Nº 1.369, de 8 de Julho de 2013. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369_08_07_2013.html>. Acesso em: 08 ago. 2017.

22. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Informe nº 6:** Documento de Orientação para as Comissões de Coordenação Estadual. 2013d. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2013/dezembro/26/informe-6.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2017.

23. PAIM, JS. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica** / Jainilson Silva Paim. - Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2008. 356 p.

24. JUNQUEIRA TS, COTTA RMM, GOMES RC, SILVEIRA SFR, SIQUEIRA-BATISTA R, PINHEIRO TMM, SAMPAIO RF. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, 26(5):918-928, mai, 2010.

25. BRASIL. Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Vol. 3, n. 1 (mar. 2006) -. Brasília : Ministério da Saúde, 2006 - 188 p.**

26. COSTA, Roberta Kaliny de Souza; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de. **Formação profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da estratégia de saúde da família. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, out. 2008.**

27. TERRA, LSV et al. Análise da experiência de médicos cubanos numa metrópole brasileira segundo o Método Paideia. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 9, p.2825-2836, set. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.15312016>.

28. SILVA, BP et al. Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos? **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 9, p.2899-2906, set. 2016b. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.15552016>.

29. COMES, Y et al. A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 9, p.2729-2738, set. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.15472016>.
30. BRITO, LM. **Programa Mais Médicos: satisfação dos usuários das unidades básicas de saúde de Ceilândia/DF quanto ao atendimento médico**. 2014. Monografia (Conclusão de Curso – graduação em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2014. Disponível em: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/10286/1/2014_LusmairMartinsdeBrito.pdf Acesso em: 23/08/2017.
31. SANTOS, LX. **Integralidade do cuidado praticado pelos cubanos do Programa Mais Médicos para o Brasil: a percepção dos usuários**. 2015b. 115 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015b.
32. SILVA, TRB et al. Percepção de usuários sobre o Programa Mais Médicos no município de Mossoró, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 9, p.2861-2869, set. 2016a.
33. MEDEIROS, ES. Gp – A motivação de médicos cubanos em uma política pública brasileira: a xenofobia e interferência na qualidade dos serviços. In: Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia, 11. 2014, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: Seget, 2014.
34. MOTA, RG; BARROS, NF. O Programa Mais Médicos no Estado de Mato Grosso, Brasil: uma análise de implementação. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(9):2879-2888, 2016.

ANEXO

Quadro 1: Núcleo de Sentidos, Temas e Categorias, Recife, 2017.

Núcleo de sentido	Tema	Categoria
Gestão do Trabalho	Autonomia	A dinâmica da gestão municipal no PMM: da ajuda de custo à inovação
	Processo de Trabalho	Do cumprimento da missão à aceitação popular
	Provisão	A importância do PMM para o fortalecimento da gestão municipal
	Relação Gestão municipal e CCE	O diálogo entre atores do PMM: do apoio à submissão

Fonte: Elaborado pela autora.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora seja identificado que ainda existe distância entre os a gestão municipal, os demais entes federados e as instituições formadoras no processo da tomada de decisão dentro do Programa Mais Médicos, pôde-se constatar que o programa se configurou como importante indutor da estruturação da gestão do trabalho. Oportunizando com que os municípios pudessem inovar nas relações da gestão do trabalho e da educação da saúde, na constituição de processos de trabalho diferenciado, possibilitando a incorporação da educação permanente como estratégia para superar a dicotomia ensino-serviço.

O trabalho do médico cubano foi destacado como um diferenciado, comprometido, que ganhou a aceitação da população pela qualidade da assistência prestada, na medida em que não é pautado no perfil clínico ambulatorial, geralmente característico do trabalho do médico brasileiro.

O programa foi responsável por gerar autonomia para as gestões municipais, na medida em que valorizou o gestor no que tange a relação de trabalho com o profissional médico. Tendo em vista que possibilitou com que os gestores não precisassem depender do pouco recurso, poucos profissionais disponíveis e a dificuldade em conseguir contratar médicos dispostos a cumprirem com a carga horária preconizada pelo Ministério da Saúde para rede da Atenção Primária, o que acabou induzindo a organização do processo de trabalho na APS dos municípios.

Ao que se refere a relação entre a gestão municipal e os demais entes federados envolvidos no PMM, pôde-se identificar que a constituição da Comissão de Coordenação Estadual se configura como um importante espaço de diálogo e resolução de problemas, bem como possibilitou a articulação e aproximação entre as gestões e as instituições de ensino. Embora ainda haja muito o que avançar no que diz respeito a articulação entre ensino-serviço.

No cenário político que o país tem enfrentado, onde pode-se observar o completo desmonte das políticas públicas avançar a passos largos, destacar a importância e significado que o Programa Mais Médicos representou para superação das iniquidades de saúde torna-se necessidade. Este estudo se soma às dezenas de trabalhos que se propuseram a estudar o PMM e chega a conclusão de que este representou a maior estratégia para estruturação da gestão do trabalho, no que se refere ao profissional médico, da história do país.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, R. A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde no Brasil / Raphael Augusto Teixeira de Aguiar, 2003. 136f. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

ALMEIDA PF, FAUSTO MCR, GIOVANELLA L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev Panam Salud Publica**. 2011;29(2):84–95.

AMARAL JLG, PÊGO-FERNANDES PM, BIBAS BJ. Mais médicos: melhor atenção à saúde da população? **Diagn Tratamento**. 2012;17(1):3-4.

ARRETCHE, M; MARQUES, E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 7(3): p.455-479, 20 fev. 2002.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica** – nº 1. A Implantação da Unidade de Saúde da Família/Milton Menezes da Costa Neto, org. _Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000a 44 p.

BRASIL. Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Vol. 3, n. 1 (mar. 2006) -. Brasília : Ministério da Saúde, 2006 - 188 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 120 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007. 232 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 8).

BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. **Decreto no 62.927**, de 28 de junho de 1968. Institui, em caráter permanente, o Grupo de Trabalho Projeto Rondon, e dá outras providências, 1968. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-62927-28-junho-1968-404732-publicacaooriginal-1-pe.html>, acesso em 17/09/2016.

BRASIL. **Decreto no 67.505, de 06 de novembro de 1970**. Reformula o Grupo de Trabalho Projeto Rondon e assegura-lhe autonomia administrativa e financeira e dá outras providências, 1970. *APUD*: MACIEL FILHO, R. Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro / Romulo Maciel Filho. – 2007 262 f. Orientadora: Célia Regina Pierantoni. Tese (doutorado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social.

BRASIL. **Decreto nº 7508**, de 28 de julho de 2011. Brasília. DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 28 mar. 2016.

BRASIL. **Decreto nº 78.307**. Aprova o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste e dá outras providências. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-78307-24-agosto-1976-427254-publicacaooriginal-1-pe.html>, acesso em: 18/09/2016.

BRASIL. **Decreto Presidencial nº 3.745**, de 05 de fevereiro de 2001. Institui o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, 2001a.

BRASIL. **Lei nº 12.871**, de 22 de outubro de 2013. Institui o programa mais médicos, altera as leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília-DF. 2013a.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: [s.n], 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acessado em: 25/03/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Cadernos da Nona: descentralizando e democratizando o conhecimento/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 1992. 128 p.

Brasil. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS) / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 3. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Informe nº 6**: Documento de Orientação para as Comissões de Coordenação Estadual. 2013d. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2013/dezembro/26/informe-6.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Análise dos Indicadores da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde e Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 144 p.: il. – (Série I. História da Saúde no Brasil).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 128 p.

BRASIL. Norma Operacional Básica nº 01, de 1996. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - Sus**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nob-sus96.htm>>. Acesso em: 03 abr. 2016.

BRASIL. **Observatório de Recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise** / [André Falcão do Rêgo Barros (*org.*) et al.] – Brasília : Ministério da Saúde, 2004. 500 p.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1369**, de 08 de julho de 2013b. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Portaria Interministerial Nº 1.369, de 8 de Julho de 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369_08_07_2013.html>. Acesso em: 08 ago. 2017.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 2.087**, 1º de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 set. 2011b. Seção 1, p. 92.

BRASIL. **Portaria Ministerial nº 1.162**, de 18 de Outubro de 2000. Cria grupo de trabalho para elaboração do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, 2000b.

BRASIL. **Portaria Ministerial nº 1069** - Gabinete do Ministro da Saúde, de 18 de julho de 2001. Determina incentivos financeiros para os municípios participantes do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, 2001c.

BRASIL. **Portaria Ministerial nº 227** - Gabinete do Ministro da Saúde, de 16 de fevereiro de 2001. Aprova as orientações, normas e critérios gerais do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, 2001b.

BRITO, LM. **Programa Mais Médicos: satisfação dos usuários das unidades básicas de saúde de Ceilândia/DF quanto ao atendimento médico**. 2014. Monografia (Conclusão de Curso – graduação em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2014. Disponível em: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/10286/1/2014_LusmairMartinsdeBrito.pdf Acesso em: 23/08/2017.

CAMPOS GW, PEREIRA JUNIOR N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(9):2655-2663, 2016.

CAMPOS, G. W. S. Mais médicos e a construção de uma política de pessoal para a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface (Botucatu)** [Internet]. 2015, vol.19, n.54, pp. 641-642. ISSN 1807-5762.

CARVALHO, F. C. A Consolidação do Programa Mais Médicos na Opinião Pública e na Cobertura Jornalística. Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. **XV Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sul** – Palhoça - SC – 8 a 10/05/2014.

CARVALHO, MS; SOUSA, MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 17, n. 47, p.913-926, dez. 2013. FapUNIFESP (SciELO).

CARVALHO, MS. Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica: um olhar implicado sobre sua implantação / **Mônica Sampaio Carvalho**. – 2013 167 f. Orientadora: Maria de Fátima Souza [dissertação] Brasília: Universidade Federal de Brasília; 2013.

CARVALHO, MS. SOUSA, MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? **Interface (Botucatu)** [Internet]. 2013 [acesso 01 fev. 2016]; 17(47):913-26. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/180757622013.0403>.

COMES, Y et al. A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 9, p.2729-2738, set. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.15472016>.

CONILL, EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(Suplemento):191-202, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Demografia Médica no Brasil**, v. 2 / Coordenação de Mário Scheffer; Equipe de pesquisa: Alex Cassenote, Aureliano Biancarelli. – São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013. 256 p.

COSTA, NR. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 5, p.1389-1398, maio 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.24842015>.

COSTA, Roberta Kaliny de Souza; MIRANDA, Francisco Arnaldo Nunes de. Formação profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da estratégia de saúde da família. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, out. 2008.

DUARTE R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004. Editora UFPR.

ESCOREL S, GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM, SENNA MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health** 21(2), 2007.

ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO (EPSM). **Identificação de Áreas de Escassez de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG; 2012 [acessado 2016 nov 23]. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Identifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20%C3%A1reas%20de%20escassez%20de%20RHS%20no%20Brasil.pdf.

FARIA HF, COELHO IB, WERNECK MAF, SANTOS MA *org*. Modelo assistencial e atenção básica à saúde. ed. --Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 68 p.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRENTE NACIONAL DE PREFEITOS. Cadê o médico? Disponível em <<http://cadeomedico.blogspot.com.br>>. Acesso em: 07 de jan. de 2016.

GARCIA, ACP. **Gestão do trabalho e da educação na saúde: uma reconstrução histórica e política** / Ana Cláudia Pinheiro Garcia. – 2010. 169f.: il. Orientadora: Célia Regina Pierantoni. Coorientador: Antenor Amancio Filho. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM, ESCOREL S, ALMEIDA PF, FAUSTO MCR, ANDRADE CLT, MARTINS MIC, SENNA MCM, SISSON MC. Potencialidades e obstáculos para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família nos grandes centros urbanos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 85, p. 248-264, abri/jun. 2010.

GIRARDI SN, CARVALHO CL, ARAÚJO JF, FARAH JM, WAN DER MAAS L, CAMPOS LA. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. *In*: Pierantoni CR, Dal Poz MR, França T, organizadores. **O trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ, ObservaRH; 2011. p. 171-86.

GIRARDI SN, SOUZA VAN STRALIN AC, CELLA JN, MASS LWD, CARVALHO CL, FARIA EC. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(9):2675-2684, 2016.

GOMES AP, REGO S. Paulo Freire: Contribuindo para Pensar Mudanças de Estratégias no Ensino de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 38 (3) : 299 – 313 ; 2014.

GONÇALVES, Rogério Fabiano et al. Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 9, p.2815-2824, set. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.15392016>.

GONDIM R (org.). **Qualificação de gestores do SUS**. / organizado por Roberta Gondim, Vitor Grabois e Walter Mendes – 2. ed. rev. amp. – Rio de Janeiro, RJ; EAD/Esp, 2011. 480 p.

JUNQUEIRA TS, COTTA RMM, GOMES RC, SILVEIRA SFR, SIQUEIRA-BATISTA R, PINHEIRO TMM, SAMPAIO RF. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, 26(5):918-928, mai, 2010.

LAMPERT, JB. Formação médica: integralidade em saúde e cidadania. **Rev.Fac. Ciênc. Méd. Sorocada**, v.16, n. 1, p IV – V. São Paulo-SP, 2014.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LOTTA GS, GALVÃO MCCP, FAVARETO AS. Análise do Programa Mais Médicos à luz dos arranjos institucionais: intersectorialidade, relações federativas, participação social e territorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(9):2761-2772, 2016.

MACHADO MH, OLIVEIRA ES, MOYSES NMN. Tendências do Mercado de trabalho em Saúde no Brasil. In: Celia Regina Pierantoni; Mario Roberto Dal Poz; Tania França. (Org.). O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. 1aed.: Cepesc. IMS/UERJ. ObservaRH, 2011, v. 2, p. 103-116.

MACHADO MH, organizadora. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade.** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 244 p. ISBN: 85-85471-05-0.

MACIEL FILHO R, PIERANTONI CR. O médico e o mercado de trabalho em saúde no Brasil: revendo conceitos e mudanças. In: OBSERVATÓRIO EM RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NO BRASIL: estudos e análise / [André Falcão de Rêgo Barros (Org.) et. al.]. – Brasília: Ministério da Saúde v. 2, 2004. 500 p.

MACIEL FILHO, R. Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro / **Romulo Maciel Filho.** – 2007 262 f. Orientadora: Célia Regina Pierantoni. Tese (doutorado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social.

MATTA GC, MOROSINI MVG. Atenção Primária à Saúde. In: **Dicionário da educação profissional em saúde**/Organizado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.308 p.

MEDEIROS, ES. Gp – A motivação de médicos cubanos em uma política pública brasileira: a xenofobia e interferência na qualidade dos serviços. In: Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia, 11. 2014, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: Seget, 2014.

MELLO ALF, ERDMANN AL. Investigando o cuidado à saúde bucal de idosos utilizando a teoria fundamentada nos dados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [online] 2007, 15 (Setembro-Outubro): [Consultado: 9 de julho de 2017] Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421877007>.

MELLO GA, FONTANELLA BJB, DEMARZO MMP. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - Origens e Diferenças Conceituais. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

MOROSINI, MVGC. **Modelos de atenção e a saúde da família** / Organizado por Márcia Valéria G.C. Morosini e Anamaria D.Andrea Corbo. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MOURA ADA, LIMA GG, BRAQUENHAIS AR. Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde – PITS: Uma estratégia que deu certo. **Rev. RENE**. Fortaleza, v.6, n. 2, p. 47-54, maio/agosto 2005.

NOGUEIRA PTA, BEZERRA AFB, LEITE AFB, SOUSA IMC, GONÇALVES RS, SILVA KSB. Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(9):2983-2992, 2016.

OLIVEIRA CM, CRUZ MM, KANSO S, REIS AC, LIMA A, TORRES RMC, GONÇALVES AL, CARVALHO SC, GRABOIS V. Avaliabilidade do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB): desafios para gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(10):2999-3010, 2015.

OLIVEIRA, JMO. Análise da implementação da Política de Gestão do Trabalho na Saúde no município de Recife-PE / Juliana Maria Oriá de Oliveira. - Recife: s.n, 2013. 173 p.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OMS, 1978. 3 p. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>> Acesso em: 08 mar. 2016.

ORTIGA, AMB. CONILL, LM. Municipalização da saúde: a trajetória no estado de Santa Catarina. **R. Saúde públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v. 1, n. 1, jan/jul. 2009.

PAIM, JS. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica** / Jainilson Silva Paim. - Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2008. 356 p.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde Plano estadual de saúde: 2016-2019 / Secretaria Estadual de Saúde; equipe de elaboração Ana Claudia Callou... [et al.]; apresentação José Iran Costa Júnior. – Recife: A Secretaria, 2016.

PIERANTONI CR, DAL POZ MR, FRANÇA T. O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas / Célia Regina Pierantoni, Mario Roberto Dal Poz, Tania França, organizadores. - 1. ed.– Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ObservaRH, 2011. 336 p.

PINTO CM. A teoria fundamentada como método de pesquisa. **XII Seminário Internacional em Letras, Língua e Literatura na Pós-Modernidade**. Rio Grande do Sul, junho, 2012.

PINTO ICM, TEIXEIRA CF. Formulação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(9):1777-1788, set, 2011.

POPE C, MAYS N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde** / Catharine Pope e Nicholas Mays; trad. Ananyr Porto Fajardo. – 2.ed. – Porto Alegre: Artmed, 2005.

PRAVATO, CM. **Projeto Rondon e Ensino no Brasil: construção de uma aliança entre o conhecimento empírico e científico**. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2011. Disponível em: <http://www.bocc.ubi.pt/pag/pravato-camila-projecto-rondon-e-ensino-no-brasil.pdf>, acesso em: 18/09/2016.

RIBEIRO, FP. Atenção Primária (APS) e sistema de saúde no Brasil: uma perspectiva histórica / **Fátima Aparecida Ribeiro**. São Paulo, 2007. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 307 p.

RIBEIRO, R. C. Programa Mais Médicos – um equívoco conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(2):421-424, 2015.

ROSA WAG, LABATE RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem** 2005 novembro-dezembro; 13(6):1027-34.

SANTOS, Elenice Pinheiro dos. **Contribuição da Estratégia de Saúde da Família para consolidação do Modelo Assistencial preconizado pelo Sistema Único de Saúde**. 2011. 36 f. TCC (Graduação) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3349.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2016.

SANTOS, LMP; COSTA, AM; GIRARDI, SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Cien Saude Colet** 2015a; 20(11):3547-3552.

SANTOS, LX. **INTEGRALIDADE DO CUIDADO PRATICADO PELOS CUBANOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL: A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS**. 2015b. 115 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós Graduação Integrado em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015.

SEIXAS, P.H.; CORRÊA, A.N.; MORAES, J.C. Migramed - Migração Médica no Brasil: tendências e motivações. In: PIERANTONI, C.R.; DAL POZ, M.R.; FRANÇA, T. (Org.). **O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011. p. 133-150.

SENNA MCM, COSTA AM, SILVA LN. Atenção à saúde em grandes centros urbanos: desafios à consolidação do SUS. **Sociedade em Debate**, Pelotas, 16(1): 121-137, jan.-jun./2010.

SILVA SF. **Municipalização da saúde e poder local: sujeito, atores e políticas** / Silvio Fernandes da Silva; prefácio de Marília Cecília Minayo. – São Paulo: Hucitec, 2001.

SILVA, AH; FOSSÁ, MIT. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica. In: ENCONTRO DE ENSINO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE, 4, 2013, Distrito Federal. **Anais....** Brasília: ANPAD, 2013.

SILVA, BP et al. Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos? **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 9, p.2899-2906, set. 2016b. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.15552016>.

SILVA, NC. RODRIGUES, RB. ROCHA, TAH. RODRIGUES, JM. Gestão De Recursos Humanos Em Saúde E Sua Necessária Interface Ao Mundo Organizacional – Um Olhar Ampliado. In: **XXXIII Encontro da ANPAD**. São Paulo – SP, 19 a 23 de setembro de 2009.

SILVA, TRB et al. Percepção de usuários sobre o Programa Mais Médicos no município de Mossoró, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 9, p.2861-2869, set. 2016a. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.18022016>.

SOUZA, L. Representações do “Programa Mais Médicos” pelo site Pragmatismo Político e pelo Portal do Conselho Federal de Medicina. 2014. 145 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Linguística, Departamento de Linguística, Português e Línguas Clássicas, Universidade de Brasília, Brasília, 2014. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/17786/1/2014_LeonardoSouza.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2016.

SOUZA, NPC. A 3ª Conferência Nacional de Saúde (1963): antecedentes para um Sistema Nacional de Saúde Público e Descentralizado / Naiara Prato Cardoso de Souza. – Rio de Janeiro: s.n., 2014. 160 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2014.

STAKE, Robert E. **Pesquisa Qualitativa: estudando como as coisas funcionam**. Trad. Karla Reis. Porto Alegre/RS: Penso/Artmed, 2011.

tendências e motivações. In: Celia Regina Pierantoni; Mario Roberto Dal Poz; Tania França. (Org.). O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. 1aed.: Cepesc. IMS/UERJ. ObservaRH, 2011, v. 2, p. 133-150.

TERRA, LSV et al. Análise da experiência de médicos cubanos numa metrópole brasileira segundo o Método Paideia. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 9, p.2825-2836, set. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.15312016>.

VASCONCELOS, DB. Programa Mais Médicos”: Exegese Constitucional Da Política Pública. **XXIII Encontro Nacional do Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito**. Florianópolis- SC. 2014. (Encontro). Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=5934fb298c20ed0d>. Acessado em 24/02/2016.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE ENTREVISTA

Questão condutora:

1. Fale sobre a Gestão do Trabalho no Programa Mais Médicos em seu município.

ANEXO A - NORMAS PARA SUBMISSÃO DE MANUSCRITO

INSTRUÇÕES PARA CONTRIBUINTES

A Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de pesquisa sobre temas específicos considerados relevantes para a saúde pública, bem como artigos para discussão e análise dos tópicos de arte na área e subáreas, mesmo que não sejam diretamente relacionados ao tema principal sob escrutínio. A revista é publicada mensalmente e se propõe a enfrentar os desafios, buscando consolidar e promover uma atualização contínua das tendências do pensamento e das práticas em saúde pública em um diálogo com a agenda contemporânea da Ciência e Tecnologia.

Diretrizes para a organização de questões temáticas

Dentro da diversidade das revistas na área, a marca da *Ciência & Saúde Coletiva Journal* é o foco temático em linha com a vocação da ABRASCO para realizar um estudo aprofundado, bem como promover e divulgar debates acadêmicos e discussões entre pares em questões consideradas importantes e relevantes. E destacar o desenvolvimento histórico da saúde pública no Brasil.

As edições temáticas são programadas em torno de quatro modos de submissão:

- Por Termo de Referência enviado por professores / pesquisadores na área de saúde pública (espontaneamente ou sugerido pelos Editores em Chefe) quando consideram relevante analisar um determinado assunto em maior profundidade.
- Por Termo de Referência enviado pelos coordenadores de pesquisas inéditas e abrangentes relevantes para a área, nos resultados apresentados na forma de artigos nas diretrizes descritas acima. Nestas duas primeiras abordagens, os Termos de Referência são avaliados pelo mérito científico e relevância dos Editores Associados do Jornal.
- Por chamada pública para trabalhos anunciados em uma página no diário, e coordenada pelos Editores convidados. Nesse caso, os Editores convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos de acordo com seu escopo para ser julgado pelo mérito por árbitros.

- Por Organização Interna de Editores Internos em Casa, reunindo artigos não solicitados sob um título relevante dentro dos critérios já descritos.

O prazo de referência deve conter: (1) título (mesmo provisório) da edição temática proposta; (2) o nome (ou nomes) do (s) Editor (es) de Convidado; (3) justificção resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Pública; (4) uma lista dos dez artigos propostos já com os nomes dos autores convidados; (5) a proposta com o texto consistindo de uma opinião ou entrevista com alguém que tenha autoridade na discussão sobre o assunto; E (6) proposta de uma ou duas sinopses de livros que abordam o tema.

Por decisão editorial, a quantidade máxima de artigos escritos pelo mesmo autor em uma edição temática não deve exceder três, como primeiro autor ou coautor.

É enfaticamente sugerido aos organizadores que eles enviem contribuições de autores de várias instituições nacionais e de contribuintes estrangeiros. Quanto a qualquer outra forma de apresentação, essas edições aceitam textos em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a apresentação de artigos

Recomenda-se que os artigos apresentados não apenas abordem questões de interesse local, seja restrita ao plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situa a especificidade da pesquisa ou revisa os achados no cenário da literatura nacional e internacional sobre o assunto, deixando clara a natureza original da contribuição que o artigo oferece.

O periódico *C & SC* adota as "Regras para a apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas", do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão em português é publicada no *Rev Port Clin Geral* 1997; 14: 159-174. O documento está disponível em vários sites na World Wide Web, como, por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. É recomendado um escrutínio cuidadoso do texto pelos autores.

Seções da publicação

Editorial: esta é a responsabilidade dos redatores em chefe ou dos editores convidados e não deve conter mais de 4.000 caracteres com espaços.

Artigos temáticos: estes devem conter resultados empíricos, experimentais e conceituais de pesquisa e análises sobre o tema em questão. Os textos de pesquisa não devem exceder 40 mil caracteres com espaços.

Artigos Temáticos Livres: estes devem ser de interesse para a saúde pública mediante a apresentação gratuita dos autores através da página do jornal. Devem ter as mesmas características que os artigos temáticos, ou seja, até 40.000 caracteres com espaços, com resultados de pesquisa e análises atuais e avaliações de tendências teóricas, metodológicas e conceituais da área.

Artigos de revisão: estes devem consistir em textos exclusivamente baseados em fontes secundárias, submetidos a métodos de análise temática ou não solicitada teoricamente consagrada, sem mais de 45.000 caracteres com espaços.

Opinião: textos que expressam uma posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas sobre o assunto em discussão na revista; eles não devem exceder 20.000 caracteres com espaços.

Sinopse: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde pública, publicado nos dois anos anteriores, cujo texto não deve exceder 10.000 caracteres, incluindo espaços. Os autores da sinopse devem incluir os detalhes de referência completos do livro no início do texto. As referências citadas em todo o texto devem respeitar as mesmas regras que os artigos. No momento da submissão da sinopse, os autores devem inserir uma reprodução de alta resolução da capa do livro em formato jpeg como anexo no sistema.

Letras: com depoimentos e sugestões sobre o que foi publicado em números anteriores da revista (não mais de 4.000 caracteres com espaços).

Nota: O limite máximo de caracteres deve levar em conta os espaços e incluir texto e bibliografia. O resumo e as ilustrações (figuras e tabelas) são considerados separadamente.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser redigidos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem apresentar o título, resumo e palavras-chave no idioma original e em inglês. Textos em francês e inglês devem ter o título, resumo e palavras-chave no idioma original e em português. As notas de rodapé ou notas no final do artigo não serão aceitas.
2. Os textos devem ser de dois espaços, em Times New Roman com um tamanho de fonte de 12, com margens de 2,5 cm, no formato MS Word e enviado apenas por correio eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) De acordo com as diretrizes do site.
3. Os artigos publicados devem ser propriedade do jornal *C & SC*, cuja reprodução total ou parcial é proibida em qualquer meio, impresso ou eletrônico, sem a permissão prévia dos editores em chefe do Diário. A publicação secundária deve indicar a origem da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C & SC* não serão oferecidos simultaneamente a outras revistas.
5. As questões éticas relativas às publicações de pesquisa envolvendo seres humanos são da exclusiva responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (1964, revisada em 1975, 1983, 1989, 1989), 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser submetidos com autorização para reproduzir material previamente publicado, use ilustrações que possam identificar pessoas e transferir direitos autorais e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressas nos artigos, bem como a precisão e validade das citações serão da exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são geralmente (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos de título Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, com a inclusão de subposições dentro de algumas seções às vezes sendo necessárias. Os títulos e legendas das seções não devem ser organizados com numeração progressiva, mas com características gráficas (maiúsculas, diminuição da margem, etc.).

9. O título não deve ter mais de 120 caracteres com espaços e um resumo com um máximo de 1400 caracteres, incluindo espaços (incluindo palavras-chave), que devem especificar o escopo, objetivos, metodologia, abordagem teórica e os resultados da pesquisa ou investigação. Imediatamente abaixo do resumo, os autores devem indicar não mais do que cinco (5) palavras-chave. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, o que certamente provocará o interesse do leitor no artigo e as palavras-chave que ajudarão na indexação múltipla do artigo. As palavras-chave no idioma original e em inglês devem ser incluídas no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> e <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado da elaboração dos artigos, de modo que possam assumir a responsabilidade pública pelo conteúdo. A qualificação como autor deve assumir: a) a concepção e design ou análise e interpretação de dados; B) redação do artigo ou revisão crítica; E c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser especificadas no final do texto (por exemplo, LMF trabalhou no projeto e texto final e a CMG trabalhou na pesquisa e metodologia).

2. O artigo deve ter até oito autores no cabeçalho. Os outros serão incluídos no final do artigo.

Nomenclatura

1. As regras para a nomenclatura da saúde pública / saúde comunitária bem como abreviaturas e convenções adotadas nas disciplinas especializadas devem ser rigorosamente respeitadas. As abreviações devem ser evitadas no título e no resumo.

2. A designação completa a que uma abreviatura se refere deve preceder a sua primeira aparição no texto a menos que seja uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo do diário *C & SC* inclui tabelas (elementos demonstrativos, como números, medidas, porcentagens, etc.), gráficos (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figuras (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, bem como por meio de desenhos ou fotografias). Deve ter em mente que a revista é impressa apenas em uma cor, a saber, preto, e se o material ilustrativo estiver colorido, ele será convertido em escala de cinza.

2. O número de materiais ilustrativos não deve exceder cinco por artigo, com exceções relativas a artigos de sistematização de áreas específicas de um campo temático. Neste caso, os autores devem negociar com os editores em chefe.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e cada um deve ser atribuído um título breve. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e gráficos devem ser redigidos no mesmo programa usado na preparação do artigo (MS Word).

5. Os gráficos devem estar no programa MS Excel, e os dados numéricos devem ser enviados em um programa MS Word separado ou em outra planilha como texto, para facilitar o uso do recurso copiar e colar. Os gráficos gerados em um programa de imagem (Photoshop ou Corel Draw) devem ser enviados em um arquivo aberto com uma cópia em pdf.

6. Os arquivos de figuras (por exemplo, mapas) devem ser salvos em (ou exportados para) o formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Esses formatos mantêm a informação vetorial, ou seja, mantêm as linhas desenhadas dos mapas. Se é impossível salvar nesses formatos, os arquivos podem ser enviados em formatos TIFF ou BMP, nomeadamente formatos de imagem que não retem as informações vetoriais, o que afeta a qualidade do resultado. Se o formato TIFF ou BMP for usado, ele deve ser salvo na resolução mais alta (300 DPI ou mais) e maior tamanho (lado mais longo = 18cm). O mesmo se aplica ao material que está em forma de fotografia. Se os gráficos não puderem ser enviados em um meio digital, o material original deve ser enviado em boas condições para reprodução.

Mensagens de agradecimento

1. Quando estes são incluídos, eles devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores serão responsáveis pela obtenção da permissão por escrito das pessoas mencionadas nas mensagens de agradecimento, uma vez que os leitores podem inferir que tais pessoas concordam com os dados e conclusões alcançados.
3. As mensagens de agradecimento pelo suporte técnico devem estar em um parágrafo separado de outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas consecutivamente de acordo com a ordem em que aparecem no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, apenas o nome do primeiro autor deve ser citado no texto seguido por *et al.*

2. As referências devem ser identificadas por algarismos árabes sobrescritos, de acordo com os exemplos abaixo:

Exemplo 1: "Outro indicador analisado foi a maturidade do PSF" 11 ...

Exemplo 2: "Como adverte Maria Adélia de Souza⁴, a cidade..."

As referências citadas apenas em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do último número de referência citado no texto.

3. As referências devem ser listadas no final do artigo em ordem numérica seguindo as normas gerais dos *requisitos uniformes para manuscritos submetidos a revistas biomédicas* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. Os nomes de indivíduos, cidades e países devem ser citados no idioma original de publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em revistas

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)
 Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10 (2): 275-286. Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Uso de medicamentos veterinários, pesticidas e produtos químicos relacionados em ambientes hídricos: demandas, considerações regulatórias e riscos para a saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10 (2): 483-491.

2. Instituição como autor The Cardiac Society of Australia e Nova Zelândia. Teste clínico de estresse físico. Diretrizes de segurança e desempenho. *Med J Aust* 1996; 164 (5): 282-284
3. Sem indicação de autoria de câncer na África do Sul [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.
4. Emita com suplemento Duarte MFS. Maturação física: uma revisão da literatura com especial atenção às crianças brasileiras. *Cad Saude Publica* 1993;9 (Suplemento 1): 71-84.
5. Indicação do tipo de texto, se necessário Enzensberger W, Fischer PA. Metrônomo na doença de Parkinson [carta]. *Lancet* 1996; 347: 1337.

Livros e outras monografias

6. Pessoa singular como autor Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* 8ª edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor Bosi MLM, Mercado FJ, compiladores. *Pesquisa qualitativa em serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor Instituto Brasileiro de Meio Ambiente e Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de pesticidas e produtos químicos relacionados*. Brasília: DILIQ / IBAMA; 2001.

9. Livro capítulo Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a pesticidas. Em: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É medicina ou veneno*. Pesticidas, saúde e meio ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo nos Anais dos Congressos Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Avanços recentes em neurofisiologia clínica. *Procedimentos do 10º Congresso Internacional de EMG e Neurofisiologia Clínica*, 1995 15 a 19 de outubro, Kyoto, Japão. Amesterdão: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. Em: *Anais do V Congresso Brasileiro da adolescência*, 1993; Belo Horizonte. P. 581-582.

12. Dissertação e tese Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Unificado de Saúde 1988-2001* [tese]. Londres: Escola de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores de escolas municipais de Feira de Santana - BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal Novas técnicas de reprodução assistida permitem a maternidade após os 40 anos de idade. *Jornal do Brasil*, 2004 31 de janeiro; P. 12 Lee G. Hospitalizações ligadas à poluição do ozônio: o estudo estima 50 mil admissões anualmente. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A: 3 (col. 5).

14. Material audiovisual *HIV + / AIDS: os fatos e o futuro* [videocassete]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book, 1995.

15. Documentos legais Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Atua nas condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento de serviços relevantes e outros assuntos. *Diário Oficial da União* 1990; 19 de setembro

Material prévio ou não publicado

Leshner AI. Mecanismos moleculares de dependência de cocaína. *N Engl J Med* Próxima 1996.

Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. Próxima 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico Morse SS. Fatores no surgimento de doenças infecciosas. *Emergência Infect Dis* [revista na Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1 (1): [cerca de 24 p.]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma na comunidade da Chapada do Araripe - PE - Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [serial na internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12]; 67 (2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>.

17. Monografia em formato eletrônico *CDI, dermatologia clínica ilustrada* [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, produtores. 2ª ed. Versão 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodinâmica III: os altos e baixos da hemodinâmica [programa de computador]. Versão 2.2. Orlando (FL): sistemas educacionais computadorizados; 1993.

O processo de revisão do manuscrito é uma revisão pelos pares.

Os artigos serão revisados por três pares reconhecidos por sua produção e pesquisa científica, de instituições superiores no Brasil e no exterior. Após as correções necessárias e possíveis su-

gestões, o documento deve ser aceito se dois pares apresentarem uma declaração favorável; O artigo será rejeitado se duas avaliações pelos pares forem desfavoráveis.