

PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO ESTADO DE PERNAMBUCO: AVANÇOS E ENTRAVES

Soraya Tami de Souza Ferraz dos Santos¹; Adriana Falangola Benjamin Bezerra²

¹Estudante do Curso de Medicina-CCS –UFPE; E-mail: sorayatami@gmail.com

²Docente/pesquisadora do Departamento de Medicina Social – CCS – UFPE. E-mail: afalangola@uol.com.br.

Sumário: O objetivo desse trabalho foi realizar um estudo avaliativo sobre o Programa Mais Médicos - PMM, fundamentado no método misto sequencial, reunindo dados quantitativos e qualitativos que venham oferecer subsídios para uma reflexão sobre as condições de saúde da população brasileira, a partir de um recorte regional, em Gerências Regionais em Saúde (GERES) da região Nordeste. Os métodos utilizados foram: análise do perfil nas GERES I,II,III,IV,V e XII por meio de dados oficiais do programa, coleta de dados com usuários do SUS nas GERES de maior cobertura de profissionais do Mais Médicos, comparações estatística do número de internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (CSAP) antes e após a instalação do PMM e, por fim, avaliação de publicações de maior relevância presentes nos meios de comunicação, as quais continham posicionamentos sobre o PMM. Os resultados apontaram para uma ampliação da atenção básica com profissionais predominantemente cubanos, do sexo feminino e da quinta década de vida. Com o programa, a atenção básica em saúde se ampliou e trouxe impactos na vida de muitos brasileiros.

Palavras-chave: atenção básica em saúde; programa mais médicos; sistema de saúde

INTRODUÇÃO

Com o intuito de diminuir a carência de médicos nos municípios do interior e nas periferias das grandes cidades do país, áreas prioritárias para o Sistema Único de Saúde - SUS, o Programa Mais Médicos foi lançado em Julho de 2013, pelo Governo Federal. Mudanças importantes no setor da saúde ocorreram desde então. O presente trabalho teve por objetivo apresentar as mudanças empreendidas com esse programa do governo, tendo como recorte as Gerências Regionais de Saúde (GERES) I,II,III,IV,V e XII do estado de Pernambuco, região Nordeste. Foi traçado o perfil dos profissionais, avaliado o programa no campo de acesso as ações e serviços de saúde, visto o impacto nas diferentes dimensões da integralidade sob o olhar dos usuários e, por último, identificadas potencialidades e fragilidades. A importância do estudo traduz-se pela necessidade de esclarecer as inúmeras dúvidas surgidas durante a implantação do programa. A polêmica sobre como profissionais estrangeiros se integrariam no mercado de trabalho brasileiro se falam uma língua própria e possuem cultura distinta, assim como a de que o PMM seria apenas uma ação transitória insuficiente para sanar os problemas de saúde da população brasileira, foram pontos discutidos amplamente nos meios de comunicação. Por se tratar de uma pesquisa avaliativa desenvolvida com base no método misto (quantitativo e qualitativo), partindo de dados quantitativos para dados qualitativos, espera-se que as informações encontradas reflitam os múltiplos aspectos da discussão sobre o PMM.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo foi realizado por meio de uma pesquisa avaliativa fundamentada no método misto sequencial, com a finalidade de reunir tanto dados quantitativos como qualitativos.

Iniciou-se com a análise dos dados quantitativos, posteriormente os qualitativos e, finalmente, a análise integrada (CRESWELL, 2007; FLICK, 2004; MINAYO, 1992). O centro de interesse desse projeto foi o estado de Pernambuco, referente às GERES I, II, III, IV, V, e XII.

A princípio, foram mapeadas as localidades que receberam médicos pelo PMM e então foram avaliados cinco critérios relacionados ao perfil do profissional e dois relacionados ao município ao qual esse médico foi direcionado. Foram escolhidos como critérios para traçar o perfil dos profissionais atuantes no PMM: a idade, a nacionalidade, o sexo e o país de atuação. Com relação ao município, se optou por classificar o município de recepção dos médicos em: perfil do município e perfil de vulnerabilidade. A base de dados empregada foi desenvolvida pelo Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)/ Ministério da Saúde (MS), com dados sobre os médicos do PMM, na região Nordeste. Da planilha, optou-se pelo recorte do perfil referente às Gerências Regionais de Saúde (GERES) I, II, III, IV, V e XII, por serem regiões de proximidade física, facilitando assim a coleta de dados referentes aos outros objetivos do projeto, para posteriormente se fazer um entrelaçamento das informações e análise conjunta dos dados, com questionamentos pertinentes ao tema.

Para avaliar a capacidade do PMM no campo de acesso às ações e serviços de saúde, primeiro se identificou quais os municípios receberam médicos pelo programa. Foram coletados dados do número de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) no Sistema de Informações Hospitalares (SIH)/SUS do estado de Pernambuco. Foi realizada uma análise mensal do número de internações por CSAP no período de janeiro de 2008 a abril de 2015. Os dados foram analisados considerando o período antes da implantação do PMM e o período pós implantação do PMM. Por meio de testes estatísticos foram comparados dois grupos (o dos municípios que receberam médico e o dos que não receberam médicos pelo PMM) a fim de verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os números de internações observados em cada grupo. Neste caso, foi utilizado o teste de comparação de médias. Esperava-se, como hipótese inicial, que no caso de um maior acesso às ações e serviços de saúde produzidos pelo PMM, o número de internações por CSAP diminuísse nos municípios que receberam médicos.

Foi realizado trabalho de campo para consulta aos usuários. As informações foram obtidas por meio de entrevistas semiestruturadas com usuários do PMM. Para tanto, foram escolhidos dois municípios, um com a maior cobertura pelo programa e outro com a menor cobertura, entre as GERES em estudo. O quantitativo populacional de cada município foi dividido pela quantidade de médicos associados ao PMM para se obter a cobertura do PMM por município. Os resultados apontaram para Ibirajuba, município com maior cobertura (1.929,75), e Garanhuns, município de menor cobertura (136.057). Como critério de seleção de quais unidades os usuários seriam entrevistados, se definiu que as unidades deveriam ter médicos com data de início da atividade no mesmo mês e ano. Para isso, contou-se com a informação das secretarias de saúde dos municípios para selecionar os locais da pesquisa de campo. Por meio da identificação de tais médicos, se optou por selecionar usuários por eles atendidos na data da coleta de dados. Foi elaborado um formulário misto, com questões objetivas do tipo múltipla escolha, e uma última questão aberta, para saber a compreensão do usuário do sistema de saúde acerca da atuação dos médicos do PMM. A questão final do questionário foi gravada, e as falas dos usuários interpretadas. O número de entrevistados foram vinte, sendo dez em Ibirajuba e dez em Garanhuns. Esta foi uma forma de analisar mais os pontos positivos e negativos da introdução da mão de obra médica pelo PMM, sob o olhar daqueles diretamente

beneficiados pelo programa. Assim, fatores externos ao programa poderão ser traçados e discriminados, impedindo assim que uma possível visão negativa ou positiva do sistema de saúde não relacionada ao programa seja interpretada como proveniente do PMM.

Com a finalidade de identificar as potencialidades e fragilidades do Programa Mais Médicos, utilizou-se uma metodologia exploratória descritivo-reflexiva pela análise dos discursos contra e a favor localizados em artigos, publicações, e críticas relevantes. Após a busca e seleção, foram realizadas as leituras propostas a fim de se extraírem os pontos centrais que interessavam diretamente a esse estudo.

RESULTADOS

Com relação à demografia médica do Programa Mais Médicos (PMM), do total de 126 municípios, 89 receberam médicos pelo PMM. A idade média dos profissionais que ingressaram foi de 40,5 anos. Dos 453 profissionais, o sexo predominante foi o feminino (62,5%), e a nacionalidade predominante foi a cubana, com 78,1%. Com relação ao país de atuação, 79,5% deles atuavam em Cuba e 15,9% no Brasil. O perfil dos médicos que ingressaram no Sistema de Saúde brasileiro reflete uma população da quinta década de vida, feminina, de nacionalidade e país de atuação predominantemente cubana.

Como condição traçadora escolhida para avaliar o acesso da população aos serviços de saúde escolheu-se as condições sensíveis à atenção primária (CSAP). O aumento do número de internações do grupo de município que receberam médicos pelo PMM foi inferior ao aumento dos municípios não contemplados pelo PMM. Os dados referentes a diminuição do número de internações, todos os valores de queda foram superiores no grupo de municípios com médicos do Mais Médicos. Os grupos de internações referentes a asma e a bronquites tiveram queda só nos municípios não englobados pelo PMM.

A pesquisa sobre integralidade com os usuários do PMM foi realizada entre o município de maior cobertura (Ibirajuba) e o de menor cobertura (Garanhuns). A integralidade da atenção pode ser entendida em duas dimensões, ampliada e focalizada. As duas foram englobadas na pesquisa. A maioria das pessoas se mostrou satisfeita com a marcação de consultas. Sobre o atendimento médico prestado, não houve discordância de que o médico soube compreender as necessidades de saúde das pessoas e proporcionou um bom atendimento. Um dos pontos que chamou a atenção foi a dificuldade de alguns usuários em conseguir realizar exames laboratoriais. Com relação a exames de imagem, a demora para a realização dos mesmos foi uma queixa presente.

Um dos pontos fortes do PMM é que, por meio do reconhecimento das necessidades de saúde da população brasileira, esse programa se propôs a suprir as necessidades de mão de obra qualificada, combatendo as desigualdades de acesso à atenção primária da saúde. Além disso, ele promoveu a alocação e fixação de profissionais da saúde em áreas de difícil acesso que antes não dispunham de profissionais. Como fragilidades cita-se a falta de transparência do poder Executivo na tomada de decisões. No que diz respeito aos recursos financeiros empregados, em nenhum momento se faz obrigação da Organização (OPAS/OMS) comprovar ao Brasil o efetivo valor repassado ao médico participante do programa. Além disso, suas atividades assistenciais são transitórias e limitam-se a Atenção Básica. Apesar da diferença entre o idioma dos profissionais estrangeiros e o da população brasileira, notou-se que esta não repercutiu negativamente para o processo de assistência médica empreendida.

DISCUSSÃO

O PMM, para muitos, ficou conhecido como o programa do governo que trouxe cubanos para as Unidades de Saúde da Família. Pelos dados levantados, percebeu-se que, apesar da maioria dos médicos do programa ser cubano, ainda houve o incremento de mão de obra

com nacionalidades variadas (espanhola, argentina, venezuelana, etc.), incluindo a brasileira. A maior taxa de médicos cubanos tem explicação por múltiplos fatores: a tradição do internacionalismo de Cuba, a baixa taxa de adesão de profissionais brasileiros e à busca do governo brasileiro pelos profissionais de experiência internacional por meio da Organização Panamericana de Saúde (OPAS/OMS). Ao avaliar o acesso da população ao programa e associa-lo ao valor das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), quase todos os dados estiveram associados a uma melhora da atenção primária em saúde. Contudo, internações referentes a asma e a bronquites tiveram queda só nos municípios não englobados pelo PMM. Uma hipótese lançada para tal resultado seria que as localidades com poucos médicos não tenham recebido ou tenham recebido em menor número os pacientes com problemas agudos de asma e bronquite, sendo menor a notificação nas localidades com baixo número de médicos. A diferença do idioma dos profissionais estrangeiros não prejudicou o atendimento ou a resolução dos problemas de saúde dos usuários do programa. Vários fatores contribuíram para a aceitação dos médicos do PMM, entre eles a maior atenção dada por parte dos profissionais estrangeiros à população, a duração da consulta mais prolongada e o empenho do profissional para ser entendido.

CONCLUSÕES

O desafio de expandir a atenção básica da saúde no Brasil envolve a distribuição desigual de médicos e as grandes dimensões territoriais, com locais de difícil acesso e pouco atrativos para muitos profissionais da saúde. A maior efetividade de programas de saúde básica e medicina generalista em detrimento de programas focados em medicina especializada aponta para a tendência de expansão de programas como o PMM e, possivelmente, a criação de análogos nos mesmos moldes por ele traçado. Notadamente, a saúde básica já apresenta impactos positivos desde antes da implantação do PMM, segundo os dados levantados e discutidos, visto que, apesar do melhor desempenho dos municípios com PMM, nos outros municípios também houve queda nas internações sensíveis à atenção primária. O ganho em saúde pela população já é percebido pelos usuários do SUS, de maneira subjetiva, e os dados de internações envolvendo CSAP sugerem a melhora da atenção primária com o aumento do número de médicos atuando em locais prioritários para o SUS.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pela bolsa de estudos concedida.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Adriana Falangola Benjamin Bezerra, pelas valiosas críticas e sugestões durante a realização do trabalho.

REFERÊNCIAS

- 1- Ximenes Santos, L. Integralidade do cuidado praticado pelos médicos cubanos do programa mais médicos: a perspectiva dos usuários. 2014,p33. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Universidade Federal de Pernambuco-PE
- 2-Nunes, F.A. A influência do Programa Mais Médicos. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2014/09/influencia-do-programa-mais-medicos-nos-indicadores-de-saude/>> acessado em 12 dez.2014
- 3-Ministério da Saúde. Notas Técnicas Sobre O Indicador Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária – ICSAP. Portaria SAS/MS nº221, de 17 de abril de 2008. Disponível em:< <http://www.saude.sc.gov.br/cgi/Instrutivos/ICSAP.pdf>> acessado em 12 dez.2014

- 4- Ministério da Saúde; Ministério da Educação. O que é o PROVAB. Página eletrônica todosobreprovab. Disponível em:<<http://www.todosobreprovab.com.br/#!o-provab/c1awx>>acessado em 13 dez.2014
- 5- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. COOPERACIÓN TÉCNICA ENTRE PAÍSES (CTP).endereço eletrônico. 2014.Disponível em:<<http://www.paho.org/bra/>>acessado em 22 dez.2014
- 6- Projeto Mais Médicos para o Brasil, Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde - SGTES Ministério da Saúde – MS. ORIENTAÇÃO PARA OS GESTORES MUNICIPAIS. endereço eletrônico.2015.Disponível em:<<http://www.cosemssp.org.br/downloads/Documento-orientacao-gestores-informe.pdf>>acessado em 22 jan.2015
- 7- Di Jorge,F.M. Estudo Jurídico do Programa Mais Médicos. Acta JUS - Periódico da Área de Direito- Edição 4(1).Master Editora.Vol.1,n.1,pp.24-34 (Set 2013 - Nov 2013).Disponível em:< <http://www.mastereditora.com.br/actajus>> acessado em 22 jan.2015
- 8- Caramelli, B.OS Médicos Estrangeiros: a questão da língua. SciELO: scientific electronic library online. Elsevier Editora Ltda. Revista da Associação Médica Brasileira 2013;59(5):407–408. Disponível em:<www.ramb.org.br> acessado em 02fev.2015.