

Percepção dos Gestores Municipais de Saúde sobre a Atenção Primária de Saúde no Brasil ¹

Murilo Fabel²

Sávio Nunes ³

Patrícia da Silva⁴

Resumo

O trabalho tem como objetivo conhecer a análise dos gestores sobre a capacidade do Programa Mais Médicos na cobertura de médicos para Atenção Primária a Saúde (APS). O Ministério da Saúde define APS como uma estratégia direcionada tanto ao indivíduo, quanto a coletividade; desenvolvida por meio de atividades gerenciais e sanitárias, as quais abrangem a promoção, a prevenção, a proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. O trabalho das equipes de saúde é direcionado a moradores de um território com uso tecnologias de baixa densidade e elevada complexidade, sendo a porta de entrada do sistema de saúde, pela perspectiva social, econômica e cultural da determinação da saúde. Nesse contexto, o Programa Mais Médicos (PMM), criado em 2013, entre seus eixos está recrutar profissionais médicos graduados no Brasil e fora do país para atuar em áreas mais vulneráveis. A abordagem metodológica é qualitativa, coleta de dados com entrevistas semiestruturadas com gestores municipais de saúde de todo o Brasil. As análises foram construídas a partir do porte do município, os primeiros resultados confirmam o PMM tem conseguido ampliar cobertura de profissionais médicos. Conclui-se que, nesse âmbito, o PMM é bem avaliado e tem contribuído com o fortalecimento da APS.

Palavras Chaves: Atenção Primária à Saúde, políticas públicas, Mais Médicos.

¹ Agradecemos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico pelo financiamento e apoio institucional para a implementação dessa pesquisa

² Pós-doutor pela Universidade de Oxford, Doutor em Sociologia pela UFMG e Professor, pesquisador na Fundação João Pinheiro e Coordenador do Grupo de Pesquisa em Saúde & Políticas Públicas.

³ Mestre em Sociologia pela UFMG e bolsista pesquisador da Fundação João Pinheiro/CNPq.

⁴ Doutora em Ciências Sociais pela UERJ e pesquisadora visitante com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa em Minas Gerais (FAPEMIG).

1.0 Introdução

O período de maior uso e incentivo de estratégias de Atenção Primária à Saúde (APS), no Brasil, em que pese a dimensão da integralidade, da promoção de saúde e prevenção de doenças, quase sempre, remota ao final dos anos 1970. E, no cenário internacional, a década da Conferência de Alma Ata, certamente contribui para enfatizar iniciativas de gestão e assistência pela dimensão da APS. Tais momentos históricos são reconhecidamente assumidos como marco na construção de um modelo de assistência alternativo, proposta de uma reconfiguração e reformulação da agenda e políticas de extensão de cobertura, até chegar a redemocratização e universalização do acesso à saúde no país. A Atenção Primária em Saúde (APS) apontada como principal porta de entrada no sistema de saúde no Brasil, sustenta em seu arcabouço teórico (princípios norteadores) e prático (por suas ações e programas) a proposição de conversão do modelo assistencial biomédico para uma perspectiva baseada na prevenção e promoção da saúde. Para além de tal característica, no caminho da implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é considerada como o nível de atenção estruturador da (re)configuração do SUS. A tendência à concentração de médicos nos grandes centros urbanos demonstra, em alguma medida, o interesse dos médicos ao trabalho nos níveis de média e alta complexidade. Portanto, a assimétrica distribuição do profissional médico no território brasileiro frente ao grande contingente populacional faz da oferta de serviços médicos insuficiente para atender toda a demanda.

No Brasil, uma das alternativas encontradas para resolver a questão da falta de profissionais médicos foi a criação do Programa Mais Médicos (PMM), em julho de 2013, por meio de Medida Provisória, que foi convertida em Lei em outubro do mesmo ano, após intenso debate junto à sociedade e tramitação no Congresso Nacional. O Mais Médicos somou-se a um conjunto de ações e iniciativas num cenário em que o governo federal assumiu a tarefa de formular políticas públicas para enfrentar os desafios que vinham condicionando o desenvolvimento da Atenção Básica (AB) no País (BRASIL, 2015). Das metas constantes no PMM, estão o aumento de ofertas de vagas do curso de medicina;

investimento em infraestrutura e; o recrutamento de médicos estrangeiros para postos de trabalho não ocupados por médicos brasileiros.

O artigo está dividido da seguinte maneira, a primeira parte o desenvolvimento no qual mostraremos a evolução da APS e como o PMM foi criando e implementado, a segunda parte será a metodologia utilizada para as análises dos dados, depois virá a apresentação dos resultados e pôr fim a conclusão.

2. Desenvolvimento

Ao examinar a história da APS no Brasil, Mendes (2012) considera como o primeiro ciclo histórico os trabalhos com centros de saúde da Universidade de São Paulo. Nos anos 1940, o segundo ciclo da história da APS no país, ocorre com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). O papel e o núcleo tecnológico uspiano, é conservado no terceiro ciclo, quando a partir de meados dos anos 1960 as Secretarias Estaduais de Saúde estabelecem medidas focalizadoras na prevenção de doenças e modelo de assistência médica direcionado ao grupo materno-infantil, estabelecidos com certo grau de verticalidade. Nos anos 1970, com a emergência de uma proposta de APS, defendida em Alma Ata, no Brasil começam alguns programas de extensão de cobertura, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1979, por exemplo; as iniciativas de experiências pilotos com projetos de gestão alternativos ao modelo hospitalocêntrico. A criação do INAMPS, a institucionalização das Ações Integradas de Saúde (AIS) que levaram para APS, parte da cultura médica do INAMPS, são características do quinto ciclo, estabelecido no início dos anos 1980. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a municipalização das unidades de APS teve como consequência uma expansão de cuidados primários. No decorrer da implementação da agenda e políticas do SUS, a implantação do PSF pode ser tomada como o sétimo ciclo do processo de desenvolvimento da APS na saúde pública brasileira (MENDES, 2015).

No Brasil, tais práticas ainda eram marginais na década de 1970. A participação das universidades foi fundamental no desenvolvimento dessas experiências com práticas e cooperação entre diversas agências e com apoio

da comunidade (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008), e alguns trabalhadores da área da saúde. Ainda, a própria interiorização dos serviços de saúde, utiliza-se de práticas integrativas em cidades de pequeno porte, como em Montes Claros, em Campinas, por exemplo, e as iniciativas pela expansão de cobertura com o PIASS.

Enfim, por muitos anos de cada um desses períodos a organização dos serviços de saúde no país girou em torno de um modelo, ainda, tipicamente centrado no hospital e na cura da doença. O que por consequência fragilizaria, em alguma medida, o trabalho com Atenção Primária à Saúde. Já que por muito tempo nos anos 1960 e 1970 os maiores investimentos foram destinados ao fortalecimento e construção de hospitais.

Ao ponto aqui de confirmar que, por muitos anos, o processo de construção dos serviços de saúde seguiu em movimentos que divergem e estabelecem, certamente, variações ideológicas da assistência no qual gestou uma organização do sistema, prevalecendo a hegemonia do primeiro pêndulo – o modelo hospitalocêntrico, individualista e biomédico.

No que diz respeito a avanços e importantes encaminhamentos que possam ter ocasionado uma expansão da atenção primária o papel e o incentivo internacional para a implementação de uma agenda direcionada a APS está a Conferência de Alma-Ata e seus encaminhamentos, na década de 1970.

A atenção primária a saúde defendida em Alma Ata questionava a chocante desigualdade existente entre os povos, propondo alternativas em um caminho que efetivasse a universalização do direito a “Saúde para Todos nos anos 2000”. Entre suas metas determinavam iniciativas no âmbito da educação em saúde; o acesso a água tratada e saneamento; promoção e proteção à saúde; distribuição de alimentação e nutrição, imunização; cuidados com saúde materna infantil; prevenção de doenças endêmicas; tratamento adequado de doenças e fornecimento de medicamentos. Dessa maneira, ainda prevê proporcionar serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades de saúde.

A chave principal para atingir seu propósito, segundo a declaração final da conferência seria mediada pelos cuidados primários de saúde, em um espírito fundado na ideia de contribuir para a ampliação da justiça social.

Em se tratando do Brasil, apesar das fragilidades e desafios enfrentados, ao longo da história de sua implantação, APS⁵ é considerada como uma forte referência na agenda da reforma sanitária, a partir da institucionalização do SUS. Nesse processo histórico, a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, incorpora a defesa de um trabalho em saúde que preze a humanização, a universalidade, a integralidade, equidade e resolutividade, também no intuito de contar com participação comunitária, por meio de atividades de educação em saúde, por exemplo. Logo, o que de fato nota-se são iniciativas para a reconfiguração de um modelo de assistência à saúde, historicamente direcionado ao hospital, a cura da doença, fundado em assistência individual, biomédica especializada, guiado pelo uso de tecnologias.

Um dos problemas enfrentados pela APS no Brasil é a escassez de recursos humanos. Nesse quadro, é conhecido: um dos grandes desafios da APS está em atrair médicos, vez que a grande maioria almeja desenvolver suas atividades nos grandes centros, investir em formação continuada em áreas que apresentam maior retorno e reconhecimento financeiro ou uma superespecialização. Logo, o quadro formado em grande parte do país é de escassez desse profissional. Uma realidade comum em diferentes países pelo mundo, segundo análise de Girardi et. al, (2016, p. 2676), “a escassez de médicos se somam as dificuldades de retenção destes profissionais nas regiões mais isoladas, mais pobres e vulneráveis e vários estudos atestam o constante esforço dos países em investigar o problema e propor estratégias para sua solução”.

No Brasil, uma das alternativas encontradas foi a criação do Programa Mais Médicos (PMM) em julho de 2013 por meio de Medida Provisória que foi convertida em Lei em outubro do mesmo ano, após intenso debate junto à sociedade e tramitação no Congresso Nacional. O Mais Médicos somou-se a um conjunto de ações e iniciativas num cenário em que o governo federal assumiu a

⁵ No Brasil, conforme é possível identificar em diferentes programas voltas para cuidados primários, a APS é quase sempre denominada de Atenção Básica a Saúde (ABS).

tarefa de formular políticas públicas para enfrentar os desafios que vinham condicionando o desenvolvimento da Atenção Básica (AB) no País (BRASIL, 2015, p. 15). Das metas constantes no PMM, estão o aumento de ofertas de vagas do curso de medicina; investimento em infraestrutura e; o recrutamento de médicos estrangeiros para postos de trabalho não ocupados por médicos brasileiros.

Com a criação do PMM, fica clara uma necessidade de fortalecimento da Atenção Básica, justamente em áreas de difícil acesso para o provimento de médicos. “Antes da implantação do PMM, cerca de 20% dos municípios brasileiros apresentavam escassez de médicos, principalmente naqueles de menor porte, mais distantes e com maior dificuldade de acesso, localizados nas regiões Norte e Nordeste do país” (GIRARDI et. al, 2016, p. 2676). A implantação do Mais Médicos trouxe um incremento da oferta e da cobertura de cuidados médicos na APS, ainda levou a uma ampliação de equipes de saúde da família na microrregião Norte de Minas Gerais, considerada de alta vulnerabilidade social (MORAIS, FAHEL, 2015).

Ainda segundo Girardi, et. al. (2016) em menos de 04 anos de existência já é evidente que o PMM ampliou o acesso e a garantia do direito à saúde a milhões de brasileiros através do provimento imediato, fato inédito na história do país, distribuindo mais de 14 mil médicos em território nacional e obteve um impacto positivo na redução da escassez de médicos inseridos na APS brasileira. No entanto, mesmo com esses números, ainda é identificado no país uma má distribuição de médicos. Acrescenta, ainda, um resultado inusitado, o governo federal ao implantar o PMM pode ter influenciado na redução de contratação de médicos de maneira regular pelas prefeituras, que foram substituídos e não somados pelos profissionais do programa.

O Mais Médicos é um programa cercado de polêmicas, posturas dicotômicas de parte de alguns profissionais, especialmente os médicos. No que diz respeito às divergências, uma delas gira em torno da vinda de médicos estrangeiros para assumir postos de trabalho na APS. Ao que tem demonstrado ser um programa que convive com desafios comuns a APS, e ainda terá que provar sua razão de ser e continuidade.

Para Oliveira, *et. al.* (2015) um dos grandes méritos do Mais Médicos, pauta na sua proposta de mudança que dialoga com experiências nacionais e internacionais, na qual busca uma ampliação do acesso e melhoria da qualidade da APS e do SUS. O seu êxito dependerá da articulação dos três níveis de governo, e uma constante inflexão no sentido de buscar monitoramento e aprimoramento. Ainda, mesmo uma breve revisão sobre ações e possibilidades de avanços da APS o seu êxito não depende apenas de um profissional. A própria estrutura, aspectos de gestão e financiamento, a reorganização de equipe e sua interligação com outros setores, propõe a necessidade de uma interdisciplinaridade para o alcance daqueles atributos postos em Starfield (2002) e revisados por Mendes (2015), em diversos trabalhos.

Na expectativa de ultrapassar os desafios e fortalecer a APS, de maneira que possa ampliar a capacidade de resposta diante dos riscos e atender as demandas das novas condições de saúde no país como parte de um processo constante de construção do SUS desde o início da Reforma Sanitária nos anos 1970 para que se possa diminuir a insegurança assistencial à saúde, duas iniciativas recentes merecem ser enfatizadas: os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), e as Redes de Atenção à Saúde(RAS).

3. Metodologia

Para as análises dos dados utilizou a técnica de pesquisa qualitativa que tem como pressuposto coletar dados primários sobre determinada questão de pesquisa ou explorar determinado fenômeno, de modo a buscar “padrões, ideias ou hipóteses”. Colognese e Melo *apud* Cedro (2011) descrevem as entrevistas semiestruturadas como um processo de interação entre entrevistador e entrevistados, onde os dados são produzidos dados pelas fontes orais. Espera-se que as informações coletadas sejam suficientes para permitir a compressão da atenção primária nos municípios categorizados a partir dos índices de necessidade e de oferta elaborados na primeira etapa dessa pesquisa.

Optou-se pela definição do tamanho da amostra a partir da conveniência dos pesquisadores, sendo escolhido o número de cinquenta municípios, porém foram entrevistados cinquenta e dois municípios.

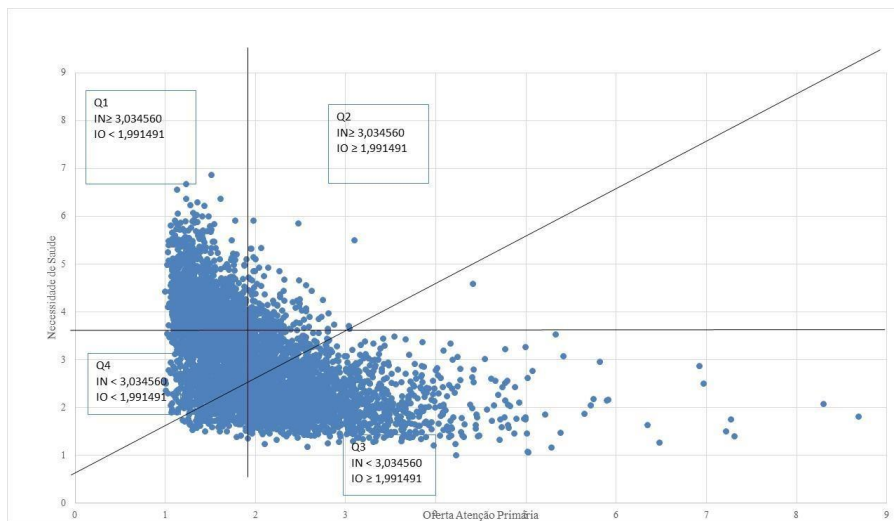
A pesquisa analisa as dimensões das necessidades em saúde e oferta dos serviços de saúde com o objetivo de elaborar um índice de priorização de investimento na APS, hierarquizando os municípios brasileiros, com objetivo de destinar os recursos financeiros de acordo com a posição do município no ranking.

A partir da definição do tamanho da amostra estabeleceu-se como critérios de seleção dos municípios a amostra aleatória estratificada proporcional. Foram considerados como critérios de estratificação a posição do município nos quadrantes, definidos pela interseção reta definida a partir do ponto médio da Oferta na Atenção Primária) e da reta definida a partir do ponto médio da Necessidade em saúde) e pela faixa populacional.

O quadrante 1(Q1) corresponde aos municípios cujo Índice de Necessidades (IN) foi maior ou igual a 3,034560 (IN médio) e o Índice de Oferta (IO) menor que 1,991491. O quadrante 2(Q2) corresponde aos municípios cujo IN foi maior ou igual a 3,034560 (IN médio) e o IO maior ou igual a 1,991491. O quadrante 3(Q3) corresponde aos municípios cujo IN foi menor que 3,034560 (IN médio) e o IO foi maior ou igual a

1,991491. O quadrante 4(Q4) corresponde aos municípios cujo Índice de Necessidades (IN) foi menor que 3,034560 (IN médio) e o Índice de Oferta (IO) menor que 1,991491, como mostra o gráfico 1.

Gráfico 1 - Distribuição de municípios por quadrantes – Brasil -2010



Fonte: Dados da pesquisa
Elaboração própria

Assim, foram definidas 5 faixas populacionais, de acordo com os dados populacionais para o ano de 2010 segundo o IBGE: até 20.000 habitantes, de 20.001 a 50.000 habitantes, 50.001 a 100.000, 100.001 a 500.000 e mais de 500.001 habitantes. Essas faixas foram nomeadas, respectivamente, como P1, P2, P3, P4, P5.

Com base na posição do município nos quadrantes e na faixa populacional, foram definidos 20 estratos para os quais foram calculados os valores proporcionais. A definição da amostra por estratos seguiu a mesma relação proporcional. Também se estabeleceu como critério que fossem escolhidos para amostra pelo menos um município por estrato. A exceção foram os estratos para os quais não havia nenhum município, Q1P5 e Q2P5, respectivamente, quadrante 1 e faixa populacional 5 e quadrante 2 e faixa populacional 5. Ao longo da pesquisa muitos municípios não responderam aos nossos chamados para participar das entrevistas e por isso foram substituídos por outros municípios respeitando a lógica do quadrante e faixa populacional para que não houvesse desvios da primeira amostra

Tabela 1 Municípios da população e da amostra por estrato –
Brasil -2010

Estrato	Municípios		
	Pop		Amostra
	Nº	%	Nº
Q1P1	1606	28,9%	14
Q1P2	471	8,5%	4
Q1P3	97	1,7%	1
Q1P4	15	,3%	1
Q1P5	-	-	-
Q2P1	273	4,9%	2
Q2P2	71	1,3%	1
Q2P3	13	,2%	1
Q2P4	4	,1%	1
Q2P5	-	-	-
Q3P1	1195	21,5%	11
Q3P2	349	6,3%	3
Q3P3	162	2,9%	1
Q3P4	158	2,8%	1
Q3P5	36	,6%	1
Q4P1	840	15,1%	8
Q4P2	152	2,7%	1
Q4P3	53	1,0%	1
Q4P4	68	1,2%	1
Q4P5	2	,0%	1
Total	5565	1,00	54

Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração própria

As entrevistas foram feitas pelos membros da equipe do Grupo de Pesquisa Saúde & Políticas Públicas da Fundação João Pinheiro - FJP. As entrevistas foram realizadas com secretários de saúde, coordenador de atenção básica e diretores da área de saúde dos municípios. Realizado esse processo de coleta de dados as entrevistas foram transcritas e para as análises foi utilizado-se o software Nvivo.⁶

Foram realizadas 52 entrevistas em todas as regiões do país. Na região Sudeste foram feitas entrevistas nos quatro estados da região (Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo) totalizando dezoito. Na região Nordeste foram realizadas entrevistas em seis estados (Bahia, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Maranhão Piauí e Ceará) totalizando dezesseis entrevistas. Na região Norte foram realizadas seis entrevistas em três estados (Pará, Roraima e Tocantins). Já na região

⁶ NVivo é um software que auxilia na análise de métodos qualitativos. Ele é projetado para organizar, analisar e encontrar informações em dados não estruturados ou qualitativos como: entrevistas, respostas abertas de pesquisa, artigos, mídia social e conteúdo web.

sul foram nove entrevistas nos três estados (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Por fim na região centro-oeste foram realizadas duas entrevistas em dois estados (Goiás e Mato Grosso do Sul). Sobre essa técnica, Haguette (2010) mostra que toda entrevista é um processo de interação social no qual o entrevistador recolhe informações do entrevistado. O roteiro a ser seguido deve ser elaborado de acordo com o problema a ser solucionado. A autora cita quatro componentes que surgem nesse processo de interação: o entrevistador, o entrevistado, a situação de entrevista e o roteiro de entrevista. A socióloga mostra que a entrevista busca a objetividade, porém acredita que isso é impossível, mas todo cientista deve buscar essa aproximação. As entrevistas semiestruturadas e sua distribuição em módulos analíticos contribuíram se para a criação de uma matriz analítica e da elaboração do relatório final, no qual as respostas dos gestores foram categorizadas de acordo com cada módulo das entrevistas.

4. Percepções sobre APS, PSF e PMM dos gestores municipais de saúde

Sobre a compreensão da APS os gestores e gestoras em sua maioria entendem quais são suas diretrizes, em grande parte eles veem a APS como a porta de entrada de todo o sistema de saúde, onde tudo acontece. Percebem como o mais importante do sistema de saúde, pois sua capacidade de resolutividade é alta. Outro ponto a ser destacados que uma parte dos gestores citam mais os atributos Proteção e Promoção a saúde, apesar de não serem o único atributo da APS. Destacam as vantagens econômicas de se valorizar a APS, outros criticam uma visão curativa que predomina na APS do Brasil. Apenas em uma fala o gestor aparentou não saber quais são os fundamentos que norteiam a APS.

A Atenção Primária no meu entender é o coração da saúde, porque tudo acontece na Atenção Primária, lá acontece Promoção, Prevenção é lá que o município, por exemplo, chega. É a porta de entrada, na verdade é a Atenção Primária, as Unidades Básicas de Saúde, os Postos de Saúde da Estratégia da Família é onde tudo acontece, eu acho que a partir daí, e ela tem que ser resolutiva. Na verdade, a Atenção Primária ela tem que... é que aqui em São Paulo a gente fala muito de Atenção Básica. (Cidade em SP)

Essa visão da APS como porta de entrada é limitada segundo os teóricos da saúde pública. Pois, a *APS como porta de entrada* no sistema corresponde a serviços médicos de medicina geral e ou de médicos de família (MENDES, 2012). Ao ser assim tomada a APS orienta o sistema de forma a reduzir os custos econômicos e satisfazer demandas próprias e restritas ao primeiro nível da atenção (INSTITUTE OF MEDICINE, 1994). Conforme Giovanella e Mendonça (2012) a APS articulada como porta de entrada é uma prática social comum na gestão dos serviços de países europeus.

Nesses países, os cuidados primários correspondem aos serviços ambulatoriais não especializados de primeiro contato, porta de entrada no sistema de saúde, incluindo diferentes profissionais e um leque abrangente de ações preventivas e de serviços clínicos direcionados a toda a população. Os países europeus destacam-se pela garantia do acesso universal aos serviços de saúde e pelo amplo espectro de serviços ofertados. Assim, a ênfase do primeiro nível de assistência está na clínica e nos cuidados individuais – sejam estes preventivos, sejam curativos – e não contempla alguns aspectos da concepção abrangente da APS, mais voltada aos problemas coletivos, à atuação intersetorial e à participação social nos serviços de saúde (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2009, p.590).

A atenção primária tomada como base de um sistema de saúde, por isso porta de entrada, espera-se que seja muito bem delineado e eficiente ao ponto de orientar a organização do sistema como um todo. Ou seja, o serviço/assistência não se encerra na porta de entrada, ele apenas inicia ali.

Ainda sobre a APS, os gestores responderam quais são os atributos da APS que são colocados em prática nos Municípios. Dos seis atributos, os mais citados são a proteção e promoção a saúde e prevenção de agravos. Os outros quatro, os gestores afirmam que eles tentam colocar em prática, porém tem mais dificuldades de praticá-lo. Percebemos aqui a APS nos municípios onde foram realizadas as entrevistas a focalização principalmente no aspecto da promoção e proteção à saúde isso se dá, pois, a maioria dos programas que são preconizados pelas cidades tem essa característica, como por exemplo Saúde da Mulher, do Homem, do Idoso.

Sobre o PSF os entrevistados de modo geral avaliam o PSF de forma positiva e suas justificativas para essa boa avaliação são diversas como, por exemplo: o PSF por ser indutor, financiador, de ações da APS, condizentes com

a realidade da comunidade. A prática de uma atenção primária de qualidade embasada no vínculo, na territorialização, na busca ativa da promoção da saúde, prevenção de doenças e de agravos, na participação da comunidade no que se refere à sua saúde. Ressaltam que o PSF viabiliza a realização de Programas de saúde da mulher, do homem, do idoso, da criança, de imunização; o acompanhamento de gestante, a realização de testes rápidos para detecção precoce de doenças crônicas ou infectocontagiosas, dentre outras. Consideram que os Agentes Comunitários de Saúde são elo entre população e Equipe de Saúde da Família (eSF), responsáveis por fazer busca ativa e levar toda informação relevante, da comunidade, para os outros profissionais que compõem a equipe, entretanto mencionam que alguns usuários são resistentes em receber esses profissionais em seus domicílios. Reconhecem a importância da territorialização, uma vez que a delimitação do espaço faz com que os profissionais das equipes compreendam a realidade e as necessidades de saúde da comunidade e acompanhem de perto, principalmente, famílias mais vulneráveis. Além disso, destacam também que o PSF ajuda no desafogamento dos hospitais. Houve críticas pontuais ao PSF a questão do financiamento é um problema.

O Programa Saúde da Família e agora Estratégia em Saúde da Família, ele é absolutamente crucial como indutor de ações da atenção primária para os municípios e também como financiador de ações de atenção primária para o município. Os municípios têm maior ou menor grau de estruturação, mas municípios menos estruturados precisam dessa indução que o PSF, que a ESF traz, principalmente agora, num período muito a propósito de falar de financiamento. Os municípios, não importa o porte, eles precisam desse financiamento. Então hoje o PSF, ele é um indutor e financiador, ele já não é mais um farol, uma linha guia de práticas específicas. Tipo, os municípios estão conseguindo se adaptar a sua própria realidade com a indução e com o financiamento do Ministério, através do PSF. (Cidade de SC)

Ao responderem sobre o PMM nos seus municípios os gestores avaliam como um bom programa. Destacam a formação diferenciada dos médicos cubanos que é voltada para a atenção primária, elogiam o comprometimento desses médicos com a carga horária e sua disciplina. Os entrevistados chegam a dizer que os médicos cubanos ajudaram, pois, os outros médicos passaram a cumprir a sua carga horária. Para outros gestores, o PMM foi à salvação, pois agora eles teriam pelo menos um médico disponível de tempo integral na cidade.

Afirmam que a rotatividade de médicos contratados pelo próprio município era muito grande devido falta de perspectivas para estes profissionais, principalmente em municípios de pequeno porte, e que a partir da implantação do Programa essa rotatividade diminui consideravelmente. Alguns entrevistados relatam mudanças positivas de alguns indicadores de saúde, melhoria da qualidade do atendimento, diminuição dos procedimentos/encaminhamentos para média e alta complexidade, melhor desempenho da equipe, aumento das visitas domiciliares, bem como maior participação da população em programas e ações específicas de saúde. Houve críticas, como a questão da língua com um fator de dificuldade. Em uma das localidades o profissional que chegou era completamente despreparado e não tinha uma conduta ética o que deixou traumas na gestão.

Então, eu vou falar da minha cidade. Na minha cidade sim, ajudou porque a gente tinha um problema, municípios pequenos têm problemas para contratar médico para a Unidade Básica de Saúde. Então a gente não conseguia contratar médico no período da tarde, então a gente tinha médico no período da manhã, no período da tarde a gente nunca teve mesmo. Era assim, o pessoal reclama, e como se diz, não tem hora para ficar doente, não vai ficar doente só na hora da manhã. Então ajudou muito, porque daí ela faz o período da manhã e o período da tarde também, então isso já ajudou bastante e ela faz um trabalho com as gestantes muito bem feito, com as gestantes e com os recém-nascidos. Às vezes algum caso de desnutrição ou alguma coisa que passava despercebido anteriormente com os bebezinhos, ela já detecta no início, na primeira avaliação do sétimo dia de gestação, qualquer coisa. Eu acho muito bonito o trabalho dela e a preocupação que ela tem. O sétimo dia que ela avalia o bebezinho, quando ela percebe alguma coisa estranha, ela já vai direto na minha sala, que a minha Secretaria é dentro de um Posto de Saúde, ela já vai lá e já fala: "Olha, eu preciso de tal exame para esse bebê, e esse bebê não está bem e eu não vou dormir bem enquanto esse resultado não vier parar em minha mão". Então isso para mim, é muito gratificante, vim uma pessoa de um outro país, trabalhar com a gente e com a responsabilidade tão grande dessa. Nossa, eu apoio (Cidade do PR)

4.1 A percepção APS, o PSF e o PMM por porte de município.

Ao fazer uma análise mais detalhada com base no porte dos municípios temos resultados similares. Foram analisadas 30 entrevistas em municípios de pequeno porte, cinco em municípios de médio porte e 16 em cidades de grande porte.

Ao responderem sobre a compreensão da APS os gestores dos diferentes tipos de municípios mostram conhecer o conceito que norteiam APS. Muitos

citaram que a APS é a porta de entrada para o sistema público de saúde, que a atenção primária deveria ser o grande norteador das ações, pois ela conseguiria resolver de 80 a 90% dos casos e assim desafogar os outros níveis de atenção. Que seu objetivo é a prevenção e a promoção à saúde. Gestores dos municípios grandes também afirmaram que a APS é aquele nível de atenção em que os cuidados são menos complexos e não dependem muito de um aparato tecnológico mais avançado. Porém, um gestor de um município de pequeno porte mostrou não conhecer o conceito da APS.

Ao analisar a tabela vemos que os gestores dos três portes de municípios veem o programa Saúde da Família como um programa positivo. Os argumentos são os mais variados nos municípios pequenos alguns gestores mencionaram os aspectos de comunicação que é feito com as famílias assistidas pelo programa mostrando a importância dos agentes comunitários. Os gestores dos municípios de médio porte também destacam a grande importância do PSF para a APS. E nos municípios de grande porte alguns gestores mostram a capacidade resolutiva que o PSF possui e como ele é crucial para os municípios. Houve algumas críticas os PSF, mas poucas como podemos ver na tabela 1. Essas críticas não são ligadas a concepção do programa em si. Nos municípios pequenos os gestores relataram a questão do financiamento e da formação do profissional. A única crítica que os gestores dos municípios maiores fizeram é que o PSF funcionaria melhor em municípios pequeno, pois esses municípios conseguiram chegar a 100% da cobertura de seu território.

Um programa excelente, porque o município... Já pensou se eu não tivesse pelo menos esse programa aqui no nosso município? Porque a gente mora muito distante de Araguaína, quase 200 quilômetros. Augustinópolis é a nossa referência, quase 100 quilômetros, e aí, assim, quando acontece qualquer emergência a gente tem um médico, porque o médico... O Programa Saúde da Família tem que ter um médico no município, e o nosso, graças a Deus. Na verdade é só 40 horas, só que ele reside. Ele mora e atende a gente a qualquer momento. Então é um programa muito bom porque tem médico, tem o dentista, tem os enfermeiros, tem agente comunitário de saúde que ajuda a gente também no município. Para mim, eu vejo como muito importante, gratificante para o município porque é uma forma de estar resolvendo os pequenos problemas do município com relação à saúde. (Pequeno Porte)

O Programa Mais Médicos recebe muito mais avaliações positivas do que negativas nas três categorias de municípios. Como é observado na tabela um. De modo geral o PMM é melhor avaliado pelos gestores de municípios pequenos, pois segundo eles o programa veio para resolver uma questão da falta de profissional médico nessas localidades. Os outros aspectos avaliados pelos gestores são os mesmos relatados anteriormente.

Então eu te falo assim, é muita diferença entre os brasileiros e os cubanos, sabe. Não reflete muito na produção deles. Eu acho que é fundamental o Programa Mais Médicos no meu município. Eu não vejo Cariacica sem o Mais Médicos porque eles prestam um serviço essencial. Porque hoje a gente trabalha com uma carga horária 20 horas, o contrato nosso de médico, e eles trabalham 20, quer dizer, cada dois nosso seria um Mais Médicos. E eles cumprem carga horária. Os nossos a gente não tem como cobrar carga horária, a gente cobra produção por valor. E eles, assim, fazem a visita domiciliar, faz as campanhas, fazem os atendimentos de mandato judicial, quando tem que fazer visitas, atividades educativas. Então, assim, é muito importante para o município o programa, a comunidade gosta muito, a gente recebe muitos elogios. Quando vai trocar eles, quando eles tiram férias... Quando envolve o Mais Médicos é mexer com a comunidade. Se você trocar qualquer médico, contrato nosso que seja, não tem problema nenhum. Agora, mexeu com médico do Programa Mais Médicos chega aqui processos e mais processos de vereador, de líder da comunidade, da própria comunidade reivindicando, porque eles tem amor por eles. Principalmente os cubanos. Eu acho que como eles não tem familiares, acabam pegando um vínculo muito grande com a comunidade. (Grande Porte)

Ao responderem sobre a capacidade do PMM em solucionar a falta de profissionais médicos as respostas em geral dos gestores e gestoras foram positivas, afirmando que o PMM conseguiu atender umas das demandas na qual foi destinado. Um dos gestores destaca como PMM veio auxiliar os municípios menores.

Boa, muito boa. Eles dão uma boa ajuda principalmente para o município pequeno, e eles cumprem horário. (Município de SP)

1.0 Tabela Um – Número de Codificações positivas e negativas

Percepção sobre o Programa Saúde da Família.	Pequeno Porte	Médio Porte	Grande Porte
	Positiva 28	2	9
	Negativa 3	1	1
Percepção sobre Mais Médicos no Município.	Pequeno Porte	Médio Porte	Grande Porte
	Positiva 33	6	17
	Negativa 5	3	5

Fonte: Dados da pesquisa

5.Considerações Finais

Sobre a compreensão do que é a Atenção Primária a Saúde, os gestores em sua maioria compreendem bem o seu significado e quais são as diretrizes que norteiam esse nível da atenção da saúde, alguns deles vão mais além e fazem críticas pontuais ao primeiro nível de atenção, essas críticas são relativas ao modelo curativo que ainda está presente na saúde brasileira. Outro dado importante é sobre quais são os atributos da APS que ao colocados em prática no município, todos os gestores. Afirmaram que todos os atributos são realizados, porém há dois (Promoção e Proteção à Saúde e prevenção de Agravos) são os mais desenvolvidos. O que mostra uma deficiência da APS brasileira em não conseguir ampliar os programas para que todos os atributos sejam colocados de fato nos municípios. Porta de entrada foi o aspecto mais foi lembrado entre os gestores ao falar da APS, porém segundo os autores MENDES, 2012 e GIOVANELLA E MENDONÇA, 2008 a APS está muita além dessa dimensão, MENDES (2012), aborda uma terceira caracterização da APS como organizadora de uma rede de serviços. A decodificação da APS como organização do sistema de atenção, para o autor essa interpretação a compreende de forma singular no intuito de recombina e reordenar os recursos do sistema que

solucione os problemas de saúde atenda às necessidades da população. Portanto, a APS seria a coordenadora de todo o sistema de atenção à saúde.

O PMM foi um programa criado para solucionar a questão da falta de profissionais em localidades que haviam carência de médicos. Os resultados apresentados em pesquisas anteriores mostram que esse aspecto foi contemplado, pois inúmeras cidades que não contavam com médicos fixos em seus municípios passaram a ter médicos exclusivos. É importante frisar que o PMM não se resume a disponibilização desses profissionais para essas áreas. Também a criação de novas faculdades e vagas de medicina. O programa ganhou dimensões muito maiores e cidades que a princípio não precisariam desse recurso humano também foram contempladas com a vinda desses profissionais.

Já as críticas ao PMM, são observações em relação a língua dos médicos de Cuba, e houve também em uma localidade houve julgamentos relativos ao desempenho ético e profissional. Porém o PMM se mostrou de grande importância para os municípios menores, pois ajudou a resolver um problema da falta de médicos nessas localidades.

É importante que o Ministério da Saúde continue dando atenção para esse problema da falta de profissionais médicos no Brasil, mas também que tenham outros programas que valorize outros profissionais da área da saúde para que possamos de fato ter um sistema de saúde integralizado e forte.

6. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa mais médicos – dois anos:** mais saúde para os brasileiros. Brasília : Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf> . Acesso em Janeiro de 2017.

CEDRO, M. **Pesquisa social e fontes orais: particularidades da entrevista como procedimento metodológico qualitativo.** Disponível em: http://www.ufpel.edu.br/isp/ppgcs/perspectivas_sociais/marco_2011/marcelo_cedro.pdf> Acesso em: 16 mai. 2017 .

GIRARDI, Sábado Nicolau et al . Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro v. 21, n. 9, p. 2675-2684, Sept. 2016 . Available from<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14138123201600902675&lng=en&nrm=iso> . Acesso em Janeiro de 2017.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M.H.M.de. Atenção Primária à saúde. In.: GIOVANELLA, L et al. (orgs). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GIOVENELLA L, Mendonça M.H.M, Almeida P.F, Escorel S, Senna M.C.M, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva** 2009;14(3):783-94.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 4 ed. ver. amp. Petrópolis: Vozes, 2010

MENDES E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde:** o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, E. V. **A Construção Social da Atenção Primária À Saúde.** Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

OLIVEIRA, Felipe Proença de *et al*/. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface** (Botucatu), Botucatu , v. 19, n. 54, p. 623-634,

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p