



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

CENTRO DE HUMANIDADES

UNIDADE ACADÊMICA DE ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE

RAFAEL JOAQUIM OLIVEIRA SILVA

**A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO MUNICÍPIO DE
BOQUEIRÃO - PB: AS VISÕES DOS PROFISSIONAIS E GESTORES ENVOLVIDOS.**

CAMPINA GRANDE - PB

2014

RAFAEL JOAQUIM OLIVEIRA SILVA

**A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO MUNICÍPIO DE
BOQUEIRÃO - PB: AS VISÕES DOS PROFISSIONAIS E GESTORES ENVOLVIDOS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Bacharelado em Administração da
Universidade Federal de Campina Grande, em
cumprimento à exigência para obtenção do grau de
bacharel em Administração.

Orientador: Prof.º Dr. Darcon Sousa

CAMPINA GRANDE - PB

2014

A Deus que é o ser que nos rege e é através de seu poder divino que encontramos forças e coragem para enfrentarmos os obstáculos que surgem durante esta caminhada;

aos meus familiares e amigos, por terem me incentivado no decorrer desse trajeto, me apoiando e me dando forças para que conseguisse chegar ao final de um curso superior; especialmente, meus pais,

irmãos, primos e tios;

a todo corpo docente da Universidade Federal de Campina Grande, especialmente, ao orientador deste Trabalho de Conclusão de Curso, Dr. Darcon Sousa, e a todos que colaboraram direto e indiretamente

*com este trabalho científico,
dedico.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, porque sem a presença Dele nada disso aconteceria.

Durante esta caminhada de estudos, agradeço em especial a todos que me incentivaram no decorrer da realização deste trabalho.

Aos meus pais, especialmente a minha mãe que me deu forças, me orientou para que conseguisse atingir meus objetivos.

Aos meus familiares e amigos.

Aos meus professores e coordenadores de curso, o meu muito obrigado.

As médicas do Programa Mais Médicos do Município de Boqueirão, Dra. Livia Almeida Costa e Yindra Dmla Noblet, por suas contribuições imprescindíveis para a realização dessa pesquisa.

À gestora municipal de saúde, Joaneide Barbosa Leal, por sua disposição em colaborar com dados para esse trabalho.

Ao professor orientador desta pesquisa Dr. Darcon Sousa.

Aos professores que aceitaram participar da banca de defesa deste Trabalho de Conclusão de Curso.

"Em todas as ciências e em todas as artes o alvo é um bem; e o maior dos bens acha-se principalmente naquela dentre todas as ciências que é a mais elevada; ora, essa ciência é a Política, e o bem em Política é a justiça, isto é a utilidade geral."

Aristóteles.

SUMÁRIO

RESUMO.....	7
ABSTRACT.....	8
LISTA DE TABELAS.....	9
LISTA DE GRÁFICOS.....	10
1. INTRODUÇÃO.....	11
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
2.1. O Estado.....	13
2.2. Políticas Públicas: breve histórico.....	14
2.3. Políticas Públicas: construindo um conceito.....	15
2.3.1. O problema.....	15
2.3.2. Avaliar por quê e para quê?.....	17
2.4. Políticas Públicas voltadas à saúde.....	19
2.5. Desigualdade na distribuição dos médicos no Brasil.....	22
3. METODOLOGIA.....	29
3.1 Tipo de pesquisa.....	29
3.2 Instrumentos de Coleta.....	30
3.3. Unidade de Análise, Amostra e Sujeitos da Pesquisa.....	30
4. RESULTADOS DA PESQUISA.....	31
4.1. A implantação do Programa Mais Médicos no Brasil.....	31
4.2. A implantação do Programa Mais Médicos em Boqueirão	36
4.2.1. Perfil da População Atendida na UBSF - Bairro Novo II.....	36
4.2.2. Perfil da População Atendida na UBSF - Centro.....	42
4.3. As perspectivas de profissionais e gestores.....	48
4.3.1. Relato da entrevista com a médica estrangeira, Yindra Dmla Nobert, da UBSF - Bairro Novo II.....	48
4.3.2. Relato da entrevista com a médica brasileira, Lívia Almeida Costa, da UBSF - Centro.....	51
4.3.3. Relato da entrevista com a gestora de saúde do município de Boqueirão....	53
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
6. REFERÊNCIAS.....	58

RESUMO

O Brasil apresenta um déficit em relação a profissionais de medicina. A falta desses profissionais de saúde contribui de forma decisiva para o agravamento dos problemas na saúde pública do país. A insuficiência de médicos no Brasil, principalmente em localidades distantes das grandes cidades, levou o governo brasileiro a criar o Programa Mais Médicos no Brasil, o qual recrutou médicos brasileiros e estrangeiros para locais em que a necessidade desses profissionais de saúde é urgente. Assim, a presente pesquisa de caráter qualitativo, descritivo e de estudo de caso tem como objetivo analisar a implantação e os impactos do Programa Mais Médicos no município de Boqueirão, localizado no cariri paraibano. Constitui o *corpus* dessa pesquisa os profissionais de saúde e os agentes públicos envolvidos no Programa. Conclui-se que o Mais Médicos tem cumprido com o objetivo de trazer profissionais de medicina para as localidades que necessitam e mesmo diante da falta de estruturas adequadas em algumas Unidades é possível perceber uma melhora considerável no atendimento aos usuários. Para a realização desse estudo foi de fundamental importância as considerações de: Augusto (1989), Arcoverde (2012), Belloni, Magalhães e Sousa (2007), Rodrigues (2010) Roncalli (2003), Sarreta (2009) e Silva (2009).

PALAVRAS-CHAVE: Política Pública. Programa Mais Médicos. Saúde Pública no Brasil.

ABSTRACT

There is a shortage of doctors in Brazil, which contributes to the worsening of the public health quality in the country. The shortage of doctors, especially in remote locations of major cities, led the Brazilian government to create the More Doctors Program in Brazil, which recruited Brazilian and foreign doctors to places where the need for these health professionals is urgent. Thus, this qualitative research aims to analyze the implementation and impacts of the More Doctors Program in Boqueirão town, located in cariri region of Paraíba State. The *corpus* of this research was formed by health professionals and public officials involved in the program as well as the population served by these professionals. We conclude that the More Doctors Program reached its goal of bringing medical professionals to needy places and, despite the lack of adequate facilities in some units, it is possible to notice a considerable improvement in the service to users. To conduct this study was fundamental considerations: Augusto (1989), Arcoverde (2012), Belloni, Magellan and Sousa (2007), Rodrigues (2010) Roncalli (2003), Sarreta (2009) and Silva (2009).

KEYWORDS: Public Policy. More Doctors Program. Public Health in Brazil.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Distribuição de médicos registrados por 1.000 habitantes, segundo Unidades da Federal - Brasil (2011).....	24
TABELA 2	Distribuição de médicos registrados por 1.000 habitantes, segundo Capitais do Brasil (2011).....	25
TABELA 3	Distribuição de postos de trabalho médico ocupados por 1.000 habitantes, segundo as Unidades da Federação - Brasil (2011).....	27
TABELA 4	Distribuição de postos de trabalho médico ocupados por 1.000 habitantes, segundo as Capitais do Brasil (2011).....	28
TABELA 5	Média de médicos por 1.000 habitantes em países latino-americanos.....	31
TABELA 6	População assistida na UBSF - Bairro Novo II.....	36
TABELA 7	Condição clínica dos pacientes da UBSF - Bairro Novo II.....	37
TABELA 8	Famílias participantes do Programa Bolsa Família / Famílias que dispõe de plano de saúde, atendidas na UBSF - Bairro Novo II....	38
TABELA 9	Consultas médicas em residências nas áreas de abrangência.....	39
TABELA 10	Procedimentos médicos realizados no 1º. quadrimestre de 2014...	40
TABELA 11	Exames complementares realizados na UBSF - Bairro Novo II....	40
TABELA 12	Encaminhamentos para atendimento especializado.....	40
TABELA 13	Tipos de atendimentos médicos.....	41
TABELA 14	Visitas domiciliares (UBSF - Bairro Novo II).....	41
TABELA 15	Perfil da população atendida.....	42
TABELA 16	Perfil médico-hospitalar da população atendida.....	43
TABELA 17	Dados socioeconômicos da população atendida.....	44
TABELA 18	Consultas médicas em residências nas áreas de abrangência.....	45
TABELA 19	Ações de prevenção e acompanhamento clínico.....	46
TABELA 20	Exames complementares.....	46
TABELA 21	Encaminhamentos para atendimento especializado.....	47
TABELA 22	Procedimentos clínicos realizados na UBSF - Centro.....	47
TABELA 23	Visitas domiciliares UBSF - Centro.....	48

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	Distribuição de médicos registrados por 1.000 habitantes, segundo Grandes Regiões - Brasil (2011).....	23
GRÁFICO 2	Distribuição dos postos de trabalho médico utilizados por 1.000 habitantes, segundo Regiões da Federação - Brasil (2011).....	26
GRÁFICO 3	Faixa etária da população assistida na UBSF - Bairro Novo II.....	37
GRÁFICO 4	Condição clínica dos pacientes atendidos na UBSF - Bairro Novo.	38
GRÁFICO 5	Perfil da população atendida na UBSF - Centro.....	43
GRÁFICO 6	Perfil clínico da população atendida na UBSF - Centro.....	44

1. INTRODUÇÃO

O Brasil enfrenta problemas no que diz respeito à saúde pública. A falta de estruturas adequadas e de vagas nos hospitais; demora nos atendimentos; longos prazos para realização de exames e falta de medicamentos são alguns dos problemas enfrentados pelos usuários do SUS(Sistema Único de Saúde) - que são, em sua maior parte, cidadãos que possuem um nível econômico modesto.

Além disso, no Brasil existe um déficit em relação a profissionais da área de medicina. A falta desses agentes dos serviços de saúde contribui de forma decisiva para o agravamento dos problemas. Existe a necessidade de uma melhor distribuição de médicos entre as regiões do país. Atualmente, há concentração desses profissionais nos hospitais das grandes cidades, sobrecarregando esses locais com pacientes, muitas vezes, advindos de áreas longínquas.

O diagnóstico do CRESMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (2014), já apontava que: “[...] apesar de crescer de forma acelerada e constante, a população médica brasileira é mal distribuída pelo país; [...] do total de médicos ativos no país, a região Sudeste tem 2,61 para cada 1.000 habitantes”. Por outro lado, o mesmo relatório aponta que: "Já o Norte do país tem menos de um médico (0,98) para cada 1.000 habitante” (CREMESP, 2013). Isto ocorre ao mesmo tempo em que o número de vagas para o curso de medicina cresce constantemente.

O governo brasileiro, buscando responder ao problema da falta de médicos, criou o programa intitulado “Mais Médicos para o Brasil”, visando suprir a necessidade de médicos nas localidades que exigem maior demanda, diminuindo as desigualdades regionais no âmbito da saúde pública. O Programa Mais Médicos para o Brasil prevê uma série de providências que visa melhorar o sistema de saúde vigente no país, por meio do envio de profissionais, brasileiros ou não, às regiões mais carentes de assistência médica.

O município de Boqueirão, localizado na região do Cariri Paraibano, solicitou adesão ao referido Programa Mais Médicos, visando suprir a carência de médicos. As Unidades de Saúde Básica da Família do Bairro Novo II e do Centro foram as escolhidas para serem beneficiadas com a chegada de duas profissionais, uma médica estrangeira de nacionalidade cubana e outra

brasileira. As médicas estão inseridas no esforço dos agentes públicos locais para ampliar os serviços de saúde na cidade.

Neste sentido, a questão que norteia este trabalho consistiu em responder à seguinte pergunta: quem são os atores responsáveis pela implantação e pelo desenvolvimento do Programa Mais Médicos no município de Boqueirão?; Quais suas motivações e percepções sobre o Programa e suas repercussões no serviço de saúde do município mencionado?

Em face desta questão, o objetivo principal do trabalho foi: analisar a implantação e os impactos do Programa Mais Médicos no município de Boqueirão sob a perspectiva dos profissionais de saúde e dos agentes públicos. Para atender a este objetivo foram elaborados os objetivos específicos abaixo:

- Identificar os principais atores participantes do programa.
- Coletar as opiniões desses atores sobre o Programa e as suas motivações para dele participarem.
- Descrever as condições sob as quais o Programa foi implantado.
- Avaliar a contribuição do Programa para o serviço de saúde do município.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

As políticas públicas tem despertado cada vez mais o interesse dos cientistas políticos e do público em geral. Os estudos acadêmicos sobre o tema das políticas públicas objetivam explicar a função do Estado e as decisões tomadas pelos governantes. As pessoas têm dado mais importância ao entendimento do assunto, pois estão interessadas em saber se seus impostos estão sendo direcionados para a finalidade adequada, e quais os motivos da tomada de certas decisões por parte dos seus governantes (RODRIGUES, 2010).

Parte dessa inquietação pública acerca da aplicação correta de seus impostos vem da compreensão que se tem sobre o papel do Estado para a manutenção do corpo social. Nesse sentido, o sociólogo alemão Karl Marx, quando discorria sobre o tema do suicídio, deu sua contribuição para a análise de políticas públicas. Ele faz referência ao tema no sentido de que as instituições seriam relevantes para modificar o contexto social. Defendia que as instituições promoverão a obtenção da independência da classe operária (RODRIGUES, 2010).

Desse modo, constitui-se cada vez mais importante debatermos tal tema, firmando nosso olhar para o contexto brasileiro. Antes, porém, se faz necessário discutirmos as concepções de Estado e Política Pública, bem como as compreendemos e apresentamos neste trabalho.

2.1. O Estado

Segundo Rodrigues (2010), a ideia de Max Weber é a que melhor define o Estado, segundo ele o Estado é um processo histórico de concentração do poder que surgiu na Europa durante o final da Idade Média e o início da Idade Moderna. Do surgimento desse processo deriva o monopólio da coerção legítima por parte do Estado, em contrariedade a execução da violência privada perante interesses dispersos (RODRIGUES, 2010).

Dessa forma, temos que o Estado moderno compreende uma série de entidades públicas que realizam uma série de atividades baseadas em relações sociais complexas sem um território determinado. O governo é o sujeito que direciona os caminhos do corpo social e assume a posição de direção do Estado. Possui o poder político nas mãos, seja por meio legítimo, através de meios democráticos ou na forma de usurpação, por meio da coerção, instituindo um poder dominador e autoritário (RODRIGUES, 2010).

2.2. Políticas Públicas: breve histórico.

Durante os anos de 1930, surgiu o movimento nos Estados Unidos que se dedicou aos estudos das políticas públicas: Movimento da Análise de Políticas. O objetivo deste movimento consistia em produzir por meio de atividade acadêmica, “conhecimento de uma política para a política”, buscando realizar o auxílio da tomada de decisão por parte do governo (SILVA, 2009, *apud* Cavalcante, 2007, p.24).

As ciências econômicas eram as que se dedicavam ao estudo e levantamento da maior parte dos esclarecimentos sobre o tema das políticas públicas, estas pesquisas estavam mais voltadas para os aspectos econômicos, deixando um pouco de lado os fatores sociais e os impactos envolvidos no desenvolvimento dessas políticas na sociedade e as relações de poder incluídas neste contexto (SILVA, 2009).

Após o surgimento do Movimento da Análise de Políticas as implicações sobre os que são responsáveis por governar e como estes exercem este governo, defendidas pelas correntes de estudiosos econômicos, foram sendo gradativamente substituídas pelos que são os atores executores das políticas públicas e como estas são elaboradas. Os pesquisadores acadêmicos sempre se mostraram interessados na pesquisa e desenvolvimento de estudos e teorias que explicassem o desenvolvimento das políticas públicas, buscando investir os seus conhecimentos nos esclarecimentos das questões levantadas sobre o tema (SILVA, 2009).

O surgimento do Movimento de Análise de Políticas, contudo, não foi suficiente para que os governantes buscassem as teorias que surgiam na academia e as aplicasse nos problemas concretos, a fim de solucioná-los.

É importante destacar ainda que os estudos referentes às políticas públicas não ficaram restritos aos Estados Unidos. Alguns países europeus também desenvolveram suas abordagens sobre o assunto. No Brasil, também existe estudos sobre o assunto, mas, de certa forma, ainda são pouco relevantes se comparados com as demais abordagens (SILVA, 2009).

2.3. Políticas Públicas: construindo um conceito.

Uma política pública é uma instrução para a resolução de uma demanda pública da sociedade. Ela pode se apresentar sob duas formas de abordagem: a monocêntrica e a multicêntrica. Aquela mais voltada para os dados estatísticos, atribui ao ente estatal todo o privilégio de sua execução, de forma centralizadora. Esta, a abordagem multicêntrica, admite um número maior de atores no que se refere à execução dessas políticas públicas, sendo, contudo, os entes governamentais os principais executores. Segundo esta corrente, quando o estado agir conjuntamente com outras instituições de cunho privado, tais como: organizações não governamentais e organizações privadas, entre outros organismos que não pertencem à esfera do governo, estará exercendo uma rede de política pública (SECCHI, 2011).

2.3.1. O problema.

Para que exista uma política pública se faz necessário uma demanda pública, uma questão ou um problema a ser resolvido pelas autoridades competentes que são detentoras dos meios para solucioná-lo de forma satisfatória.

Sua construção provoca o agente público de maneira que este tome uma decisão e desenvolva uma política para resolver o problema. Nesse momento é importante identificar quem são os atores dessas políticas, pois o problema público é fixado pelos interesses desses

atores. No momento em que o problema for reconhecido, de forma que possa ser alvo de interferência governamental, haverá manifestação em direção a sua resolução (SILVA, 2009).

Depois da formulação do problema é necessário analisar as diversas propostas de resolução que surgirão e dentre elas selecionar a que se mostra mais adequada para lidar com o problema. Este momento pode ser definido como o de tomada de decisão, o momento em que será aplicada a política pública, que será estabelecida para resolver a diversidade gerada pelo problema.

Logo depois de concluída a formulação da política pública, se faz necessário sua implementação. No momento em que uma das proposições for selecionada, se dará a possibilidade de aplicá-la, de forma que esta possa ser decisiva e atue de forma efetiva para deliberar sobre a questão identificada no momento da construção do problema público. O estabelecimento da proposição que será responsável por sanar a questão, representa apenas uma disposição para deliberá-la, no entanto, a implementação decorrerá da utilização de instrumentos e ações efetivos na execução da resposta ao problema público (SILVA, 2009).

No que se refere à construção e desenvolvimento do problema, se faz necessário realizar o diagnóstico das circunstâncias em que se desenvolve a questão a ser solucionada e identificar os que são responsáveis pelo procedimento de encaminhamento do problema público. No desenvolvimento do problema é relevante reconhecer as proposições apresentadas para a resolução do problema, é preciso também observar, quem dentre os atores, é o principal responsável, ou seja, o majoritário dentre os demais (SILVA, 2009).

É bem verdade também que não existe política pública na sua forma omissa. Assim, para que se constate a sua existência deve haver a devida ação tomada por parte do executor, sendo este governamental ou não. Sendo assim, não há que se confundir as situações negligentes com as atuações dissuasivas. Nestas, há o intermédio por parte dos autores, buscando orientar para a não realização de uma determinada ação prejudicial ao interesse público. O problema público deve ser medido pela a diferença percebida entre a realidade presente e uma tida como padrão, mas possível de ser alcançada (SECCHI, 2011).

2.3.2. Avaliar por quê e para quê?

No que tange à avaliação acerca da aplicabilidade de determinada política pública, o Estado desenvolve uma avaliação dos resultados obtidos pela sua implementação e, desse modo, mede o impacto que esta oferece. Tal avaliação consiste em um procedimento frequente e indispensável, utilizado para a observação, apreciação e julgamento de situações ou objetos, a fim de verificar se estes foram realizados de forma a satisfazer, eficientemente, as finalidades para as quais foram criados.

Assim, é importante destacar que a avaliação não é um diagnóstico que busca analisar as implicações existentes entre a aplicação das políticas e o resultado obtido pela sua implementação. A analogia que se faz entre os propósitos e os produtos das decisões tomadas não são o todo do processo de avaliação, mas tão somente uma parte deste. Outrossim, é preciso realizar a avaliação de forma integral. Nesse sentido, avaliar representa englobar todas as perspectivas e inferências a cerca da política pública. (BELLONI; MAGALHÃES e SOUSA).

Desse modo, o exercício da avaliação pode ser definido como um exercício de análise das circunstâncias no sentido de encorajar o seu aperfeiçoamento. Essa perspectiva demonstra a avaliação não somente voltada para aprimorar o entendimento sobre o resultado do agir, mas especialmente para contribuir com a tomada de decisão; desse modo, deve-se desenvolver um componente de melhoramento da política. O entendimento de todos os aspectos da política, tanto os internos como o externos, devem ser considerados no que se refere à política pública que está sendo avaliada. Os resultados não são relevantes somente para aqueles que a desenvolveram, mas a todos os envolvidos ou atingidos pela política (BELLONI; MAGALHÃES e SOUSA, 2007).

Tendo em vista que a política pode ser definida como um dos instrumentos que o Estado utiliza para a realização de suas ações (BELLONI; MAGALHÃES e SOUSA, 2007), a sua avaliação deve utilizar alguns instrumentos. Iremos evidenciar o ciclo da política, de acordo com Silva (2009):

O Ciclo da Política (Policy Cycle) é um instrumento analítico utilizado para o estudo de uma dada política. Ele foi construído para fins de modelação, ordenamento,

explicação e prescrição do processo de elaboração de política (policy-marking).(SILVA, 2009, p. 23).

Segundo Silva (2009), para que decorra a elaboração do ciclo da política, se faz necessária a satisfação de cinco condições, cada uma referente a uma etapa da construção do ciclo, estas são: o momento da composição do problema público; o momento em que se dá a elaboração da política; o momento em que é tomada a decisão; o momento que a política é efetivada; o momento da análise dos resultados da política.

O momento final da avaliação se dá por meio da apreciação dos processos de criação, desenvolvimento e implementação da política pública na sua totalidade. Sobre a perspectiva dos atores principais das políticas e seus interesses e na identificação de possíveis erros observados durante todo o processo de construção da política (SILVA, 2009).

As falhas só poderão ser observadas no momento em que a política pública está sendo aplicada. Nesse momento, é, pois, necessário elaborar uma estratégia de resolução, não muito distante da realidade do problema a ser enfrentado. “Uma política mal formulada (apoiada num modelo cognitivo pouco coerente com a realidade, um modelo cognitivo irrealista) jamais poderá ser bem implementada” (SILVA, 2009, *apud* Dias e Dagnino, 2006 p. 44).

No contexto brasileiro a avaliação das políticas públicas passou a ser relevante a partir dos anos 80, por força da ação de grupos sociais que reivindicaram uma maior coerência por parte dos gestores nas ações públicas, principalmente com relação aos gastos públicos (ARCOVERDE, 2012). Nesse sentido, Arcoverde (2012) faz a seguinte afirmação:

Para alicerçar as tomadas de decisões sobre os fundamentos, diretrizes e os rumos da política; aproximação aos sujeitos sociais, superação da opacidade própria aos períodos ditatórios, socialização da política. A avaliação passa a ser incorporada à gênese, ao desenvolvimento e aos resultados das políticas no Brasil (ARCOVERDE, *Apud* Gomes, 2001, p. 4).

Outra questão a ser levada em consideração no que diz respeito à política pública é a análise desta. O momento de realizar a análise das políticas públicas está fundamentado em dois princípios: um corresponde a análise das políticas; enquanto o outro, equivale a análise para políticas (SILVA, 2009, *apud* Ham e Hill, 1993, p.26).

A primeira teoria está mais voltada para a apreciação das políticas públicas na forma de atividade acadêmica, direcionada para análise e estudo das políticas, buscando compreender os aspectos dela. Já a segunda perspectiva de análise de políticas públicas se direciona para a atividade do Estado, no sentido de sanar os problemas públicos que lhes são demandados. Essas duas concepções são o objeto de interesse tanto das entidades que compõem o ente governamental, quanto das instituições acadêmicas que as estudam. Dentro desses grupos existe os indivíduos que preferiam que o objetivo da análise de políticas fosse o de melhorar a compreensão da política e os que defendiam o objetivo de melhorar a qualidade da política. Outros ainda defendiam os dois objetivos conjuntamente (SILVA, 2009).

2.4. Políticas Públicas voltadas à saúde.

A saúde é a clara expressão das condições reais de existência de uma população. É resultante, entre outras coisas, da maneira como a relação entre o Estado e a sociedade é estabelecida. O Estado, através das Políticas Públicas, sobretudo, por meio das políticas voltadas para a proteção social, dentre as quais se encontram as Políticas de Saúde, que devem proporcionar qualidade de vida aos cidadãos (RONCALLI, 2003).

A materialização no Sistema Único de Saúde (SUS), do atual modelo de prestação de serviços de saúde do Brasil, é resultado de um processo histórico de lutas que se intensificaram a partir dos anos 1970 e 1980, através do Movimento Sanitário Brasileiro, em concordância com as lutas pelo processo de redemocratização da sociedade brasileira.

Ultimamente, os meios de comunicação têm noticiado, com bastante frequência, a falência do sistema público de saúde, destacando a sua ineficácia, ilustrado nas grandes filas e nos atendimentos em macas espalhadas pelos corredores (RONCALLI, 2003).

Embora reconhecendo que a mídia prefira as manchetes de caráter mais trágico e dantesco, este quadro, seguramente, não apareceu da noite para o dia, nem é resultado de ações realizadas em curto período e é lógico que a sua resolução não tem possibilidades imediatas de serem concretizadas. Uma reforma no sistema de saúde é um processo lento,

considerando o modelo segundo o qual foi idealizado o SUS, e levando em conta a situação econômica mundial e brasileira (RONCALLI, 2003).

Isso porque o significado da expressão política pública é a intromissão estatal nas mais diferentes dimensões da vida social, mas infelizmente lhe é imposta uma força de transformação bem menor. Esse contexto, demonstraria, de um jeito mais legítimo, as possibilidades e os limites da intervenção estatal, uma vez que sua existência gera, fundamentalmente, expectativas de alterações do campo estrutural. Trata-se também da imposição de uma conscientização específica de várias vias de ação do Estado, e uma reforma de coisas, setores e situações (AUGUSTO, 1989).

Existe também diferenças de caráter mais empírico entre as noções de planejamento estatal e política pública. As primeiras experiências de planejamento no Brasil se baseavam no estabelecimento de prioridades e o assentamento de metas a serem atingidas, articuladas de forma centralizada, e em volta do desenvolvimento econômico; ainda que seja necessário o estabelecimento de diretrizes abertas, não aparenta existir articulação análoga em relação à formulação e à implementação das políticas públicas (AUGUSTO, 1989).

Ao analisar as políticas públicas de saúde, se verifica uma perspectiva que aprecia a importância de compreender a concepção de saúde arquitetada pela sociedade brasileira, historicamente marcada por um modelo de saúde curativa, situado na assistência médica e nas especialidades, tendo como suporte o hospital. Observa-se cada vez mais a importância da atenção primária de saúde, da promoção e prevenção em saúde, entretanto, ainda não é o suficiente para quebrar esse modelo antiquado, biologista e de mercado (SARRETA, 2009).

Portanto, existem vários problemas e limitações resultantes da falta de gerenciamento, de fiscalização e da burocracia, entre outros, comprometendo a prática e descentralização da política pública de saúde, mas, sobretudo, evitando o exercício da democracia e da cidadania na saúde pública (SARRETA, 2009).

Sendo assim, o entendimento das políticas sociais e da política de saúde brasileira, atualmente, está conectada com o formato que vem adquirindo desde o início. O acesso à assistência à saúde é um direito reconhecido das classes assalariadas, foi sempre vinculado ao direcionamento da política econômica (SARRETA, 2009).

Por isso, a responsabilidade de formação e qualificação permanente dos trabalhadores da saúde é tanto do Ministério da Saúde como das secretarias estaduais e

municipais de saúde, apontando a criação de ações de educação em saúde com a população, a partir da realidade local e regional (SARRETA, 2009).

Enfim, percebe-se que as propostas referentes à gestão do trabalho e da educação em saúde foram recorrentes para que os problemas que afetam o processo de trabalho no SUS encontrassem soluções. Tais problemas se referem também à ausência de coerência das políticas públicas, que demonstra a inaptidão da sociedade atual de associar pessoas, interesses coletivos e respeitar culturas e diversidades com iniciativas precisas. Entretanto, o intenso exercício de democracia vem demonstrando conquistas e realizações em resistência ao modelo neoliberal (SARRETA, 2009).

Por outro lado, ainda que o objeto prioritário da intervenção estatal sejam as questões definidas institucionalmente como estando conectadas ao interesse coletivo, o domínio do que é qualificado como público, ligado ao interesse coletivo, não é demarcado de maneira isenta, uma vez que o Estado é um local de domínio e de agitações, conflitantes em sua natureza, e não um lugar de neutralidade, situado além e acima das diferenças constitutivas do social (AUGUSTO, 1989).

Como já foi apontado, o processo de desenvolvimento nacional tem efeito em uma intensa concentração de renda, o que não faz senão aumentar as carências na maior parte da sociedade. As condições de saúde, da mesma forma que refletem tendenciosamente as condições de vida, padecem do impacto negativo dessa diminuição da qualidade de vida. (AUGUSTO, 1989).

Desta forma, a possibilidade de qualquer alteração mais significativa nas condições da saúde geral, está a exigir alterações também significativas na afinidade de forças existentes na população, de maneira a demonstrar orientação hegemônica diversa e atualmente existente. (AUGUSTO, 1989).

2.5. Desigualdade na distribuição dos médicos no Brasil

O CREMESP realizou uma pesquisa demográfica acerca dos profissionais da área de medicina. Dentre os vários fatores analisados no trabalho, destacou-se a distribuição geográfica dos médicos e dos postos de trabalho ocupados.

A percepção do déficit de profissionais em regiões específicas não é totalmente suficiente para estipular e atender as necessidades por médicos brasileiros. A mera quantificação dos profissionais de medicina em atividades consideradas pelos respectivos Conselhos de Medicina não é suficiente para evidenciar a demografia médica no país.

O SUS enfrenta muitos desafios, pois este deve alcançar uma série de objetivos cumulativamente. Assim, o reconhecimento quantitativo é insuficiente para compreender as demandas por profissionais de medicina, visto que a demografia médica não se restringe aos números.

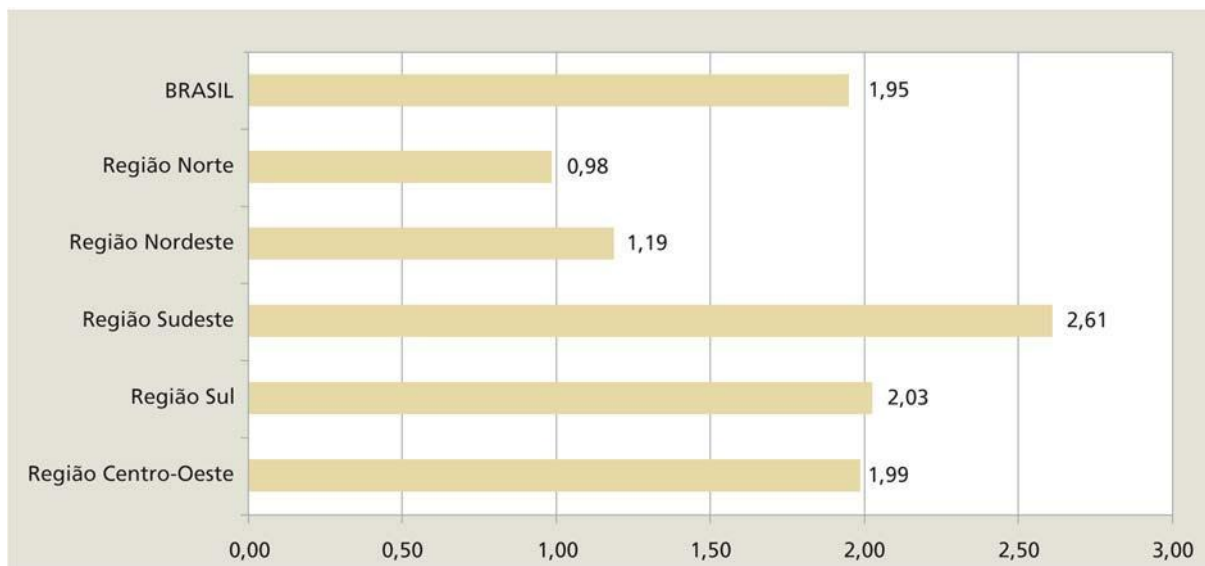
A forma de quantificar os médicos por indivíduo e estabelecer uma analogia entre os médicos ainda em atividade e a população se torna útil para realizar um diagnóstico primário, demonstrando quais as regiões que possuem quantidade excedente de profissionais e as que possuem déficit de médicos. Esses dados não são suficientes para demonstrar todo o contexto da densidade médica, pois o Brasil apresenta uma realidade complexa neste quesito, por ser um país de enorme extensão territorial e de desigualdades, com contrastes no acesso a equipamentos por parte dos profissionais que atuam em regiões mais ou menos carentes, onde existe uma divergência entre os setores públicos e privados da saúde. Todos esses fatores contribuem para a aglomeração dos profissionais de medicina.

A maioria dos médicos são submetidos a uma extensa e desgastante jornada de trabalho pelo o fato de possuírem mais de uma vinculação trabalhista, por conta dos baixos salários que recebem por um único vínculo (CREMESP, 2011).

Em suma, quantificar a população e dividi-la pela quantidade de profissionais não servirá de parâmetro para se estabelecer uma demografia médica, pois criará um indicador que não demonstrará confiabilidade e será pouco útil.

O estudo do CREMESP estipulou a quantidade total de médicos registrados no Brasil em 371.788. Já o IBGE no ano de 2010 estipulou o número total de habitantes em 190.732.694. Considerando esses números o país possui uma média de 1,95 médicos por 1.000 habitantes, com enormes desigualdades entre as regiões, sendo a região Sudeste, com 2,61 médicos por 1.000 habitantes, a que possui a maior aglomeração desses profissionais (gráfico 1).

Gráfico 1- Distribuição de médicos registrados por 1.000 habitantes, segundo Grandes Regiões - Brasil (2011).



Fonte: CFM; Pesquisa *Demografia Médica no Brasil*, 2011.

Considerando as unidades da federação (tabela 1), observa-se que o Distrito Federal possui a maior média, cerca de 4,02 médicos por 1.000 habitantes. Logo após, vemos os estados do Rio de Janeiro com 3,57, São Paulo, 2,58, e o Rio Grande do Sul com 2,31. São números comparados ou até mesmo superiores aos dos países que compõem a União Europeia.

Por outro lado, estados da Região Norte, como Amapá e Pará, e do Nordeste, como o Maranhão, possuem uma média inferior a 1 médico por 1.000 habitantes.

Tabela 1 - Distribuição de médicos registrados por 1.000 habitantes, segundo Unidades da Federação – Brasil (2011).

UF/Brasil	Médico CFM* ¹	População** ²	Razão*** ³
Distrito Federal	10.300	2.562.963	4,02
Rio de Janeiro	57.175	15.993.583	3,57
São Paulo	106.536	41.252.160	2,58
Rio Grande do Sul	24.716	10.695.532	2,31
Espírito Santo	7.410	3.512.672	2,11
Minas Gerais	38.680	19.595.309	1,97
BRASIL	371.788	190.732.694	1,95
Santa Catarina	11.790	6.249.682	1,89
Paraná	18.972	10.439.601	1,82
Goiás	9.898	6.004.045	1,65
Mato Grosso do Sul	3.983	2.449.341	1,63
Pernambuco	13.241	8.796.032	1,51
Rio Grande do Norte	4.392	3.168.133	1,39
Sergipe	2.804	2.068.031	1,36
Roraima	596	451.227	1,32
Paraíba	4.886	3.766.834	1,30
Tocantins	1.771	1.383.453	1,28
Mato Grosso	3.735	3.033.991	1,23
Bahia	17.014	14.021.432	1,21
Alagoas	3.659	3.120.922	1,17
Rondônia	1.738	1.560.501	1,11
Ceará	9.362	8.448.055	1,11
Amazonas	3.828	3.480.937	1,10
Acre	755	732.793	1,03
Piauí	3.125	3.119.015	1,00
Amapá	643	668.689	0,96
Pará	6.300	7.588.078	0,83
Maranhão	4.486	6.569.683	0,68

Fonte: CFM/IBGE; Pesquisa *Demografia Médica no Brasil*, 2011.

* ¹ Médicos registrados no Conselho Federal de Medicina: endereço informado de domicílio ou do local de trabalho (CFM, 2011).

** ² População geral (IBGE, 2010).

*** ³ Razão médico registrado no CFM/Habitante geral (1.000 habitantes).

A aglomeração dos profissionais de medicina nos grandes centros urbanos é uma tendência crescente, visto que é nessas regiões onde se concentra a maior parte da população e os estabelecimentos de ensino superior, bem como maior número de oferta de postos de trabalho. A pesquisa do CREMESP também detalhou a quantidade média de médicos por habitantes nas capitais (tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição de médicos registrados por 1.000 habitantes, segundo Capitais – Brasil (2011).

Capital	Médico CFM* ⁴	População** ⁵	Razão*** ⁶
Vitória	3.098	297.489	10,41
Porto Alegre	11.378	1.365.039	8,34
Florianópolis	2.733	424.224	6,44
Belo Horizonte	14.195	2.258.096	6,29
Rio de Janeiro	35.791	5.940.224	6,03
Recife	8.038	1.472.202	5,46
Curitiba	8.147	1.678.965	4,85
São Paulo	46.112	10.659.386	4,33
Goiânia	5.326	1.256.514	4,24
Salvador	10394	2.480.790	4,19
Aracaju	2.292	552.365	4,15
João Pessoa	2.592	716.042	3,62
Natal	2.706	785.722	3,44
Maceió	3.012	917.086	3,28
Belém	4.181	1.351.618	3,09
Cuiabá	1.597	530.308	3,01
Campo Grande	2.097	766.461	2,74
Teresina	2.025	797.029	2,54
São Luiz	2.250	966.989	2,33
Brasília	5.743	2.469.489	2,33
Fortaleza	4.824	2.315.116	2,08
Palmas	408	223.817	1,82
Boa vista	430	277.684	1,55
Porto Velho	634	410.520	1,54
Rio Branco	427	319.825	1,34
Manaus	2.250	1.718.584	1,31
Macapá	409	387.539	1,06

Fonte: CFM/IBGE; Pesquisa *Demografia Médica no Brasil*, 2011.

* ⁴Médicos registrados no Conselho Federal de Medicina: endereço informado de domicílio ou do local de trabalho (CFM, 2011)

** ⁵ População geral (IBGE, 2010);

*** ⁶ Razão médico registrado no CFM/Habitante geral (1.000 habitantes).

As localidades mais longínquas e carentes economicamente e estruturalmente e com grandes extensões em seu território enfrentam problemas para manter os profissionais, principalmente os que atuam nas áreas rurais.

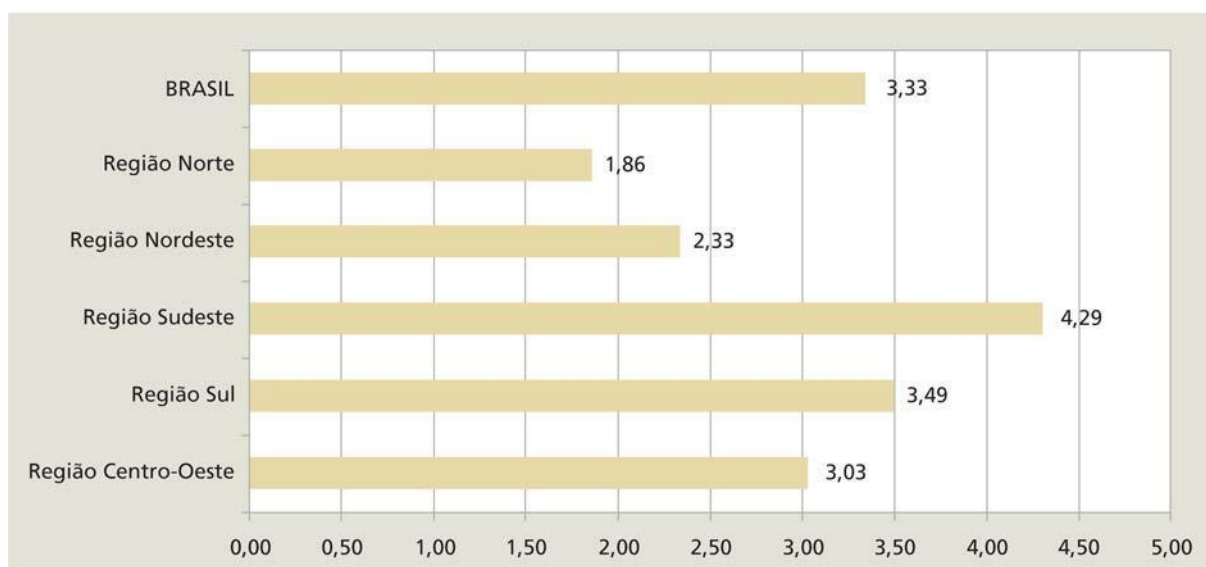
As Capitais da região Sudeste e Sul, como é o caso de Vitória, Belo Horizonte e Florianópolis despontam com uma enorme quantidade de médicos por habitantes, superior as médias apresentadas por seus respectivos estados que já possuem uma média alta. (CREMESP, 2011).

Já capitais, como: Teresina, Belém, São Luiz, possuem médias superiores aos demais municípios dos respectivos estados que representam, demonstrando a desigualdade dentro de um mesmo estado da federação. (CREMESP, 2011).

O Distrito Federal apresenta um dos melhores números com relação a postos: médicos 5,42, ocupados por 1.000 habitantes, e os médicos registrados, são 4,02 médicos por mil habitantes. Os estados do Rio de Janeiro e de São Paulo também se destacam ambos possuem médias de 4,47 postos de trabalho médico ocupados para cada 1.000 habitantes, essa realidade é superior a média nacional, que possui 3,33 postos de trabalho médico ocupados para cada grupo de 1.000 habitantes.

A quantidade de postos preenchidos por médicos nos estabelecimentos de saúde brasileiros é de 636.017, ao passo que o país possui 371.788 profissionais registrados nos Conselhos Regionais de Medicina. A média de postos ocupados por médicos é de 3,33 por 1.000 habitantes (Gráfico 2).

Gráfico 2- Distribuição de postos de trabalho médico ocupados por 1.000 habitantes, segundo Grandes Regiões – Brasil (2011)



Fonte: IBGE/AMS; Pesquisa *Demografia Médica no Brasil*, 2011.

A partir do gráfico acima, notamos que todos os demais Estados do Norte, Nordeste e Centro-Oeste, menos o Distrito Federal, apresentam média inferior a nacional. Desse modo, com exceção do Distrito Federal o país está dividido em duas realidades distintas, sendo as regiões Sul e Sudeste que possuem quase o dobro de médicos e estabelecimentos de saúde e o resto do país carente nesse aspecto conforme a (tabela 3) (CREMESP, 2011).

Tabela 3 - Distribuição de postos de trabalho médico ocupados por 1.000 habitantes, segundo as Unidades da Federação – Brasil (2011).

UF/Brasil	Posto de trabalho médico ocupado* ⁷	População** ⁸	Razão*** ⁹
Distrito Federal	13.890	2.562.963	5,42
Rio de Janeiro	71.644	15.993.583	4,48
São Paulo	184.171	41.252.160	4,46
Espírito Santo	14.590	3.512.672	4,15
Minas Gerais	74.573	19.595.309	3,81
Rio Grande do Sul	39.775	10.695.532	3,72
Paraná	34.907	10.439.601	3,34
Santa Catarina	20.870	6.249.682	3,34
BRASIL	636.017	190.732.694	3,33
Rio Grande do Norte	9.644	3.168.133	3,04
Mato Grosso do Sul	6.933	2.449.341	2,83
Sergipe	5.831	2.068.031	2,82
Pernambuco	23.861	8.796.032	2,71
Bahia	37.562	14.021.432	2,68
Goiás	15.605	6.004.045	2,60
Paraíba	9.290	3.766.834	2,47
Roraima	1.111	451.227	2,46
Piauí	6.705	3.119.015	2,15
Acre	1.532	732.793	2,09
Alagoas	6.400	3.120.922	2,05
Amazonas	7.132	3.480.937	2,05
Tocantins	2.824	1.383.453	2,04
Rondônia	3.178	1.560.501	2,04
Mato Grosso	6.115	3.033.991	2,02
Ceará	15.620	8.448.055	1,85
Amapá	1.225	668.689	1,83
Pará	12.440	7.588.078	1,64
Maranhão	8.589	6.569.683	1,31

* ⁷ Posto de trabalho médico ocupado em estabelecimentos de saúde - postos de 20h e 40h (AMS/IBGE, 2009).

** ⁸ População geral (IBGE, 2010).

*** ⁹ Razão médico ocupado em estabelecimentos de saúde por habitante geral (1.000 habitantes) (IBGE).

Fonte: IBGE/AMS; Pesquisa *Demografia Médica no Brasil*, 2011.

Ao analisar os dados referentes aos postos de trabalho ocupados nas capitais, percebemos um favorecimento para a concentração pelo fato da média referente às capitais 5,89 postos por 1.000, ser bastante superior a do restante do país 3,33 postos por 1.000 habitantes. Os números de Vitória, Belo Horizonte e Florianópolis apresentam entre 10 e 17 médicos ocupados por grupos de mil habitantes, médias bastante superiores a de seus respectivos estados que apresentam números entre 3,34 e 4,15 de média, segundo os dados da (tabela 4). O Estado do Maranhão possui os piores índices relativos a postos de trabalho ocupados, apenas 1,31, índice muito inferior à média nacional.

Tabela 4 - Distribuição de postos de trabalho médico ocupados por 1.000 habitantes, segundo Capitais – Brasil (2011)

Capital	Posto de trabalho médico ocupado* ¹⁰	População** ¹¹	Razão*** ¹²
Vitória	5.156	297.489	17,33
Florianópolis	4.445	424.224	10,48
Belo Horizonte	23.278	2.258.096	10,31
Porto Alegre	11.308	1.365.039	8,28
Recife	12.095	1.472.202	8,22
Curitiba	13.058	1.678.965	7,78
Salvador	17000	2.480.790	6,85
Aracaju	3.644	552.365	6,60
Natal	5.172	785.722	6,58
Goiânia	7.808	1.256.514	6,21
Rio de Janeiro	33.874	5.940.224	5,70
Brasília	13.890	2.469.489	5,62
São Paulo	59.329	10.659.386	5,57
João Pessoa	3.871	716.042	5,41
Belém	6.902	1.351.618	5,11
Teresina	3.531	797.029	4,43
Campo Grande	3.357	766.461	4,38
Cuiabá	2.314	530.308	4,36
Maceió	3.588	917.086	3,91
Rio Branco	1220	319.825	3,81
Porto Velho	1522	410.520	3,71
Palmas	798	223.817	3,57
Manaus	5.880	1.718.584	3,42
Fortaleza	7.754	2.315.116	3,35
São Luiz	3.092	966.989	3,20
Boa vista	718	277.684	2,59

* ¹⁰ Posto de trabalho médico ocupado em estabelecimentos de saúde - postos de 20h e 40h (AMS/IBGE, 2009).

** ¹¹ População geral (IBGE, 2010).

*** ¹² Razão médico ocupado em estabelecimentos de saúde/habitante geral (1.000 habitantes).

Macapá	834	387.539	2,15
--------	-----	---------	------

Fonte: IBGE/AMS; Pesquisa *Demografia Médica no Brasil*, 2011.

3. METODOLOGIA

O cuidado com a pesquisa é um fator crucial para o bom desenvolvimento de um trabalho acadêmico. É preciso um olhar atento para as características fundamentais do objeto estudado que irá nortear o pesquisador para que este possa obter êxito e alcançar os objetivos inicialmente traçados de forma clara e precisa.

A pesquisa é uma atividade fundamental na ciência. Esta possibilita uma melhor compreensão do que se deseja investigar. Ela se aplica através de minuciosa investigação com o objetivo de decifrar uma prática que se pretende estudar (Gerhardt e Silveira, 2009).

Segundo Fonseca (*apud* GERHARDT e SILVEIRA, 2009, p. 36), "a pesquisa possibilita uma aproximação e um entendimento da realidade a investigar, como um processo permanente e inacabado". Desse modo, a pesquisa se realiza por meio de aproximações sucessivas da realidade, fornecendo subsídios para uma intervenção no real.

3.1 Tipo de pesquisa

A abordagem utilizada no trabalho foi a qualitativa, tendo em vista que se preocupa com o aprofundamento do estudo do contexto social dos indivíduos de uma forma mais subjetiva, permitindo o julgamento dos pesquisadores (Goldenberg *apud* GERHARDT e SILVEIRA, 2009).

Quanto aos objetivos, a pesquisa trata-se de um trabalho descritivo que busca selecionar uma variedade de informações e dados sobre determinado assunto que se pretende estudar. Buscando identificar as particularidades para explicar uma determinada realidade (TRIVIÑOS, *apud* GERHARDT e SILVEIRA, 2009).

Com relação aos procedimentos técnicos, a pesquisa se caracteriza como um estudo de caso. Pois o estudo de caso se define pela análise de uma organização definida com o objetivo de aprofundar-se nas questões de um determinado contexto, procurando identificar seus aspectos fundamentais. O pesquisador não possui a intenção interferir no objeto de estudo, mas expô-lo da forma percebida por ele (Fonseca, 2009, *apud*, GERHARDT e SILVEIRA, 2009).

3.2 Instrumentos de Coleta

Os dados da pesquisa foram coletados por meio de: consultas às fontes documentais (sistema de informações da Saúde, artigos, legislação específica, quadros, tabelas, textos); entrevistas com os profissionais médicos participantes do PMM e gestores da saúde no município.

3.3. Unidade de Análise, Amostra e Sujeitos da Pesquisa

A unidade de análise desta pesquisa foi o município de Boqueirão, localizado no Cariri paraibano as Unidades Básicas de Saúde da Família, contempladas com o Programa Mais Médicos (Unidade Bairro Novo II e Unidade Centro), os médicos e gestores do Programa Mais Médicos do município citado.

4. RESULTADO DA PESQUISA

4.1. A implantação do Programa Mais Médicos no Brasil.

Segundo o IPEA, em 2011 (tabela 5) a maioria da população brasileira, cerca de 58,1% dos entrevistados, elegeu a falta de profissionais médicos como sendo o fator principal responsável pelos os problemas do SUS. Hoje, o Brasil apresenta uma média de 1,8 médicos por mil habitantes. Média inferior a de países como a Argentina (3,2), Uruguai (3,7), Portugal (3,9) e Espanha (4). No Brasil ainda existe um déficit de profissionais e uma desigualdade na distribuição dos médicos nas regiões, ao ponto de 22 estados estarem com suas médias inferiores à média nacional.

TABELA - 5: Média de médicos por 1.000 habitantes em países latino-americanos.

PAÍSES	Médico por 1.000 hab.	PAÍSES	Médico por 1.000 hab.
Peru	0,9	Estados Unidos	2,4
Chile	1	Reino Unido	2,7
Paraguai	1,1*	Austrália	3
Bolívia	1,2*	Argentina	3,2*
Colômbia	1,4*	Itália	3,5
Equador	1,7	Alemanha	3,6
Brasil	1,8	Uruguai	3,7
Venezuela	1,9*	Portugal	3,9
México	2	Espanha	4
Canadá	2	Cuba	6,7

Fonte: IPEA, 2011.

Com o intuito de diminuir as carências da população brasileira com relação a profissionais de medicina o governo lançou o programa "Mais Médicos para o Brasil". Visando formar um corpo de profissionais mais sólido e mais bem distribuído e, desse modo, procurar diminuir as disparidades regionais com relação a presença destes profissionais nos locais em que são mais demandados (BRASIL. Lei nº 12.871, 2013).

Todavia, os problemas que afetam a Saúde Pública no Brasil não se limitam apenas a falta desses profissionais de saúde. Por esse motivo, o Ministério da Saúde está direcionando um investimento de R\$ 15 bilhões até o ano de 2014, para melhoria das condições dos Hospitais e das Unidades de Saúde da Família.

Do total desse valor, R\$ 2,8 bilhões, se destinaram a realização de obras em 16 mil unidades de saúde e para compra de equipamentos para outras 5 mil unidades; R\$ 3,2 bilhões foram direcionados para obras em 818 hospitais e para adquirir equipamentos em 2,5 mil hospitais; foi investido mais R\$1,4 bilhão para realização de obras em 877 Unidades de Pronto Atendimento.

Ainda foram previstos novos investimentos de R\$ 5,5 bilhões na construção de 6 mil Unidades Básicas de Saúde da Família e para a melhoria das que já existem; R\$11,8 bilhões para criação de 225 Unidades de Pronto Atendimento e mais R\$ 2 bilhões em 14 hospitais universitários (2014, PORTAL DA SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE).

O programa atua expandindo a anexação destes profissionais por parte das unidades de saúde do SUS, também busca desenvolver a formação médica no país através das experiências da realidade dos pacientes e das condições do nosso sistema de saúde. O "Mais Médicos" busca, da mesma forma, fomentar a troca de conhecimentos entre os médicos brasileiros e os que se formaram em instituições estrangeiras e até mesmo os que são de nacionalidades estrangeiras, enriquecendo as experiências de ambos e aprimorando os profissionais para atuarem nas políticas públicas de saúde (BRASIL. Lei nº 12.871, 2013).

O "Mais Médicos", além de buscar aumentar o número de profissionais e procurar distribuí-los de forma mais igualitária, atua na reestruturação dos cursos de medicina e de residência médica, até mesmo exigindo condições adequadas para o seu funcionamento e distribuindo as vagas, de modo que venham a dar prioridade as regiões que possuem os piores índices de médicos por habitantes, buscando a impulsão dessas regiões que são as de prioridade por parte do SUS (BRASIL. Lei nº 12.871, 2013).

O Programa Mais Médicos faz parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde, que prevê investimento em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, além de levar Mais Médicos para regiões onde não existem profissionais (PORTAL DA SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

As instituições superiores que quiserem autorização para atuar na formação de profissionais de medicina deverão participar previamente de um chamamento público, cujo

Ministério da Educação dará ordem. Os gestores locais do SUS, por meio de um termo de adesão, se comprometerão a oferecer as instituições que vencerem o chamamento público, através de contrapartida dessas, as condições para o funcionamento dos serviços de saúde e as estruturas para as ações de funcionamento do curso de medicina (BRASIL. Lei nº 12.871, 2013).

Os estudantes concluintes dos cursos de medicina irão se submeter a um período de internato, sob a observação e acompanhamento, conforme definiu os idealizadores do programa, o período mínimo de atuação será de dois anos, no qual os futuros médicos irão atuar nas unidades de saúde da família e nos serviços de urgência e emergência do nosso Sistema Único de Saúde.

Em parceria com o Ministério da Educação, serão abertas 11,5 mil vagas nos cursos de medicina no país até 2017 e 12 mil vagas para formação de especialistas até 2020. Desse total, 2.415 novas vagas de graduação já foram criadas e serão implantadas até o fim de 2014, com foco nas áreas que mais precisam de profissionais e que possuem a estrutura adequada para a formação médica (2014, PORTAL DA SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE).

Os programas de residências médicas de que trata esta legislação introduzirão os processos de mudanças para a efetivação dos ajustamentos e estabelecimentos das alterações curriculares, objetivando proporcionar um novo currículo com conteúdos atualizados e nova definição das cargas horárias, a fim de evitar que alguns alunos venham repetir desnecessariamente ou se evadir do curso ou até mesmo evitar atrasos curriculares, impulsionando o fluxo necessário de especialistas (BRASIL. Lei nº 12.871, 2013).

O Programa é oferecido para os médicos brasileiros formados nas instituições nacionais ou com os diplomas revalidados no país; aos médicos brasileiros formados no exterior e com habilitação para atuar nesses países e para os médicos estrangeiros, por meio de intercâmbio; os que são formados em instituições nacionais ou tiveram os diplomas revalidados no Brasil, inclusive os aposentados, serão priorizados pelos critérios do PMM (BRASIL. Lei nº 12.871, 2013).

O Programa Mais Médicos será conjuntamente gerenciado pelos Ministérios da Educação e Saúde que condicionarão as formas pelas quais as instituições públicas nacionais deverão atuar (BRASIL. Lei nº 12.871, 2013).

Os atores que compõe o Programa Mais Médicos são os médicos participantes que serão submetidos a um processo de aprimoramento profissional, os supervisores que serão profissionais de medicina que atuarão como os responsáveis pelos os médicos participantes do PMM e os tutores acadêmicos que será um professor da área de medicina que dará a orientação acadêmica aos profissionais participantes (BRASIL. Lei nº 12.871, 2013).

Segundo a legislação referente ao programa, os médicos estrangeiros que venham a desempenhar suas atividades no modelo de intercâmbio deverão apresentar diploma validado por instituição estrangeira, habilitação para atuar em seu país de origem e o conhecimento referente à nossa língua e as condições de funcionamento do SUS e as formas de como atuar na estratégia de saúde da família.

O Ministério da Saúde emitirá um número de inscrição para cada médico intercambista que estará sujeito a fiscalização por parte do Conselho Regional de Medicina, a criação de vínculo empregatício em nenhuma forma é permitida aos participantes do sistema de intercâmbio, esses médicos receberão um visto de permanência temporária expedido pelo Ministério das Relações Exteriores de três anos, prorrogável por igual período, esse visto é expandido aos parentes e os companheiros dos profissionais estrangeiros para que todos possam permanecer em nosso país (BRASIL. Lei nº 12.871, 2013).

Caso os médicos participantes do Programa desviem de suas funções, estão previstas as devidas punições aos infratores, estas podem ser: advertência, suspensão ou até mesmo o desligamento das ações do PMM (BRASIL. Lei nº 12.871, 2013).

As unidades de saúde terão prazo de cinco anos para se adequar as exigências do Programa. O número de profissionais estrangeiros não poderá ultrapassar os 10% do total de médicos participantes. A união ficará responsável pela instalação e pelo o custeio, por meio de uma ajuda de custo, para o deslocamento dos profissionais e também os seus dependentes, serão também concedidas bolsas de formação, supervisão e tutoriais (BRASIL. Lei nº 12.871, 2013).

É importante ressaltar que o Programa Mais Médicos vem enfrentando uma série de posicionamentos contrários a sua implementação, por vários setores ligados aos profissionais de medicina brasileiros. Estes, em sua maioria, repudiam a vinda do médicos estrangeiros para o país e as propostas do Programa quase que na sua totalidade.

Representantes do Conselho Federal de Medicina (CFM), da Associação Médica Brasileira (AMB), da Federação Nacional dos Médicos (Fenam) e de organizações estudantis

têm realizado constantes manifestações contra o Programa Mais Médicos. Eles acusam o governo de tentar transferir a responsabilidade pelos problemas do SUS para os profissionais da área (RODRIGUES, 2013).

O CFM acredita que a liberação para os médicos de nacionalidade estrangeira através da revalidação do diploma seja um erro, pois irá favorecer a contratação de médicos de capacidade discutível. As críticas também se direcionam a criação de novas vagas na graduação. O CFM não vê necessidade da criação do PMM, mas de uma política de redistribuição dos médicos em toda extensão do país (RODRIGUES, 2013).

Dos 5.839 profissionais estrangeiros que atuam no Mais Médicos, 5.400 são cubanos. Eles chegaram ao país por meio de um acordo do governo com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), braço da Organização Mundial de Saúde para as Américas. (COSTA, 2014).

Por outro lado, o Programa Mais Médicos tem sido bastante aceito entre os gestores municipais de saúde que lutam frequentemente na tentativa de sanar os contratemplos para manter os profissionais de medicina, atuando na atenção básica e combater a falta destes nas áreas mais carentes do Brasil (CHIORO, 2013).

Embora esteja ainda em processo inicial de implantação, o Programa Mais Médicos já conquistou a adesão dos brasileiros, conforme demonstrou pesquisa realizada em 135 municípios pela Confederação Nacional de Transporte (CNT), na qual 73,9% dos entrevistados posicionaram-se a favor do programa (CHIORO, 2013).

Assim, o Programa Mais Médicos tem sido aceito por parte da população brasileira e dos gestores de saúde, no sentido de garantir a melhoria do atendimento da população e deve satisfazer as expectativas, pois a presença dos médicos em tempo integral nos postos de saúde já é um grande avanço para realidade brasileira, carente desses profissionais, nas áreas mais distantes dos grandes centros.

O programa também prevê uma série de investimentos nas estruturas dos estabelecimentos de saúde da rede do SUS. No entanto, enfrenta resistência da classe médica brasileira que tem criticado bastante o programa, questionando o processo de revalidação dos diplomas e a presença de Médicos estrangeiros e a procedência dos mesmos, além das mudanças curriculares nos cursos de medicina e especializações previstos pelo programa.

4.2. A Implantação do Programa Mais Médicos em Boqueirão

No município de Boqueirão existia uma dificuldade na contratação de profissionais de medicina, problema muito comum para a maioria dos municípios do interior. Visando alterar esse quadro, a gestão de saúde do município decidiu aderir ao Programa Mais Médicos. Através deste, houve a contratação de duas profissionais: uma estrangeira e uma brasileira, dispostas, respectivamente, nas Unidades de Saúde da Família Bairro Novo II e Centro.

Os dados do Sistema SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), expostos aqui, demonstram os números referentes aos perfis da população das áreas referentes a estas unidades e das ações das suas respectivas equipes, além de exporem as principais doenças e procedimentos realizados, no que concerne ao primeiro quadrimestre da implantação do Programa no município.

4.2.1. Perfil da População Atendida na UBSF - Bairro Novo II.

Com referência aos dados de quantidade da população atendida na UBSF da Família - Bairro Novo II, percebe-se uma presença marcante de indivíduos da faixa etária adulta, entre os 20 e 39 anos, uma grande quantidade de pessoas maiores de 60 anos também pode ser destacada. As mulheres são maioria dentre a população assistida por esta unidade, como podemos observar na (tabela 6) e no (gráfico 3):

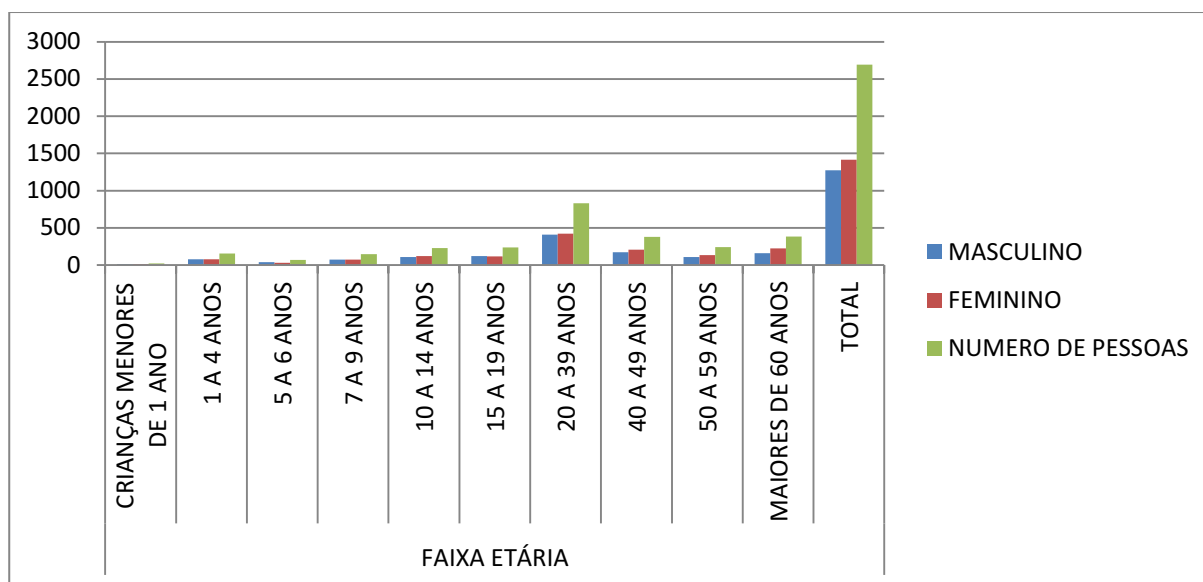
TABELA – 6: População assistida na UBSF - Bairro Novo II

SEXO	FAIXA ETÁRIA										
	CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO	1 A 4 ANOS	5 A 6 ANOS	7 A 9 ANOS	10 A 14 ANOS	15 A 19 ANOS	20 A 39 ANOS	40 A 49 ANOS	50 A 59 ANOS	MAIORES DE 60 ANOS	TOTAL
MASCULINO	11	76	38	74	108	122	408	172	108	158	1.275

FEMININO	12	79	29	74	119	115	421	206	135	226	1.416
NUMERO DE PESSOAS	23	155	67	148	227	237	829	378	243	384	2.691

Fonte: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica-2014.

GRÁFICO – 3 - Faixa etária da população assistida na UBSF - Bairro Novo II.



Fonte: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica - 2014.

Quanto às condições clínicas dos pacientes pertencentes à área de atuação da UBSF - Bairro Novo II é possível destacar uma presença significativa de hipertensos, sendo a condição que mais se representa, segundo os dados do SIAB. A forte presença de indivíduos diabéticos também chama atenção. Há uma boa presença de gestantes e portadores de deficiência, conforme mostra a (tabela 7) e o (gráfico 4):

TABELA – 7: Condição clínica dos pacientes da UBSF - Bairro Novo II

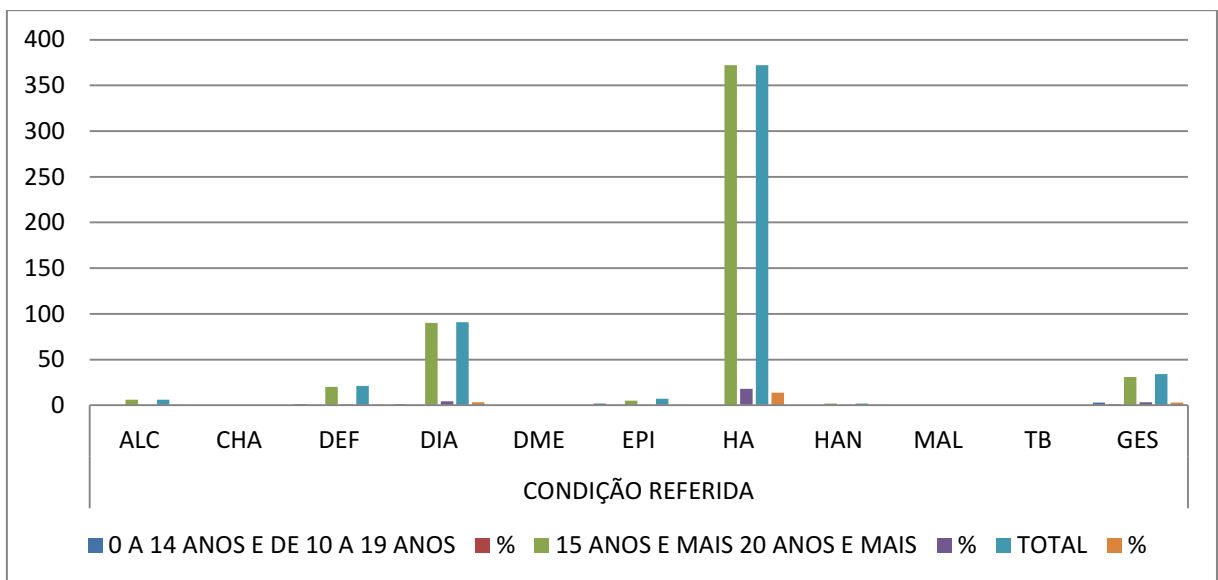
FAIXA ETÁRIA	CONDIÇÃO REFERIDA										
	ALC	CHA	DEF	DIA	DME	EPI	HA	HAN	MAL	TB	GES
0 A 14 ANOS E DE 10 A 19 ANOS	0	0	1	1	0	2	0	0	0	0	3
%	0	0	0,16	0,16	0	0,32	0	0	0	0	1,28
15 ANOS E MAIS 20 ANOS E MAIS	6	0	20	90	0	5	372	2	0	0	31
%	0,29	0	0,97	4,35	0	0,24	17,96	0,10	0	0	3,14
TOTAL	6	0	21	91	0	7	372	2	0	0	34
%	0,22	0	0,78	3,38	0	0,26	13,82	0,07	0	0	2,78

Fonte: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica-2014.

- ALCOOLISMO – ALC
- CHAGAS – CHA

- DEFICIÊNCIA FÍSICA – DEF
- DIABETES – DIA
- DISTÚRBO MENTAL
- EPILEPSIA – EPI
- HIPERTENSÃO ARTERIAL - HA
- HANSENÍASE – HAN
- MALÁRIA – MAL
- TUBERCULOSE
- GESTANTE - GES

GRÁFICO - 4: Condição clínica dos pacientes atendidos na UBSF - Bairro Novo II.



Fonte: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica - 2014.

Quanto às famílias participantes do Bolsa Família, a área coberta pela unidade conta com 8,20 % do total de indivíduos participantes do programa no município, o número de pessoas cobertas por plano de saúde ainda é muito pequeno na região da UBSF - Bairro Novo II, conforme podemos observar na (tabela 8):

TABELA –8: Famílias participantes do Programa Bolsa Família / Famílias que dispõe de plano de saúde, atendidas na UBSF - Bairro Novo II.

OUTROS DADOS RELEVANTES	QUANTIDADE	%
FAMÍLIAS PARTICIPANTES DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	71	8,20

PESSOAS COBERTAS POR PLANO DE SAÚDE	107	3,98
-------------------------------------	-----	------

Fonte: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica-2014.

Nos dados referentes às consultas realizadas com os indivíduos cobertos pela área da UBSF - Bairro Novo II, podemos observar um número de consultas muito elevado, considerando o 1º quadrimestre de 2014, principalmente entre indivíduos adultos na faixa dos 20 aos 39 anos, estes somam a maioria dos atendidos, na região do posto de saúde conforme observamos na (tabela 9):

TABELA – 9: Consultas médicas em residências nas áreas de abrangência.

CONSULTAS MÉDICAS EM RESIDÊNCIAS NAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA	1º QUADRIMESTRE DE 2014
CONSULTAS CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO	63
CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO	23
MÉDIA DE CONSULTAS EM CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO	2,74
CONSULTA EM CRIANÇAS DE 1 A 4 ANOS	111
CRIANÇAS DE 1 A 4 ANOS	155
MÉDIA DE CONSULTAS EM CRIANÇAS DE 1 A 4 ANOS	0,72
CONSULTAS EM CRIANÇAS DE 5 A 9 ANOS	48
CRIANÇAS DE 5 A 9 ANOS	215
MÉDIA CONSULTAS EM CRIANÇAS DE 5 A 9 ANOS	0,22
CONSULTA EM CRIANÇAS DE 10 A 14 ANOS	55
CRIANÇAS DE 10 A 14 ANOS	227
MÉDIA DE CONSULTAS EM CRIANÇAS DE 10 A 14 ANOS	0,24
CONSULTAS EM PESSOAS DE 15 A 19 ANOS	66
PESSOAS DE 15 A 19 ANOS	237
MEDIA DE CONSULTAS EM PESSOAS DE 15 A 19 ANOS	0,28
CONSULTAS EM PESSOAS DE 20 A 39 ANOS	248
PESSOAS DE 20 A 39 ANOS	829
MÉDIA DE CONSULTAS EM PESSOAS DE 20 A 39 ANOS	0,30
CONSULTAS EM PESSOAS DE 40 A 49 ANOS	167
PESSOAS DE 40 A 49 ANOS	378
MÉDIA DE CONSULTAS EM PESSOAS DE 40 A 49 ANOS	0,44
CONSULTAS EM PESSOAS DE 50 A 59 ANOS	115
PESSOAS DE 50 A 59 ANOS	243
MÉDIA DE CONSULTAS EM PESSOAS DE 50 A 59 ANOS	0,47
CONSULTAS EM PESSOAS DE 60 ANOS OU MAIS	314
PESSOAS DE 60 ANOS OU MAIS	384
MÉDIA DE CONSULTAS EM PESSOAS DE 60 ANOS OU MAIS	0,82
TOTAL GERAL DE CONSULTAS	1.187
TOTAL GERAL DE PESSOAS	2.691
MÉDIA DE CONSULTAS NA ÁREA	0,44

Fonte: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica-2014.

O tipo de atendimento mais recorrente na UBSF- Bairro Novo II é o destinado aos hipertensos, seguidos pelos atendimentos direcionados aos diabéticos, pois ambas as condições precisam de acompanhamento especial por parte da equipe, no sentido de

realização da prevenção de possíveis complicações decorrentes destas enfermidades. Os atendimentos do pré-natal e puericultura (acompanhamento de crianças) são também importantes, pois cuidam da gestação e do acompanhamento das crianças. A prevenção ao câncer uterino é de extrema importância para a manutenção da saúde das mulheres e consiste em outra variável que podemos destacar na (tabela 10):

TABELA - 10: Procedimentos médicos realizados no 1º. quadrimestre de 2014.

TIPO DE ATENDIMENTO	1º QUADRIMESTRE 2014	%
PUERICULTURA	160	5,78
PRÉ-NATAL	140	5,06
PREVENÇÃO DE CÂNCER UTERINO	185	6,69
DST/AIDS	0	0
DIABETES	126	4,56
HIPERTENSÃO ARTERIAL	336	12,15
HANSENÍASE	2	0,07
TUBERCULOSE	0	0

Fonte: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica-2014.

Quanto aos exames complementares realizados na UBSF - Bairro Novo II, podemos destacar os de patologia clínica e os citopatológicos cérvico - vaginal de prevenção ao câncer uterino como podemos visualizar na (tabela 11):

TABELA - 11: Exames complementares realizados na UBSF - Bairro Novo II

EXAMES COMPLEMENTARES	1º QUADRIMESTRE 2014	%
PATOLOGIA CLÍNICA	769	64,79
RADIODIAGNÓSTICO	41	3,45
CITOPATOLÓGICO CERVICO-VAGINAL	185	15,59
ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRÍCIA E	56	4,72
OUTROS	116	9,77

Fonte: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica-2014.

Os dados referentes aos encaminhamentos, demonstram que os atendimentos dos especialistas são a principal demanda da população atendida na unidade como indica Tabela 12:

TABELA – 12: Encaminhamentos para atendimentos especializados.

ENCAMINHAMENTOS	1º QUADRIMESTRE 2014	%
ATENDIMENTO ESPECIALIZADO	270	22,75
INTERNAÇÃO HOSPITALAR	0	0
URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	0	0

Fonte: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica-2014.

A (tabela 13) destaca os procedimentos de atendimentos individuais e os atendimentos de educação em grupo, que buscam realizar ações de conscientização. São o que podemos destacar:

TABELA – 13: Tipos de atendimentos médicos

PROCEDIMENTOS	1º QUADRIMESTRE 2014
ATENDIMENTO ESPECÍFICO	0
INTERNAÇÃO DOMICILIAR	0
VISITA E INSPEÇÃO SANITÁRIA	13
ATENDIMENTO INDIVIDUAL ENFERMEIRO	1.579
ATENDIMENTO INDIVIDUAL DE OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR	934
CURATIVOS	14
INALAÇÕES	0
INJEÇÕES	3
RETIRADAS DE PONTOS	5
TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL	5
ATENDIMENTO EM GRUPO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	51
SUTURA	0
PROCEDIMENTOS COLETIVOS	0
REUNIÕES	6

Fonte: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica-2014.

As visitas domiciliares dos médicos podem ser consideradas ações muito importantes que esses profissionais realizam, pois, buscando uma interação com a população por ele atendida, o profissional médico se aproxima da realidade dos pacientes e das suas condições reais, é o nosso destaque na (tabela 14):

TABELA - 14: Visitas domiciliares (UBSF - Bairro Novo II)

VISITAS DOMICILIARES	1º QUADRIMESTRE 2014
MÉDICO	45
ENFERMEIRO	34
OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR	0
PROFISSIONAIS DE NÍVEL MÉDIO	50
AGENTES DE SAÚDE E OUTROS PROFISSIONAIS	2.639
TOTAL DE VISITAS	2.768

Fonte: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica-2014.

4.2.2 Perfil da População Atendida na UBSF - Centro.

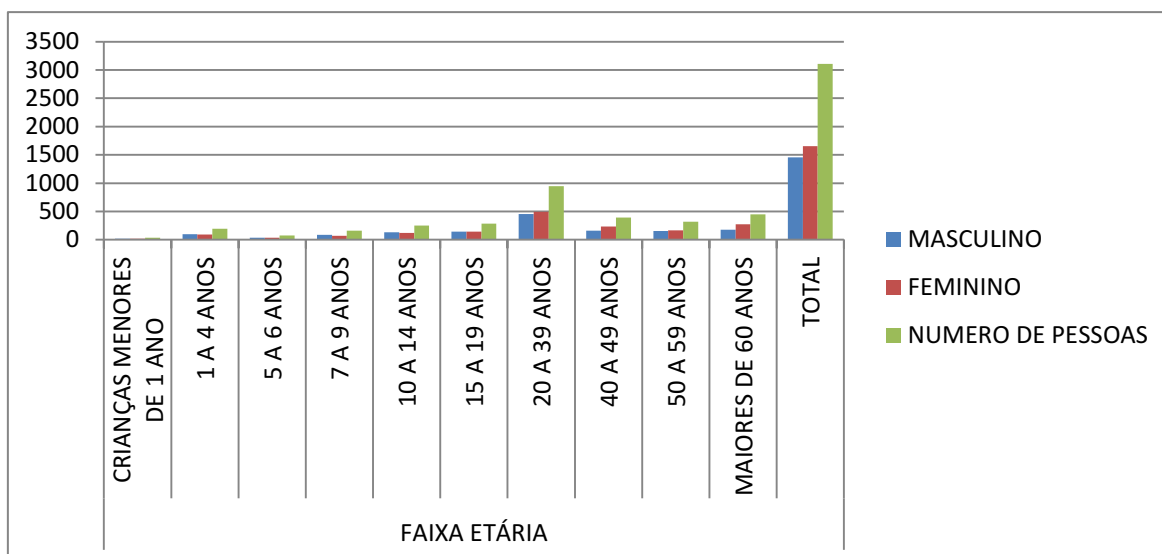
No que diz respeito aos dados referentes ao número de pessoas pertencentes à área de atuação da UBSF - Centro, podemos observar o maior de número de indivíduos do sexo feminino em relação ao masculino e uma presença maior de indivíduos adultos, sobretudo, na faixa dos 20 a 39 anos. Vale salientar a grande quantidade de pessoas maiores de 60 anos, como pode ser observado na (tabela- 15) e no (Gráfico – 5):

Tabela - 15: Perfil da população atendida.

SEXO	FAIXA ETÁRIA										TOTAL
	CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO	1 A 4 ANOS	5 A 6 ANOS	7 A 9 ANOS	10 A 14 ANOS	15 A 19 ANOS	20 A 39 ANOS	40 A 49 ANOS	50 A 59 ANOS	MAIORES DE 60 ANOS	
MASCULINO	19	99	38	88	130	142	452	160	152	175	1.455
FEMININO	16	93	37	72	121	145	496	232	166	273	1.651
NÚMERO DE PESSOAS	35	192	75	160	251	287	948	392	318	448	3.106

Fonte: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica-2014.

GRÁFICO – 5: Perfil da população atendida na UBSF - Centro



Fonte: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica - 2014.

Sobre os dados que tratam das condições das pessoas atendidas na UBSF - Centro, podemos destacar o alarmante número de pessoas que sofrem de hipertensão, observa-se também uma grande quantidade de diabéticos, ambas as doenças são muito comuns em pessoas de maior faixa etária. O alto número de alcoólatras é outra variável relevante que percebe-se na (tabela – 16) e no (gráfico – 6):

TABELA – 16: Perfil médico-hospitalar da população atendida

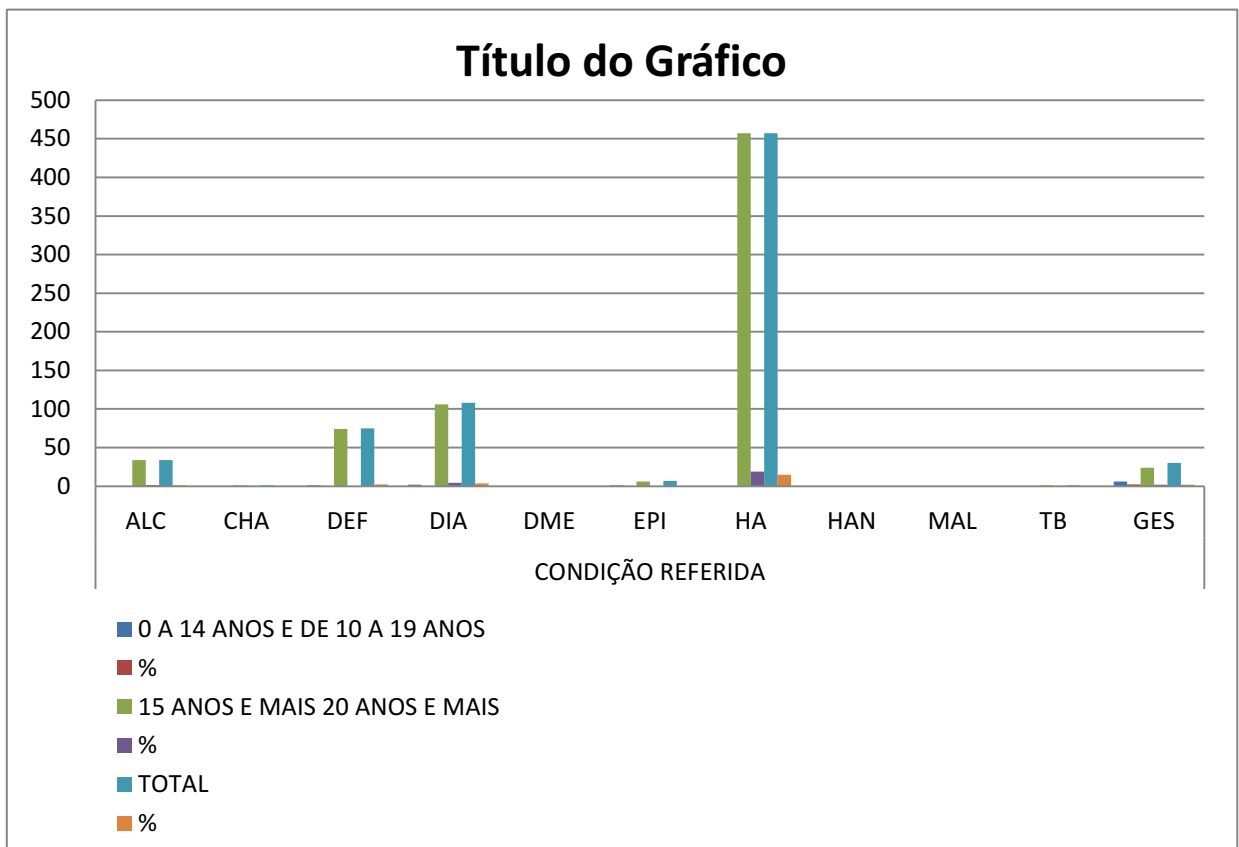
FAIXA ETÁRIA	CONDIÇÃO REFERIDA										
	ALC	CHA	DEF	DIA	DME	EPI	HA	HAN	MAL	TB	GES
0 A 14 ANOS E DE 10 A 19 ANOS	0	0	1	2	0	1	0	0	0	0	6
%	0	0	0,14	0,28	0	0,14	0	0	0	0	2,26
15 ANOS E MAIS 20 ANOS E MAIS	34	1	74	106	0	6	457	0	0	1	24
%	1,42	0,04	3,09	4,43	0	0,25	19,10	0	0	0,04	2,06
TOTAL	34	1	75	108	0	7	457	0	0	1	30
%	1,09	0,03	2,41	3,48	0	0,23	14,71	0	0	0,03	2,09

Fonte: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica-2014.

- ALCOOLISMO – ALC
- CHAGAS – CHA
- DEFICIÊNCIA FÍSICA – DEF
- DIABETES – DIA

- DISTÚRBO MENTAL
- EPILEPSIA – EPI
- HIPERTENSÃO ARTERIAL - HA
- HANSENÍASE – HAN
- MALÁRIA – MAL
- TUBERCULOSE
- GESTANTE – GES

GRÁFICO 6: Perfil clínico da população atendida na UBSF - Centro



Fonte: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica - 2014.

Cerca de quase 10% dos moradores da região da UBSF - Centro são participantes do Programa Bolsa Família, existe também uma boa parte de indivíduos cobertos por Plano de Saúde, o que revela uma condição socioeconômica superior das Famílias da UBSF - Centro em relação as da UBSF - Bairro Novo II , como se pode observar na (tabela – 17):

TABELA – 17: Dados socioeconômicos da população atendida.

OUTROS DADOS RELEVANTES	QUANTIDADE	%
FAMÍLIAS PARTICIPANTES DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	96	9,86
PESSOAS COBERTAS POR PLANO DE SAÚDE	362	11,65
RESIDÊNCIAS COM ENERGIA ELÉTRICA	972	99,79

Fonte: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica-2014.

Com respeito aos dados referentes às consultas realizadas junto a população atendida pela UBSF - Centro, podemos destacar uma grande quantidade de consultas, considerando o 1º quadrimestre de 2014, sobretudo em relação aos pacientes que se encaixam nas faixas etárias de 3ª. idade, ou seja, nos grupos de risco. Vale salientar o considerável número de consultas de pacientes adultos, da faixa dos 20 a 39 anos, em relação aqueles que compreendem a faixa etária de 40 a 49 anos e os que se encontram na faixa de idade de 50 a 59 anos (muito mais próximos da terceira idade e mais sujeitos a problemas de saúde), como podemos observar na (tabela 18):

TABELA – 18: Consultas médicas em residências nas áreas de abrangência.

CONSULTAS MÉDICAS EM RESIDÊNCIAS NAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA	1º QUADRIMESTRE 2014
CONSULTAS CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO	18
CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO	35
MÉDIA DE CONSULTAS EM CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO	0,51
CONSULTA EM CRIANÇAS DE 1 A 4 ANOS	86
CRIANÇAS DE 1 A 4 ANOS	192
MÉDIA DE CONSULTAS EM CRIANÇAS DE 1 A 4 ANOS	0,45
CONSULTAS EM CRIANÇAS DE 5 A 9 ANOS	56
CRIANÇAS DE 5 A 9 ANOS	235
MÉDIA CONSULTAS EM CRIANÇAS DE 5 A 9 ANOS	0,24
CONSULTA EM CRIANÇAS DE 10 A 14 ANOS	49
CRIANÇAS DE 10 A 14 ANOS	251
MÉDIA DE CONSULTAS EM CRIANÇAS DE 10 A 14 ANOS	0,20
CONSULTAS EM PESSOAS DE 15 A 19 ANOS	63
PESSOAS DE 15 A 19 ANOS	287
MEDIA DE CONSULTAS EM PESSOAS DE 15 A 19 ANOS	0,22
CONSULTAS EM PESSOAS DE 20 A 39 ANOS	290
PESSOAS DE 20 A 39 ANOS	948
MÉDIA DE CONSULTAS EM PESSOAS DE 20 A 39 ANOS	0,31
CONSULTAS EM PESSOAS DE 40 A 49 ANOS	130
PESSOAS DE 40 A 49 ANOS	392
MÉDIA DE CONSULTAS EM PESSOAS DE 40 A 49 ANOS	0,33

CONSULTAS EM PESSOAS DE 50 A 59 ANOS	160
PESSOAS DE 50 A 59 ANOS	318
MÉDIA DE CONSULTAS EM PESSOAS DE 50 A 59 ANOS	0,50
CONSULTAS EM PESSOAS DE 60 ANOS OU MAIS	364
PESSOAS DE 60 ANOS OU MAIS	448
MÉDIA DE CONSULTAS EM PESSOAS DE 60 ANOS OU MAIS	0,81
TOTAL GERAL DE CONSULTAS	1.216
TOTAL GERAL DE PESSOAS	3.106
MÉDIA DE CONSULTAS NA ÁREA	0,39

Fonte: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica-2014.

Os atendimentos, como: o pré-natal (acompanhamento da gestação, oferecendo o suporte e o acompanhamento das futuras mães); a puericultura (que trata do acompanhamento do desenvolvimento infantil, atividade muito importante para a diminuição da mortalidade prematura de crianças); os atendimentos a pacientes do grupo de risco (como hipertensos e diabéticos que necessitam de atenção especial, devido a complicações, as quais estão sujeitos em face de suas doenças) e a prevenção ao câncer uterino (umas das doenças que mais acomete as mulheres), podem ser observados na (tabela 19):

TABELA - 19: Ações de prevenção e acompanhamento clínico.

TIPO DE ATENDIMENTO	1º QUADRIMESTRE 2014	%
PUERICULTURA	152	8,33
PRÉ-NATAL	115	6,30
PREVENÇÃO DE CÂNCER UTERINO	97	5,32
DST/AIDS	2	0,11
DIABETES	144	7,89
HIPERTENSÃO ARTERIAL	416	22,81
HANSENÍASE	0	0
TUBERCULOSE	3	0,16

Fonte: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica-2014.

Os exames complementares mais realizados nesta UBSF são os de ultrassonografias obstétricas e radiodiagnósticos, os citopatológico cervico-vaginal de prevenção ao câncer uterino também são exames que podemos destacar conforme a (tabela 20) demonstra:

TABELA - 20: Exames complementares.

EXAMES COMPLEMENTARES	1º QUADRIMESTRE 2014	%
PATOLOGIA CLÍNICA	0	0
RADIODIAGNÓSTICO	41	3,37
CITOPATOLÓGICO CERVICO-VAGINAL	37	3,04

ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRÍCIA	E	17	1,40
OUTROS		574	47,20

Fonte: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica-2014.

Os encaminhamentos mais comuns são para especialistas, já que os médicos da Estratégia de Saúde da Família atuam como clínicos gerais e alguns quadros clínicos necessitam de avaliação de um profissional especializado, tendo em vista o problema de saúde enfrentado pelo paciente. Portanto, na (tabela 21) podemos observar o grande número de encaminhamentos para especialistas:

TABELA - 21: Encaminhamentos para atendimentos especializados

ENCAMINHAMENTOS	1º QUADRIMESTRE 2014	%
ATENDIMENTO ESPECIALIZADO	200	16,45
INTERNAÇÃO HOSPITALAR	0	0
URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	5	0,41

Fonte: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica-2014.

No que se refere aos procedimentos clínicos realizados na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) - Centro, podemos identificar as atividades comuns de quaisquer UBSF's (injeções, inalações, curativos, retirada de pontos e terapia de reidratação oral). O SIAB não especifica os atendimentos referentes aos médicos, mais nos atendimentos de outros profissionais de nível superior também podemos considerar aqueles profissionais. Destacamos os atendimentos em grupos, que são ações de educação em saúde muito importante para conscientização e prevenção, como podemos observar na (tabela – 22):

TABELA – 22: Procedimentos clínicos realizados na UBSF - Centro.

PROCEDIMENTOS	1º QUADRIMESTRE 2014
ATENDIMENTO ESPECÍFICO	0
INTERNAÇÃO DOMICILIAR	0
VISITA E INSPEÇÃO SANITÁRIA	2
ATENDIMENTO INDIVIDUAL ENFERMEIRO	608
ATENDIMENTO INDIVIDUAL DE OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR	1.071
CURATIVOS	62
INALAÇÕES	7
INJEÇÕES	116
RETIRADAS DE PONTOS	9
TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL	5

ATENDIMENTO EM GRUPO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	12
SUTURA	0
PROCEDIMENTOS COLETIVOS	0
REUNIÕES	6

Fonte: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica-2014.

As visitas domiciliares realizadas pelo o profissional de medicina são de extrema importância para o acompanhamento do paciente e da evolução do seu tratamento. Esse contato direto com o paciente faz com que o médico tome conhecimento da realidade do mesmo e que este se sinta acolhido por toda a equipe. Podemos observar esses dados na (tabela – 23):

TABELA - 23: Visitas domiciliares UBSF - Centro

VISITAS DOMICILIARES	1º QUADRIMESTRE 2014
MÉDICO	44
ENFERMEIRO	43
OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR	3
PROFISSIONAIS DE NÍVEL MÉDIO	49
AGENTES DE SAÚDE E OUTROS PROFISSIONAIS	2.928
TOTAL DE VISITAS	3.067

Fonte: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica-2014.

4.3. As perspectivas de profissionais e gestores.

4.3.1. Relato da entrevista com a médica estrangeira, Yindra Dmla Noblet, do PSF - Bairro Novo II.

A entrevista com a médica Yindra Dmla Noblet ocorreu no dia 09 de maio de 2014, em sua residência, localizada no município de Boqueirão, às 9h. Foram feitas as seguintes perguntas à médica: Como se dá formação dos médicos em Cuba?; Quais as suas experiências profissionais antes de participar do Programa Mais Médicos?; Como foi a chegada ao Brasil e o treinamento?; Como foi a recepção da classe médica brasileira aos

médicos estrangeiros do Programa Mais Médicos?; Quais os problemas de saúde mais encontrados?; Como são as condições de trabalho no município de Boqueirão?; Está satisfeita com a sua participação do programa mais médicos?

Os médicos cubanos compõem uma boa parte dos participantes do Programa Mais Médicos. Em Boqueirão, a médica Yindra Dmla, que está há 4 meses na cidade, discorreu sobre as questões apresentadas acima. Sobre as duas primeiras questões, a médica relatou que trabalhou no atendimento às populações carentes da Venezuela e do Haiti, por mais de quatro anos, a médica explicou o processo de formação dos médicos em Cuba e descreveu sua trajetória profissional. Segundo ela, em Cuba, também existe seleção para ingresso nos cursos de Medicina, sendo de vital importância a averiguação da vocação dos candidatos, submetidos a testes rigorosos para comprovação deste aspecto. Após seis anos de estudos, o médico deve possuir uma especialidade em alguma área e, obrigatoriamente, uma formação em Medicina Geral Integral (MGI), cujo objetivo é o atendimento familiar. Yindra destacou o caráter humanista da formação médica em Cuba, fator que, como inferimos, contribuiu para a constante participação de médicos cubanos em missões e programas internacionais.

Sobre a sua chegada ao Brasil, a médica falou que antes de ser enviada à cidade de Boqueirão, passou por treinamentos em Brasília para conhecer os principais problemas públicos de saúde no Brasil (epidemias, população, fatores de risco, dentre outros) e aprender a língua portuguesa. Além disso, a médica foi avaliada por uma comissão de médicos brasileiros que, por meio da simulação de consultas, verificava adequação de procedimentos e prescrições em relação aos sintomas de doenças sugeridos.

Acerca da recepção dos médicos estrangeiros, a médica relatou que sentiu medo em face da reação da classe médica brasileira ao Programa Mais Médicos, algo diferente do que ocorreu com seu trabalho na Venezuela. Lá. Conforme Yindra, os médicos daquelas localidades não se importavam com a presença dos estrangeiros. Em Boqueirão, a médica contou que outra médica que trabalha na prefeitura da cidade, havia lhe dito pessoalmente que era contra o Programa do Governo Federal. Diante disso, Yindra teria argumentado que tinha vindo como uma profissional da saúde para trabalhar no Brasil, não tendo responsabilidade pela existência do Programa, nem tão pouco qualquer interesse em participar da disputa política em torno dele.

A médica cubana também fez menção ao que seria uma “cobrança maior”, no que tange aos seus procedimentos e ao comportamento de algumas pessoas que estariam “vigiando pequenas coisas”, “detalhes” do seu trabalho, à procura de erros.

Entretanto, Yindra destacou o comportamento amistoso e a receptividade calorosa da população local. A médica contou que os pacientes lhe presenteiam que recebe convites para fazer refeições nas residências deles. Muitos, segundo Yindra, declaram-se surpresos com aspectos relacionados ao seu atendimento médico (cordialidade, atenção maior, linguagem acessível), o que, na visão da médica, é resultado de sua formação humanista.

Para ela, não são poucos os pacientes que pensam ter uma enfermidade física quando o problema é de natureza psicológica e emocional. Nesses casos, explicou, a simples disponibilidade do médico para atender e ouvir pode ter efeitos positivos, principalmente para pessoas que moram sozinhas, idosos que não sabem ler ou que apresentam dificuldades agravantes.

Neste sentido, a médica sugeriu a realização de pesquisa junto à população para atestar os resultados do seu trabalho no Programa Mais Médicos. De acordo com o que falou, o número de atendimentos é crescente.

Questionada sobre os problemas de saúde mais frequentes à população local, a médica citou: a hipertensão, a obesidade, a diabetes, parasitose e o alto consumo de remédios controlados. Hábitos de alimentação inadequados e falta de informação, segundo a médica, estariam relacionados a estes problemas, que poderiam ser solucionados com a intensificação de um trabalho preventivo.

Sobre as condições disponíveis para a realização do seu trabalho, a médica comentou que atende numa casa adaptada para funcionar um posto de atendimento médico provisoriamente, que esse espaço não conta com ventilação adequada e não dispõe de equipamentos para a realização de exames. Entretanto, a médica frisou que com a estrutura mínima de que dispõe é possível fazer muita coisa em termos de atendimento ambulatorial.

Em relação à satisfação com o trabalho, a médica declarou sentir-se gratificada com os resultados e a repercussão entre os pacientes e que pretende cumprir o prazo previsto de três anos para a sua participação no Programa Mais Médicos.

4.3.2. Relato da entrevista com a médica brasileira, Livia Almeida Costa, do PSF – Centro.

A médica brasileira, Livia Almeida Costa, falou sobre a sua participação no Programa Mais Médicos, no dia 02 de junho de 2014, em sua residência, na cidade de Campina Grande, às 08h34min. Ela respondeu as seguintes questões: Como ocorreu a sua seleção para participar do Programa Mais Médicos?; .O que mais atraiu a sua atenção para participar do Programa?; Qual a sua avaliação sobre as condições de trabalho no Mais Médicos e o que é possível fazer para melhorar a saúde da população nessas condições?; Qual o seu nível de satisfação com o Programa?; Quais os tipos de problemas mais frequentes pela população atendida?; O que a senhora poderia sugerir para melhorar o programa mais médicos?

O Programa Mais Médicos priorizou a participação de médicos brasileiros no processo de seleção. Em Boqueirão, a referida médica brasileira foi escolhida para atuar no Programa e falou sobre como ocorreu a seleção, relatando que a seleção para o Programa Mais Médicos ocorreu no mês de Setembro de 2013, no segundo ciclo, através da abertura do edital do Programa. Então, Livia Almeida Costa realizou a sua inscrição pelo site do Programa com o preenchimento dos dados solicitados. Posteriormente, foi exposto cinco tipos de locais para escolha de 5 municípios (incluindo um distrito indígena) por ordem de prioridade. Assim, a médica selecionou cinco municípios próximos a Campina Grande-PB, e o resultado da seleção foi para o Município de Boqueirão-PB, sua primeira opção.

Os resultados foram expostos no site do Programa, e o candidato tinha alguns dias para confirmar sua inscrição no Programa e se apresentar no município escolhido. O próprio Programa tem seus critérios para seleção do médico, como consta no edital."

Alvo de críticas por parte de associações médicas e de Conselhos Regionais de Medicina, ainda assim, o Programa Mais Médicos atraiu profissionais brasileiros como a médica que explicou os motivos que a levaram a participar do Programa, relatando que o que a motivou a sua participação no Programa Mais Médicos foi a garantia do projeto ter duração

de três anos e o fornecimento de condições adequadas e favoráveis para o atendimento da população. Além disso, a especialização em saúde da família foi um fator essencial, pois viria para aliar teoria a prática.

Integrada ao Programa, a médica brasileira falou sobre as condições de trabalho que lhe foram apresentadas, as limitações e possibilidades do trabalho que realiza, bem como a sua visão sobre os problemas de saúde no Brasil. Acerca disso, a médica informou que:

O Programa Mais Médicos apresenta na teoria uma ideia enriquecedora, que atende na sua totalidade a atenção primária a saúde, pois contempla uma reestruturação de unidades básicas e garante o atendimento integral a população. Entretanto, não é o que vem acontecendo. Há muitas cidades em locais de difícil acesso que as unidades de saúde não têm o mínimo de condições estruturais, insumos e materiais para prestar o atendimento à população. Então, mesmo diante da presença de um médico em tempo integral, como é possível garantir um atendimento se não há materiais básicos para o trabalho? Não há dispensa de medicações, não há disponibilização de exames para o diagnóstico. O atendimento primário à saúde não requer uma complexidade na sua realização, mas requer as condições básicas para garantir que o diagnóstico e a terapêutica possam ser oferecidos a cada paciente. O que é necessário para garantir e melhorar a saúde da população é uma gestão qualificada nas três esferas do governo (Federal, Estadual e Municipal), pois há verbas suficientes para fornecer toda estrutura que o SUS precisa para realizar seu atendimento, porém estas verbas as vezes não chegam a ser aplicadas, havendo desvios dos recursos. Um governo que tem como gestores pessoas capacitadas e qualificadas (diga-se graduadas para exercer sua função) para tal, saberia distribuir e aplicar estes recursos de forma satisfatória, aliada a uma fiscalização mais incisiva. Entretanto, não é o que vemos no Brasil, um país em que os cargos são ocupados por pessoas com o mínimo de preparo. (Entrevista realizada em Março de 2014 à médica Lívia Almeida Costa).

Em face das suas opiniões e avaliações sobre os serviços de saúde pública no Brasil, a médica expressou seu nível de satisfação com o trabalho no Programa Mais Médicos nos seguintes termos:

Programa Mais Médicos que participo na cidade de Boqueirão tem sido bastante satisfatório, pois a unidade que atuo tem uma estrutura adequada, a equipe está completa e com profissionais capacitados, há disponibilidade de exames e de materiais para o trabalho. Além disso, posso contar com o apoio dos gestores para o desenvolvimento de um trabalho correspondente para a população. Então, estou conseguindo garantir um atendimento adequado à população. (Entrevista realizada em Março de 2014 à médica Lívia Almeida Costa).

No que se refere aos problemas mais frequentes entre os pacientes atendidos pelo Programa Mais Médicos, a médica identificou os principais deles, destacando as implicações disso para o sistema de saúde:

Há muitos problemas na população atendida, porém, os mais frequentes são os números elevados de pessoas com problemas com Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e uso abusivo de medicações psicotrópicas. No que se refere à população com HAS (Hanseníase) e DM II (Diabetes Tipo II), são pacientes com dificuldades de usar a medicação regularmente, realizar atividade física e dieta hipossódica, hipoglicídica. A falta de cuidados por parte do próprio paciente gera para o sistema público de saúde gastos exorbitantes, devido às complicações desenvolvidas por essas doenças. Além disso, há um número elevado de pessoas que fazem uso de medicações psicotrópicas de forma abusiva e sem acompanhamento, pois se tornou rotina usá-las para problemas para os quais não se justifica o seu uso. (Entrevista realizada em Março de 2014 à médica Lívia Almeida Costa).

Ao sugerir melhorias para o funcionamento do Programa Mais Médicos, a médica mencionou sugestões relacionadas à infraestrutura, ao sistema de saúde e aos profissionais que nele atua:

Acredito que o programa deveria tentar cumprir o que contempla o edital de sua publicação e a lei que regulamenta o programa. Deveria realizar os investimentos necessários para reestruturar muitas unidades que não tem o mínimo de condições necessárias, de forma a possibilitar o atendimento que a população tem de direito. Além disso, é necessário também que o profissional que atua neste programa dedique-se a desenvolver um atendimento humanizado e de qualidade para a população, já que a especialização em saúde da família vem com este intuito de capacitar o profissional para isto. (Entrevista realizada em Março de 2014 à médica Lívia Almeida Costa).

4.3.3. Relato da entrevista com a gestora municipal de saúde do Município de Boqueirão, PB.

A entrevista com a gestora municipal de saúde, Joaneide Barbosa Leal, ocorreu no dia 1º de outubro de 2014, na Secretaria Municipal de saúde de Boqueirão, às 14 horas.

Ela nos relatou que está há quase dois anos desempenhando a função de secretária de saúde na cidade, expressou sua opinião sobre o Programa Mais Médicos, discorrendo sobre

várias questões, como: Quais as principais dificuldades dos serviços de saúde de um pequeno município?; O que a prefeitura precisou fazer para participar do Programa Mais Médicos (exigências, etapas, tempo) ?; O que mudou depois da implantação do Programa Mais Médicos no município?; Existem diferenças entre os médicos do Programa Mais Médicos e os demais?; Como a senhora avalia o trabalho da médica estrangeira?

Acerca da primeira a questão, a gestora informou que as principais dificuldades dos serviços de saúde de um pequeno município estão relacionadas com a questão da demanda, seja ela para exames especializados ou para os encaminhamentos aos médicos especialistas. Os municípios pequenos, como é o caso da cidade de Boqueirão, não dispõem de estrutura suficiente para cobrir toda a demanda da população, assim tais cidades são obrigadas a recorrer aos grandes centros de referência.

No caso do nosso município, Campina Grande é o principal polo. Porém, esses centros também ficam sobrecarregados, pois atendem a sua própria demanda e a das cidades do interior.

É importante destacar que a população precisa também compreender que a atenção básica é a porta de entrada da saúde, e seu trabalho é primordialmente preventivo. Por outro lado, os profissionais da assistência básica precisam trabalhar melhor a parte clínica, no sentido médico - análise clínica realizada a partir do corpo de um doente.

Diante a segunda questão a gestora relatou que a prefeitura precisou cumprir algumas exigências para participar do Programa Mais Médicos. Em decorrência da falta de médicos, foi realizado o cadastramento através de um termo de adesão e de compromisso no sistema SGP (Sistema de Gerenciamento de Programas do Ministério da saúde). A gestora municipal de saúde realizou o seu cadastramento e o do município e indicou coordenador da atenção básica, informando a necessidade de profissionais. O tempo de resposta foi, em média, de um mês após o cadastro.

Acerca da mudança na gestão da saúde do município depois da implantação do Programa Mais Médicos, a gestora informou que as modificações foram em relação à resolução do problema da falta de profissionais de medicina pois todas as unidades de saúde do município passaram a dispor de médicos e no sentido de garantir e a suprir as necessidades de moradia, alimentação e transporte da profissional estrangeira participante do Programa, no período em que esta estiver atuando em nosso município.

Quando questionada sobre a existência de diferenças entre os médicos do Programa e os demais, a gestora do município diz não ter percebido diferença alguma, pelo menos no tocante a questão do atendimento clínico, pois todos devem desempenhar a estratégia da atenção básica no município. No tocante a aceitação da comunidade, não foi percebida apatia destes com relação aos novos profissionais.

A gestora do município avalia o trabalho da médica estrangeira como sendo diferenciado, pois esta tem oferecido a população um atendimento de qualidade. Porém, acredita que poderia ser realizado um trabalho mais amplo no território atendido pela médica cubana, no sentido de que, do mesmo modo dos médicos brasileiros, esta tem atuado mais em seu consultório. A gestora vê a necessidade de se explorar um atendimento clínico mais ampliado no território coberto pela a equipe encabeçada pela profissional de medicina.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa Mais Médico surgiu no sentido de buscar soluções para o problema da falta de profissionais de medicina nas regiões mais afastadas dos grandes centros urbanos em nosso país. Nesse sentido, ele tem atendido as expectativas, pois tem levado profissionais para as áreas que mais necessitam destes, favorecendo a melhoria do atendimento básico que é primordial para a prevenção de doenças, principalmente entre a população mais carente - que são os principais usuários do SUS.

Outro fator que tem favorecido a boa aceitação do Programa pela população usuária do SUS é a busca por um atendimento mais humanizado. Vale a pena destacar que a humanização, no que se refere ao atendimento médico, fortalece os laços entre profissional e paciente, além de dar ciência ao médico da realidade dos usuários do sistema público de saúde, fazendo com que o paciente confie no profissional e este desempenhe uma avaliação mais completa e precisa do quadro clínico do indivíduo, o que possibilita um diagnóstico mais preciso, melhorando o atendimento e a satisfação com o serviço oferecido.

No que tange à presença do Programa Mais Médicos no município de Boqueirão, as duas unidades de saúde que serviram de base para a nossa pesquisa demonstraram os resultados de possíveis melhorias nas atuações dos principais atores envolvidos na prestação do serviço de saúde municipal (médicas e gestora).

Os profissionais estrangeiros, no caso do município em questão, foi percebida uma melhora significativa no atendimento, segundo o que podemos observar, mesmo com barreiras como a língua e a diferença cultural existente entre o médico e o paciente. A forma de atuação da profissional cubana se assemelha bastante ao objetivo de realizar um atendimento mais humanizado, conforme a orientação do Programa.

No entanto, há disparidades com relação às condições estruturais da Unidade Centro em relação à Unidade Bairro Novo II. Enquanto que na primeira existe a disponibilidade de condições adequadas para desenvolver um trabalho excelente, na segunda faltam equipamentos e estruturas adequados, condições que possivelmente correspondem a outras regiões do Brasil.

É importante salientar, ainda, que há certa reprovação da classe médica brasileira em relação ao Programa Mais Médicos. Parte dessa classe aponta o Programa como uma solução genérica para a questão da falta de médicos no país ou da sua má distribuição. Por isso, esses profissionais contrários ao Mais Médicos têm recebido os médicos estrangeiros participantes do Programa com certa rejeição, questionando a capacidade destes profissionais e o processo de revalidação de diplomas ao qual são submetidos.

Diante do se pode observar dessa pesquisa, chegamos a conclusão de que a implantação do Programa Mais Médica foi benéfica para a população pertencente às unidades de saúde, que foram objeto do nosso estudo: Centro e Bairro Novo II, pertencentes ao município de Boqueirão, pois esse Programa trouxe profissionais para suprir a demanda do município com relação à saúde básica, dessa forma, melhorando a condição do atendimento dos usuários e da política de saúde do município.

Essas ações facilitaram a condição dos gestores que eram obrigados a se desdobrarem para contratar profissionais de medicina. O Programa também contribui para os médicos brasileiros dele participantes, visto que agregou valor a esses profissionais, no sentido de que possibilitou-lhes uma nova forma de desenvolvimento do seu trabalho, mais próxima do usuário, portanto, mais humanizada, além de adquirem especialização em saúde da família. Todavia, se faz necessária uma política de investimentos mais efetiva nas instalações e nas melhorias das condições de trabalho desses profissionais.

6. REFERÊNCIAS

ARCOVERDE, A. B. C. *Avaliação dos impactos Socioeconômicos dos Empreendimentos Solidários em Pernambuco*. Relatório Final de Pesquisa, ARCUS/UFPE/CNPq. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2010. p. 4.

AUGUSTO, M. H. O. *Políticas públicas, políticas sociais e política de saúde: algumas questões para reflexão e debate*. Tempo Social - Revista Sociologia USP, v.1, n. 2, p. 105-119. 1989.

BELLONI, I.; MAGALHÃES, H.; SOUSA, L. C.. *Metodologia de avaliação em políticas públicas: uma experiência em educação profissional*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007. p. 14-28.

BRASIL. Ministério da Saúde Portal da Saúde. *Mais Médico Para o Brasil. Mais saúde para você*. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/mais-sobre-mais-medicos/>>. Acesso: 25/07/ 2014.

CHIORO, A.. *Opinião: Todo Apoio ao mais Médicos*. Uol, São Paulo, 17 de setembro de 2013. Disponível em: < <http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2013/09/17/todo-apoio-ao-mais-medicos.htm?mobile>>. Acesso: 18 /07/ 2014.

COSTA, D. M.; COSTA, A. M.; BARBOSA, F. V.. Financiamento Público e Expansão Da Educação Superior Federal no Brasil: O REUNI e as perspectivas para o REUNI 2. Revista GUAL, Santa Catarina, v. 6, n. 1, p. 106-127, jan. 2013.

COSTA, N. C.. *Programa Mais Médicos: Supera Resistência Corporativista e Recebe Elogios da População Atendida*. São Paulo: Cidadania & Cultura, 2014. Disponível em: < <http://fernandonogueiracosta.wordpress.com/?s=Programa+Mais+M%C3%A9dicos%3A+Supera+Resist%C3%Aancia+Corporativista+e+Recebe+Elogios+da+Popula%C3%A7%C3%A3o+Atendida&submit=Procurar>>. Acesso: 05/07/ 2014.

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. Disponível em:< <http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf>>. Acesso: 25/07/2014 .

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (Org.). *Métodos de Pesquisa*. 1. ed. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009. p. 31-41.

RODRIGUES, M. M. A.. *Políticas Públicas*. São Paulo: Publifolha: 2010. p. 17-30.

SARRETA, F. O. *Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. p. 231-268.

RODRIGUES, L.. *Entenda a polêmica sobre o Programa Mais Médicos*. Portal EBC, Brasília, 30 de julho de 2013. Disponível em: <
<http://www.ebc.com.br/noticias/saude/2013/07/o-que-e-o-programa-mais-medicos-e-quais-sao-as-criticas>> Acesso: 18/07/ 2014.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Antonio Carlos Pereira (Org.). *Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde.*; Porto Alegre: Editora ARTMED, 2003. p. 28-49.

SECHI, L. *Conceitos, esquemas de análise, casos práticos*. São Paulo: Cengage Learning, 2010. P. 2-7.

SILVA, R. B.. *Polo e Parque de Alta Tecnologia de Campinas: uma análise da política pública*. São Paulo: RG, 2010. p. 23-44.