



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE GESTÃO PÚBLICA
CURSO DE TECNOLOGIA EM GESTÃO PÚBLICA

ISLAN DA SILVA ALVES

O PROGRAMA “MAIS MÉDICOS” NA SAÚDE PÚBLICA DO
ESTADO DA PARAÍBA:
ESTUDO DE CASO DO MUNICÍPIO DE POMBAL

JOÃO PESSOA-PB

2015

ISLAN DA SILVA ALVES

O PROGRAMA “MAIS MÉDICOS” NA SAÚDE PÚBLICA DO
ESTADO DA PARAÍBA:
ESTUDO DE CASO DO MUNICÍPIO DE POMBAL

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito para
obtenção do título de Graduado em
Tecnólogo em Gestão Pública da
Universidade Federal da Paraíba.**

**Orientador (a): Prof.^a Dr.^a Joseneide
Souza Pessoa**

JOÃO PESSOA, PB

2015

A474p Alves, Islan da Silva.

O Programa “Mais Médicos” na saúde pública do estado da Paraíba: estudo de caso do município de Pombal./ Islan da Silva Alves. – João Pessoa: UFPB, 2015.

57f.: il.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Joseneide Souza Pessoa.

Monografia (Graduação em Tecnologia em Gestão Pública – UFPB/CCSA).

1. Saúde pública. 2. Programa Mais Médicos – Pombal - Paraíba. 3. Gestão Pública. I. Título.

UFPB/CCSA/BS

CDU (2. ed.): 35:614(813.3)(043.2)

ISLAN DA SILVA ALVES

**O PROGRAMA “MAIS MÉDICOS” NA SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO
DA PARAÍBA:**

ESTUDO DE CASO DO MUNICÍPIO DE POMBAL

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade Federal da
Paraíba junto ao Curso Superior de
Tecnologia de Gestão Pública como
exigência parcial para obtenção do título
de Tecnólogo em Gestão Pública.**

Aprovado em __/__/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a JoseneideSouza Pessoa - UFPB(Orientadora)

Prof.^a Dr.^a Sabrina de Melo Cabral-UFPB (Membro)

Prof.^oMrs^o Nicolas Renato Siqueira de Araújo-UFPB(Membro)

*Aos familiares, em especial minha mãe
Gildete de Oliveira “in memoriam” a quem tanto amo
e que segundo a compreensão de eternidade dos gregos, posso afirmar
categoricamente que serás eterno para mim.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela oportunidade de chegar até aqui.

Agradeço aos meus pais, Inácio Alves da Silva e Gildete de Oliveira Moraes, pelo apoio incondicional e por estarem ao meu lado sempre que precisei.

Agradeço a Danila Dayse, minha irmã, pela força.

Agradeço também a minha tia e madrinha Maria das Graças, por quem nutro um amor especial e a quem devo muito do que sou hoje.

Agradeço a minha namorada Hedna Maiara Bernado, que esteve junto comigo neste caminho por vezes difícil.

Agradeço à orientadora Joseneide Pessoa pela paciência e carinho.

Agradeço aos meus amigos Matheus Alves, Thamiles Figueiredo e Léo Luz, companheiros neste período de crescimento.

A todos, os meus sinceros agradecimentos.

Se o dinheiro for a sua esperança de independência, você jamais a terá. A única segurança verdadeira consiste numa reserva de sabedoria, de experiência e de competência. - Henry Ford

RESUMO

A presente monografia tem como finalidade apresentar os resultados de uma pesquisa na área temática da política de saúde, especificamente voltada para a análise do Programa Mais Médicos no Brasil. Este programa foi criado pela Lei Nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. O trabalho tem por objetivo geral analisar as mudanças iniciais provocadas com Programa Mais Médicos no município de Pombal-PB, tendo como objetivos específicos, identificar as principais características de saúde pública do referido município; verificar as percepções dos gestores das UBS de Pombal acerca do Programa, procurando elementos que identificassem a aceitação ou não por parte dos gestores em relação ao Programa. A metodologia utilizada na pesquisa foi um estudo de caso, que é uma modalidade de pesquisa amplamente utilizada nas ciências biomédicas e sociais. Consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento. O universo da pesquisa foi o sistema de saúde da Paraíba, tendo como amostra o tipo não-probabilística. O campo amostral foi constituído pelas Unidades Básicas de Saúde-UBS que receberam profissionais médicos do Programa Mais Médicos. Os instrumentos de coleta de dados foram combinados, o questionário e observações diretas com o público da pesquisa: o gestor municipal da secretaria de saúde de Pombal e os gestores das UBS. Nesse sentido, os objetivos deste estudo foram alcançados quando foi possível detectar que o Programa Mais Médicos cumpre uma função temporária, não podendo ser a única alternativa frente ao problema de falta de médicos para compor as UBS do estado e do país.

Palavras-chave: Saúde pública. Programa Mais Médicos – Pombal - Paraíba. Gestão Pública.

ABSTRACT

This monograph aims to present the results of research in the subject area of health policy, specifically focused on the analysis of the Program More Doctors in Brazil. This program was created by Law No. 12871 of 22 October 2013. The work has the objective to analyze the initial changes brought about with Program More Doctors in the city of Pombal-PB, with the specific objectives, identify the key public health characteristics the said municipality; verify the perceptions of Pombal UBS of managers about the program, looking for elements that identify the acceptance or not by managers regarding the Program. The methodology used in the research was a case study, which is a type of research widely used in biomedical and social sciences. It is the deep and comprehensive study of one or a few objects, a way that allows its broad and detailed knowledge. The universe of the research was the health system of Paraiba, and a sample of the type non-probabilistic. The sample field is made up of Health-UBS Basic Units who received medical professionals Program More Doctors. The data collection instruments were combined, the questionnaire and direct observations with the public research: the municipal manager of Pombal health department and the managers of UBS. In this sense, the objectives of this study were obtained when it was possible to detect the More Doctors Program fulfills a temporary function and cannot be the only alternative facing the problem of shortage of doctors to compose the UBS state and country.

Keywords : Public health. Program More Doctors - Pombal - Paraiba. Public administration.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo político-sanitário de saúde no contexto do SUS.....	14
Figura 2 - Pacientes do Sus	30
Gráfico 1 - Idade dos gestores das UBS pesquisadas em Pombal-PB	36
Gráfico 2 - Atendimento do Programa Mais Médicos às demandas das UBS	42
Gráfico 3 - O município ou unidade ainda tem carência de médicos das UBS.....	43
Gráfico 4 - Esse programa pouco eficiente para os cofres públicos.....	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Situação do Brasil diante de outros países com sistema universal de saúde	30
Tabela 2 - Número de consultas médicas (SUS) por habitantes entre 2010 e 2012 no Brasil por Unidade de Federação	31
Tabela 3 - Sexo dos gestores das UBS pesquisadas em Pombal-PB.....	36
Tabela 4 - Formação acadêmica dos gestores das UBS pesquisadas em Pombal-PB.....	37
Tabela 5 - Formação dos gestores das UBS pesquisadas em Pombal-PB.....	37
Tabela 6 - Rendimento salarial dos gestores das UBS pesquisadas em Pombal-PB.....	38
Tabela 7 - Problemas por ordem de prioridade na área de saúde pública vivenciados em sua unidade de trabalho dos gestores das UBS pesquisadas em Pombal-PB	38
Tabela 8 - Problemas por ordem de prioridade na área de gestão em saúde pública vivenciados em sua unidade de trabalho pelos gestores das UBS pesquisadas em Pombal-PB	39
Tabela 9 - As principais ações desenvolvidas para atender aos problemas descritos anteriormente na área da Gestão em saúde pública por essa unidade pelos gestores das UBS pesquisadas em Pombal-PB.....	40
Tabela 10 - Os canais de participação da sociedade civil organizada e da população no que se refere ao acesso a informações, serviços e atividades desenvolvidas por essa unidade pelos gestores das UBS pesquisadas em Pombal-PB.	41
Tabela 11- Especialidades médicas dos profissionais do Programa Mais Médicos nas UBS..	42

SÚMARIO

SÚMARIO	12
1 INTRODUÇÃO	13
2 O SUS: UMA CONSTRUÇÃO PERMANENTE?	18
2.1 SUS: A SUA CONSTRUÇÃO E OS SEUS DESAFIOS	18
2.2 BREVES NOTAS DO SUS: NOS ÚLTIMOS GOVERNOS FHC, LULA E DILMA.....	26
3 PROGRAMA MAIS MÉDICOS: UMA SAÍDA OU ALTERNATIVA PALIATIVA DA CRISE DO ATENDIMENTO DO SUS?	29
4 RESULTADOS DO ESTUDO DE CASO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO MUNICÍPIO DE POMBAL/PB	35
4.1 DELIMITAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA.....	35
4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS COLABORADORES	36
4.3 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE TRABALHO	38
4.4 CARACTERIZAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS	41
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS	47
APÊNDICE A	50

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde-SUS foi criado a partir de um articulado movimento político em torno da filosofia do pleno direito à saúde, baseado no modelo de um Estado de Direito, também denominado de Bem Estar Social ou ainda de Welfare State nos moldes da social democracia (COHN, 2005)

Esse movimento ficou conhecido no Brasil, como a *Reforma Sanitária*, que preconizou todo um embate político com as autoridades governamentais para que o Estado brasileiro assumisse de forma jurídica, a reformulação da política pública de saúde em uma política de Estado, a partir do pilar da Seguridade Social formada pelo tripé Saúde, Assistência e Previdência Social (BRAVO, 2001).

Nesse sentido, o movimento no contexto brasileiro pela Reforma Sanitária se deu no final dos anos 1970 e a década de 1980, sendo, fortalecido o movimento, quando em 1988, a plataforma do modelo SUS entrou na Constituição Federal de 1988, sendo regulamentado pelas Leis Orgânicas da Política de Saúde Lei n.º 8080/90 e Lei n.º 8.142/90, (BRAVO, MATOS, 2004).

O SUS tem por finalidade alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população brasileira, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, independente de pagamento previdenciário. É a política pública mais completa que o Estado brasileiro desenvolveu até o presente contexto. Ela se baseia nos princípios da igualdade de direitos. “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (art.2 da Lei 8.080/90).

O SUS é constituído por diretrizes e princípios, conforme o art. 198 da Constituição Federal e o art.7º da Lei 8.080/90, que prescrevem:

I - **universalidade de acesso** aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - **integralidade de assistência**, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - **preservação da autonomia** das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - **igualdade da assistência** à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - **direito à informação**, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - **divulgação de informações** quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - **utilização da epidemiologia** para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - **participação da comunidade**; IX - **descentralização político-administrativa**, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - **integração em nível executivo** das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - **conjugação dos recursos** financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação

de serviços de assistência à saúde da população; XII - **capacidade de resolução** dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - **organização dos serviços** públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Todos esses princípios orientam as condutas da política pública de saúde, estabelecendo caminhos que o poder executivo deve cumprir, independentemente de sua orientação política de governo. O SUS é uma política de Estado, devendo ser respeitada por todos, valendo-se de seus direitos, mas também das prerrogativas legais em caso de descumprimento. (COHN, 2001)

Essa filosofia do SUS não necessariamente encontra-se acabada, completamente desenvolvida, ao contrário, mantê-la faz parte do exercício de cidadania e toda população brasileira deve fazer seu esforço contributivo para que a execução do SUS seja cada vez mais moderna, dinâmica, eficiente, eficaz e efetiva em todos os seus objetivos. (BRAVO, 2001).

Todavia, a realidade prática apresenta vários problemas na gestão do SUS internamente e dos multidimensionamentos que o envolvem externamente, como se vê na imagem abaixo:

Figura 1 - Modelo político-sanitário de saúde no contexto do SUS.



Fonte: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000400036&script=sci_arttext

O contexto sociopolítico, o modelo de vigilância em saúde e a gestão ampliada de saúde atravessam os horizontes dos determinantes, necessidades e problemas de saúde. Esse conjunto articulado, como se vê na figura 1 acima, revela um quadro complexo de atuação do SUS

Nesses termos, a gestão do SUS modifica-se a cada contexto, diante da situação de saúde pública no cenário brasileiro que está assentada em diversos problemas, mas tem ao seu favor uma legislação ampla e também específica para cada setor da política pública de saúde. Outro ponto favorável, é a existência de uma vasta literatura sobre diversas temáticas que esta área estuda. Entretanto, por ser uma área complexa, os temas de estudos estão sempre inovando e exigindo novas pesquisas.

O presente texto, nesse sentido, procura focar em um dos problemas mais comumente relacionados à política de saúde pública, a precária quantidade de recursos humanos (médicos) na área de clínica geral para atender as demandas crescentes pelos serviços do Sistema Único de Saúde-SUS. Para atenuar esse problema público, o governo, na atual gestão, criou o Programa Mais Médicos voltado para as Unidades Básicas de Saúde-UBS, principalmente aquelas mais distantes da capital ou em áreas periféricas das cidades. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Desse modo, este estudo tem por finalidade apresentar os resultados de uma pesquisa na área temática de política pública de saúde, especificamente voltada para a uma análise inicial sobre o Programa Mais Médicos no Brasil. Esse programa foi criado pela [Lei N° 12.871, de 22 de Outubro de 2013](#), com a finalidade de fornecer recursos humanos para a área médica para o atendimento das necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). O referido programa apresenta em seu Artigo 1º, os seguintes objetivos:

I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde; II - fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País; III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira; V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos; VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; VII - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

Como se vê, o Programa Mais Médicos tem objetivos amplos, mas que devido ao seu pouco tempo de funcionamento não apresenta ainda estudos aprofundados que possam identificar o alcance dos seus objetivos na realidade dos municípios brasileiros beneficiados pelo referido Programa. Basicamente, o que se tem sobre o Programa Mais Médicos na

literatura pesquisada, são os documentos governamentais e materiais jornalísticos apontando discussões contrárias e outras, a favor do Programa por parte de alguns segmentos da sociedade.

Tendo em vista ser um Programa que tem por finalidade geral melhorar a funcionalidade da política de atenção básica em saúde pública a partir da contratação temporária de médicos para equipar as Unidades Básicas de Saúde, tentando, assim, diminuir a precariedade do atendimento médico, que se tornou para este estudo, um tema relevante para a política pública de saúde do país.

Este estudo, nesse sentido, tem por objetivo geral analisar as mudanças iniciais provocadas com Programa Mais Médicos no município de Pombal-PB, tendo como objetivos específicos, identificar as principais características de saúde pública do referido município; verificar as percepções dos gestores das UBS de Pombal acerca do Programa, procurando elementos que identificassem a aceitação ou não por parte dos gestores em relação ao Programa.

A finalidade deste estudo visa contribuir para uma análise teórica (embrionária) sobre alguns aspectos relacionados ao Programa para fins de aproximação com tal política social que no atual contexto do SUS se torna uma alternativa para minimização do problema de falta de médicos no país em um contexto específico, o município de Pombal do estado da Paraíba.

O estado da Paraíba, assim como, outros, também sofre com o quantitativo reduzido de médicos nas unidades básicas de saúde. Sem a figura do médico (clínico geral) não há como viabilizar a atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família-ESF e em torno desta fragilidade coloca-se em risco os objetivos mais básicos do próprio, SUS.

O estado da Paraíba foi beneficiado até o ano de 2015 com 240 médicos por meio do Programa, segundo a Secretaria do Estado de Saúde da Paraíba, (SES/PB). Deste total de médicos, 147 são cubanos, 92 são brasileiros e 09 são intercambistas, podendo ser brasileiros formados no exterior ou estrangeiros, não-cubanos.

A partir desses dados, foi escolhido o município de Pombal como recorte empírico da pesquisa por se tratar de um dos municípios da Paraíba que mais recebeu médicos do Programa Mais Médicos, no total de 07 médicos, distribuídos nas UBS do município.

As UBS oferecem à população vários serviços médicos, tais como: consultas, acesso a tratamento dental, exames laboratoriais, aplicação de vacinas, distribuição de medicamentos gratuitos, atendimento pré-natal às gestantes, acompanhamento de diabéticos e hipertensos, e outras doenças como tuberculose e hanseníase, atendimento a idosos, à mulher, ao adolescente, etc. Atuam a partir da filosofia da saúde da família, enquanto estratégia. A

equipe da estratégia da saúde da família é composta por clínico geral, ginecologista, dentista, enfermeira, auxiliares técnicos. Diante dessa estrutura, a figura do médico é central para fortalecimentos da Estratégia Saúde da Família.

Os procedimentos metodológicos definem a rota da pesquisa, nesse sentido, o presente trabalho apresenta uma tipologia de pesquisa de estudo de caso, que é uma modalidade de pesquisa amplamente utilizada nas ciências biomédicas e sociais. Consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento, tarefa praticamente impossível mediante outros delineamentos já considerados.

E como complementa Gil (2002, p.55):

Outra objeção refere-se a o tempo destinado à pesquisa. Alega-se que os estudos de caso demandam muito tempo para serem realizados se que frequentemente seus resultados tornam-se pouco consistentes. De fato, os primeiros trabalhos qualificados como estudos de caso nas Ciências Sociais foram desenvolvidos em longos períodos de tempo. Todavia, a experiência acumulada nas últimas décadas mostra que é possível a realização de estudos de caso em períodos mais curtos e com resultados passíveis de confirmação por outros estudos.

Nesse sentido, o universo da pesquisa foi o sistema de saúde da Paraíba, tendo como amostra do tipo não-probabilística. O campo amostral foi constituído pelas Unidades Básicas de Saúde-UBS que receberam mais profissionais médicos do Programa Mais Médicos, por este critério, o município de Pombal foi escolhido.

Os instrumentos de coleta de dados foram combinados, o questionário e observações diretas com o público da pesquisa: o gestor municipal da secretaria de saúde de Pombal e os gestores das UBS. A proposta de plano de trabalho foi executada obedecendo a delimitação da unidade-caso; na segunda etapa foi realizada a coleta de dados; em um terceiro momento, a seleção, análise e interpretação dos dados; e, por último, a apresentação dos resultados da pesquisa. Ressaltando que essa pesquisa não careceu de parecer de comitê de ética, o objeto de estudo não trata de aspectos que envolvam os usuários e nem lançou mão de procedimentos médicos ou sociais que colocassem os participantes da pesquisa em uma situação de vulnerabilidade física ou emocional.

Depois disso, levantou-se os dados estatísticos e documentais sobre o sistema de saúde do Brasil, Paraíba e Pombal. Para o tratamento dos dados abertos, buscou-se dados característicos, selecionando respostas semelhantes e outras peculiares, e para os dados fechados, utilizou-se os cálculos de porcentagem simples. Para a exposição dos dados, dividimos em três dimensões: caracterização dos colaboradores; caracterização da Unidade de trabalho das UBS; e a caracterização do Programa Mais Médicos, dimensões que serão

apresentados ao longo desta monografia. A composição desta monografia está constituída de três capítulos. No primeiro capítulo foi realizada uma contextualização mais geral da política de saúde no contexto brasileiro. No segundo, fomentou-se uma discussão sobre o Programa Mais Médicos e no terceiro capítulo, privilegiou-se apresentar os dados coletados e análises empreendidas, e, por fim, as considerações finais.

2 O SUS: UMA CONSTRUÇÃO PERMANENTE?

2.1 SUS: A SUA CONSTRUÇÃO E OS SEUS DESAFIOS

A discussão sobre saúde pública perpassa pela constituição do Estado e a forma como ele organiza a cobertura de suas políticas públicas. Para tentar caracterizar o modelo do Sistema Único de Saúde brasileiro, vale observar como se desenvolveu algumas análises sobre os modelos de Estado de Bem Estar Social ou também chamado de Welfare State na literatura internacional, e ainda mais recentemente, chama-se de Estado de Direito. (BEHRING, BOSCHETTI, 2007).

Esping-Andersen (1991) classifica três tipos de Estado de Bem Estar Social ou *Welfare State*, de acordo com os regimes políticos, tais como: liberal; conservador/corporativista e o social-democrata. Cada um desses tipos tem uma visão de atendimento diferenciado junto à população. O tipo mais abrangente de Estado de Bem Estar Social ou *welfare state* é o modelo baseado nas concepções políticas da social democracia, podendo ser considerado o regime mais próximo do atendimento universalistas em termos das políticas públicas.

A origem do *welfare state* do tipo social democrático tem suas raízes nas concepções bismarkianas e beveridgianas de atendimento às políticas públicas. O modelo bismarckiano, parte da concepção de seguro social, caracteriza-se como a primeira tentativa de se estabelecer políticas de proteção social, sendo considerado o princípio fundante do moderno *welfare state*. As políticas sociais do modelo bismarckiano foram de fundamental importância para a concretização da unificação alemã, bem como da constituição de sua classe trabalhadora – a Alemanha de Bismarck, com o primeiro programa de compensações por acidente de trabalho (1873) e o primeiro programa de seguro saúde para os trabalhadores (1883), seguidos pelas aposentadorias para os trabalhadores idosos (BRAVO; 2001); BOSCHETTI; HERING (2007):

Por modelo beveridgiano convencionou-se chamar as reformas empreendidas no sistema de proteção social na Grã-Bretanha, idealizadas por Willian Beveridge. Esse modelo parte de uma concepção mais ampliada de atendimento às políticas, caracterizando-se como um modelo de seguridade social. De forma genérica, este modelo caracterizou-se por iniciativas mais amplas que as medidas bismarckianas, isto é, a reforma no sistema de proteção social instituída na Grã-Bretanha acarretou a expansão dos benefícios sociais para um conjunto maior de cidadãos, sendo, portanto, de caráter universal. Logo, o plano Beveridge buscava programar critérios de universalização de benefícios e serviços, ou seja, propôs a inclusão do conjunto da população, sendo que a concessão e oferta de serviços não seriam condicionadas preponderantemente pela necessidade (OLSON *apud* FARIA, 1998). A grande vantagem desse sistema de proteção social é a lógica da inclusão de todas as camadas da população no acesso aos direitos sociais.

Já para o autor Christopher Pierson (1991), o Estado de Bem Estar Social é como um conjunto articulado de políticas e instituições que expressam o reconhecimento da responsabilidade pública sobre o bem estar social (entendido como o bem estar de indivíduos e grupos dentro da sociedade), a partir do entendimento de que este não pode ser garantido pelas instituições de uma economia de mercado em seu funcionamento normal. Segundo a autora Lessa (2011, p. 4.):

Estado do Bem Estar Social (EBES) reconhece os riscos sobre o bem estar como riscos ordinários em economias de mercado, devidos à ocorrência regular de circunstâncias que inviabilizam a realização de rendimentos – como doença, envelhecimento, acidentes de trabalho, desemprego, gravidez, infância. A provisão pública de seguridade social relaciona-se, portanto, a inevitáveis e previsíveis riscos sociais. Em segundo lugar, o ideário da responsabilidade pública se materializa na existência de um “orçamento público social” legalmente amparado. Em terceiro lugar, na “extensão da cidadania política”, concebida, a partir da emergência dos EBES, como pré-condição para o acesso aos (e não mais como preço a pagar pelos) benefícios sociais.

Na identificação e codificação de direitos sociais e, portanto, de um novo sentido de cidadania, a “cidadania social” é defendida por Marshall, (1967) e Esping-Andersen (1991), e o marco normativo significativo é a Declaração Universal de Direitos Humanos, de 1948.

Percebe-se que é preciso reconhecer o bem estar social e os direitos sociais como dotados de conteúdos dinâmicos, com a instabilidade das concepções de bem estar e a variabilidade dos riscos sociais e a variedade de modos de apresentação da responsabilidade pública.

As expectativas de mudanças políticas no Brasil em torno de uma concepção ampliada de direitos sociais foram construídas no interior do processo de resistência ao regime militar e sob a emergência da redemocratização do país, levando a discussão às políticas públicas de caráter de Estado, diferentemente da concepção de políticas de governo. Nesse clima político, todas as políticas públicas foram repensadas com vistas a desenvolver um Estado de direito, próximo aos princípios beveridgianos, de seguridade social. Nesse sentido, os movimentos políticos em torno do fim da Ditadura Militar preconizavam políticas públicas de acesso para todos. (BEHRING, BOSCHETTI, 2007).

O resultado dos movimentos políticos, sociais, econômicos e culturais da década de 1980, favoreceu a criação dos princípios de ontológicos da Constituição Federal de 1988, transformando-se em um marco histórico na sociedade brasileira. A Constituição assumiu um compromisso com a construção de um Estado democrático e de direito, baseada nos fundamentos de liberdade, igualdade, fraternidade, nos direitos de cidadania. Criando assim, um pacto de direitos e deveres estendidos a todos os brasileiros com a participação da família, da sociedade e do Estado.

Um das principais mudanças provocadas pela Constituição Federal de 1988 traz em seu Capítulo II, art. 194, disposições relativas à Seguridade Social. “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. Essas três políticas públicas são fundamentais para a cidadania social e para a construção das diretrizes básicas de bem estar social, formando um tripé de direitos básicos.

A Política Pública de Seguridade Social foi organizada através da edição da Lei nº 8.080, de 19/09/1990, que criou o Sistema Único de Saúde. Depois, pelas leis nº 8.212 e 8.213, ambas de 24/07/1991, que criaram, respectivamente, o Plano de Organização e Custeio da Seguridade Social e o Plano de Benefícios da Previdência Social. E, por último, pela Lei nº 8.742, de 07/12/1993, que tratou da Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS.

A Política Pública de Seguridade Social tem como prisma a valorização dos direitos constituídos, articulando-os e fortalecendo-os para a melhoria da qualidade do atendimento aos direitos e serviços básicos ofertados pelo Estado à sociedade. Desenvolvendo-se por meio de políticas, programas, projetos e ações transversais entre as suas políticas públicas, dando prioridade à promoção e prevenção à saúde.

Os princípios que permeiam a Seguridade Social brasileira, são: a) princípio da universalidade de cobertura e do atendimento; b) princípio da uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; c) princípio da seletividade e

distributividade na prestação dos benefícios e serviços; d) princípio da irredutibilidade dos benefícios; e) princípio da equidade na forma da participação no custeio; f) princípio da diversidade na base de financiamento; g) caráter democrático e descentralizado da administração.

Na Seguridade Social, a política de saúde do SUS é fruto das modificações que foram realizadas na Constituição Federal neste âmbito decorreram das lutas organizadas pelo movimento de Reforma Sanitária, que data desde a década de 1970, no contexto de luta contra a Ditadura Militar. A expressão “Reforma Sanitária” foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor de saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população. Cohn (1989, p.18) considera que

[... o termo Reforma Sanitária não é unívoco. Designa as mais variadas experiências de reformulação normativa e institucional no campo de assistência à saúde dos cidadãos, em países do primeiro e do terceiro mundo, como Itália, a Espanha e o Brasil, como ainda em sociedades semiperiféricas, como Portugal. A experiência italiana foi a que mais fortemente inspirou o movimento de Reforma Sanitária no Brasil...]

Mas o movimento só conseguiu manifestar de forma mais ampla as suas reivindicações na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, tornando-se um marco para área da saúde pública. Nesse mesmo período, a tensão na área da saúde se aguçava e se expressava pelos dois projetos estruturantes que circundavam a política de saúde vigente da época: o projeto de Reforma Sanitária e o projeto de saúde articulado ao mercado privado.

Ressalta-se que uma das características institucionais da política de saúde do país em todos os seus momentos históricos foi a sua composição mista, atrelada aos modelos filantrópico (1º), estatal (2º) e de mercado (3º), sendo que o modelo estatal foi construído por etapas e setores de mais ou menos interesse dos governos. Em paralelo, foi desenvolvido o modelo de mercado, fazendo frente aos dois modelos. O primeiro modelo tinha uma conotação assistencialista, advinda das primeiras experiências de saúde trazidas ainda durante o processo de colonização – as Santas Casas de Misericórdia, são exemplos deste tipo de atendimento à saúde pública; depois, na década de 1930, com a Revolução Burguesa, o Estado Moderno passara a organizar uma política estatal de saúde, convivendo abertamente e em parceria com o setor filantrópico, e, depois, precisamente nas décadas de 1950, começa a expansão do setor privado. (BRAVO; MATOS, 2004).

Ou seja, a política de saúde só a partir da proposta de Reforma Sanitária passa a incorporar a ideia de um modelo público mais abrangente de atendimento à saúde para todos, independentemente da contribuição do usuário à previdência social. Anteriormente à Constituição Federal de 1988, a saúde funcionava de acordo com a segmentação das classes sociais. Aos setores mais pobres cabiam a saúde de modelo filantrópico; o modelo estatal para aqueles que eram associados ao Instituto Nacional de Seguro Social-INSS; e o modelo privado de mercado, para aqueles que podiam abarcar com as despesas médicas e hospitalares. Como a proposta principal da saúde era voltada para a ênfase hospital acêntrica, os hospitais se dividiam em públicos (ligados às Universidades, pois eram campos de ensino-aprendizagem para os alunos). Nestes, a população em geral tinha acesso; os hospitais filantrópicos e os privados (BRAVO, 1999).

A política de saúde que foi criada a partir da Reforma Sanitária e da Constituição Federal de 1988 trouxe um conjunto novo, moderno e articulado, denominado de Sistema Único de Saúde-SUS, que tem por doutrina a universalidade, equidade e integralidade. A *Universalidade* diz respeito à garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público. Saúde é um direito de cidadania e dever do Estado. A *equidade* visa assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos. A *integralidade* é o reconhecimento, na prática, dos serviços de que colocando o estabelecimento que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; as ações de saúde devem priorizar a promoção, proteção e recuperação da saúde, formando também um todo indivisível e que não pode ser compartimentalizada; as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral (BRASIL, 1990).

Quanto aos princípios de organização do SUS, se destacam: regionalização e hierarquização; resolubilidade; descentralização; participação dos cidadãos e complementariedade do setor privado, segundo o que reza a Lei 8.090/1990:

A *regionalização e hierarquização* se referem à forma como devem ser organizados os serviços por níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isto implica na capacidade dos

serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência à saúde (básica, média e alta complexidade).

A *resolubilidade* é a capacidade de resposta do sistema quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde. É necessário que o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência.

A *descentralização* deve ser entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo (federal, estadual e municipal), a partir da ideia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Disso resultou a municipalização da saúde básica, como instância primária de atenção à saúde.

Já a *participação dos cidadãos* é a prerrogativa da garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. Essa participação deve se dar nos Conselhos de Saúde, com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço, e nas conferências de saúde, periódicas, para definir prioridades e linhas de ação sobre a saúde.

A *complementariedade do setor privado* foi pensada para atender ao SUS, quando os serviços sofrerem algum tipo de insuficiência diante da demanda, mas por tempo determinado, obedecendo três condições: a) a celebração de contrato, conforme as normas de direito público, ou seja, interesse público prevalecendo sobre o particular; b) a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS. Prevaecem, assim, os princípios da universalidade, equidade, etc., como se o serviço privado fosse público, uma vez que, quando contratado, atua em nome deste; c) a integração dos serviços privados deverá se dar na mesma lógica organizativa do SUS, em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços (BRASIL, 1990).

O que se observa na implementação das políticas públicas de saúde no Brasil orientada por princípios universalistas e democráticos, após a institucionalização do Sistema Único de Saúde-SUS insere-se no escopo da discussão sobre conformação das políticas sociais mais amplas, aproximando-se do modelo social democrático em termos legislativo, apesar de existirem

[... vários aspectos do ainda insatisfatório nível de bem-estar social alcançado pela população brasileira levantam a questão sobre se existiria ou não um EBES no país: o vasto mercado informal de trabalho, o alcance limitado da proteção social, os

serviços sociais com cobertura aquém do desejável e qualidade insuficiente...]
(LESSA, 2011, p. 28)

Dessa forma, como pensar as políticas sociais, se analisamos um país com contradições gritantes longe da condição de Estado de bem estar social alcançada pelos países centrais, de enormes desigualdades, com fossos de miséria e exclusão social, onde a fome ainda constitui uma agenda prioritária e estratégica no discurso do governo, onde o tráfico de drogas e a violência das grandes metrópoles, dentre outros problemas que afetam as condições de saúde pública?

Nesse sentido,

[... é principalmente no quesito efetividade que o EBES brasileiro deixa a desejar: os indicadores de pobreza e desigualdade seguem elevados, a despeito do crescimento e consolidação de um EBES. Isso significa que os sistemas de transferências e provisão de serviços não têm sido muito efetivos nesse particular – algo que parece começar a se reverter apenas em tempos recentes, com maiores gastos e melhores políticas...] (LESSA, 2011, p. 30).

Com os indicadores de educação e saúde, é possível afirmar que a melhora recente dos indicadores de desigualdade e pobreza está mais relacionada às transferências do que aos serviços, ou seja, indicadores lentos. E para as políticas de regulamentação do mercado de trabalho, como a valorização do salário mínimo e incentivo à formalização, do que às transferências. Sendo, deste modo, um conjunto, tem melhorado o rendimento social do crescimento econômico e possivelmente também dado ímpeto adicional ao crescimento. No Brasil é viável o direito à saúde pela política social conformada historicamente nas sociedades capitalistas, contando com um movimento por democratização, desencadeado a partir da década de 1970, constituindo-se em mobilização expressiva da sociedade civil por conquistas.

Na medida em que a política de transferências monetárias, aqui delineada, está fortemente atrelada à provisão de vários bens públicos comunitários, como agências de políticas ativas de mercado de trabalho, serviços de iluminação, água, lixo, esgoto e transporte, escolas, creches e postos de saúde, centros de cuidado para idosos, e na medida em que membros de uma comunidade tendem a compartilhar o mal público da vulnerabilidade à pobreza, é razoável que a política de transferências reflita o enfoque territorial dado aos serviços (LESSA, 2011, p. 5).

No sistema de governança brasileira de bem estar social, sendo-o ainda mais abrangente do que o Estado Bem Estar Social, envolvendo a coordenação do domínio público e envolvendo, também, o conjunto de atores como Estado, famílias e do mercado. No terceiro setor, o intuito do papel em ação pública e da produção de bem estar não deve ser desprezado, e as empresas pelos investimentos sociais e de responsabilidade social.

Mesmo sendo pouco para uma política de saúde que se pretende universal, justa e solidária, a gestão do SUS parece ter uma especificidade institucional importante no que se refere ao financiamento, à descentralização com comando único e ao estímulo ao pacto federativo democrático, servindo de exemplo para outras áreas, como assistência social e segurança pública, que igualmente criaram sistemas únicos, como afirma Pires (2004).

Nas políticas públicas, a descentralização tem fortes argumentos em seu favor, de modo geral sendo associados à otimização na alocação de recursos e melhor eficiência na execução dos serviços, favorecendo principalmente a participação da sociedade na fiscalização e priorização das políticas públicas locais.

Outro ponto relevante para a análise da gestão da política de saúde do Brasil diz respeito à descentralização ou à transferência de responsabilidades e recursos federais para gestão e execução de políticas públicas, que se intensificou a partir da constituição de 1988 e que no SUS ganhou amplitude considerável a partir da publicação da NOB 01/96, conforme Pires (2004).

Sendo, portanto, reconhecido pela Organização Mundial de Saúde-OMS que o Sistema Único de Saúde do Brasil é um dos mais completos, em termos organizativos, na atualidade e abrange cada vez mais serviços que o setor privado não domina, no entanto, a situação brasileira em relação a outros países que têm regime universal de atendimento, os resultados são menos animadores decorrentes de muitos desafios que se colocam na gestão do SUS, colocando-o em uma situação antagônica e contraditória na sociedade.

Os principais desafios do SUS já ficam claros logo no seu início diante do contexto político-econômico mais geral. A partir da década de 1990, a política do SUS obteve o redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela política de ajustes neoliberal. Neste caso, a afirmação pela liderança do neoliberal no Brasil foi responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas e principalmente pelo desemprego estrutural, desmonte da previdência pública, precarização do trabalho, educação e sucateamento da saúde.

Nesse sentido, o Estado brasileiro tende fortemente ao neoliberalismo, focalizando seletivamente políticas públicas, de baixa qualidade, para pobres, e subsidiando e/ou pouco regulando o setor privado, dando condições para que a saúde seja transformada em mercadoria, de acordo com Pires (2004).

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem verificado o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e a falta de ação no cumprimento de um dever do governo federal na regulamentação e principalmente na fiscalização das ações de saúde.

Com o SUS, todos os cidadãos deveriam ter o direito às consultas, exames, internações e tratamentos nas unidades de saúde vinculadas ao sistema, sejam privadas, sejam públicas, sendo contratadas pelo gestor público de saúde. O sistema deveria promover a saúde através de ações preventivas e curativas, tornando democráticas as informações relevantes para o conhecimento da sociedade quanto aos seus direitos e os riscos a sua saúde. Sendo assim, é constituído pelos serviços públicos de saúde nas esferas federal, estadual e municipal e também pelos serviços privados de saúde, sejam: lucrativos, filantrópicos, beneficentes etc. Os serviços públicos de saúde são prestados pela esfera governamental ou pela terceirização do serviço, em atendimento às classes de baixa e média rendas e com financiamento pelas contribuições compulsórias à Previdência Social.

A importância das políticas públicas é a de fortalecer e implementar serviços de Saúde, Assistência Social e Previdência Social, com atenção especializada para as pessoas com deficiência, com doenças relacionadas ao trabalho e doenças incapacitantes sendo formuladas políticas integradas entre educação, saúde e esportes, no incentivo de parcerias e projetos intersetoriais, garantindo o acesso físico, social e a qualidade de vida a todos. Outro ponto a questionar é a ampliação e a descentralização do sistema de marcações de consultas, exames e seus derivados nos três níveis de atenção à saúde com os pólos de marcação nas Unidades Básicas de Saúde das zonas rurais. Em continuidade, a importância de uma implementação ao acolhimento com classificação de risco e o agendamento de consultas nas unidades básicas de saúde, urgências e clínicas de saúde da família, por profissional habilitado, para o fim das filas na distribuição de fichas e outros procedimentos de saúde.

Os programas de promoção da saúde seriam necessários para o fortalecimento entre os casos também de prevenção de doenças e qualidade de vida voltados para os diferentes ciclos da vida: crianças, adolescentes, idosos, etc. Além de pessoas com necessidades especiais, garantindo a acessibilidade nos serviços públicos e privados.

2.2 BREVES NOTAS DO SUS: NOS ÚLTIMOS GOVERNOS FHC, LULA E DILMA

No governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), de 1995 a 2003, ocorreram mudanças e fez-se necessário fixar esse duplo ponto de partida, pois é sobre esses pontos que incidem as reformas da segunda metade dos anos de 1990. Neste caso, a política social de FHC são os programas universais e focalizados que se combinaram duplamente no interior do programa de enfrentamento à pobreza, mas também no interior dos programas universais

básicos como educação e saúde. Essas políticas sociais universais, além de eixo estruturador do desenvolvimento social, cumprem papel decisivo no combate à pobreza. (BRAZ, 2004)

Em 1994 iniciou-se a descentralização no começo do governo de Fernando Henrique Cardoso. Nessa época começou-se a criação do Programa Saúde da Família, o qual mudaria de modo transversalmente oposto o conceito de atenção à saúde. Ao contrário da cura de doenças, o principal foco seria a promoção à saúde e atenção primária. Neste caso, atenção primária ocorre em nível ambulatorial, próxima à vida das pessoas. Sendo assim, possui exames laboratoriais e métodos de diagnósticos básicos. O componente da equipe de saúde é responsável por uma população de determinada área geográfica, sendo formada por áreas básicas da medicina, como ginecologia, pediatria, clínica médica e de profissionais de outras áreas tão fundamentais quanto, como psicólogos, enfermeiros, nutricionistas, etc. Esse modelo responde por nada menos que 85% de toda a demanda médica de uma população. Os hospitais poderiam usar seu porte físico e tecnológico para atender os 15% restantes da demanda que realmente necessitam de cuidados, mais atenção, e que necessitam de mais recursos.

Em 1996, houve a instituição da Norma Operacional Básica no governo de FHC, com transferência da responsabilidade pela gestão e execução da saúde aos municípios, cumprindo a descentralização constitucional. Os recursos para a universalização constitucional faltavam, porém, efetivamente virar realidade. Com a Proposta de Emenda Constitucional de número 29, foi acertado um percentual mínimo que cada esfera do poder público seria obrigada a investir na saúde.

No governo Lula, a política macroeconômica do anterior governo foi mantida e as políticas sociais foram fragmentadas e subordinadas à lógica econômica. Como a concepção de seguridade social não foi valorizada, manteve-se a segmentação das três políticas: assistência social, previdência social e saúde.

A partir de 2002 até 2010, o governo Lula foi mais inovador na sua atuação sobre a solução do problema da saúde do que no aspecto interior da política de saúde, embora também no campo setorial apresente inovações não tão perceptíveis em uma análise focada nos aspectos mais visíveis da política de saúde. No aspecto endógeno específico do setor saúde, a gestão do governo Lula foi de continuidade e mudança. Neste caso, foram adotadas medidas de crescimento no longo e complexo processo contínuo de implementação do SUS que não trazem nada ou muito pouco de inovações, desde que fossem no campo da organização da assistência, da gestão e da forma de alocação de recursos. Outro problema é o subfinanciamento do SUS, assunto comentado nos debates públicos e enfrentado no governo Lula.

O Pacto pela Saúde foi uma ação e aprovação relevante no primeiro mandato de Lula. Algumas ações incrementais tiveram cobertura de ações voltadas para grupos específicos e de alguns programas inovadores e quantidade específicas de recursos. No ponto de vista da gestão do SUS, o Pacto pela Saúde trouxe mudanças importantes. Este Pacto é um conjunto de reformas institucionais nas três esferas de governo, tendo o objetivo de promover instrumentos de gestão e inovações nos processos com três componentes: o Pacto pela Vida, reforçado no SUS por resultados no movimento da gestão pública ao estabelecer um conjunto de compromissos e metas sanitários com prioridades, a ser implementado pelos entes federados; já o Pacto em Defesa do SUS, que expressa um movimento de uma nova política de saúde, com estratégia de mobilização social para tratar um financiamento compatível com as necessidades de saúde; o Pacto de Gestão do SUS, uma relação solidária entre gestores, definindo responsabilidades de cada esfera de governo e diretrizes, que contribui para o fortalecimento da gestão, criando colegiados de gestão regionais, importantes arenas federativas de articulação entre gestores com vista ao estabelecimento de relações cooperativas, fundamentais para a garantia do acesso e da integralidade da atenção. Nos setores, os avanços foram qualitativos incrementais, no processo contínuo e difícil de implantação dos princípios do SUS em um contexto de debate ao financiamento, sem ser colocados na agenda pública os problemas da estrutura do sistema de saúde. Por exemplo, não está na agenda a regulação das condições sistêmicas de financiamento e provisão de bens públicos e serviços de saúde, sendo o que envolve a discussão da segmentação do sistema de saúde brasileiro, formado por um sistema público e outro privado. (COHN, 2005).

Em relação à saúde, a expectativa era a de que o governo Lula fortalecesse o projeto de reforma sanitária que foi questionado nos anos 1990, no período onde houve a consolidação do projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista. No atual governo, o desafio à incorporação da agenda ético-política da reforma sanitária, pelas suas ações, tem mantido a polarização entre os dois projetos. Porém, em alguns momentos procura estruturar o primeiro projeto, e o segundo projeto ressaltam as ações, o desfinanciamento e a focalização.

O desfinanciamento é a principal causa, e estando diretamente articulada ao gasto social do governo é determinante para a manutenção da política, terceirização e precarização dos recursos humanos. Sobre o financiamento do SUS nesses últimos anos, o sistema tem passado alguns problemas, tais como: utilização sistemática dos recursos do orçamento da Seguridade Social para garantir o superávit primário das contas públicas; decisão do Presidente da República, orientado pelos Ministros da Fazenda e do Planejamento para

ampliar o conteúdo das ações de serviços de saúde incluindo gastos com a segurança alimentar e saneamento, o que ocasionou a redução de 5 bilhões dos recursos destinados ao SUS.

O atual governo da Presidenta Dilma Rousseff, em sua gestão desde 2010 a 2018, não foi uma gestão até o presente momento satisfatória na política de saúde, haja vista que a PEC 29 até hoje não foi aprovada no Congresso Nacional, mesmo a base governista sendo a ampla maioria, ou seja, são nove anos que cada cidadão vale R\$18,00/ano (dezoito reais por ano) para a União. Aproximadamente mais de vinte anos que o maior sistema de saúde pública do mundo foi criado e o cidadão vale pouco menos de vinte reais, por ano. Com isto, há oito anos, as palavras poderiam ser uma força de lei, porém, a lei ficou em segundo plano, assim como a população. Assim como na Constituinte. A primeira constatação é a relação sobre a priorização da saúde. Como sempre um discurso de priorização e uma prática insignificante.

O governo de Dilma em seu primeiro mandato teve como ministro da Saúde um ente do partido, o ex-ministro de Lula na área de relações institucionais, e que recebeu a saúde com grande entusiasmo e pouco conhecimento de SUS. Com técnicos de primeira advindos da gestão municipal. Mas até o momento não levaram à frente uma proposta concreta e consistente de política de saúde.

No entanto, um dos principais programas criados no seu governo para diminuir a tensão relacionada à questão do atendimento básico é o Programa Mais Médicos, que é o aspecto mais particular deste estudo. Nesse sentido, a discussão do programa Mais Médicos no que se refere à melhoria do atendimento à saúde da população, torna-se relevante para a Gestão Pública, que o será melhor aprofundado nesta pesquisa a partir da revisão teórica e coleta de dados no campo empírico.

3 PROGRAMA MAIS MÉDICOS: UMA SAÍDA OU ALTERNATIVA PALIATIVA DA CRISE DO ATENDIMENTO DO SUS?

A questão da saúde no Brasil apresenta um novo enfoque de preocupação a partir da governança do Partido dos Trabalhadores na Presidência da República, compreendendo os períodos dos governos de Luiz Inácio Lula da Silva (2003 a 2010) e mais recentemente, nos governos de Dilma Rousseff (2011-2018). A saúde é considerada como um dos problemas identificados pelos brasileiros mais graves a ser enfrentado pelo Estado.

Conforme pesquisa da Datafolha contratada pela Interfarma (Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa), publicada em Março de 2014, e realizada nas cidades com mais de

500 mil habitantes, os serviços privados de saúde rivalizam com o Sistema Único de Saúde-SUS que parece ter estacionado na própria ineficiência. Cerca de 45% dos brasileiros identificam a saúde como principal problema do país. Segundo resultados da mesma pesquisa, a saúde está ruim ou péssima no Brasil para 62% das pessoas entrevistadas. Dada à insatisfação de parcela significativa da população, observa-se que o sistema não está funcionando tão bem como deveria, ou melhor, as pessoas têm que buscar soluções privadas pelas deficiências públicas.

Os entrevistados pela pesquisa da Datafolha afirmam que o péssimo atendimento pelo SUS é uma das principais causas apontadas pelos entrevistados para preferirem o atendimento privado. A maior prioridade apontada é a contratação de profissionais. Sendo recorrentes imagens como a figura abaixo:

Figura 2 - Pacientes do Sus



Fonte: <http://www.guamaremdia.com/?m=20120106>

Atualmente o Brasil possui 1,95 médicos para cada mil habitantes, segundo o Conselho Federal de Medicina (2011) e a OMS (2012), ficando atrás de países mais ricos e pobres, tais como: Cuba (6,39), Reino Unido (2,64); Argentina (3,16), conforme se vê na Tabela 1:

Tabela 1 - Situação do Brasil diante de outros países com sistema universal de saúde

País	Médico / 1.000 Habitante	Investimento per capita em saúde (US\$)		Participação do gasto público (%)	IDH		Expectativa de Vida (anos)	Taxa de Mortalidade Neonatal (por 1.000 nascidos vivos)
		Setor Público e Privado	Setor Público					
Cuba	6,39	478	443	93%	--	--	78	3
Reino Unido	2,64	3438	2893	84%	0,849	Muito elevado	80	3
Suécia	3,73	3722	3033	81%	0,885	Muito elevado	81	2
França	3,28	3969	3093	78%	0,872	Muito elevado	81	2
Alemanha	3,64	4219	3243	77%	0,885	Muito elevado	80	3
Espanha	3,71	3067	2258	74%	0,863	Muito elevado	82	3
Canadá	2,36	4314	3047	71%	0,888	Muito elevado	81	4
Austrália	2,99	3484	2369	68%	0,937	Muito elevado	82	3
Argentina	3,16	1386	921	66%	0,775	Elevado	75	7
Brasil	1,95	921	401	44%	0,699	Elevado	73	12

Fontes: Demografia Médica no Brasil 2011 - CFM; Estatísticas Sanitárias Mundiais 2012 - OMS

Essa tabela também revela o nível de investimento privado e público, colocando o Brasil em situação clara de que o SUS contribui apenas a 44% dos gastos em saúde pública e o setor privado a 56%, diferentemente de outros países que tem sistemas universais, eles investem mais de 70%. O país ainda apresenta indicadores de expectativa de vida abaixo dos países relacionados e com uma taxa de mortes neonatal 12 mortes para 100/hab., colocando o IDH 0,699, considerado elevado. No entanto, estes índices do Brasil são gerais e não traduzem as especificidades de um país com dimensões continentais como é o caso em particular.

A tabela 2 a seguir, apresenta o total de consultas médicas do SUS por habitantes em unidades da federação. Pode-se observar que, nos três anos em questão, alguns estados apresentam redução das consultas, principalmente por falta de profissionais. Os estados em questão totalizam 10 e são Sergipe, Distrito Federal, São Paulo, Amapá, Amazonas, Paraná, Mato Grosso, Piauí, Ceará e Roraima. O estado da Paraíba apresenta um pequeno aumento de 0,06 no indicador.

Tabela 2 - Número de consultas médicas (SUS) por habitantes entre 2010 e 2012 no Brasil por Unidade de Federação

Unidade da Federação	2010	2011	2012	Total
Rondônia	2,94	3,21	3,46	3,21
Acre	2,46	2,74	2,67	2,63
Amazonas	2,36	2,27	2,26	2,29
Roraima	2,95	2,37	2,18	2,50
Pará	1,94	1,99	1,96	1,96
Amapá	1,89	1,97	1,80	1,89
Tocantins	2,44	2,66	2,75	2,62
Maranhão	3,10	3,15	3,11	3,12
Piauí	2,07	2,04	1,88	2,00
Ceará	2,28	2,30	2,06	2,21
Rio Grande do Norte	2,58	2,90	2,61	2,70
Paraíba	2,40	3,63	2,46	2,83
Pernambuco	2,38	2,43	2,41	2,41
Alagoas	2,75	2,42	3,11	2,76
Sergipe	2,00	2,04	1,95	1,99
Bahia	2,12	2,30	2,38	2,27
Minas Gerais	2,68	2,78	2,82	2,76
Espírito Santo	2,90	3,04	3,07	3,00
Rio de Janeiro	2,45	2,58	2,52	2,52
São Paulo	3,43	3,46	3,37	3,42
Paraná	2,91	3,00	2,76	2,89
Santa Catarina	2,50	2,73	3,11	2,78
Rio Grande do Sul	2,75	2,92	2,87	2,85

Mato Grosso do Sul	2,69	4,57	2,99	3,42
Mato Grosso	3,07	2,53	2,89	2,83
Goiás	2,43	2,65	2,73	2,61
Distrito Federal	2,26	2,11	2,20	2,19
Total	2,71	2,83	2,77	2,77

Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

No sentido de diminuir a distância entre a população e o acesso ao atendimento médico, foi criado o *Programa Mais Médicos no Brasil* pela Lei Nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013.

O estudo do Programa Mais Médicos no Brasil é considerado de extrema importância, pois é um dos programas mais discutidos pela mídia nos últimos meses pela sociedade, incluindo a gestão do programa e seus resultados esperados.

É um programa recentemente criado, há pouco mais de um ano pelo governo de Dilma Rousseff, e obtém alcance de investimentos pesados, principalmente na infraestrutura dos hospitais em relação a políticas de saúde, no que se refere à melhoria do atendimento em saúde nos municípios brasileiros. Sendo assim, o principal objetivo do programa é a melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, trabalhando-se em diferente frente como nas políticas educacionais nos cursos de medicina, e estimula a pesquisa aplicada ao SUS e inserção de médicos.

Segundo o governo em sua justificativa para o baixo índice de médicos por habitantes, que é 1,8, não se trata da distribuição de médicos. O mais preocupante para o governo é a escassez na oferta de médicos. O governo argumenta que desde 2008 a 2013 houve um crescimento aproximadamente de 72% dos equipamentos de saúde e de 44% dos estabelecimentos médicos, dados do Brasil (2013). Este tema é extremamente importante para a sociedade quando se trata a saúde desde que seja criança, adultos e idosos.

A saúde pública deve, pode e precisa melhorar, e estamos assumindo a responsabilidade de liderar o processo com a qualidade no atendimento como obsessão para o SUS. O grande desafio é colocar qualidade, ampliar o acesso aos serviços de saúde. Interiorizar o atendimento de média e alta complexidade, expandir o acesso a serviços importantes para a população que cada vez mais terá um grande contingente de idosos (PADILHA, 2013, p.29).

O Programa “Mais Médicos” é o principal programa do Governo Federal no tocante a investimentos na área de saúde no país. Sendo criado para sanar, em curto prazo, o problema da insuficiência e má alocação de profissionais de saúde no Brasil.

O programa tem por objetivo a melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, com o alcance de investimentos, principalmente na infraestrutura de hospitais e na contratação de médicos para atender regiões do país em que o número destes profissionais esteja reduzido e/ou em falta, particularmente nos municípios do Norte e Nordeste, e nas áreas interioranas e/ou periféricas do país. O Programa se volta preferencialmente para a Atenção Básica da Saúde Pública, na ideia de compor as equipes da Estratégia Saúde da Família que estão com falta de médicos.

Os municípios que desejam participar devem se inscrever no programa, em condição de pertencer a um dos seis perfis, delimitados pelos perfis; a área dos 40% (quarenta por cento) em 2010 dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza das capitais, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2014; à área dos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos Municípios situados em região metropolitana; a áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos Municípios que estão entre os 100 (cem) Municípios com mais de 80.000 habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública “*per capita*” e alta vulnerabilidade social de seus habitantes; aos Municípios com 20% (vinte por cento) ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) em 2013; os Municípios que estão situados em áreas de atuação do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS) e o sexto perfil refere-se a áreas dos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos demais Municípios. Foi observada grande movimentação de inscrições a favor da adesão ao Projeto. Dos 5.570 municípios brasileiros, 3.548 foram inscritos, aproximadamente, 63,70% da totalidade dos municípios. Ao final das etapas de seleção do programa só foram aceitos 687 municípios que receberam alocação de médicos.

A prioridade de seleção de contratação foi dirigida para profissionais formados em instituições brasileiras, com diploma revalidado no País e/ou instituições estrangeiras por meio de intercâmbio médico internacional.

O projeto em atuação de médicos participantes possui limite de três anos sendo prorrogável por mais três e recebendo uma bolsa-formação no valor de R\$ 10.000 (dez mil reais). Recebendo ainda uma ajuda de custo para instalação no valor de aproximadamente três bolsas-formação determinadas pela região à qual será alocado. Os valores são distribuídos das seguintes formas:

- a) R\$ 30 mil para região da Amazônia Legal, de fronteira ou indígenas;
- b) R\$ 20 mil para Nordeste, Centro-Oeste ou do Vale do Jequitinhonha-MG, e;
- c) R\$ 10 mil para Capitais, Regiões Metropolitanas, Distrito Federal ou outros municípios não citados.

O Ministério da Saúde vem investindo a partir do segundo semestre de 2013 e até o final de 2014 cerca de R\$ 15 bilhões de reais em infraestruturas em hospitais e unidades de saúde. Sendo assim, 2,8 bilhões desses foram destinados para obras de 16 mil Unidade Básicas de Saúde e para a compra de equipamentos para 5 mil unidades. Desses, R\$ 3,8 bilhões para obras em 816 hospitais e aquisição de equipamentos para 2,5 mil hospitais; além de R\$ 1,4 bilhões para obras em 877 Unidades de Pronto Atendimento. Estão previstos investimentos nos Ministérios da Saúde e da Educação. Totalizando os recursos, R\$ 5,5 bilhões para construção de 6 mil Unidade Básica de Saúde - UBS e reforma e a ampliação de 11,8 mil unidades e para a construção de 225 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e R\$ 2 bilhões em 14 hospitais universitários.

O Programa Mais Médicos em suas análises depois de implementado, aponta que ainda há problemas com críticas insatisfatórias com o programa pela população e Conselhos Federal de Médicos (CFM) e os Conselhos Regionais de Medicina (CRMs). Entre os pontos estão: ausência de fiscalização e transferência relacionada ao convênio firmado pelo Governo com a Organização Pan-americana de Saúde (Opas), entretanto uma parte do contrato e execução agride os direitos humanos e a legislação trabalhista; a ausência que coloca a população, principalmente a das regiões mais carentes, vulneráveis à ação de indivíduos sem qualificação, sendo a principal falta de validação de diplomas dos intercambistas, revalida a comprovação da formação dos participantes com currículo e carga horária de acordo com a formação médica praticada no Brasil e por último falta de informações sobre os locais de trabalho dos intercambistas e de acesso à relação de tutores e supervisores, transparência sobre os locais de trabalho dos intercambistas e de acesso à relação de informações, dentre as quais os CRMs. Sobretudo, os órgãos encarregados legalmente de fiscalizar as atividades só foram autorizados a acessar após ordem judicial, por conta de recusas do Governo. Entretanto, não só a população como a CFM e CRMs propõem aceleração do Governo em uma solução para a melhora da assistência em todo o país, em especial nas áreas de difícil provimento e no reforço da atenção básica.

Neste caso, para os Conselhos, a melhor forma seria a criação de uma carreira de Estado voltada para o médico que atua no SUS, com desenvolvimento no estímulo para se instalar e permanecer nas áreas de baixo acesso, com condições de trabalho e atendimento,

havendo o acesso à educação continuada, apoio de equipe multiprofissional, remuneração adequada e perspectivas de progressão funcional.

4 RESULTADOS DO ESTUDO DE CASO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO MUNICÍPIO DE POMBAL/PB

4.1 DELIMITAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA

O município de Pombal tem uma população de 32.443 habitantes, com uma área territorial de 888,811 Km², o que representa 1,58% da superfície total do estado. Com o crescimento anual de 1,86%, possui o 15º maior IDH da Paraíba, e a expectativa de vida no município é em média de 66,2 anos. A economia é dominada pelo comércio interno, agricultura, e algumas fábricas. Está localizada a uma altitude de 184 metros. Segundo o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) divulgado em 2013, o IDHM da cidade está em 0,634, sendo considerado como IDHM de médio desenvolvimento humano (IBGE, 2011).

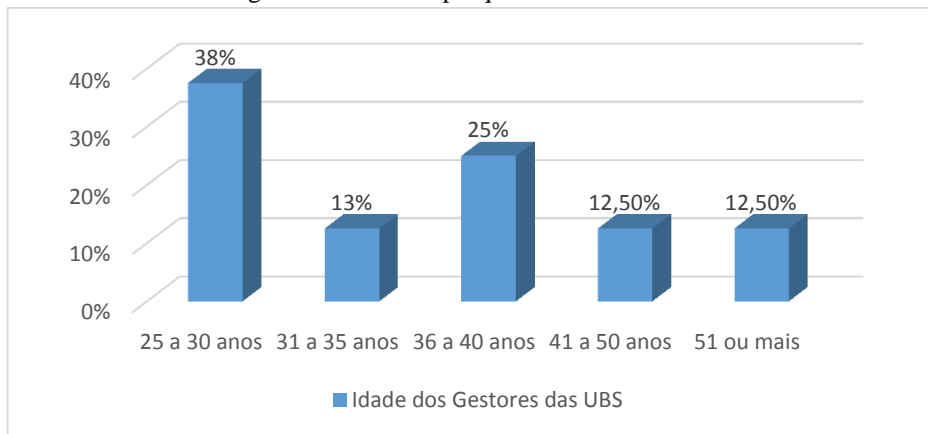
O campo amostral da pesquisa foi composto por 07 unidades básicas de saúde-UBS do Município de Pombal, que receberam médicos do Programa Mais Médicos. A pesquisa foi realizada com os gestores das referidas UBS (resolveu-se não colocar os nomes específicos das UBS para que os colaboradores/participantes da pesquisa não fossem identificados) e com o gestor responsável pela Secretaria Municipal de Saúde deste município. O questionário aplicado se encontra no apêndice A. Estamos denominando o público-alvo da pesquisa como colaboradores e/ou participantes, tendo em vista, que as pessoas se colocaram à disposição para realização desta pesquisa, não sendo, apenas meros informantes, são sujeitos sociais que merecem respeito em relação às informações prestadas e a disponibilidade concedida para execução desta pesquisa.

Os colaboradores desta pesquisa se referem aos gestores locais das Unidades de Saúde Básica (UBS) e ao gestor da Secretaria Municipal de Saúde de Pombal-PB. Este município recebeu 07 médicos do Programa Mais Médicos, que estão distribuídos em 07 UBS das 17 existentes no referido município. São 05 UBS na zona urbana e 02 UBS na zona rural que estão aderindo ao programa.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS COLABORADORES

De acordo com os dados da pesquisa, verificou-se que a idade dos gestores das UBS que trabalham na gestão do Programa Mais Médicos do Município de Pombal apresenta uma média muito jovem. Cerca de 37,5% tem idade entre 25 a 30 anos, conforme se vê no Gráfico 1, logo abaixo:

Gráfico 1 - Idade dos gestores das UBS pesquisadas em Pombal-PB



Fonte: coleta direta de dados 2015/PB.

Esse resultado é bastante vantajoso do ponto, haja vista que o município detém um corpo profissional formado por jovens na gestão das UBS, trazendo a possibilidade de maiores mudanças na gestão da saúde. Por outro lado, também é contributivo, porque essas pessoas podem formar uma gestão mais horizontal junto com os outros profissionais e a comunidade, e ainda têm tempo para aprofundar as suas experiências na gestão.

Quanto à questão da caracterização do sexo dos gestores, 100% são mulheres, compreendendo todo o conjunto pesquisado, como se percebe na Tabela 03 a seguir:

Tabela 3 - Sexo dos gestores das UBS pesquisadas em Pombal-PB

Sexo	Nº ABS	%
Mulheres	08	100,0
Homens	-	-
Total	08	100,0

Fonte: coleta direta de dados 2015/PB.

Este resultado aponta uma participação feminina na gestão das UBS do município, ressaltando que a principal convicção da mulher em atuação na enfermagem é o cuidar. Elas sempre estão mais aproximadas à área da saúde pública e trazendo os melhores cuidados aos pacientes.

Quanto à questão da caracterização da formação acadêmica, 100% são formados, compreendendo todo o conjunto pesquisado, como se percebe na Tabela 04 a seguir:

Tabela 4 - Formação acadêmica dos gestores das UBS pesquisadas em Pombal-PB

Caracterização da Formação Acadêmica		
Formação Acadêmica	Nº ABS	%
Não tem	-	-
Têm	08	100,0
Total	08	100,0

Fonte: coleta direta de dados 2015/PB.

O levantamento apontou resultados positivos, já que todos os profissionais da unidade do município são formados em 100% de aproveitamento. Isso traz uma experiência positiva em relação aos profissionais pela sua qualificação em ensino superior, sendo, assim, um município localizado no alto sertão paraibano com qualificação de profissionais para campo público.

Quanto à questão da caracterização do tipo de formação acadêmica, 90% são formados em enfermagem, compreendendo todo o conjunto pesquisado, como se percebe na Tabela 05 a seguir:

Tabela 5 - Formação dos gestores das UBS pesquisadas em Pombal-PB

Caracterização de Formação		
Tipo de Formação	Nº ABS	%
Enfermagem	07	90
Especialista em Saúde da Família	01	10
Total	08	100,0

Fonte: coleta direta de dados 2015/PB.

Neste caso, o município apresenta no campo, em saúde pública, um aspecto positivo, pois as pessoas responsáveis pela gestão das UBS são profissionais com conhecimento específico na área médica, algo, aliás, que foge da regra de muitos municípios pequenos, quando parte dos gestores são pessoas que ocupam cargos comissionados, sem formação em saúde pública, trazendo muitos problemas à gestão pública. Sabemos que a enfermagem tem o maior envolvimento com o todos os agravos e demandas de atividades da unidade básica que detém. E um profissional deve fazer todo o acompanhamento de um programa, neste caso, do referido programa, junto ao médico e ao segundo profissional em relação ao médico. O profissional da enfermagem tem todo o conhecimento da saúde da criança, mulher e idosos, tendo uma percepção mais amplas das necessidades das UBS e também dos problemas relacionados às necessidades que poderão vir a acontecer ou que estejam acontecendo no Programa Mais Médicos. Outro ponto positivo são todos os servidores públicos e não são

comissionados. O profissional de enfermagem é a pessoa mais próxima do médico, ou seja, ela pode prescrever alguns procedimentos. Por outro lado, seria interessante que também tivesse outras formações profissionais, não só a enfermagem, mas em outras áreas, como por exemplo gestão pública ou administração, podendo ser interessante na gerência das UBS.

Quanto à questão da caracterização do rendimento salarial, 62,5% recebem de 03 a 04 salários, compreendendo todo o conjunto pesquisado, como se percebe na Tabela 06 a seguir:

Tabela 6 - Rendimento salarial dos gestores das UBS pesquisadas em Pombal-PB

Caracterização do Rendimento Salarial		
Rendimento Salarial	Nº ABS	%
01 salários mínimos	01	12,5
03 a 04 salários mínimos	05	62,5
05 a 06 salários mínimos	02	25,0
Total	08	100,0

Fonte: coleta direta de dados 2015/PB.

Este resultado é bastante positivo por ser de um município de pequeno porte, com a maior renda salarial entre 03 a 04 salários mínimos e ficando em segunda posição com 25% entre 05 a 06 salários mínimos. Os profissionais recebem gratificações, as quais não são fixas, mas acrescidas ao salário. Este salário está praticamente em média compatível com a capital paraibana.

4.3 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE TRABALHO

Buscou-se neste capítulo desenvolver uma aproximação entre os aspectos centrais de necessidade médica das UBS para compreender como o Programa Mais Médico se torna relevante para a gestão de saúde deste município.

Quanto à questão da caracterização da unidade de trabalho, o maior problema considerado alto por ordem de prioridade na área de saúde pública vivenciadas na unidade de trabalho é a população com muitas doenças crônicas, com 18,59% compreendendo todo o conjunto pesquisado, como se percebe na Tabela 07, a seguir:

Tabela 7 - Problemas por ordem de prioridade na área de saúde pública vivenciados em sua unidade de trabalho dos gestores das UBS pesquisadas em Pombal-PB

Descrições dos Principais Problemas	Nº Coef. Frequência	%
Muito elevada		
População com muitas doenças crônicas	01	3,70
Muita população na área circunscrita	03	11,11
Alta		
População com muitas doenças crônicas	05	18,59

Número crescente de idosos	02	7,40
Muita população na área circunscrita	01	3,70
Aumento de adolescentes na área	02	7,40
Aumento da população de rua e drogadição	02	7,40
Outros, Especificar: saúde Mental	01	3,70
Média		
População com muitas doenças crônicas	02	7,40
Número crescente de idosos	02	7,40
Mulheres e Gestantes sem atenção primária	01	3,70
Aumento de adolescentes na área	01	3,70
Baixa		
Aumento da população de rua e drogadição	01	3,70
Mulheres e Gestantes sem atenção primária	01	3,70
Crianças sem atenção integral	02	7,40
TOTAL	27	100

Fonte: coleta direta de dados 2015/PB.

Esse resultado expõe uma população com muitas doenças crônicas, ou seja, a população necessita de maiores números de consultas nas unidades, sendo importante para UBS, onde foram contempladas com o Programa Mais Médicos, para atender as necessidades da atenção básicas. Neste caso, a segunda maior situação com 11,11% considera muito elevada a população na área circunscrita. No resultado total da população com muitas doenças crônicas, em somatória do alto e muito elevado, chega a 22,29% do problema. Enquanto o muito elevado chega a 14,81% de muita população na área circunscrita. Entretanto, a preocupação baixa de outro problema em média 7,40% é a criança sem atenção integral.

Quanto à questão da caracterização dos principais problemas na gestão por ordem de prioridade, foi destacada como prioridade elevada a falta de pessoal capacitado para o trabalho com 3,3%, mas também apontaram que a falta de profissionais em algumas áreas específicas com 16,74%, compreendendo todo o conjunto pesquisado, como se percebe na Tabela 08 a seguir:

Tabela 8 - Problemas por ordem de prioridade na área de gestão em saúde pública vivenciados em sua unidade de trabalho pelos gestores das UBS pesquisadas em Pombal-PB

Descrição	Nº Coef. Frequência	%
Muito elevada		
Falta de pessoal capacitado ao trabalho	01	3,33
Alta		
Falta de cumprimento de horários dos profissionais	01	3,33
Falta de espaço adequado para as atividades profissionais	01	3,33
Média		
Frágil participação dos profissionais nas condutas de gestão	02	6,66
Falta de espaço adequado para as atividades profissionais	02	6,66
Falta de profissionais em algumas áreas específicas	05	16,74
Desorganização dos serviços, processos e atividades	01	3,33
Poucas vagas de especialidades	01	3,33
Baixa		

Falta de pessoal capacitado ao trabalho	01	3,33
Falta de cumprimento de horários dos profissionais	02	6,66
Frágil participação das profissionais nas condutas de gestão	01	3,33
Enfraquecimento do papel do gestor	02	6,66
Desorganização nas entradas e saídas de produtos	02	6,66
Falta de espaço adequado para as atividades profissionais	02	6,66
Falta de equipamentos, materiais e insumos médicos	03	10
Falta de profissionais em algumas áreas específicas	02	6,66
Desorganização dos serviços, processos e atividades	01	3,33
TOTAL	30	100,0

Fonte: coleta direta de dados 2015/PB.

Outro dado importante em situação média é a frágil participação dos profissionais nas condutas de gestão em 6,66%, ou seja, na maioria dos dados apresentados na tabela acima o mais gritante está relacionado à gestão na saúde pública. As falhas da gestão existem justamente pela falta de pessoas mais qualificadas em relação, principalmente, à saúde pública onde podemos observar a falta de cumprimento de horários das profissionais com índices altos de 3,33% da avaliação, como também a falta de espaço adequado para as atividades profissionais.

Quanto à questão das principais ações desenvolvidas para atender aos problemas descritos anteriormente na área da Gestão em saúde pública por essa Unidade em que todas as médias são iguais a 6,25%, compreendendo todo o conjunto pesquisado, como se percebe na Tabela 09 a seguir:

Tabela 9 - As principais ações desenvolvidas para atender aos problemas descritos anteriormente na área da Gestão em saúde pública por essa unidade pelos gestores das UBS pesquisadas em Pombal-PB

Descrição	Nº Coef. Frequência	%
Adesão do Programa Mais Médicos	2	12,50
Formações e orientações por grupos de pacientes quanto as necessidades e prioridade na área da saúde	2	12,50
Reunião com equipe e parceiros (Associações etc.)	2	12,50
Reuniões e relatórios com as pastorais trimestrais com avaliações das estratégias usadas	2	12,50
Reunião com coordenação e Secretária de Saúde	1	6,25
Recadastramento	1	6,25
Construção de uma USB em andamento	1	6,25
PSE (Realizado na creche Gente Inocente	1	6,25
“Viver Bem”, programa realizado com idosos do CRAS II	1	6,25
Temos um dia na UBS para atender cada programa como Saúde da Mulher, Idosos, Gestantes, AM e DM.	1	6,25
Atividades educativas a fim de prevenir o surgimento de doenças crônicas.	1	6,25
Providenciar junto ao gestor municipal os serviços que a população está necessitada e adequar as atividades da unidade de acordo com a realidade local	1	6,25
TOTAL	16	100,0

Fonte: coleta direta de dados 2015/PB.

Este resultado é bastante positivo para o município porque o Programa Mais Médicos veio ajudar a essas necessidades que enfrentava, como as muitas dificuldades em realizar eventos, reunião, programas na cidade, informativo, etc.

Quanto à questão dos canais de participação da sociedade civil organizada verificamos que todos os índices foram iguais a 14,28% das atividades desenvolvidas pelas unidades, compreendendo todo o conjunto pesquisado, como se percebe na Tabela 10 a seguir:

Tabela 10 - Os canais de participação da sociedade civil organizada e da população no que se refere ao acesso a informações, serviços e atividades desenvolvidas por essa unidade pelos gestores das UBS pesquisadas em Pombal-PB.

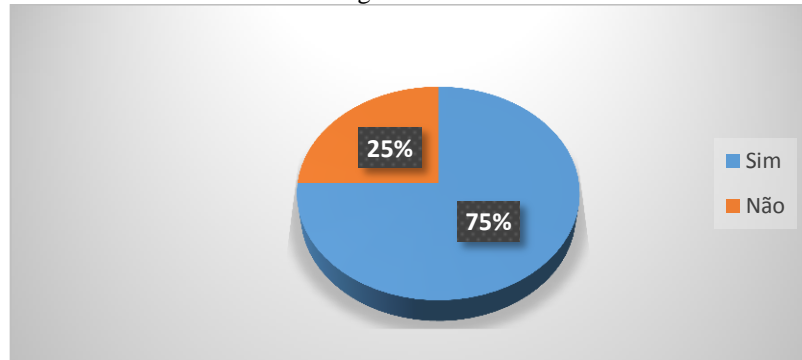
Descrição	Nº Coef. Frequência	%
Conselho Municipal de Saúde	1	14,28
Palestras Educativas	1	14,28
Imprensa local – Programa Semanalmente nas Emissoras de Rádio	1	14,28
Orçamento Democrático Municipal	1	14,28
Hiperdia (Atendimento ao Hipertenso e Diabético), realizada em dois dias na semana pela UBS e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	1	14,28
Reuniões de associação de bairro	1	14,28
Espaço na recepção da UBS para população descrever sugestões e sob avaliação mensal da Estratégia Saúde da Família (ESF)	1	14,32
TOTAL	7	99,96

Fonte: coleta direta de dados 2015/PB.

Os resultados apresentados na Tabela 10 acima trazem o conhecimento de que os gestores de cada unidade apresentam ações positivas e desenvolvidas para melhorar a eficiência e buscam conhecimento, repassando informações à população, como podemos perceber a participação da imprensa local com programa semanalmente nas emissoras de rádio na média 14,28%, como também a importância do Conselho Municipal de Saúde.

4.4 CARACTERIZAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Neste capítulo procurou-se trazer questões mais voltadas especificamente à percepção dos gestores sobre o Programa Mais Médicos. Quanto à questão deste programa atender as demandas de seu Município ou Unidade, podemos afirmar que apresenta a alternativa, uma vez que 75% cumprem com essa demanda, compreendendo todo o conjunto pesquisado, como se percebe na Gráfico 02 a seguir:

Gráfico 2–Atendimento do Programa Mais Médicos às demandas das UBS

Fonte: coleta direta de dados 2015/PB.

Observamos que as unidades e o município em sua grande maioria atende a demanda de médicos do programa dos que disseram sim. Em relação aos que disseram sim e aos elementos importantes dos citados pelos gestores foram:

- Gestor 1: “O Programa Mais Médicos contribuiu positivamente para atender a demanda de acordo com as necessidades do nosso município”;
- Gestor 2: “Temos um cronograma para toda a população. Pré-Natal; Saúde Mental; Hipertensão; Puericultura e Visita Domiciliar”;
- Gestor 3: “Tenho uma médica cubana que é maravilhosa, cumpre horário, trabalho humanizado e atende bem a nossa demanda”;
- Gestor 4: “Trabalhamos em parcerias com médicos, técnicos, enfermagem e toda equipe para melhor promover a saúde da população”;
- Gestor 5: “O médico da unidade de saúde faz parte do programa e presta assistência a toda área de abrangência da unidade”;
- Gestor 6 A UBS VIII “Cachoeira” foi contemplada com o médico do programa que presta assistência à todas as áreas da atenção básica, desde pré-natal a doença mais complexas”.

Sendo assim, os que não atendem à demanda foram 25%. Apresentam ainda um problema mesmo com a chegada do programa. Os que disseram não por falta da demanda alta de quantidade de atendimento foi um total de 25%, e também justificaram os seguintes gestores: gestor 7 e 8; disseram que “a demanda alta para quantidade de atendimento realizado”. Quanto à questão das especialidades médicas destes profissionais do programa, verificamos que índices mais altos de 57,15% são de uma única especialidade no clínico geral, compreendendo todo o conjunto pesquisado, como se percebe na Tabela 11 a seguir:

Tabela 11- Especialidades médicas dos profissionais do Programa Mais Médicos nas UBS

Especialidades	Quantidade já existente na UBS	Quantidade de profissionais do Programa Mais Médicos	%
Clínico Geral	04	---	57,15
Ginecologista	----	---	----
Pediatra	----	---	----

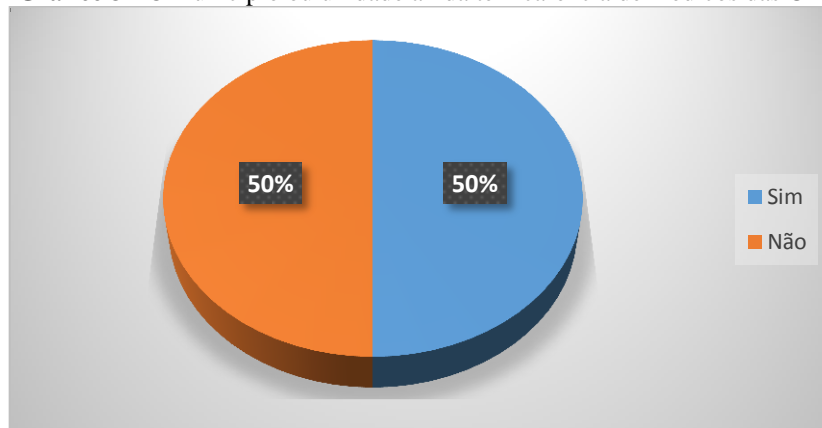
Cardiologista	----	---	---
Dermatologista	----	---	---
Neurologia	----	---	---
Endocrinologista	----	---	---
Saúde da Família	02	---	28,57
Ginecologista	01	---	14,28
TOTAL	07	07	100,00

Fonte: coleta direta de dados 2015/PB.

Esse resultado é excelente em comparação a quando o município não tinha estes médicos de clínica geral, pois apresentou mais duas novas especialidades como Saúde da Família com 28,57% e Ginecologista com 14,28%.

Quanto à questão do município ou Unidade, se há carência de médicos, foram apresentadas médias iguais a 50%, ambas pelo referido programa, compreendendo todo o conjunto pesquisado, como se percebe no Gráfico 03 a seguir:

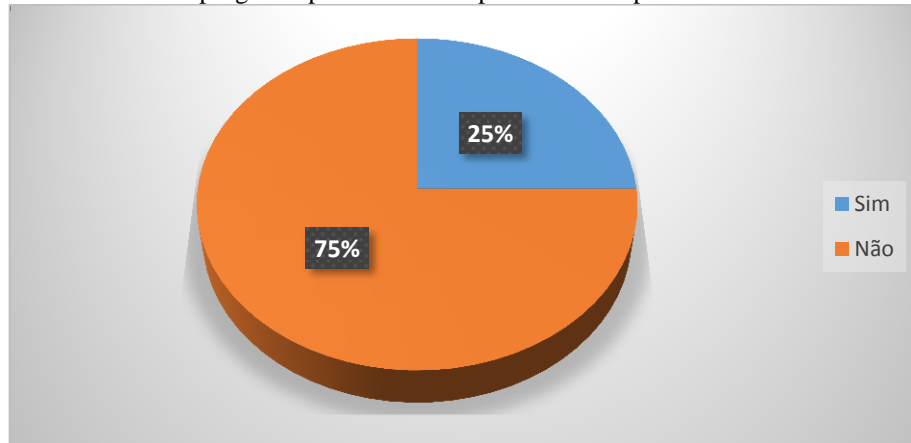
Gráfico 3 - O município ou unidade ainda tem carência de médicos das UBS



Fonte: coleta direta de dados 2015/PB.

O resultado apontou 50% das pessoas consideram uma carência de médicos mesmo com a chegada do programa, ou seja, considera alto, e a outra metade, a não, a carência de médicos no município pela chegada do programa.

Quanto à questão do Gestor que considera esse Programa pouco eficiente para os cofres públicos, 75% disseram que não, como se vê no Gráfico 04. Ou seja, eles discordam da opinião da mídia quando esta coloca que este programa é muito caro aos cofres públicos, que não resolve a situação da saúde pública; ao contrário, o médico estrangeiro é muito mais comprometido com a população e com o seu trabalho:

Gráfico 4 - Esse programa pouco eficiente para os cofres públicos

Fonte: coleta direta de dados 2015/PB.

Observamos que este Programa é bem aceito pelo município e pelas Unidades. Veio para beneficiar a população, quando, anterior ao Programa, a população era atendida por um médico duas vezes por semana, trazendo vários transtornos para a população

Também foi perguntado sobre a falta de recursos ou atraso de pagamentos para os profissionais do Programa Mais Médicos, como o Município ou Unidade tentariam resolver ou enfrentar o problema, sem deixar de atender a população. O gestor da SMS nos informou que “o município de Pombal-PB é responsável por todas as despesas de aluguel, alimentação, transporte, luz, água e internet.” Eles financiam uma parte considerável para a manutenção dos médicos nos locais. O Governo Federal entra com o pagamento dos profissionais. E sem essa contrapartida do Governo Federal, o município não tem condições de abarcar com todas as despesas.

O programa poderia ser incentivado também para os médicos recém formados e que precisam de seu primeiro momento de atuação profissional, garantindo ao médico uma carreira mais consistente no atendimento à clínica geral. Como também, as IES poderiam incentivar na formação dos cursos de medicina, a prática da saúde da família e a epidemiologia sanitária, como formações prioritárias.

Outra forma que poderia colaborar para a diminuição de médicos nas regiões interioranas dos estados era a implantação de um programa de incentivo à formação em medicina, de apoio financeiro no período de formação, e o médico formado pagaria seus empréstimos ao governo na forma de prestação de serviços à comunidade. Isso traria um incentivo aos alunos de classe social menos abastada a ter condições de fazer um curso em medicina e as IES públicas e privadas seriam beneficiadas com tal programa.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os benefícios que o Programa Mais Médicos trouxe para o município de Pombal e para as unidades foram citados pelos gestores como: suprimindo as necessidades do município; o maior número de atendimento a demanda apresentada; o atendimento todos os dias da semana na UBS; suprimindo as UBS, uma vez que o investimento nos médicos estrangeiros é bem maior que no dos municípios; a efetivação de realização dos programas preconizados pelo Ministério da Saúde; a humanização de serviços; maior cobertura da assistência médica e a diminuição do uso psicotrópicos.

Em análise de outras alternativas de gestão consideradas importantes a serem desenvolvidas para diminuir a pressão sobre o contingente de médicos no Município ou na Unidade, os gestores informaram da seguinte forma: o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) tem elevada importância; melhora a qualidade dos serviços oferecidos e garante salário digno aos médicos brasileiros; aumenta o incentivo à promoção de prevenção de saúde.; promove educação continuada para aperfeiçoamento profissionais; disponibiliza atendimento multifuncional e reorganiza o serviço de referência e contra-referência na saúde; investe em especialidades médicas e melhora o acesso da população aos serviços de média e alta complexidade.

Os principais problemas apresentados pelo Programa no Município ou na Unidade citados pelos gestores foram: “no início a linguagem, mas a população já consegue entender o idioma”, ou seja, no início pacientes, principalmente idosos, apresentaram dificuldades para entender os médicos cubanos, e por algumas vezes, no início, a enfermeira chefe de algumas Unidades ficava junto, entre o médico e paciente na sala, e traduzindo o não entendimento do paciente; “quantidade de atendimento insuficiente para demanda”, ou seja, ainda existe uma quantidade reprimida, que no momento em que o paciente apresenta sintomas ele/ela quer saber a causa, e no momento em que o médico se encontra presente todos irão ter o interesse de ir saber a principal causa onde aumenta essa demanda, entre outros fatores também importantes.

Nesse sentido, os objetivos deste estudo foram alcançados quando foi possível detectar que o Programa Mais Médicos cumpre uma função temporária, não podendo ser a única alternativa frente ao problema de falta de médicos para compor as UBS do estado e do país. Por outro lado, não interessa muito à comunidade de onde vem os médicos, ela tem necessidade do tratamento.

Mas de outro lado, o enfrentamento a essa situação perpassa amplos horizontes, desde os elementos culturais e econômicos que afastam o médico das unidades mais distantes da capital. A profissão é midiaticizada por um conjunto de interesses comerciais, restando ao jovem médico ascender uma carreira voltada para o lucro e não para a saúde das pessoas. Portanto, deixar de ascender socialmente é a meta da maioria dos médicos brasileiros, que por via de regra, com poucas exceções, pertencem a uma elite brasileira de formação mais privilegiada, podendo escolher entre trabalhar no setor privado ou público. Embora existam muitos casos, os médicos atuam nas duas frentes na sua carreira profissional.

Outro fator negativo que afeta o quadro de falta de médicos em locais mais distantes das capitais dos estados é a oferta de formação acadêmica voltada quase exclusivamente para as IES públicas, formando o quantitativo pequeno anualmente. No entanto, o problema principal é a falta de condições de trabalho e de salário que o setor público oferece aos médicos.

E nesse aspecto, um profissional médico do Programa Mais Médicos não tem as melhores condições de trabalho, mas o incentivo material é mais ampliado do que o profissional de carreira pública. Nesse contexto, o Programa criou uma desigualdade, disso resulta boa parte da crítica ao programa.

No entanto, os médicos do Programa por terem uma visão cultural diferente e pelas necessidades sentidas, como é o caso dos médicos cubanos, preferem atuar nas condições oferecidas pelo governo brasileiro, mostrando mais compromisso com a população, e isso tem feito diferença nas UBS que receberam tais profissionais.

Diante disso, a pesquisa procurou conhecer a recepção das UBS em relação ao Programa e os dados encontrados por parte da coleta diretamente com os gestores apontam que o Programa está sendo bem aceito pela população e tem atendido em parte a demanda local do município de Pombal.

REFERÊNCIAS

BAHIA, L.; COSTA, N. R.; VAN STRALEN, C. *A saúde na agenda pública: convergências e lacunas nas pautas de debate e programas de trabalho das instituições governamentais e movimentos sociais*. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1791-1818, 2007. Suplemento.

BRASIL. *Pacto Nacional pela Saúde: mais hospitais e unidades de saúde, mais médicos e mais formação*. Elaboração: SUS, Ministério da Educação e Ministério da Saúde, 2010.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988*. FIGUEIREDO, A. (org). São Paulo: Primeira Impressão, 2004.

BRAVO, Maria Inês Souza. *Questão da Saúde e Serviço Social: as práticas profissionais e as lutas no setor*. Tese de Doutorado. Departamento de Serviço Social PUC/SP, 1991.

_____. A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica. In: *Capacitação para Conselheiros de Saúde- textos de apoio*. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

_____. *A Política de Saúde no Governo Lula: algumas reflexões*. In: Revista INSCRITA Brasília: CFESS , 2004. n.9.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma Sanitária e Projeto ÉticoPolítico do Serviço Social: Elementos para o Debate. In: *Saúde e Serviço Social*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

BRAZ, Marcelo. O Governo Lula e o Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo: Cortez, ano XXV, julho, 2004. n. 78.

CARDONE, Marly A. *Previdência-assistência-saúde: o não trabalho na Constituição de 1988*. São Paulo: LTr, 1990.

CARVALHO, Antônio Ivo. "Conselhos de saúde, responsabilidade e cidadania". In: IPEA/COMUNIDADE SOLIDÁRIA. *Conselhos municipais e políticas sociais*, Brasília (versão preliminar, mimeo), 1997.

CARVALHO, G. Financiamento da saúde pública no Brasil no pós-constitucional de 88. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, DF, v. 2 n. 1, p. 39-51, 2008.

_____. (1998b), *A nova institucionalidade do sistema brasileiro de políticas sociais: os conselhos nacionais de políticas setoriais*. Cadernos de Pesquisa, 35, NEPP/Unicamp, Campinas. Disponível em: <http://cbr.org.br/para-conselhos-de-medicina-criticas-ao-mais-medicos-continuam-apos-um-ano/>

CERQUEIRA FILHO, Gisálio. *A "questão social" no Brasil*. Crítica do discurso político. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

COHN, A. O SUS e o direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA, N. et al (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 394-395.

COHN, Amélia. A saúde na Previdência Social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. 4. ed. São Paulo: Cortez/Cedec, 2001.

_____. A Política de Saúde na Década de 90: Projetos em Disputa. In: *Superando Desafios – Cadernos do Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto*. Rio de Janeiro: UERJ/HUPE. Serviço Social, 1999. Vol. 4.

_____. *Os caminhos da Reforma Sanitária*. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ln/n19/a09n19.pdf>. Acesso em 11.11.2015.

_____. Serviço Social e Reforma Sanitária. Lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1996.

CONSELHO DE SECRETARIAS DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA. <<http://cosemspb.org/tag/mais-medicos/>>. Acessado em 15 de outubro de 2014.

CORRÊA, Wilson Leite. *Seguridade e Previdência Social na Constituição de 1988. Jus Navigandi*, Teresina, ano 3, n. 34, ago. 1999. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=1431>>. Acesso em: 30 maio 2008

COSTA, Nilson de Rosário. *O Banco Mundial e a Política Social nos Anos 90: Agenda para*

DEMO, P. *Politicidade: razão humana*. Campinas: Papyrus, 2002.

_____. *Solidariedade como efeito de poder*. São Paulo: Cortez, 2002b. (Coleção Perspectiva, v.6)

EM QUESTÃO. *O Brasil em números: Principais realizações em 18 meses*. Editado pela

ESPING-ANDERSEN, G. *The Three Worlds Of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press, 1990.

FIPE. Projeto Mais Médicos para o Brasil: Apresentação do Programa e Evidências Acerca de Seu Sucesso. Disponível em: http://www.fipe.org.br/publicacoes/downloads/bif/2014/3_26-36-bea-et-al.pdf

FOLHA DE SÃO PAULO. *Datafolha aponta saúde como principal problema dos brasileiros*. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2014/03/1432478-datafolha-aponta-saude-como-principal-problema-dos-brasileiros.shtml>>. Acessado em: 30 de outubro de 2014.

FREITAS, R. de C. M. *O governo Lula e a proteção social no Brasil: desafios e perspectivas*. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 65-74, 2007.

GIL, ANTÔNIO CARLOS. *Como elaborar Projetos de Pesquisa*. Editora Atlas, 2002. 4ª Ed. São Paulo.

IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Diagnóstico e desempenho recente da Política Nacional de Habitação. In: _____. *Brasil em desenvolvimento: Estado, planejamento e políticas públicas*. Brasília, DF, 2009a. v. 2,

_____. Diagnóstico e desempenho recente do Mais Saúde. In: _____. *Brasil em desenvolvimento: Estado, planejamento e políticas públicas*. Brasília, DF, 2009b. v. 3.

KERSTENETZKY, CELIA LESSA. *Políticas sociais sob a perspectiva do Estado do Bem-Estar Social: desafios e oportunidades para o “catching up” social brasileiro*, Março 2011.

MUDA MAIS. *Pombal: exemplo de articulação entre governo federal e município*. Disponível em: <http://mudamais.com/daqui-para-melhor/pombal-exemplo-de-articulacao-entre-governo-federal-e-municipio>. Acessado em 29 de outubro de 2014.

PADILHA, ALEXANDRE. *Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Especial Constituição Cidadã – 25 anos SUS*, 2013. Rio de Janeiro: ENSP, 1997. Paz e Terra, 2002. pp. 47-103.

PIERSON, C., 1990. *The Exceptional United States: First New Nation or Last Welfare State?* 34(3), 186-98

PIRES, Maria Raquel G. M. *Políticas de Saúde e Crise do Estado de Bem-Estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde*, 2004.

PORTAL DA SAÚDE. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos>. Acessado em 16 de outubro de 2014.

TATAGIBA, Luciana. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: E. Dagnino (org.). *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002. pp. 47-103.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 268-283, 2005.

TRIBUNA DO SERTÃO. Disponível em: <http://www.tribunadosertao.com.br/2014/10/municipio-de-pombal-pb-inaugura-unidade-basica-de-saude-e-obra-de-saneamento/>

WILSON, N. W. et al. *A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas*. *Rural Remote Health*, v. 9, n. 2, p. 1060, 2009.

APÊNDICE A

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE GESTÃO PÚBLICA**

**PESQUISA: ESTUDO DE CASO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO
MUNICÍPIO DE POMBAL/PB**

PESQUISADOR: Islan da Silva Alves

Islanjampa@hotmail.com

ORIENTADOR (A): Prof. Dr. Joseneide S. Pessoa

Joseneide_pessoa@hotmail.com

Questionário-Gestor das UBS com Programa Mais Médicos do Município de Pombal/PB

A vossa Excelência Gestor Público da Secretaria Municipal de Saúde de Pombal/PB e aos demais Diretores das Unidades de Saúde da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família, solicitamos a sua participação nesta pesquisa acadêmica na área de Gestão Pública/UFPB. Em contrapartida, faremos após a análise da pesquisa, uma oficina sobre saúde pública para os gestores locais.

1. CARACTERIZAÇÃO DO COLABORADOR DA PESQUISA

1.1 Idade: _____

1.2 Sexo: _____

1.3. Formação acadêmica: Tem (): Qual: _____ Não tem ()

1.4 Atividade profissional atualmente exercida: _____

1.5 Rendimento salarial para atividade atualmente exercida:

() Menor que 01 salário mínimo

() Um salário mínimo

() de 01 a 02 salários

() de 03 a 04 salários

() de 05 a 06 salários

() acima de 06 salários

2. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE TRABALHO

2.1 Quais os principais problemas na área de Saúde Pública vivenciados em sua Unidade de trabalho? Pode marcar até 03 problemas por ordem de prioridade:

Problemas	Prioridades			
	Muito Elevada	Alta	Média	Baixa
População com muitas doenças crônicas				
Número crescente de idosos				
Mulheres e Gestantes sem atenção primária				
Crianças sem atenção integral				
Muita população na área circunscrita				
Aumento de adolescentes na área				

Aumento da população de rua e drogadição				
Outros, Especificar:				

2.2 Quais os principais problemas na área de Gestão em saúde Pública vivenciados em sua Unidade de trabalho? Pode marcar até 03 problemas por ordem de prioridade:

Problemas	Prioridades			
	Muito elevada	Alta	Média	Baixa
Falta de pessoal capacitado ao trabalho				
Falta de cumprimento de horários dos profissionais				
Frágil participação dos profissionais nas condutas de gestão				
Enfraquecimento do papel do gestor				
Desorganização nas entradas e saídas de produtos				
Falta de espaço adequado para as atividades profissionais				
Falta de equipamentos, materiais e insumos médicos				
Falta de profissionais em algumas áreas específicas				
Desorganização dos serviços, processos e atividades				
Outros, Especificar:				

2.3 Quais são as principais ações desenvolvidas para atender aos problemas descritos anteriormente na área da Gestão em saúde pública por essa Unidade?

2.4 Quais são os canais de participação da sociedade civil organizada e da população no que se refere ao acesso a informações, serviços e atividades desenvolvidas por essa Unidade?

3. CARACTERIZAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

3.1 Como você considera esse Programa? Marque a opção que mais se adequa a sua avaliação sobre o referido Programa com X e justifique sua escolha:

Ótimo	Muito bom	Bom	Regular	Ruim

Justifique sua avaliação:

3.2 O Programa Mais Médicos atende as demandas de seu Município ou Unidade? () Sim, () Não. Por favor, justifique sua resposta:

3.3 O seu Município ou Unidade foi contemplado com quantos médicos deste Programa?

3.4 Quais são as especialidades médicas destes profissionais do Programa Mais Médicos?

Especialidades	Quantidade já existente na UBS	Quantidade de profissionais do Programa Mais Médicos
Clínico Geral		
Ginecologista		
Pediatra		
Cardiologista		
Dermatologista		
Neurologia		
Urologista		
Endocrinologista		

3.4 Quais foram os benefícios que o Programa Mais Médicos trouxe para seu município ou Unidade?

3.5 O seu município ou Unidade ainda tem carência de médicos? () Sim () Não

3.6 Enquanto Gestor, considera esse Programa pouco eficiente para os cofres públicos? () Sim () Não

3.7 Como você considera a opinião dos Usuários em relação ao Programa Mais Médico em seu município ou Unidade? Marque a opção que mais se adéqua:

Muito satisfeito	Satisfeito	Muito insatisfeito	Insatisfeito

3.8 Que outras alternativas de gestão você considera importantes ser desenvolvidas para diminuir a pressão sobre o contingente de médicos no Município ou Unidade?

3.9 Quais são os principais problemas apresentados pelo Programa no Município ou Unidade?

3.10 Caso, falte ou atrase pagamentos para os profissionais do Programa, como o Município ou Unidade buscará enfrentar o problema, sem deixar de atender a população?
