

Implantação das Políticas Públicas de Provimento e Fixação de Médicos no Ceará

Implementation of Public Provision Policy and Establishment of Physicians in Ceará

Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro¹; Renan Magalhães Montenegro Junior²; Tatiana Monteiro Fiuza³; Frederico Fernando Esteche⁴; Barbarah Nogueira Rebouças⁵; Ivana Cristina de Holanda Barreto⁶; Geziel dos Santos de Sousa⁷ e Marcelo José Monteiro Ferreira⁸

Resumo

A partir de 2011, os Ministérios da Saúde e da Educação instituíram programas para prover e fixar os profissionais médicos na atenção primária do Brasil. Este artigo tem como objetivo trazer um relato da implantação destes programas no Ceará a partir de 2012. Trata-se de um estudo descritivo, realizado através de análise documental e coleta de dados que relata a experiência da implantação e implementação dos programas de provimento no estado do Ceará, compreendendo o período entre 2012 e 2016. O Ceará possui, atualmente, 2.352 equipes de saúde da família implantadas, sendo que mais da metade destas são vinculadas aos programas de provimento. Observou-se que 69% dos médicos trabalham nos municípios classificados como G100 e Pobreza. Por meio deste relato de experiência, pode-se considerar a possibilidade de ampliação do número de equipes de saúde da família, capacitando a oportunidade do provimento de médicos para municípios classificados como de extrema pobreza e vulnerabilidade no interior do estado, além de promover a longitudinalidade do cuidado.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Distribuição de Médicos; Equidade em Saúde.

¹Médico de Família e Comunidade, Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Doutorado em Saúde Coletiva pela UFC, Preceptor e Supervisor do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da UFC, Professor do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da UFC.

²Médico Endocrinologista, doutor em Clínica Médica pela FMRP/USP. Professor associado da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará e Gerente de ensino e Pesquisa dos Hospitais Universitários da UFC/EBSERH. Orienta nos Programas de Pós-Graduação em Ciências Médicas (Mestrado e Doutorado) e de Saúde Coletiva (Mestrado e Doutorado). Tem experiência na área de Medicina Clínica, com ênfase em Endocrinologia e Diabetes. Pesquisador bolsista do CNPq.

³Médica de Família e Comunidade, Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Doutora em Saúde Coletiva pela UFC, Preceptora do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da UFC, Professora do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da UFC.

⁴Médico de Família e Comunidade, Supervisor do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública, Professor da Universidade de Fortaleza.

⁵Enfermeira, Especialista em Emergência e Gestão de Emergência em Saúde Pública, Assessora técnica da Diretoria de Pós-graduação da Escola de Saúde Pública do Ceará.

⁶Médica, Doutora em medicina na área de Pediatria pela Universidade de São Paulo. Pesquisadora Especialista em Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz no Ceará. Possui estágio Pós-Doctor no Departamento de Ciências da Educação na Universidade de Montreal no Canadá. Mestre em Saúde Pública pela UFC.

⁷Doutor em Saúde Coletiva, mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará e bacharelado em Geografia pela Universidade Estadual do Ceará Técnico da Secretaria da Saúde do Município de Fortaleza, Célula de Vigilância Epidemiológica - CEVEPI. Brasil.

⁸Professor da graduação do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da UFC e do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará.

E-mail para correspondência: marcotuliofmc@gmail.com

Abstract

As of 2011, the Ministries of Health and Education have instituted programs to provide and fix medical professionals in primary care in Brazil. This article aims to provide an account of the implementation of these programs in Ceará from 2012. This is a descriptive study, conducted through documentary analysis and data collection that reports on the experience of the implementation of the state's welfare programs of Ceará, comprising the period between 2012 to 2016. Ceará currently has 2,352 family health teams implanted, more than half of which are linked to the provision programs. It was observed that 69% of doctors work in municipalities classified as G100 and Poverty. Through this experience report, it is possible to consider the possibility of expanding the number of family health teams, enabling the provision of doctors to municipalities classified as extreme poverty and vulnerability within the state, in addition to promoting longitudinality of care.

Keywords: Primary Health Care; Physicians Distribution; Health Equity.

Introdução

A partir de 1994, a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi fomentada pelo Ministério da Saúde e adotada pelas secretarias municipais de saúde, sob a supervisão das secretarias estaduais de saúde. Essa estratégia tinha como propósito primordial a (re)organização do modelo e dos sistemas de serviços de Atenção Básica à Saúde (ABS), sob a égide dos princípios e diretrizes organizativos do Sistema Único de Saúde – SUS^{1, 2, 3}.

Desde a sua implantação, a ESF apresentou momentos distintos, considerando-se diversas características, como a variação da cobertura populacional segundo regiões do país e porte dos municípios^{2, 3}. Isso pode ser explicado pela implantação do incentivo financeiro diferenciado (Piso Assistencial Básico Variado), promovendo maior adesão dos municípios à ESF^{2,3}. Esse incentivo proporcionou uma expansão significativa da cobertura populacional.

Quanto às regiões, percebeu-se uma maior expansão no Nordeste, seguido pelo Centro-Oeste e Norte. Considerando o porte populacional dos municípios, inicialmente, a ESF foi implantada naqueles menores, com gradual expansão para aqueles de médio e grande porte, sendo posteriormente incorporada pelas grandes metrópoles¹. Em 2010, havia 33 mil equipes de saúde da família cadastradas junto ao Ministério da Saúde, atingindo cerca de 98 milhões de pessoas em 4.737 (85%) municípios brasileiros³.

O Decreto Presidencial 7.508/2011 regulamentou a ESF como principal porta de entrada do SUS. Apesar do aumento da cobertura dessa estratégia nos anos 2000, alguns estudos observaram dificuldade em prover e fixar médicos nas equipes de saúde da família. A desigualdade no acesso aos serviços de saúde, ocasionada pela carência e má distribuição geográfica e social de profissionais de saúde (em especial de médicos), é apontada como um grave

problema, que persiste ao longo do tempo e resiste às mais variadas estratégias adotadas para o seu enfrentamento na maioria dos países do mundo. Em geral, as regiões geográficas mais isoladas e os segmentos mais pobres e desprotegidos das populações são mais vulneráveis à insegurança assistencial acarretada pela escassez ou falta de profissionais de saúde. Quando combinada a outras desvantagens socioeconômicas e situações de altas necessidades de saúde, a escassez de profissionais de saúde agrava o estado de privação essencial que pode afetar tais populações ^{4,5}.

A equipe da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais criou um índice de escassez de médicos para avaliar o nível de necessidade desse profissional em municípios brasileiros. A definição de carência/escassez adotada levou em consideração três dimensões: disponibilidade/oferta de recursos humanos em Atenção Primária; necessidades de saúde e carências socioeconômicas; e barreiras de acesso a serviços de saúde. Para cada uma das dimensões foi adotado um indicador. Como resultado deste trabalho, identificou-se que 47,8% dos municípios brasileiros apresentavam escassez de médicos ⁵.

Ainda segundo o Estudo da Demografia Médica no Brasil, realizado pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CRM-SP) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), em 2013, o Estado do Ceará apresentava uma razão de 1,16 médicos por mil habitantes⁶. Essa razão é inferior à razão de 2,7 médicos por mil habitantes, meta estabelecida pelo Ministério da Saúde para a melhoria do acesso à assistência médica, que utilizou como referência o sistema de saúde do Reino Unido. ⁷

Diante desse contexto, a partir de 2011, os Ministérios da Saúde e da Educação implementaram programas que tiveram como objetivos iniciais prover e fixar os profissionais médicos na APS do Brasil, em áreas de difícil acesso e provimento, com acompanhamento e supervisão de Instituições de Ensino Superior (IES). Inicialmente, instituiu-se o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) pela Portaria Interministerial n.º 2.087/2011. O programa induziu provimento e interiorização de médicos para áreas de difícil acesso e fixação. Obteve-se a adesão de vários egressos dos cursos de medicina para atuarem na atenção básica de saúde, provavelmente, devido à bonificação de 10% na pontuação total para seleção de residência médica instituída pelo programa ^{8,9}.

Como estratégia de formação, o PROVAB prevê a supervisão presencial e a distância de médicos vinculados à instituição de ensino superior que realizaram o acompanhamento permanente dos profissionais participantes. Além da supervisão, os médicos participantes podem fazer um curso de especialização em Saúde da Família, ofertado pela Universidade Aberta do SUS (UNASUS). Para conclusão e aprovação no programa e no curso, os

participantes devem desenvolver um projeto de intervenção no território onde atuaram por um ano ou sobre sua respectiva equipe ^{8,9}.

No ano de 2012, 1460 médicos inscreveram-se no PROVAB, mas apenas 381 aderiram ao programa. Desse total, 67% trabalharam nos municípios da região Nordeste. Apesar do aumento do número de médicos atuantes na ESF por meio do PROVAB, essa quantidade foi insuficiente para prover a necessidade dos municípios brasileiros ^{9,10}. Observou-se que a maioria dos profissionais, concentravam-se nos grandes centros, regiões metropolitanas e litorâneas, sendo ainda insuficiente para provimento na Região Norte, semiárido e áreas remotas ¹⁰.

Em 2013, a Frente Nacional de Prefeitos criou uma campanha intitulada “Cadê o médico?”, reivindicando medidas ao governo federal para prover médicos nas diversas regiões do país. Entre as propostas desse segmento, destacava-se a flexibilização de regras para a entrada de médicos estrangeiros para atuarem na atenção básica ⁹.

Diante disso, foi instituída a medida provisória 621, de julho de 2013, regulamentada pela Lei do Mais Médicos, n.º 12.871, em outubro do mesmo ano. Essa lei é constituída por três grandes eixos: provimento emergencial, qualificação da infraestrutura das redes e formação médica ¹¹.

Este artigo tem como objetivo descrever a implantação das políticas públicas de provimento e fixação de médicos no estado do Ceará, no período de 2012 a 2016.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo que relata a experiência da implantação e implementação dos programas de provimento no estado do Ceará, compreendendo o período entre 2012 a 2016. Foram coletadas informações nos documentos técnicos e normativos do Ministério da Saúde, referentes às publicações dos programas de provimento, tais como a Lei do Mais Médicos, n.º 12.871, a Portaria Interministerial n.º 2.087, as normas técnicas do Ministério da Saúde e Ministério da Educação para orientar a implantação destes programas; assim como decretos e relatórios técnicos de gestão. Foram realizadas leituras destes documentos e as informações foram sistematizadas. A coleta de dados foi realizada com dados do Sistema de Gerenciamentos de Serviço da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES, e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde- CNES, do Ministério da Saúde, em 2016. O número de equipes de Saúde da Família, tipo de vínculo e distribuição dos médicos dos programas de provimento quanto ao perfil dos municípios foram os dados coletados.

Resultados

Relato de Experiência do Provac e do Programa Mais Médicos no Ceará: Implantação do Provac no Ceará

Em 2012, ano de implantação do PROVAB, o Ceará foi um dos primeiros estados a aderir à proposta do governo federal. Apesar do programa ter sido bastante debatido entre estudantes, docentes e categoria médica, sendo alvo de críticas por alguns grupos, o estado foi o que teve o maior número de médicos participantes (139), representando 38,5% do total no Brasil. Naquele momento, a Escola de Saúde Pública e a Universidade Federal do Ceará credenciaram-se como instituições supervisoras (IS) e puderam contribuir no acompanhamento e supervisão desses médicos, distribuídos nos municípios do interior do estado.

Inicialmente, as IS pactuaram o processo de supervisão dos médicos participantes e respectivos municípios, tendo como critérios a divisão do estado por regiões de saúde, o número de médicos por município e sua proximidade e a presença de processos de educação das IES nos territórios.

Outro marco importante neste momento inicial de implantação do PROVAB foi a inclusão da pontuação de 10% no processo de Seleção Unificada para Residência Médica do Estado do Ceará-SURCE, a partir de 2012. Até 2011, as seleções para Residência Médica (RM) no estado do Ceará eram realizadas separadamente pelas diversas instituições. A partir desse ano, por meio da iniciativa de um grupo de gestores das instituições que ofertavam RM, firmou-se um convênio cujo objetivo consistia em estabelecer as condições para as cooperações técnicas e científicas entre as entidades conveniadas no âmbito único e exclusivo da operacionalização dos Programas de Residência Médica credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação (CNRM/MEC). Além da seleção, esse processo vislumbrava aperfeiçoamento, uniformização e melhoria dos conteúdos programáticos dos programas de residência médica.

Após a superação das dificuldades iniciais do processo de implantação no primeiro ano, nos anos subsequentes observou-se maior adesão dos médicos ao programa no estado. Durante o período de 2012 a 2015, 1567 médicos atuaram na atenção primária, vinculados ao PROVAB nos municípios do estado do Ceará.

As atividades de formação e educação permanente do PROVAB foram desenvolvidas pelo curso de especialização e pela supervisão acadêmica. O curso de especialização em saúde da família foi executado pela Universidade Aberta do SUS (UNASUS), em parceria com as universidades que a integram. A supervisão acadêmica foi realizada pelas IES, por meio do acompanhamento periódico aos médicos, de forma presencial e a distância.

No Ceará, o Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde (NUTEDS) da UFC foi o responsável pela especialização. Trata-se de um curso

semipresencial com carga horária de 386 horas, cujo produto foi a elaboração de Projetos de Intervenção pelos concludentes, sendo desencadeados por um problema identificado no território ¹².

Em relação à supervisão acadêmica, as vivências dos profissionais inscritos no programa foram problematizadas pelos supervisores, que ofereceram suporte técnico e pedagógico aos médicos. Essas atividades incluem a organização do processo de trabalho nas unidades e territórios, apoio e integração com a gestão e aprimoramento das competências técnicas necessárias para uma boa atuação na Estratégia Saúde da Família. Cada supervisor realizou pelo menos uma visita presencial a cada mês no município onde o médico atua, permitindo uma supervisão presencial, com ampliação de vínculos e possibilidades de acompanhamento e apoio aos atendimentos realizados pelos médicos vinculados ao programa.

Entre algumas ações pedagógicas realizadas com os médicos, destacam-se os processos de territorialização e análise de situação, cujo produto foi um seminário com a participação dos supervisores, gestores e integrantes da equipe, no qual foram apresentados os territórios e os principais problemas identificados, o que permitiu a construção de uma proposta para elaboração do projeto de intervenção.

Além das atividades de educação permanente desenvolvidas pelos supervisores nos municípios de atuação, as IES realizavam encontros periódicos para oferecer atividades de capacitação com os temas que foram percebidos como necessidades educacionais pela maioria dos médicos. Nessas atividades, foram abordados os seguintes temas: transtornos mentais, problemas mais comuns em crianças e adolescentes, saúde do idoso, doenças infectocontagiosas e problemas dermatológicos mais comuns na atenção primária à saúde.

Implantação do Programa Mais Médicos (PMM) no Ceará

A descrição do processo de implantação do PMM no Ceará subdivide-se em três momentos: acolhimento, dimensões formativas e provimento e fixação dos médicos nos territórios. No momento do acolhimento, ocorrido no período de agosto de 2013 a maio de 2014, no Ceará, aconteceram recepção, regularização, capacitação e habilitação de 1877 médicos intercambistas individuais e cooperados para atuarem na estratégia de saúde da família. Definem-se médicos intercambistas os brasileiros ou estrangeiros que fizeram curso de medicina no exterior, sem revalidação do diploma; e médicos cooperados os vinculados à cooperação internacional entre a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e governos brasileiro e cubano. Essa operação necessitou da colaboração de mais de dez instituições e organizações para ser concretizada.

O módulo de acolhimento foi coordenado pelos Ministérios da Educação e da Saúde em parceria com profissionais de saúde e professores de Língua Portuguesa na execução dos módulos. Sobre a capacitação e a habilitação dos médicos intercambistas individuais e cooperados, participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, suas diretrizes foram definidas no Capítulo IV da Portaria Interministerial n.º 1.369, de 8 de julho de 2013, que dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

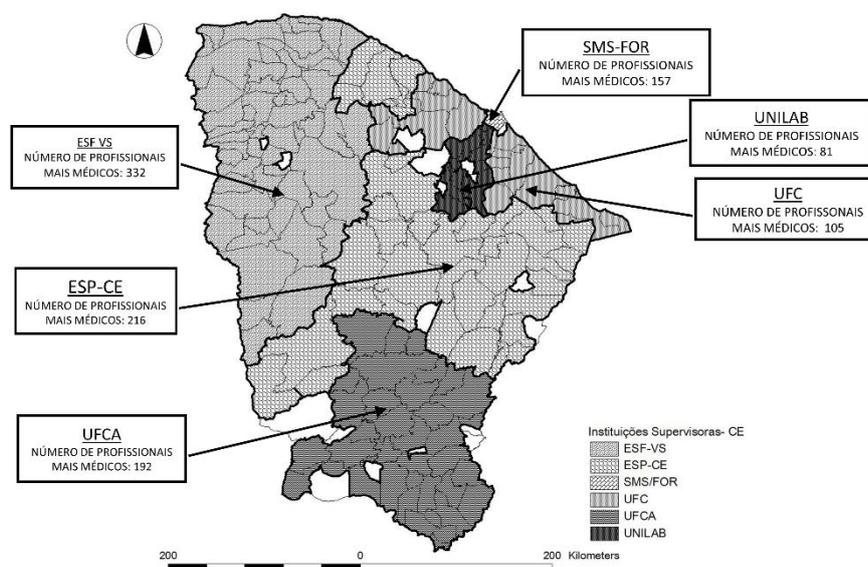
O acolhimento profissional aos intercambistas está caracterizado como uma ambientação linguística e em aspectos clínicos, sanitários e legais do exercício da medicina no Brasil, incluindo o funcionamento do Sistema Único de Saúde, seus instrumentos de atendimento e encaminhamento de pacientes aos níveis diferenciados de atenção ¹¹.

Esse módulo de acolhimento e avaliação foi executado durante três semanas, com carga horária de 120 horas. Os profissionais foram apresentados a conteúdos relacionados à legislação do sistema de saúde brasileiro, como o funcionamento e atribuições do SUS, especialmente na atenção básica à saúde, além do alinhamento dos protocolos das doenças mais prevalentes nos territórios e conteúdo da Língua Portuguesa.

Os módulos de acolhimento foram realizados em oito polos formadores no Brasil: Ceará, Rio Grande do Sul, Brasília, São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Bahia e Pernambuco. Em Fortaleza, foram realizados quatro ciclos de “acolhimento”, nos quais foi possível capacitar e habilitar 1.766 médicos para atuarem no Ceará e em outros estados brasileiros.

Além dessa etapa inicial, a dimensão formativa do Projeto Mais Médicos para o Brasil é similar às estratégias educacionais já descritas no PROVAB:

Figura 1- Distribuição dos municípios e dos profissionais vinculados ao Programa Mais Médicos, conforme territorialização pactuada entre as Instituições de Ensino Superior.



Fonte - Sistema de Gerenciamentos de Serviço/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES/Ministério da Saúde, em 04/03/2016

curso de especialização em saúde da família pelo NUTEDS e a supervisão acadêmica pelas IES. Ao final do primeiro ano, os médicos elaboraram os projetos de intervenção para um problema identificado no território, devendo desenvolver nos anos seguintes esta intervenção na comunidade em que atuam¹².

Em relação à supervisão acadêmica, no estado do Ceará, houve adesão das seguintes instituições de ensino superior: Universidade Federal do Ceará (UFC), Universidade Federal do Cariri (UFCA), Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), Universidade Internacional da Integração da Lusofonia Afrobrasileira (UNILAB), Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS) e a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS-Fortaleza). Foram realizadas pactuações entre essas instituições e distribuição territorial, utilizando como critérios a regionalização do estado, o número de médicos inscritos no programa por município e a presença de processos formativos das IES no município e/ou região de saúde. A partir dessa divisão pelas IES, foram selecionados e definidos os supervisores para realizar visitas presenciais mensais aos médicos e municípios, assim como suporte para os processos de ensino e aprendizagem a distância.

Além dessas atividades, os encontros locorregionais foram realizados trimestralmente. Nestes, os supervisores e seus supervisionados, profissionais das equipes de saúde e gestores reuniram-se para, coletivamente, desenvolver atividades de educação permanente ou intervenções.

Atualmente, 16 tutores e 150 supervisores atuam de maneira regionalizada no estado do Ceará, conforme foi pactuado entre as 6 Instituições Supervisoras e o MEC. Essa distribuição territorial pode ser visualizada no mapa a seguir (Figura 1), no qual pode ser observada a disposição territorial e numérica dos municípios e médicos integrantes do programa. As principais funções dos tutores são: coordenar as atividades acadêmicas da integração ensino-serviço; atuar em cooperação com os supervisores e os gestores do SUS; indicar as atividades a serem executadas pelos médicos participantes e supervisores; monitorar o processo de acompanhamento e avaliação; integrar as atividades do curso de especialização às atividades de integração ensino-serviço; apresentar relatórios periódicos da execução de suas atividades no projeto à instituição pública de ensino superior a qual está vinculado e à coordenação do projeto. Quanto aos supervisores acadêmicos, destacam-se as seguintes atribuições: realizar visita periódica presencial aos médicos participantes, equipes de saúde e gestores; estar disponível para apoio pedagógico e orientação a distância; e realizar avaliação dos médicos¹¹.

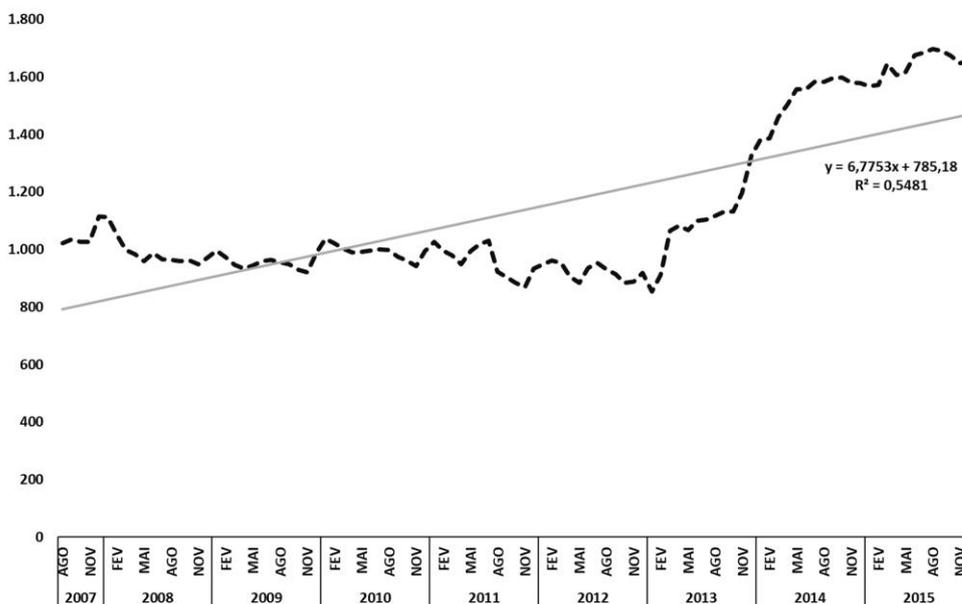
A adesão dos médicos ao projeto Mais Médicos para o Brasil acontece por meio de editais e chamamentos públicos, lançados pelo Ministério da Saúde. Em um primeiro momento, as vagas disponibilizadas pelos municípios são ofertadas a profissionais formados em instituições brasileiras ou formados

no exterior, que tenham seus diplomas revalidados e devidamente inscritos no Conselho Federal de Medicina. Posteriormente à adesão desses médicos, as vagas remanescentes são ofertadas a brasileiros formados no exterior. Caso as vagas não sejam preenchidas, são disponibilizadas para a escolha de médicos de outras nacionalidades formados em universidades não brasileiras (intercambistas individuais). Se as vagas ainda não forem preenchidas, poderão ser disponibilizadas para os profissionais da cooperação entre o Brasil, OPAS e Governo Cubano.

Segundo os editais, para fins de indicação pelos profissionais, os locais de atuação estão classificados em diferentes perfis. Entre esses, destacam-se os 100 municípios com os mais baixos níveis de receita pública “per capita” e alta vulnerabilidade social de seus habitantes (G100), além dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza, e periferias e áreas de vulnerabilidade social das capitais e regiões metropolitanas e distritos indígenas.

Após essa breve contextualização do processo normativo para provimento e fixação dos médicos do programa, foram realizadas a descrição e a análise de alguns dados sobre a distribuição de médicos que atuavam na Estratégia de Saúde da Família no período de 2007 a 2015 (Figura 2).

Gráfico 1 - Quantidade de médicos que atuaram na Estratégia de Saúde da Família no Ceará, no período de 2007 a 2015.



Fonte - Ministério da Saúde/Datasus/CNES.

Observa-se na Figura 2 que, no período de 2007 a 2012, o número de médicos que atuavam nas equipes de saúde da família mantinha certa estabilidade com tendência para redução. O total de profissionais apresentava pequenas variações mensais com tendência a um aumento nos meses de dezembro e janeiro, período de conclusão dos cursos de medicina. Isso permite inferir que o aumento ocorria como consequência da admissão de recém-

egressos. Nos meses de fevereiro e março, constata-se uma diminuição do número de médicos, o que poderia ser explicado pelo ingresso nos programas de residência médica, desvinculando-se das equipes de saúde da família. No ano de 2012 (embora fosse o primeiro ano do PROVAB), não foi observada mudança de curva, provavelmente, pelo número pouco significativo de médicos (139) que ingressaram na atenção primária.

A partir de fevereiro de 2013, percebe-se uma mudança no comportamento da curva com aumento significativo de médicos atuando na ESF. Em fevereiro e março de 2013, o primeiro pico pode ser explicado por uma maior adesão dos médicos no segundo ano do PROVAB, totalizando 612 médicos, que

Tabela 1 - Distribuição dos médicos dos programas de provimento pelo perfil de municípios no estado do Ceará, no mês de março de 2016.

Perfil Municipal	Equipes Implantadas	Equipes com Programas de Provimento		Mais Médicos											
		Intercambistas Individuais		CRM Brasil				Cooperados				Total Mais Médicos		PROVAB	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Capital	364	167	45,9	10	2,7	74	20,3	73	20,1	157	43,1	10	2,7		
G100	290	129	44,5	14	4,8	70	24,1	38	13,1	122	42,1	7	2,4		
Outros	283	121	42,8	3	1,1	19	6,7	74	26,1	96	33,9	25	8,8		
Pobreza	1.201	699	58,2	20	1,7	177	14,7	441	36,7	638	53,1	61	5,1		
Região Metropolitana	214	83	38,8	12	5,6	40	18,7	18	8,4	70	32,7	13	6,1		
Total Geral	2.352	1.199	51,0	59	2,5	380	16,2	644	27,4	1083	46,0	116	4,9		

Fonte - Sistema de Gerenciamentos de Serviço/ Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES /Ministério da Saúde, em 04/03/2016.

passaram a atuar na Estratégia de Saúde da Família. O segundo pico observado foi de outubro de 2013 a abril de 2014, com um aumento progressivo e contínuo, quando o número de médicos que atuavam na ESF passou de aproximadamente 1.000 para 1.400. Ou seja, houve um aumento de 40% em 7 meses. Esse fato pode ser explicado pela chegada dos médicos vinculados ao Programa Mais Médicos do 1º ao 4º ciclo, assim como pela adesão dos médicos na terceira edição do PROVAB no ano de 2014.

No período de abril de 2014 a fevereiro de 2015, observa-se uma estabilidade na curva, podendo significar que houve uma tendência dos médicos permanecerem nos mesmos municípios. Essa estabilidade não era observada nos anos anteriores, pois durante esse período havia uma grande rotatividade dos médicos que atuavam na ESF. Como os médicos que atuam nos programas de provimento devem ficar pelo menos um ano no município, pode-se inferir que houve fixação nas equipes e municípios por pelo menos um ano.

A partir de fevereiro de 2015, observou-se um novo pico, coincidindo com o período de chamamento de mais um edital para o Mais Médicos/PROVAB. A partir desse momento, o edital foi unificado, havendo a disponibilização de vagas para o programa de provimento pelo município, enquanto o médico escolheria o programa a que gostaria de ser vinculado, PROVAB ou Mais Médicos. Os editais e chamada para esses programas passaram a ser trimestrais, podendo ser

observados pequenos picos de aumento de médicos em junho e setembro do referido ano.

Na Tabela 1, observam-se a distribuição do total de equipes de saúde da família implantadas nos municípios, o total de equipes que foram ocupadas por médicos vinculados aos programas de provimento, a distribuição dos médicos por programas (PROVAB e Mais Médicos) e a distribuição do perfil de médicos vinculados ao PMM. Essa distribuição pode ser visualizada no total de municípios cearenses e por sua estratificação quanto ao perfil de municípios.

Neste período, o estado do Ceará tinha 2.352 equipes de saúde da família implantadas, sendo mais da metade das equipes (51%) compostas pelos profissionais vinculados aos programas de provimento. Entre estas, 1.083 equipes eram vinculadas aos médicos do PMM e 183 com médicos do PROVAB. Quanto ao perfil do médico, constatava-se que 644 médicos cooperados e 496 médicos brasileiros (PROVAB e Médicos CRM Brasil) estavam atuando na ESF.

Quando se analisa essa distribuição de municípios, percebe-se que a equidade foi aplicada na distribuição, visto que dos 1.199 médicos vinculados aos programas de provimento, 828 estavam atuando nos municípios classificados como G100 e Pobreza, correspondendo a 69 % do total. Dentre os médicos que trabalhavam nesses municípios, 479 eram médicos cooperados, 315 médicos brasileiros e 38 intercambistas individuais.

Na Capital e Região Metropolitana, 250 médicos dos programas de provimento estavam atuando nas equipes, sendo 137 (54,8%) dos postos ocupados por médicos brasileiros, 91 (36,4%) por médicos cooperados e 22 (8,8%) por intercambistas individuais. De um total de 496 médicos brasileiros, 63% estavam atuando nos municípios classificados como G100 ou pobreza. Essa mesma tendência pode ser identificada com os cooperados e intercambistas, que tem 74,4% e 57,6% do total de médicos, respectivamente, atuando nesses municípios.

Discussão

De acordo com os dados encontrados, e analisando o período que antecedeu os programas de provimento, observa-se que o número mantinha-se numa média de 800 equipes com médico, entre 2006 a 2011. Neste período havia um grande rodízio de médicos nos municípios, ferindo gravemente um dos princípios básicos da APS- a longitudinalidade. A partir da implantação dos programas de provimento, permitiu-se que o médico se fixasse, inicialmente, por um ano a uma equipe (PROVAB) e, posteriormente, por pelo menos três anos (Mais Médicos). A partir destes programas, observou-se um aumento significativo do número de equipes com médico, passando de 800 equipes em dezembro de 2011 para 1600 equipes em dezembro de 2015. Este aumento foi observado em outros estudos, sendo que o estado do Ceará apresentou um incremento mais significativo que outros estados^{9, 13}. Outro ponto relevante para

discussão é que o PMM possibilitou um aumento de equidade. Em vários municípios do estado não havia médicos na equipe. Os municípios mais vulneráveis, mais distantes e com maior índice de pobreza eram os mais críticos. Observou-se que os programas de provimento possibilitaram que estes municípios tivessem a oportunidade de prover as equipes com médicos. Um dos pontos em destaque deste programa foi a priorização dos municípios quanto as condições de extrema pobreza, do baixo índice de desenvolvimento humano e da localização em regiões pobres. Esta equidade de distribuição de médicos também foi observada em outros estados ^{5,13}.

Considerações Finais

Por meio desse relato de experiência, é possível considerar que a implantação dos programas de provimento e fixação de médicos no estado do Ceará foi bem-sucedida. Ampliaram-se o número de equipes de saúde da família, possibilitando o provimento de médicos para municípios classificados como de extrema pobreza e vulnerabilidade no interior do estado e promovendo a longitudinalidade do cuidado, visto que esses profissionais mantiveram-se nos municípios pelo período de pelo menos um ano.

Esse processo possibilitou a integração entre as Instituições de Ensino Superior, capilarizando os processos de educação permanente em 184 municípios do estado do Ceará. Além disso, foi possível conhecer os principais cenários de atuação dos médicos e suas equipes, identificando estrutura física e condições de trabalho dos profissionais e garantindo um diálogo permanente entre instituições supervisoras, gestores, equipes de saúde e médicos, para qualificar a Atenção Primária à Saúde nos municípios e no estado. Vale ressaltar que novos estudos são necessários para avaliar o impacto dos programas de provimento na situação de saúde da população.

Referências

1. Andrade LOM, Barreto ICHC, Coelho LCA. A estratégia saúde da família e o SUS. In: Rouquayrol MZ, Silva MGC, organizadores. Epidemiologia & Saúde. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2013: 601-621.
2. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella, L, et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008: 575-625.
3. Paim J, et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Lancet (Série Brasil). 2011. [Acesso em: 24 mar. 2018]. Disponível em: < <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf> >.
4. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2011.

5. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa mais médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciêns Saúde Col.* 2015; 20 (11): 3547- 3552.
6. Conselho Regional de Medicina de São Paulo. *Demografia médica no Brasil.* São Paulo, 2013.
7. Brasil. Presidência da República. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil.* Brasília, DF, 2013.
8. BRASIL. Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. Institui o programa de valorização do profissional da atenção básica. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil.* 2011 set. 2; Seção 1, p. 92.
9. Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? *Interface.* 2013; 17 (47): 913-926.
10. Girardi SN, et al. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da atenção primária. *Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da UFMG e integrante da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (OPAS/MS).* [Acesso em: 03 mar. 2018]. Disponível em: < http://www.observatoriorh.org/uruguay/sites/observatoriorh.org.uruquay/files/webfiles/fulltext/publicaciones/indice_de_escassez_de_medicos_no_brasil_e_studo_exploratorio_no_ambito_da.pdf >.
11. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do projeto mais médicos para o Brasil. Brasília, DF, 2013. [Acesso em: 29 mar.2018]. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369_08_07_2013.html >.
12. Universidade Federal do Ceará. Núcleo de Tecnologias e Educação à Distância em Saúde. Curso de especialização, pesquisa e inovação em saúde da família. Fortaleza, 2011. . [Acesso em: 29 mar.2018]. Disponível em: < <https://ufc.unasus.gov.br/cepisf/index.php/o-curso> >.
13. Pinto HA, Oliveira FP, Santana JSS, Santos FOS, Araujo SQ, Figueiredo AM, et al. The Brazilian More Doctors Program: evaluating the implementation of the “Provision” axis from 2013 to 2015. *Interface.* 2017; 21(Supl.1):1087-10