

Programa mais médicos na fronteira: gestão em saúde em cidades gêmeas entre Brasil e Uruguai

Programa más médicos en la frontera: gestión en salud en las ciudades gemelas entre Brasil y Uruguay

Program More Medics in the Border: Health Management of Twin Cities Between Brasil and Uruguay

Marcos Aurélio Matos Lemões¹, Celmira Lange²,
Denise Somavila Przylynski Castro³, Patrícia Mirapalheta Pereira de Llano⁴,
Roberta Antunes Machado⁵, Gabriele Bester Hermes⁶

Resumo:

Introdução: O Programa Mais Médicos criado pela Lei nº 12.871, de 2013, surgiu estruturado em três frentes estratégicas: a primeira foi o provimento emergencial de médicos para Atenção Básica, a segunda, o investimento em infraestrutura neste nível de atenção e a última, medidas relacionadas à formação de médicos no país. O acesso da população aos cuidados médicos é essencial para promoção de um cuidado integral aos usuários do Sistema Único de Saúde. No Brasil há uma concentração desses profissionais nos grandes centros urbanos, e escassez nas regiões norte e nordeste do país, especialmente na Atenção Básica. As cidades situadas em região de fronteira também sofrem de escassez dos profissionais médicos, pois são consideradas áreas longínquas das grandes centros urbanos e capitais.

Objetivo: descrever a percepção de seis gestores municipais sobre as potencialidades do Programa Mais Médicos na reorientação da Atenção Básica, em cidades gêmeas entre o Brasil e o Uruguai. **Metodologia:** Estudo de abordagem qualitativa. A coleta dos dados foi realizada de janeiro a mar-

¹Doutor em Ciências, área de concentração enfermagem e saúde. Bolsista do Programa Nacional de Pós Doutorado – PNPd- CAPES no Programa de Pós Graduação em enfermagem na Universidade Federal de Pelotas, UFPel, Brasil, RS. Email: enf.lemoes@gmail.com

²Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós Graduação em Enfermagem- Universidade Federal de Pelotas, Brasil, RS. Email: Celmira_lange@terra.com.br

³Doutoranda Programa de Pós Graduação em Enfermagem- Universidade Federal de Pelotas, Brasil, RS. Email: deprizi@gmail.com

⁴Institut de Cardiologie de Montréal- Canadá. Doutora em Ciências, área de concentração enfermagem e saúde- Universidade Federal de Pelotas, Brasil, RS. Email:pati_llano@yahoo.com.br

⁵Doutoranda Programa de Pós Graduação em Enfermagem- Universidade Federal de Pelotas, Brasil, RS. Professora do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul(IFRS).Email:roberta.machado@riogrande.ifrs.edu.br

⁶Doutoranda Programa de Pós Graduação em Enfermagem- Universidade Federal de Pelotas, Brasil, RS. Email: gabihermes@yahoo.com.br

ço de 2016 mediante a entrevista semiestruturada. A análise dos dados foi embasada na análise de conteúdo proposta por Bardin e referencial teórico do Planejamento Estratégico descrito por Matus e Testa.

Resultados: Os municípios fronteiriços descentralizaram e planejaram a atenção em saúde ao alocarem os profissionais médicos na Atenção Básica. O provimento e maior permanência do médico nas equipes mobilizou o trabalho multiprofissional e ampliou o acesso dos usuários aos serviços e ações de saúde. *Conclusão:* A gestão em saúde auferiu maior poder de planejamento ao dispor do profissional médico em seu quadro de trabalhadores. Portanto, o Programa Mais Médicos propiciou mudanças no modelo de atenção e enfrentamento das desigualdades sociais em saúde nos municípios fronteiriços.

Palavras-chave:

Política de Saúde; Planejamento Estratégico; Medicina de Família e Comunidade; Brasil.

Introducción: El Programa Más Médicos creado por la Ley nº 12.871, de 2013, surgió estructurado en tres frentes estratégicos: la primera fue la provisión de emergencia de médicos para Atención Básica, la segunda, la inversión en infraestructura en este nivel de atención y la última, medidas relacionadas con la formación de médicos en el país. El acceso de la población a la atención médica es esencial para promover un cuidado integral a los usuarios del Sistema Único de Salud. En Brasil hay una concentración de estos profesionales en los grandes centros urbanos, y escasez en las regiones norte y noreste del país, especialmente en la Atención Básica. Las ciudades situadas en región de frontera también sufren de escasez del profesional médico, pues son consideradas áreas lejanas de los grandes centros urbanos y capitales.

Objetivo: describir la percepción de seis gestores municipales sobre las potencialidades del Programa Más Médicos en la reorientación de la Atención Básica, en ciudades gemelas entre Brasil y Uruguay. *Metodología:* Estudio de enfoque cualitativo. La recolección de los datos fue realizada de enero a marzo de 2016 mediante la entrevista semiestruturada. El análisis de los datos se basó en el análisis de contenido propuesto por Bardin y referencial teórico de la Planificación Estratégica descrito por Matus y Testa. *Resultados:* Los municipios fronterizos descentralizaron y planificaron la atención en salud al asignar a los profesionales médicos en la Atención Básica. La provisión y mayor permanencia del médico en los equipos movilizó el trabajo multiprofesional y amplió el acceso de los usuarios a los servicios y acciones de salud.

Conclusión: La gestión en salud aporta mayor poder de planificación al disponer del profesional médico en su cuadro de trabajadores. Por lo tanto, el Programa Más Médicos propició cambios en el modelo de atención y enfrentamiento de las desigualdades sociales en salud en los municipios fronterizos.

Palabras Clave:

Política de Salud; Planeamiento Estratégico; Medicina Familiar y Comunitaria; Brasil.

Abstract:

Introduction: More Doctors Program, in accordance with Law No. 12,871 of 2013, was structured on three strategic fronts: the first one deal with the emergency of medical care for Basic Care, the second, an investment in infrastructure for Basic Care and the last one, these are measures related to the training of doctors in the country. Access to medical care is essential for the comprehensive health care for users of the Unified Health System (called SUS in Brazil). Health professionals are concentrated in large urban centers and are lacking in the north and northeast regions of Brazil, especially in relation to Basic Care. Cities located in the border region also suffer from a shortage of doctors; as such places are considered remote areas of urban centers and capitals.

Objective: This study aims to describe the perception of six municipal managers about the potential of the More Doctors Program in relation to the reorientation of Basic Care in twin cities between Brazil and Uruguay. *Methodology:* This is a qualitative study with a semi-structured interview. Data collection was performed from January to March in 2016. The analysis of the data was based on the analysis of content proposed by Bardin and the theoretical reference of Strategic Planning was described by Matus and Testa.

Results: Border cities decentralized and planned health care by allocating doctors to Basic Care. The provision of doctors and their permanence in the teams mobilized the multiprofessional work and extended the access of the users to actions and health services. *Conclusion:* Health management has greater planning power by having a medical professional in its workforce. Therefore, the More Doctors Program provided both changes in the care model and confrontation of social inequalities in health in border cities.

Keywords:

Health Policy, Strategic Planning; Family Practice; Brazil.

Introdução

Os municípios de fronteira entre o Brasil e Uruguai, no extremo sul do Brasil, caracterizado geograficamente como área remota de difícil acesso e distante dos centros de referência em saúde, possuem um déficit histórico de profissionais da área da saúde, em especial o profissional médico, caracterizando, nesse sentido, um obstáculo na universalização do acesso ao sistema Único de Saúde (SUS)^{1,2}.

Experiências internacionais no provimento e fixação de profissionais em áreas de vulnerabilidade social dispuseram de distintas estratégias,

do incentivo à obrigatoriedade, tais como seleção, educação, serviço civil obrigatório, regulação, incentivos e apoio³.

A preocupação com a distribuição de profissionais de saúde, em particular médicos, bem como a implementação de ações que possibilitem enfrentar situações de escassez e iniquidades no acesso da população aos serviços de saúde, têm sido predominantes nas políticas de recursos humanos para o SUS nos últimos anos⁴.

Neste sentido, o Programa Mais Médicos (PMM) criado pela Lei nº 12.871, de 2013, surgiu estruturado em três frentes estratégicas: a primeira foi o provimento emergencial de médicos para Atenção Básica, a segunda, o investimento em infraestrutura neste nível de atenção e a última, medidas relacionadas à formação de médicos no país⁵.

O acesso da população aos cuidados médicos é essencial para promoção de um cuidado integral aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). No Brasil há uma concentração desses profissionais nos grandes centros urbanos, e escassez nas regiões norte e nordeste do país, especialmente na Atenção Básica². As cidades situadas em região de fronteira também sofrem de escassez dos profissionais médicos, pois são consideradas áreas longínquas das grandes cidades e capitais.

Particularmente nos municípios de fronteira com o Uruguai, existe a possibilidade de contratação de profissionais uruguayos na área de saúde, que inclui a categoria médica. Essa ação foi assegurada pelo Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguayos, para Prestação de Serviços de Saúde, firmado no Rio de Janeiro, em 28 de novembro de 2008, aprovado pelo Decreto Legislativo nº 933/2009 e promulgado pelo Decreto nº 7239/2010.

Alguns municípios fronteiriços já se beneficiam desse dispositivo, realizando contratações de médicos e enfermeiros no seu quadro para integrar a atenção do município, por ações justiciais possibilitou ter profissionais especializados de forma a garantir a continuidade do atendimento à população⁶. O obstáculo para os gestores está na impossibilidade de contabilizar

para a gestão do sistema SUS o atendimento realizado por estes profissionais.

Este estudo tem por objetivo descrever a percepção dos gestores sobre as potencialidades do Programa Mais Médicos na reorientação da Atenção Básica em cidades gêmeas entre Brasil e o Uruguai.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, composto de entrevistas realizadas com seis gestores municipais de saúde, de municípios considerados cidades gêmeas entre Brasil e Uruguai: Jaguarão, Santana do Livramento, Chuí, Quaraí, Barra do Quaraí e Aceguá, todas no Rio Grande do Sul. As entrevistas semiestruturadas foram agendadas previamente via telefone pela equipe de pesquisadores, considerando o deslocamento a cada município, a fim de cumprir o cronograma de trabalho de campo que ocorreu em janeiro e fevereiro de 2016.

As seis entrevistas foram realizadas em local de escolha dos participantes do estudo, geralmente no gabinete dos Prefeitos, gravadas em aparelhos digitais para posterior transcrição. O projeto não apresentou impedimentos éticos conforme ofício nº13 da Comissão de ética do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem (UFPel) sob o parecer: 1.757.934 e CAAE nº 60173516.6.0000.5316.

Esta pesquisa é um recorte do eixo gestão em saúde da pesquisa realizada na fronteira entre o Brasil e o Uruguai intitulada “Identificação de Indicadores para o monitoramento e avaliação dos impactos da nova política uruguaia de regulação do mercado de Cannabis sobre a saúde pública e o consumo de drogas na zona de

fronteira entre Brasil e Uruguai” financiada pela Secretaria Nacional de Drogas do Ministério da Justiça SENAD/MJ.

Para garantir o sigilo os nomes dos gestores dos municípios foram codificados como Gestor Municipal 1, (GM1), Gestor Municipal 2 (GM2) e assim sucessivamente por ordem de entrevista.

A análise de dados foi realizada com método de análise de conteúdo descrita por Bardin⁷. Desenvolveu-se o método e técnicas, respectivamente: a organização da análise; a codificação de resultados; as categorizações; as inferências; e, por fim, a informatização da análise das comunicações⁸.

Para tanto, seguiu-se os passos de pré-análise a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. Seguiu-se para exploração do material com a definição de categorias e a identificação das unidades de registro, que são unidades de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base. A terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Esta etapa é destinada ao tratamento dos resultados; ocorre nela a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica⁸.

O referencial teórico utilizado para análise foi do planejamento estratégico resgatou-se três conceitos centrais: Planejamento, Poder, Ator Social^{9,10}. O planejamento foi idealizado no âmbito mais geral do planejamento econômico-social e adaptado em áreas como saúde. Esta abordagem parte do reconhecimento da complexidade, da fragmentação e da incerteza

que caracterizam os processos sociais, que se assemelham a um sistema de final aberto e probabilístico.

O poder está situado em duplo sentido¹⁰, o primeiro em relação à estabilização burocrática de uma organização em geral e o agrupamento de pessoas com interesses comuns, considerados Atores Sociais primários. O ator social é uma pessoa, organização ou grupo que participa de algum jogo social, que possui um projeto político, controla algum recurso relevante, tem, acumula ou desacomoda forças, portanto, tem a capacidade de produzir fatos capazes de viabilizar seu projeto¹⁰.

Após a realização dos passos metodológicos de análise destacam-se dois temas, a seguir discutidos.

Programa mais médicos fortalecendo a organização e cobertura da atenção básica

Conforme relato dos gestores, a inserção dos profissionais médicos por meio do Programa Mais Médicos melhorou o acesso dos usuários às unidades básicas de saúde. Conforme a seguir:

Deste modo, melhorar a promoção de saúde por intermédio das Estratégias de Saúde da Família, mas para isso precisamos da continuidade do Programa Mais Médicos. Ele que faz o suporte de toda a estratégia de saúde da família e a promoção da saúde (GM1).

A base da gestão é a prevenção através da Estratégia da Saúde da Família. Com o Mais Médicos nós temos vinte e cinco profissionais (GM5).

Sáimos do zero para 61,65% de cobertura da população e pretendemos atingir 80%.

Com o novo mapeamento estamos refazendo para ampliar. Incluindo a estrutura que não tínhamos, a visita domiciliar, procedimento no domicílio, para aquelas pessoas que não têm condições de ir no hospital e nem na unidade de saúde, portanto a equipe vai até eles e realiza este acompanhamento. Todos os profissionais fazem este trabalho e isso facilita bastante (GM6).

O Programa Mais Médicos reverte, de certo modo, o cenário dos municípios de fronteira do Brasil.

A grande maioria tinha grandes dificuldades em prover seus munícipes de atenção integral à saúde¹¹, situações relatadas pelos Atores Sociais da Gestão municipal, descrevem:

Com a questão do advento do Mais Médicos, nós conseguimos estruturar 24 postos de saúde como ESFs. E hoje essa é a grande mudança: nós conseguimos uma cobertura considerável no município como ESE. E, esse avanço se revela sobre a redução de mortalidade infantil (GM6).

Eu acho que os benefícios é a facilidade de acesso hoje, porque nós temos hoje unidades básicas espalhadas por todo o município, descentralizamos, construímos, reformamos, implementamos o Programa Estratégia de Saúde da Família, fomos beneficiados com o programa Mais Médicos, e isso nos facilitou muito (GM4).

Agora não é mais só Agente Comunitário de Saúde (ACS), é Estratégia de Saúde da Família. Começamos a organizar todas as redes com capacitação da equipes, processo seletivo, da contratação do enfermeiro, mais técnicos de enfermagem pra

trabalhar nas unidades de saúde das estratégias. Foi um avanço nossa adesão ao Programa Mais Médicos, porque nas unidades de saúde os médicos trabalhavam duas horas diárias, que não resolvia, e enfermeira tínhamos as que trabalhavam turno da manhã ou no tarde, no turno integral não. Com o Mais médicos conseguimos ampliar a carga horária delas, contratar outras enfermeiras e ter saúde bucal nas unidades funcionando com 8 horas diárias (GM6).

Hoje a gente está com equipes melhores [...] então somos muito fãs do programa do governo federal do Mais Médicos porque nos possibilitou ter médico 8h por dia hoje em quase todas as unidades de saúde (GM3).

Realidade de fronteira: programa mais médicos e acordo binacional

O debate sobre os problemas nas fronteiras, em especial o da saúde acontece há décadas, porém, seja pela falta de ordenação das iniciativas ou pela formulação de estratégias, a situação permanecia praticamente inalterada nos últimos anos¹².

Contudo, os gestores municipais apontam a experiência exitosa de estruturação de sistemas locais e regionais de saúde com o Programa Mais Médicos nos municípios fronteiriços, porém mostram problemas no registro de atividades de profissionais pelo Acordo Binacional por estes médicos não terem um registro no conselho médico brasileiro e no financiamento para estruturação relacionados ao SIS fronteira. Segundo as falas:

No programa Mais Médicos, os parâmetros de aplicação dele se encaixam muito nas características de região de fronteira. Por isso, nós fechamos mais com os parâmetros Mais Médicos. Pode-se classificar o Mais Médicos

como um programa que estruturou a faixa de fronteira de forma diferenciada (GM6).

Aqui na nossa região, o pessoal da Comissão Intergestores Regionais (CIR) tem uma inveja “branca” dos municípios de fronteira, que consegue essa contratação pelo acordo Binacional e pelo Mais Médicos, o que é uma dificuldade de todos os municípios. Se existissem mais políticas voltadas para área de fronteira, como já existiu pelo governo federal, o SIS fronteira, e nos recebemos recurso, era possível usar esse recurso para unidades básicas, seria um ótimo benefício (GM3).

Nós temos 4 médicos registrados do Programa Mais Médicos, cuja produção é registrada. Médicos fronteiriços que atendem e não têm sua produção computada, cujas informações que resultariam em dados e que motivariam recursos financeiros e materiais é prejudicada (GM5).

Nos municípios fronteiriços que compõe este estudo, o acesso a saúde de brasileiros que residem no Uruguai e estrangeiros reflete de forma complexa no Planejamento, pois não há como contabilizar os atendimentos e justificar ao SUS, de acordo as falas a seguir:

Nós damos assistência a esse estrangeiro, o SUS não vê isso como um trabalho do SUS, por mais que a gente informe tudo, tem um sistema para informar os pacientes atendidos. Então se informa esses pacientes estrangeiros, a maioria como se diz, chega no verão aqui, temos um trânsito de 250 mil estrangeiros e sempre tem atendimentos, então, o maior problema é esse, o SUS não vê isso, não nos reembolsa (GM1).

Os gestores municipais necessitam de argumentos e de instrumentos que possam subsidiar o contexto fronteiriço e de cidade gêmea quando é apresentado ao Sistema Único de Saúde explicitando o que difere de outras gestões municipais.

Discussão

No planejamento estratégico os gestores são considerados Atores Sociais. O ator social é uma pessoa, organização ou grupo que participa de algum jogo social, que possui um projeto político, controla algum recurso relevante, tem, acumula ou desacomoda forças no decorrer do jogo e possui, portanto, capacidade de produzir fatos capazes de viabilizar seu projeto⁹.

Neste estudo os Atores Sociais apontaram que o Programa Mais Médicos contribuiu para a organização da Atenção Básica mais precisamente na Estratégia saúde da família, agregando novas experiências e práticas de cuidado como a atenção domiciliar.

O Programa Mais Médicos incide sobre a carência de médicos a curto e médio prazo¹ isso permite que os Atores Sociais consigam planejar e reestruturar sua rede de serviços municipais melhorando a abrangência e descentralização dos serviços prestados.

Este ajustamento de recursos humanos nas cidades fronteiriças que compõem o estudo tem auxiliado os Atores Sociais no poder administrativo considerado a capacidade de se apropriar e de atribuir recursos¹⁰ e firmado a ESF como porta de entrada do sistema de saúde, possibilitado melhores respostas as demandas das populações, e aumentar o espaço de atividades destes profissionais se houvessem melhores estruturas e materiais nas Unidades Básicas^{13,14}

Os diferentes tipos poder se apresentam no jogo de decisão dos Atores Sociais, considerando que neste espaço existem em seu intrínseco, condições de mobilizações destes poderes para efetivar a rede de assistência ofertada nos municípios fronteiriços.

A gestão municipal tem um prazo de cinco anos, conforme o Programa Mais Médicos a contar da sua publicação em 2013, para qualificar os equipamentos e a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) articulado ao Requalifica UBS, está permitindo a construção, ampliação e reforma de 26 mil UBS em todo o país, sendo investidos mais de 5 bilhões de reais em obras que visam a melhoria das condições de trabalho e de acesso a população¹¹.

O modelo de Estratégia Saúde da Família (ESF) representou um empenho bem sucedido de promoção da equidade, pois normalmente sua presença era maior, em regiões mais pobres e com população mais vulnerável, como as de municípios fronteiriços. O apropriado enfrentamento dos principais problemas do ESF pode desenvolver significativamente seu desempenho e impacto positivo na saúde da população^{15,16}.

Um desafio importante para a gestão e planejamento nestes municípios é discutir acesso de usuários em região de fronteira, empenham-se no poder político que destaca a capacidade de desenvolver uma mobilização, através de uma visão da realidade, sendo este saber originado de maneira distinta, como experiência da situação e ainda como sentimentos desencadeados por esta experiência, e reflexão sobre ela¹⁰.

Deve-se considerar que brasileiros e estrangeiros que residem nas cidades uruguaias acessam os serviços de saúde brasileiro. Em um estudo realizado na fronteira com o Uruguai, foi constatado que a demanda de atendimentos pelo

Sistema Único de Saúde (SUS) é maior entre os brasileiros residentes nas cidades estrangeiras do que pelos os estrangeiros. No entanto, esses atendimentos refletem sobre o financiamento das ações e serviços de saúde, tendo em vista que o repasse de verba federal é realizada na modalidade per capita, não sendo contabilizada esta população itinerante⁶.

A construção da proposta de Planejamento Estratégico para estes municípios sobre a noção de situação é pautada pelos programas governamentais de saúde entendendo o locus que estão situados o ator e a ações acordadas. A forma com que estes se relacionam, permite entender a maneira pela qual cada ator social define e abaliza a situação para realizar o seu planejamento⁹.

O planejamento da saúde como descrito no decreto 7508 de 2011 contempla a centralidade da agenda da gestão de forma ascendente e integrado, do nível local até o nível federal, permitindo aos gestores programar as metas, objetivos e diretrizes de acordo com as especificidades de cada território e das necessidades de saúde da população¹⁷.

O atendimento a estrangeiros e a brasileiros que vivem no Uruguai, ou seja a utilização transfronteiriça, ocorre muito antes do MERCOSUL, portanto deveria ser ponderado pelo SUS ao descrever a regionalização diferenciada destes municípios que possuem de fato uma população flutuante e que buscam acesso a saúde onde há respostas efetivas as suas expectativas de cuidado.

Os relatos dos gestores ajuízam as vivências nos municípios fronteiriços, em alguns momentos políticos existem programas de incentivo que possibilitam planejar a municipalidade da saúde e que por outro lado, a sua descontinuidade se entende como abandono da problemática cotidiana.

O Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras (SIS-Fronteiras) originariamente buscou expandir a capacidade operacional de 121 municípios fronteiriços localizados até 10 km da linha da fronteira, isto é, da linha divisória terrestre do território nacional, que atraem fluxos regulares de pacientes oriundos do país vizinho, por meio de um sistema de compensação financeira, mas o programa foi descontinuado pelo Ministério da Saúde¹⁸.

Outro dispositivo utilizado para o planejamento é a ação de contratação de médicos uruguaios assegurado pelo Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, para Prestação de Serviços de Saúde. Decreto nº 7239/2010 em que também estão previstas contratações de: serviços de saúde de caráter preventivo, serviços de diagnóstico; serviços clínicos, inclusive tratamento de caráter continuado; serviços cirúrgicos, intervenções clínicas e cirúrgicas; e atenção de urgência e emergência¹⁹.

Ainda que esta legislação assegurou a contratação de profissionais médicos os Atores Sociais apontam que há dificuldade de contabilizar os atendimentos por intermédio do acordo, e desta forma, baixa a produtividade do município apresentada ao SUS e, conseqüentemente o percentual de profissionais por número de habitantes. Deste modo, influenciando negativamente no Índice de desenvolvimento Humano (IDH) dos municípios fronteiriços, o que difere neste ponto da realidade local.

No planejamento da gestão em saúde destes municípios fronteiriços há uma rede de trajetórias possíveis, como consequência dos diferentes projetos das forças sociais em luta, e desta forma pode-se analisar as condições da viabilidade política¹⁰.

Os Atores Sociais utilizam-se da tomada de decisão como estratégias de ação em saúde na tentativa de mobilizar interesses⁹ e desta forma é possível entender para além do planejamento em si, mas neste plano da realidade que estão situados os Atores Sociais, produtores de fatos e seu produto social na utilização do poder.

Conclusão

Ao executar sistemas municipalizados de saúde os Atores Sociais descritos no Planejamento estratégico, atuam com poder decisório e infere intensamente no bojo de cobertura, acesso e disponibilidade dos serviços na rede de saúde assim como na regionalização. O Programa Mais Médicos apresentou habilidade para minimizar assimetrias no planejamento em saúde de municípios fronteiriços, comparado a outros municípios da mesma região de saúde.

Este estudo aponta que o Programa Mais Médicos auxiliou a reorientação na Atenção Básica de Saúde, descentralizando e ampliando o acesso aos programas e ações em saúde. Além disso, propiciou mudanças no modelo de atenção e enfrentamento das desigualdades sociais em saúde que são frequentes nos municípios fronteiriços por apresentar alta vulnerabilidade social.

O contexto fronteiriço necessita de outras iniciativas no formato SIS fronteira que percebam as singularidades destes municípios e que valorizem ações problematizadas pela gestão em saúde. Evidentemente que o investimento na gestão pode subsidiar o planejamento e o monitoramento, atentando para dinâmica situacional de usuários dos dois países que acessam os sistemas de saúde.

A constituição de comitês fronteiriços de saúde poderia ser uma instância para promover o debate e inclusão de pauta nas diferentes esferas governamentais, mas há uma descontinuidade dos encontros e por consequência o insulamento dos gestores nesta e outras pautas fronteiriças.

Descrever a gestão de saúde na fronteira é elucidar ao sistema SUS a existência de um espaço de vanguarda na organização de regiões de saúde, visto que o território é trasfronteiriço por conta dos usuários, ao utilizarem os sistemas de saúde dos dois países conforme a conveniência e possibilidade de acesso.

Referencias:

- 1-Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Cien Saúde Colet* 2015; (11)20: 3547-52.
- 2-Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. "Mais Médicos": a Brazilian program in an international perspective. *Interface(Botucatu)*. 2015; 19(54):623-34.
- 3-Dolea C, Stormont L, Braichet JM. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bull World Health Organ* 2010; 88(5):379-85.
- 4-Pierantoni CR, Varella TC, Santos MRD, França T, Garcia AC. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. *Physis* 2008; 18(4):685-704.
- 5-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
- 6-Bontempo CGC, NogueiraVMR. Assistência à saúde na fronteira com o Uruguai: estratégias para qualificação de atendimento pelo SUS. *Revista Ideação* 2011; 13(1):139-56. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
- 7-Mozzato AR, Grzybovski D. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. *RAC (Curitiba)* 2011; 15(4):731-47.
- 8-Matus C. O método PES: roteiro de análise teórica. São Paulo: FUNDAPE; 1997.
- 9-Testa M. Pensar em saúde. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul; 1992.
- 10-Giovanella L, Guimaraes L, Nogueira V, Lobato L, Damacena G. Health on the borders: access to and demands on the Brazilian National Health System by foreigner and non-residents of Brazilians in cities along the border with MERCOSUR countries from the perspective of municipal health secretaries. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23:251–66.
- 11-Girardi SN, Carvalho CL, Pierantoni CR, Costa JO, Stralen ACS, Lauer TV, et al. Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. *Ciência Saúde Coletiva* 2016; 21(9):2739-48.
- 12-Medina MG, Almeida PF. Programa Mais Médicos e fortalecimento da atenção básica: resultados, desafios e proposições para o aperfeiçoamento da política. [Internet]. 2018. Disponível em: <http://rede-depesquisaaps.org.br/wp-content/uplo>

- ads/2018/03/MedinaAlmeida-PMM.pdf [consulta: 4 nov. 2018].
- 13-Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Cien Saúde Colet* 2006;11(3):669-81.
- 14-Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS, et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(supl.1):159-72.
- 15-Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 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 Inter federativa, e dá outras providências. [Internet]. Brasil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm [consulta: 4 nov. 2018].
- 16-Institui o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS Fronteiras. Portaria nº 1.120 de 06 de julho de 2005. [Internet]. Brasil. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=193694>[consulta: 4 nov. 2018].
- 17-Decreto nº 7.239 de 26 de julho de 2010. Promulga o Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, para Prestação de Serviços de Saúde. [Internet]. Brasil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7239.htm [consulta: 4 nov 2018].