

O Programa Mais Médico do Brasil e a Mobilização de Competências para Resultados de Saúde

Juliana Goulart Soares do Nascimento

Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF

Observatório de Recursos Humanos em Saúde da FACE – UFMG

Allan Claudius Queiroz Barbosa

Observatório de Recursos Humanos em Saúde da FACE – UFMG

Este artigo analisa o Programa Mais Médicos considerando as competências profissionais necessárias para o exercício das atividades junto à Estratégia de Saúde da Família. Através da análise de 19 variáveis extraídas do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em uma amostra de 27086 equipes e 78875 usuários, os resultados indicam que em todas as competências analisadas houve pouca diferença entre resultados de mobilização das equipes com médicos do Programa, sendo necessário formar médicos com base em um currículo voltado para competências que avalie sua entrega quanto à mobilização, em termos de inteligência prática.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Saúde, Políticas Públicas

Área Temática: 4. Políticas Públicas

1. O Programa Mais Médicos e as Competências Profissionais

Em julho de 2013, visando minimizar o déficit de médicos em suas áreas carentes, Medida Provisória 621 regulamentada pela Lei 12.871/2013 estabeleceu o Programa Mais Médicos (PMM). Os principais objetivos estabelecidos foram: diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde; fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País; aprimorar a formação médico no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira; 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; promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS (Brasil, 2015).

Sua premissa básica foi atender ao princípio da equidade de acesso ao SUS, tendo a Atenção Básica como porta de entrada preferencial. Isso porque, havendo o déficit de médicos formados no Brasil para atender a população, os municípios apresentavam enorme dificuldade de atrair e fixar os médicos de Saúde da Família, havendo uma conseqüente má distribuição daqueles disponíveis no território brasileiro. O Programa Mais Médicos permitiu o recrutamento de médicos brasileiros e estrangeiros para atuarem nas áreas identificadas como de maior necessidade. Havia três perfis de médicos inseridos no programa: médico formado em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado no Brasil; médico intercambista, formado em instituição de educação superior estrangeira, com habilitação para o exercício da medicina no exterior através de chamada pública por adesão; e médico intercambista cooperado, formado em instituição de educação superior estrangeira, com habilitação para o exercício da medicina no exterior através da cooperação internacional.

Para além da contratação dos médicos, o programa ainda previa a abertura de novas vagas para a graduação e para a residência médica no País, de modo a garantir ações sustentáveis ao longo do tempo. Houve, ainda, a implantação de um novo currículo médico, com foco no cuidado integral à saúde. Com essas ações, o programa propunha-se ir de 1,8 médico/1.000 habitantes de 2013 para 2,7 médicos/1.000 habitantes em 2026 (Brasil, 2015). Como forma de alcançar esses objetivos, traçaram-se as seguintes ações: reordenação da oferta de cursos de medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos; estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País e; promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de Atenção Básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional (Brasil, 2015).

O foi implantado considerando três eixos (Brasil, 2015): Provimento Emergencial, em que os médicos brasileiros e estrangeiros foram chamados a ocupar as vagas de áreas com maior necessidade e vulnerabilidade; Educação, com a abertura de mais vagas de graduação e especialização, além da criação do Cadastro Nacional de Especialistas, para reunir as principais informações sobre os especialistas no país e saber onde eles estão atuando; e Infraestrutura, que visa melhorar a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde já existentes e construir mais unidades, além da implantação da informatização das unidades bem como dos pontos eletrônicos.

No eixo de provimento, havia, uma vertente de aperfeiçoamento, em que todo médico, ao ingressar no PMM, seria matriculado em um curso de Especialização em Atenção Básica ofertado por Instituições Federais de Ensino da Rede Universidade Aberta do SUS. Os médicos do PMM foram, então, acompanhados por supervisores. Havia ainda, a figura do tutor, aquele que desenhava e monitorava as ações pedagógicas do curso (Brasil, 2017).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2017), os impactos do programa até o momento foram: expansão da cobertura de Atenção Básica e Saúde da Família; ampliação do acesso e da oferta de ações de saúde; melhoria da saúde da população (melhoria de indicadores de saúde e redução de internações); satisfação e aprovação dos usuários, médicos e gestores; distribuição de 18.240 médicos em 4.058 municípios e 34 Distritos Indígenas; atendimento a 72,8% dos municípios brasileiros, com beneficiamento de 63 milhões de brasileiros. Ainda segundo Brasil (2017), quanto à permanência dos perfis de médicos nos três primeiros anos do programa, houve 21% de permanência dos médicos com registro no Brasil, 17% de permanência dos médicos intercambistas e 62% de permanência dos médicos cooperados.

Neste contexto, compreender as competências médicas indica que o médico precisará assumir responsabilidade; ou seja, responder por sua ação em seu campo de atuação, observando o contexto que se apresenta com aquela dada situação e que interfere em quais recursos, sejam materiais, informacionais ou de conhecimento social e formal que ele mobilizará. Junto a isso, o médico precisará reunir e convergir uma rede de atores que se façam relevantes para aquela situação determinada e transferir conhecimentos por esta rede. É neste momento que se dará a inteligência prática, que envolve a compreensão da situação e de todos os conhecimentos que devem ser mobilizados para que seja possível a tomada de decisão e a entrega da competência para esta dada situação.¹

2. Procedimentos Metodológicos

O desenho metodológico do estudo contemplou duas vertentes: as competências endógenas ao médico (aquelas que ele pôde desenvolver durante sua formação); e as competências exógenas ao médico (mediante a satisfação do usuário, como forma de medir a entrega sob o ponto de vista de quem é objeto final desta cadeia de serviços feita pela Atenção Básica), conforme figura 1 que sistematiza o conjunto de opções tomadas. Para trabalhar as competências endógenas, partiu-se das áreas de formação de conhecimentos, habilidades e atitudes dispostas pela DCNs de Medicina, quais sejam: Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde. O processo de definição das doze competências endógenas e sua distribuição nestas três categorias acima referidas se deu pela análise de todos os conhecimentos, habilidades e atitudes descritos pelas DCNs, reunindo-se os fatores mais importantes nestas doze competências.

Como meio para analisar tais competências estabelecidas, têm-se as variáveis de análise advindas do instrumento de Avaliação Externa do PMAQ. Dos quatro módulos existentes neste instrumento, para este estudo foram considerados apenas os módulos II e III, porque é no módulo II

¹ O debate sobre competências permite uma enorme variedade de entendimentos e não existe consenso sobre sua definição. Trata-se de uma noção amplamente utilizada nos campos da educação, formação profissional, economia e gestão, o que confere ao termo grande plasticidade. Inúmeros teóricos (Selznick, 1962; Penrose, 1962; Chandler 1987, 1997) trabalham a noção de competências em uma lógica que valoriza os recursos e capacidades. Outra dimensão presente no campo das competências amplia a idéia de recurso, através da incorporação da dinâmica dos processos de sua criação e utilização (Nelson e Winter, 1982; Teece, Pisano Shuen, 1997; Hamel, 1994; Prahalad e Hamel, 1995). Em uma outra direção, Le Boterf (2003) apresenta o conceito de competência como sendo a evolução do conceito de qualificação e se desenvolve na década de oitenta do século passado em um ambiente de alto desemprego e busca crescente de competitividade. Remetida ao plano individual, é possível identificar três grandes eixos portadores de concepções distintas acerca de como são definidas e identificadas as competências. O primeiro eixo concebe a competência como uma "característica profunda de um indivíduo em relação a um desempenho eficaz e/ou superior em um posto ou situação dada" (Spencer e Spencer, 1993). Um segundo eixo está associado ao projeto *Management Charter Initiative*, empreendimento do *National Council for Vocational Qualifications* (NVQ) e do *Scottish Council for Vocational Qualifications* (SCOTVEC), entidades que implementaram uma iniciativa governamental com o propósito de estabelecer padrões mínimos de desempenho em nível nacional. O terceiro eixo remete à tradição francesa, cujas características diferenciais, relativamente às anteriores, podem ser vislumbradas em duas instâncias: a visão do tema e as práticas preconizadas.

que estão as variáveis que tratam das entrevistas realizadas com as equipes de Atenção Básica e é no módulo III que estão as variáveis que tratam das entrevistas com os usuários. Todas as variáveis selecionadas para a análise apresentam correlação direta com o trabalho médico ou com situações do trabalho da equipe que envolvem de forma presente o médico, permitindo, assim, analisar as competências médicas não isoladas, mas integradas ao ambiente em que o médico precisa mobilizá-las.

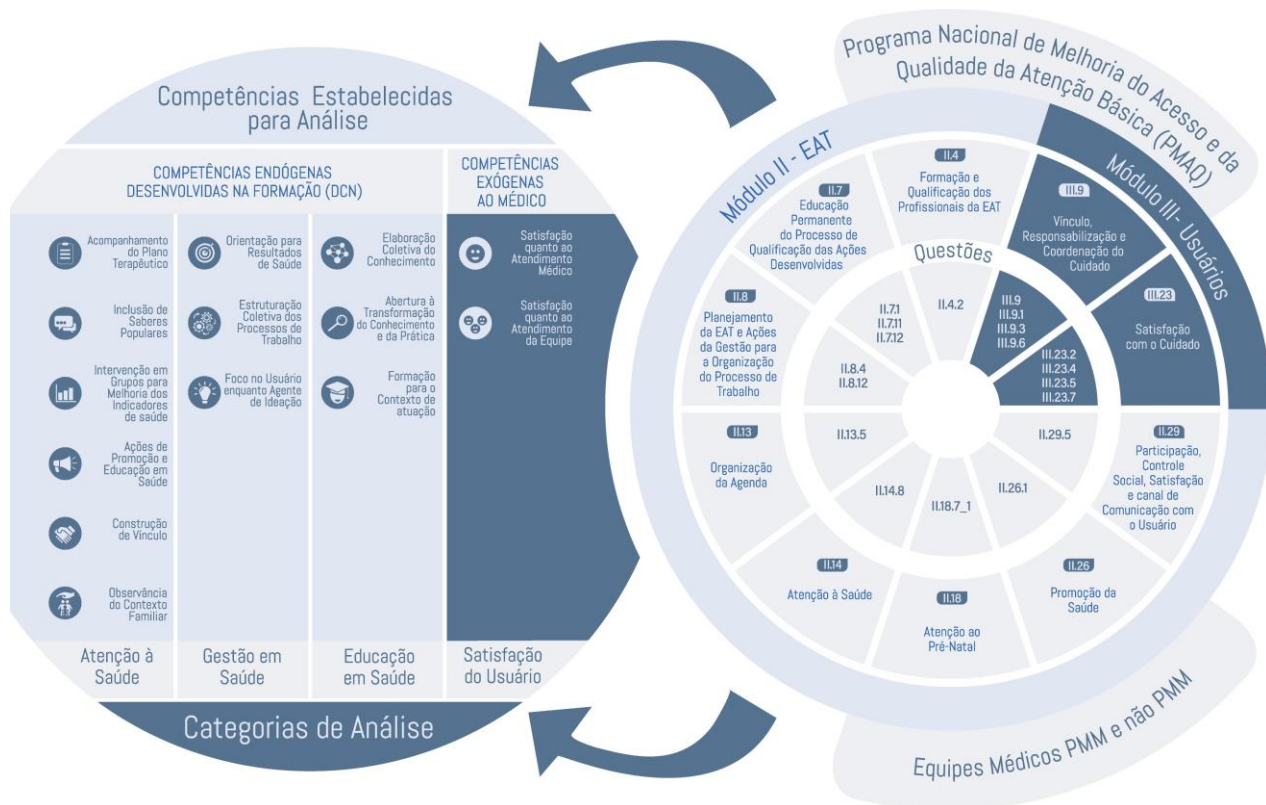


Figura 1 – Desenho metodológico do estudo
Fonte: elaborado pelos autores

Na análise dessas variáveis disponíveis no banco de dados do PMAQ, utilizou-se referente ao módulo II, do universo disponível de 29.778 Equipes de Atenção Básica no Brasil que aderiram ao PMAQ do segundo ciclo, com uma amostra de 27.086 Equipes de Atenção Básica no Brasil; e referente ao módulo III, do universo disponível de 65.535 usuários, uma amostra de 58.875. Este recorte foi possível pela possibilidade de identificar quais equipes contavam com médicos que pertenciam ao Programa Mais Médicos do Brasil e quais equipes não contavam com médicos que pertenciam ao Programa Mais Médicos. Para que isso fosse possível, utilizou-se a identificação das equipes com base no Identificador Nacional de Equipe (INE). Dessa forma, todas as variáveis selecionadas foram analisadas para as equipes que possuem médicos do Programa Mais Médicos e para as equipes que não possuem médicos do Programa Mais Médicos.

A categoria *Atenção à Saúde* foi analisada com base em seis competências: Acompanhamento do Plano Terapêutico, Inclusão de Saberes Populares, Intervenção em Grupos para Melhoria dos Indicadores de Saúde, Ações de Promoção e Educação em Saúde, Construção de Vínculos e Contexto Familiar. Trata-se de representações das habilidades descritas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, tendo como referência questões do instrumento de coleta de dados presentes nas dimensões constates no Módulo II (referente a entrevista com profissional da equipe de Atenção Básica) e no Módulo III (referente a entrevista na Unidade de Saúde com Usuário) do PMAQ. Do Módulo II do PMAQ, foram analisadas questões das dimensões: Organização da Agenda, Atenção à Saúde, Atenção ao Pré-Natal, Parto e Puerpério e Promoção da Saúde. Quanto ao Módulo III do PMAQ, foram analisadas questões advindas da dimensão Vínculo, Responsabilização e Coordenação

do Cuidado do referido instrumento. As relações entre as dimensões do instrumento às quais as questões de análise pertencem e as competências trabalhadas nesta seção podem ser observadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Categoria Atenção à Saúde: dimensões dos módulos do PMAQ *versus* competências analisadas

Módulo	Dimensão	Questão	Competências analisadas
Módulo II	Organização da Agenda	Existe reserva de vaga na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação?	Acompanhamento do Plano Terapêutico
	Atenção à Saúde	Existe articulação entre o trabalho da equipe de saúde junto à cuidadores tradicionais como parteiras, benzedeiras, remedieiras, pajés e rezadeiras?	Inclusão de Saberes Populares
	Atenção ao Pré-Natal, Parto e Puerpério	Que ações a equipe realiza para garantir a consulta de puerpério até 10 dias após o parto? Visita do agente de comunitário de saúde para captação da mulher; Visita domiciliar de outros membros da equipe; Consulta em horário especial em qualquer dia da semana; Outros (s); Nenhuma das anteriores.	Intervenção em Grupos para Melhoria dos Indicadores de Saúde
	Promoção da Saúde	A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para: Mulheres (câncer do colo do útero e de mama); Planejamento familiar; Gestantes e puérperas (aleitamento materno); Homens; Idosos; Alimentação saudável; Realiza estratégias educativas relacionadas à saúde sexual e à saúde reprodutiva; Questões referentes ao sofrimento psíquico ou de promoção de Saúde Mental no território; Atividades em grupos com o objetivo de apoio ao autocuidado para doenças crônicas; realiza grupos com enfoque de orientar sobre doenças transmissíveis (dengue, tuberculose, hanseníase, HIV, tracoma), conforme necessidades do território; O uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; o uso, abuso e dependência de ansiolíticos e benzodiazepínicos; Outros(s); Não realiza atividades de promoção à saúde.	Ações de Promoção e Educação em Saúde
Módulo III	Vínculo, Responsabilização e Coordenação do Cuidado	Nesta unidade de saúde o(a) senhor(a) é atendido(a) pelo mesmo médico? Os profissionais desta unidade lhe chamam pelo nome?	Construção de Vínculo
		Os profissionais desta unidade costumam perguntar por seus familiares?	Observância do Contexto Familiar

Fonte: Elaborado pelos autores

A categoria de análise *Gestão em Saúde* discute três competências: *Orientação para Resultados de Saúde*, *Estruturação Coletiva dos Processos de Trabalho* e *Foco no Usuário Enquanto Agente de Construção*. Todas essas competências são representações das habilidades descritas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais e foram analisadas tomando como referências questões do instrumento de coleta de dados presentes nas dimensões constantes no Módulo II (referente à entrevista com profissional da Equipe de Atenção Básica). Foram analisadas questões advindas das seguintes dimensões do instrumento: Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Ações de Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe, além de Participação, Controle Social, Satisfação e Canal de Comunicação com o Usuário. As correlações entre as dimensões do instrumento às quais as questões de análise pertencem e as competências trabalhadas nesta seção podem ser observadas no Quadro 2.

Quadro 2 – Categoria Gestão em Saúde: dimensões dos módulos do PMAQ versus competências analisadas

Módulo	Dimensão	Questão	Competências analisadas
Módulo II	Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Ações de Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe	A equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?	Orientação para Resultados de Saúde
		A equipe realiza reunião?	Estruturação Coletiva dos Processos de Trabalho
	Participação, Controle Social, Satisfação e Canal de Comunicação com o Usuário	A equipe considera a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho?	Foco no Usuário Enquanto Agente de Ideação

Fonte: Elaborado pelos autores

A categoria de análise *Educação em Saúde* discute três competências: *Elaboração Coletiva de Conhecimento*, *Abertura à Transformação do Conhecimento e da Prática* e *Formação para o Contexto de Atuação*. Todas essas competências são representações das habilidades descritas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais e foram analisadas tomando como referências questões do instrumento de coleta de dados presentes nas dimensões constantes no Módulo II (referente à entrevista com profissional da Equipe de Atenção Básica). Foram analisadas questões advindas das seguintes dimensões do instrumento: Educação Permanente do Processo de Qualificação das Ações Desenvolvidas e Formação e Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica. As correlações entre as dimensões do instrumento às quais as questões de análise pertencem e as competências trabalhadas nesta seção podem ser observadas no Quadro 3.

Quadro 3 – Categoria Educação em Saúde: dimensões dos módulos do PMAQ versus competências analisadas

Módulo	Dimensão	Questão	Competências analisadas
Módulo II	Educação Permanente do Processo de Qualificação das Ações Desenvolvidas	A equipe participa de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal?	Elaboração Coletiva do Conhecimento
		A unidade recebe estudantes, professores e/ou pesquisadores em atividades de ensino, pesquisa e/ou extensão?	Abertura à Transformação do Conhecimento e da Prática
		As atividades desenvolvidas pelos estudantes, professores e pesquisadores estão articuladas com o processo de trabalho das (s) equipes (s) da unidade	
	Formação e Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica	Possui quais destes processos de formação? Especialização em Medicina de Família e Comunidade/Residência em Medicina de Família e Comunidade/Mestrado em Medicina de Família e Comunidade/Especialização em Saúde da Família/Residência em Saúde da Família/Mestrado em Saúde da Família/Doutorado em Saúde da Família/Especialista em Saúde Pública/Coletiva/Residência em Saúde Pública/Coletiva/Mestrado em Saúde Pública/Coletiva/Doutorado em Saúde Pública/Coletiva/Possui outra Especialização/Possui outra Residência/Possui outro Mestrado/Possui outro Doutorado	Formação para o Contexto de Atuação

Fonte: Elaborado pelos autores

Por fim, a categoria de análise *Satisfação do Usuário* discute duas competências: Satisfação Quanto ao Atendimento Médico e Satisfação Quanto ao Atendimento da Equipe. Essas competências são representações das habilidades descritas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais e foram analisadas tomando como referências questões do instrumento de coleta de dados presentes nas dimensões constates no Módulo III (referente à entrevista na Unidade de Saúde com o usuário). Foram analisadas questões advindas das seguintes dimensões do instrumento: Vínculo, Responsabilização e Coordenação do Cuidado bem como Satisfação com o Cuidado. As correlações entre as dimensões do instrumento às quais as questões de análise pertencem e as competências trabalhadas nesta seção podem ser observadas no Quadro 4.

Quadro 4 – Categoria Satisfação do Usuário: dimensões dos módulos do PMAQ versus competências analisadas

Módulo	Dimensão	Questão	Competências analisadas
Módulo III	Vínculo, Responsabilização e Coordenação do Cuidado	O(a) senhor (a) acha que o tempo de consulta com o médico é suficiente?	Satisfação quanto ao Atendimento Médico
	Satisfação com o Cuidado	De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a satisfação com o cuidado recebido pelo(a) médico(a)?	
		Caso o senhor tivesse a opção, mudaria de equipe ou unidade de saúde?	Satisfação quanto ao Atendimento da Equipe
		O(a) senhor(a) recomendaria esta unidade de saúde para um amigo ou familiar?	
	Na sua opinião, o cuidado que o(a) senhor(a) recebe da equipe de saúde é?		

Fonte: elaborado pelos autores.

O Quadro 5 sistematiza o percurso metodológico do estudo.

Quadro 5 – Síntese do percurso metodológico

Item	Opção deste estudo
Quanto à natureza da pesquisa	Pesquisa Aplicada
Quanto à forma de abordagem do problema	Quantitativa
Quanto aos fins da pesquisa	Descritiva
Quanto aos procedimentos técnicos	Pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e survey
Unidade de análise	Equipes de Atenção Básica que possuem médicos do PMM e Equipes de Atenção Básica que não possuem médicos do PMM
Universo	Módulo II: 29.778 equipes/Módulo III: 65.535 usuários
Amostra	Módulo II: 27.086 equipes/Módulo III: 58.875 usuários
Coleta de dados	Dados secundários do Instrumento de Coleta de Avaliação Externa do PMAQ
Testes realizados	Qui-quadrado e Teste t
Categorias de análise	Atenção à Saúde; Gestão em Saúde; Educação em Saúde, Satisfação do Usuário
Competências analisadas	Acompanhamento do Plano Terapêutico; Inclusão de Saberes Populares; Intervenção em Grupos para a Melhoria dos Indicadores de Saúde; Ações de Promoção e Educação em Saúde; Construção de Vínculo; Observância do Contexto Familiar; Orientação para Resultados de Saúde; Estruturação Coletiva dos Processos de Trabalho; Foco no Usuário enquanto Agente de Ideação; Elaboração Coletiva do Conhecimento;

	Abertura à Transformação do Conhecimento e da Prática; Formação para o Contexto de Atuação; Satisfação quanto ao Atendimento Médico; Satisfação quanto ao Atendimento da Equipe.
Variáveis utilizadas para a análise das competências definidas	II.4.2; II.7.1; II.7.11; II.7.12; II.8.4; II.8.12; II.13.5; II.14.8; II.18.7_1; II.26.1; II.29.5; III.9; III.9.1; III.9.3; III.9.6; III.23.2; III.23.4; III.23.5; III.23.7

Fonte: Elaborado pelos autores.

3. Resultados e Discussão

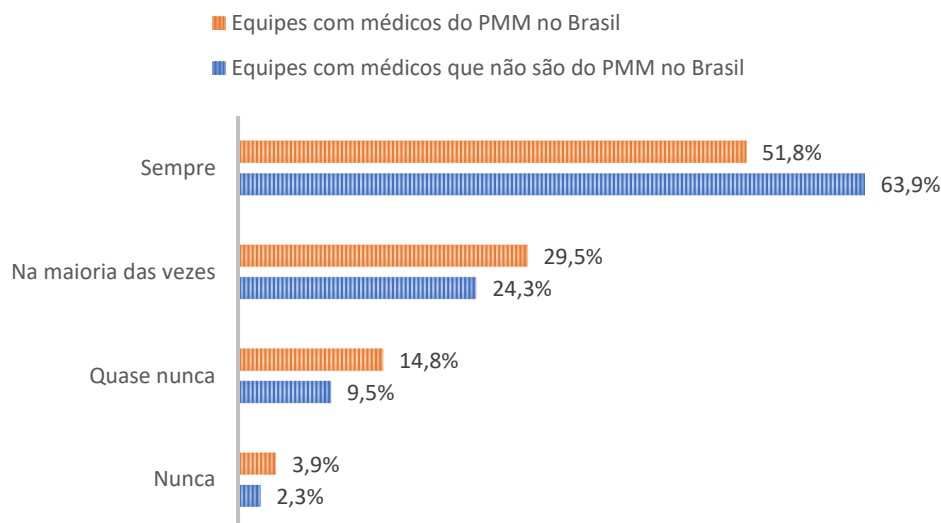
A análise da categoria **Atenção à Saúde em nível de Brasil**, revelou que esta foi a que apresentou maior número de pontos que suscitam melhorias para as competências analisadas, já que das seis competências trabalhadas na análise dos dados, apenas *Construção de Vínculo* apresentou resultados satisfatórios para as duas equipes. Apresenta-se, a seguir, os resultados em nível de Brasil de cada competência desta categoria. Para a competência *Acompanhamento do Plano Terapêutico*, observou-se uma diferença positiva, ainda que pequena, para a reserva de vagas na agenda para acompanhar o plano terapêutico das equipes que não possuem médicos do PMM. Porém, os índices possuem grande margem para melhoria. Ou seja, as equipes deveriam voltar sua atenção à busca por possibilidades de acompanhar o tratamento dos usuários em suas unidades, garantindo o engajamento dos pacientes no tratamento e a melhoria dos índices de saúde para as famílias tratadas.

Para a competência *Inclusão de Saberes Populares*, observou-se um índice muito baixo de aproveitamento desses saberes advindos da comunidade. As equipes que não possuem médicos do PMM apresentaram um índice pouco relevante de maior articulação das equipes com benzedeiras, pajés, remedeiras e rezadeiras. Apontam-se nesta competência elevadas possibilidades de melhorias no envolvimento e nas relações equipes de saúde *versus* comunidade, na medida em que, sentindo-se pertencente ao processo de elaboração das ações de cuidado com a valorização dos saberes relevantes para as comunidades, tem-se a chance de trazer os usuários para se tornarem participantes ativos e corresponsáveis pelo processo do cuidado. Para a competência *Intervenção em Grupos para Melhoria dos Indicadores de Saúde*, observou-se de forma geral, que as equipes que não possuem médicos do PMM apresentaram o desenvolvimento de mais atividades no que tange a ações que tragam os grupos de interesse para atividades nas UBS do que as equipes que possuem médicos do PMM. Porém, as duas equipes apresentaram índices adequados para poucas ações. Assim percebeu-se a necessidade de promover maior proatividade das mesmas no que tange ao desenvolvimento dessas ações.

Para a competência *Ações de Promoção e Educação em Saúde*, observou-se, que de maneira, geral mais equipes que não possuem médicos do PMM realizam ações educativas e de promoção da saúde direcionadas a grupos específicos de interesse. Porém, as duas equipes ainda deixaram de realizar tais ações com mais frequência. Aponta-se aqui grande foco de atenção na melhoria dos indicadores de saúde. Sendo a prevenção a chave para a Estratégia de Saúde da Família, é preciso tratar com muita atenção este resultados, dado que eles podem melhorar em relevante grau.

Para a competência *Construção de Vínculo*, observou-se um excelente resultado. Relevante número das duas equipes trabalha adequadamente as variáveis observadas. Um maior número de equipes que não possuem médicos do PMM mantém o atendimento dos usuários com o mesmo médico que sempre os atende, conforme observado no gráfico 1. Já um maior número de equipes que possuem médicos do MM chama os usuários pelo nome. A construção de vínculo é competência fundamental para aumentar a adesão dos usuários aos tratamentos e às ações educativas e preventivas propostas.

Gráfico 1 – Análise da competência *Construção de Vínculo* (quanto ao usuário ser atendido sempre pelo mesmo médico) – Brasil



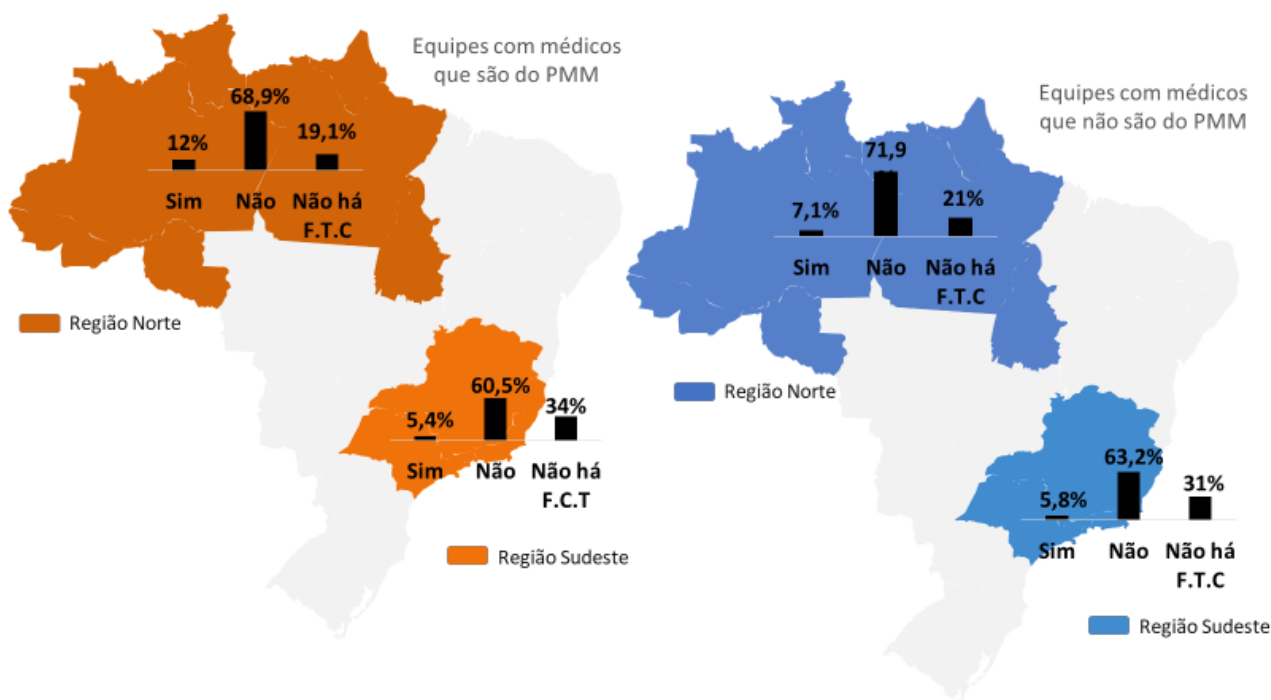
Fonte: Elaborado pelos autores.

Para a competência *Observância do Contexto Familiar*, assinala-se foco de atenção. A integralidade do cuidado perpassa a observância das condições e dos antecedentes familiares. Logo, as equipes precisam melhorar enormemente seus índices de entrega desta competência. Observou-se que maior número das equipes que não possuem médicos do PMM sempre pergunta mais sobre os familiares dos usuários, mas também são as equipes que nunca perguntam sobre os familiares em maior índice.

Na análise da categoria **Atenção à Saúde em nível de regiões do Brasil** destacam-se os resultados das regiões Sudeste e Sul. Apresentam-se, a seguir, os resultados em nível de regiões do Brasil de cada competência desta categoria. Para a competência *Acompanhamento do Plano Terapêutico*, observando o resultado da região Sudeste, já que foi a única a apresentar diferença significativa, depreende-se que apresentou significativo índice de 6% para mais nas equipes que não possuem médicos do PMM. Porém, este resultado demonstrou a necessidade de melhorar esta competência.

Para a competência *Inclusão de Saberes Populares*, comparando os resultados das regiões Norte e Sudeste, constatou-se que a região Norte apresenta resultados melhores – como pode ser observado na figura 1 – principalmente relacionados às equipes que possuem médicos do PMM. Faz-se importante ressaltar que há formas tradicionais de cuidado, já que os índices para a ausência destas formas não são elevados. Isso mostra que o que não está ocorrendo de forma adequada nesta competência é sua mobilização para trazer estes agentes que possuem os conhecimentos tradicionais para dentro das UBS.

Figura 1 – Análise da competência *Inclusão de Saberes Populares* – por Região do Brasil



Fonte: Elaborado pelos autores.

Para a competência *Intervenção em Grupos para a Melhoria dos Indicadores de Saúde*, notou-se quanto à visita de outros membros da equipe melhores resultados para a região Sul. Porém, de forma comparativa, a visita dos agentes comunitários ainda ocorre em índices mais elevados nas regiões analisadas (Norte e Sul). Isso já era de se esperar, devido à própria natureza de sua atividade. Ainda sim, os resultados das equipes que não possuem médicos do PMM foram melhores para estas regiões. Atenta-se, também, que para as consultas em horários especiais, novamente, os melhores resultados foram da região Sul para as duas equipes, com variação de 6,1% a mais para as equipes que não possuem médicos do PMM, com a maior diferença de resultados entre as duas equipes ocorrendo na região Norte.

Para a competência *Ações de Promoção e Educação em Saúde*, verificou-se que a região que ofereceu maior rol de ações educativas de promoção da saúde foi a Sudeste (nove ações descritas) em comparação com a Norte (cinco ações), a Nordeste (três ações), a Centro-Oeste (três ações) e a Sul (três ações). Isso sugere para essa competência aumentar sua mobilização por médicos da região Sudeste, compreendendo as especificidades da população e agindo sobre elas. Para as regiões Norte, Nordeste, Sudeste e Sul, as equipes que não possuem médicos do PMM apresentaram melhores resultados, porém na região Centro-oeste as equipes que possuem médicos do PMM foi a que apresentou melhores resultados. Para a competência *Construção de Vínculo*, identificou-se que a região com melhores resultados nesta competência foi a Nordeste e, entre as equipes foram aquelas que não possuem médicos do PMM. Pontua-se que para todas as regiões os resultados foram melhores para estas equipes. Constatou-se que esta é uma competência que apresenta boa mobilização.

Para a competência *Observância do Contexto Familiar*, a região Sul foi a única que apresentou significância no teste. Para ela reputa-se que não há boa mobilização, já que houve uma porcentagem muito alta de equipes que nunca perguntam sobre os familiares do usuário. É preciso dedicar atenção a este resultado, já que o contexto familiar pode definir muitas variáveis relacionadas a saúde, bem como de adesão ao tratamento.

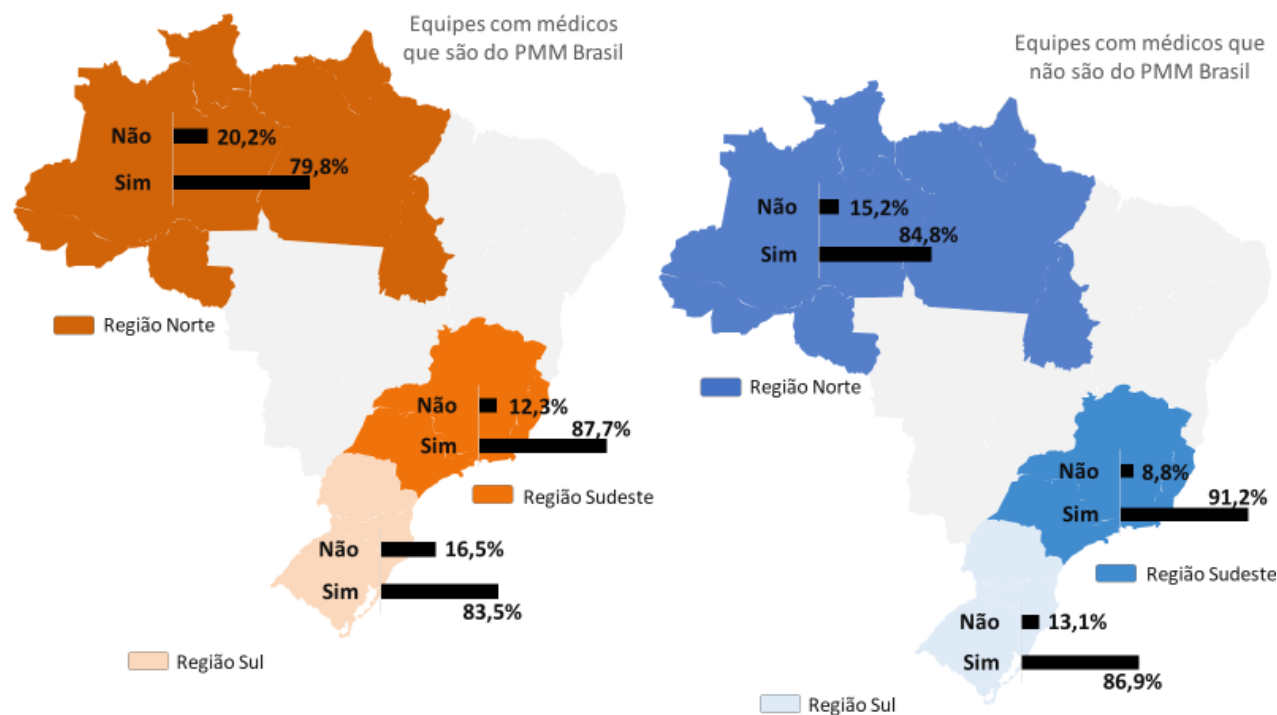
Na análise da categoria **Gestão em Saúde em nível de Brasil** revelou-se que esta categoria foi a que apresentou melhores resultados dentre as competências analisadas, já que as três competências trabalhadas na análise dos dados possuem bons índices para as duas equipes. Para a competência *Orientação para Resultados em Saúde*, observou-se que foi a única que suscitou a possibilidade de melhoria. Isso porque, apesar de um maior número de equipes que não possuem

médicos dos PMM realizar o monitoramento e a análise dos indicadores e informações de saúde, nenhuma das duas equipes chegou à totalidade do monitoramento e das análises. Ou seja, trata-se de informação relevante perdida e deixando de trazer parâmetros para as decisões sobre políticas de saúde. Para a competência *Estruturação Coletiva dos Processos de Trabalho*, observaram-se excelentes índices de entrega para as duas equipes, com resultados ligeiramente melhores para as equipes que não possuem médicos do PMM já que mais equipes realizam reuniões.

Para a competência *Foco no Usuário Enquanto Agente de Ideação*, observaram-se excelentes índices de entregas para as duas equipes. O índice das equipes que não consideram a opinião dos usuários para a reorganização e qualificação do processo de trabalho foi muito baixo, tendo sido observado que mais equipes que não possuem médicos do PMM consideram a opinião dos usuários.

Na análise da categoria **Gestão em Saúde em nível de regiões do Brasil** destacaram-se os resultados das regiões Norte, Sudeste e Sul. Apresentam-se a seguir os resultados em nível de regiões do Brasil de cada competência desta categoria. Para a competência *Orientação para Resultados de Saúde*, dentre as regiões que apresentaram diferença significativa no teste, a que apresentou o melhor resultado foi a Sudeste, conforme figura 2. As equipes que não possuem médicos do PMM mobilizaram melhor esta competência. As equipes que possuem médicos do PMM na região Norte foram as que menos mobilizam, mas, ainda sim, em porcentagem não muito baixas. Sendo esta uma competência referência para todas as ações de planejamento de políticas e práticas para o município em que estão inseridas faz-se necessário que ocorra muito próximo da totalidade.

Figura 2 – Análise da competência *Orientação para Resultados de Saúde* – por Região do Brasil



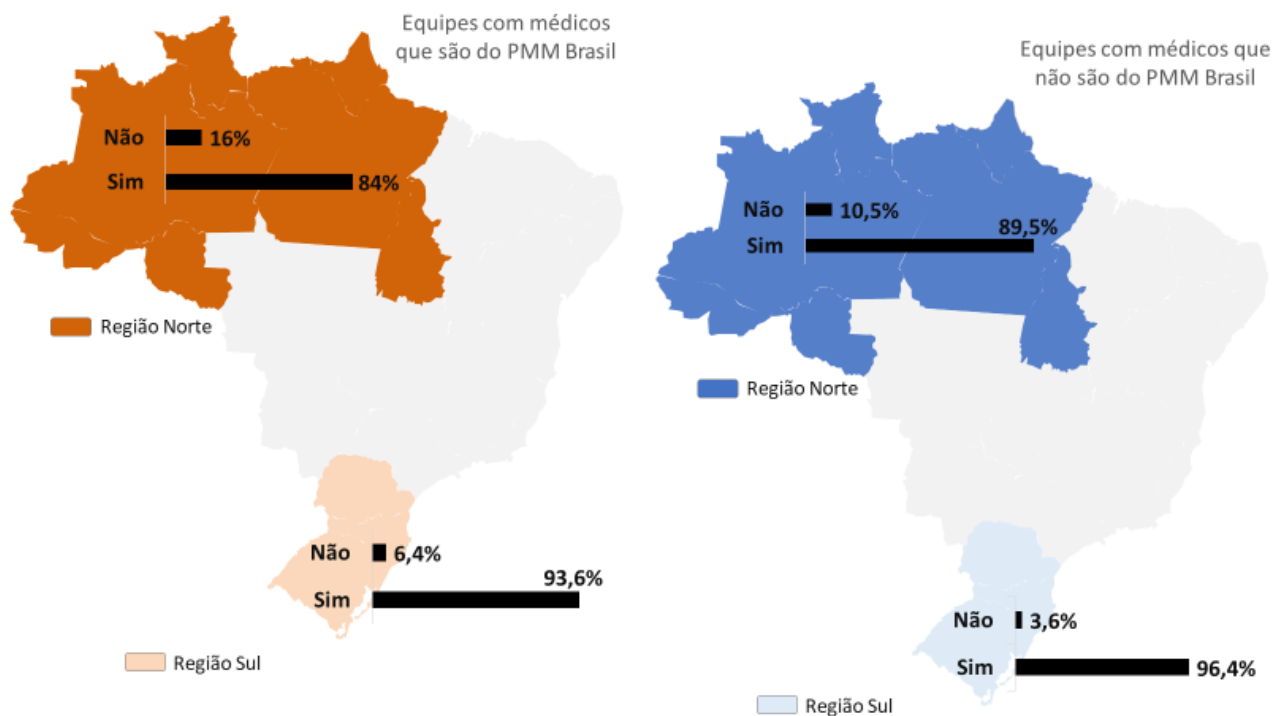
Fonte: Elaborado pelos autores.

A competência *Estrutura Coletiva dos Processos de Trabalho*, foi a que apresentou o índice mais elevado de mobilização dentre todas as analisadas. As equipes que não possuem médicos do PMM na região Norte foram as que melhor mobilizaram, chegando a 99%. A região Sul apresentou resultado muito próximo para estas equipes. Também, as equipes que possuem médicos do PMM apresentaram resultados excelentes, sempre acima de 96%. Sendo o resultado de saúde um processo

que depende de todos os agentes da equipe envolvidos, é muito relevante o elevado grau de mobilização desta competência.

Para a competência *Foco no Usuário Enquanto Agente de Ideação*, o resultado dessa mobilização reforça o resultado da competência *Estrutura Coletiva do Processos de Trabalho*, já que, novamente, tem-se alta porcentagem de mobilização. Porém, para essa o melhor resultado ficou a cargo das equipes que não possuem médicos do PMM na região Sul, seguindo-se as equipes que possuem médicos do PMM na mesma região, conforme figura 3.

Figura 3 – Análise da competência *Foco no Usuário Enquanto Agente de Ideação* – por Região do Brasil



Fonte: Elaborado pelos autores.

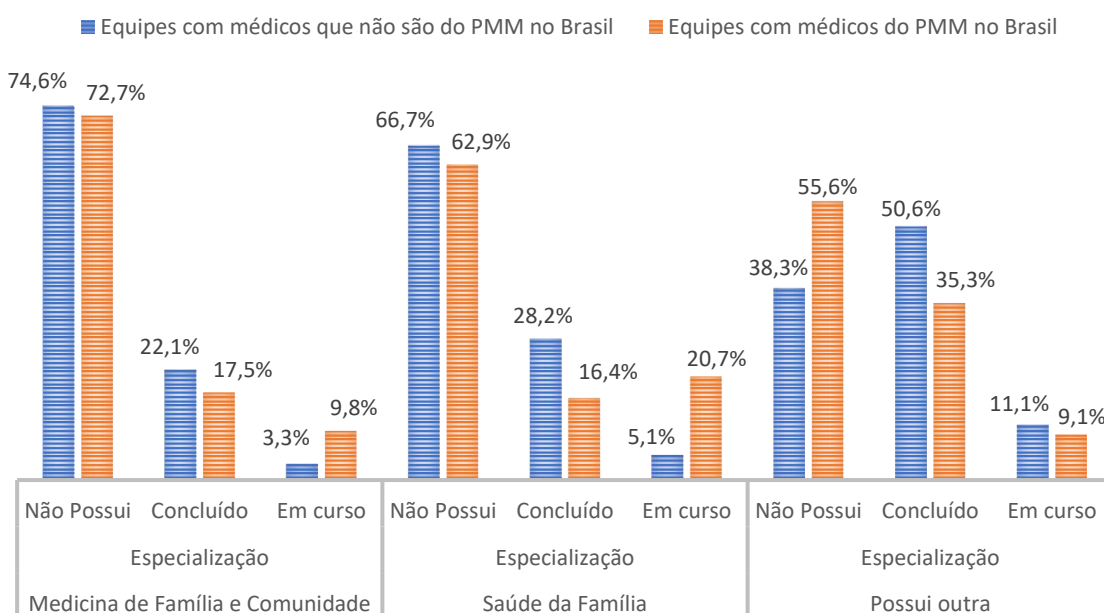
A categoria **Educação em Saúde em nível de Brasil**, depois da categoria *Atenção à Saúde*, foi a que apresentou maiores necessidades de melhoria, já que duas das três competências trabalhadas na análise dos dados possuem índices baixos. Para a competência *Elaboração Coletiva do Conhecimento*, observaram-se altos índices atingidos pelas duas equipes, com ligeira vantagem para as equipes que não possuem médicos do PMM participando de educação permanente organizada pela gestão municipal.

Para a competência *Abertura à Transformação do Conhecimento e da Prática*, aponta-se grande foco de atenção a importantes pontos de melhoria. Observou-se que as duas equipes recebem estudantes, professores e/ou pesquisadores em atividades de ensino, pesquisa e/ou extensão em baixa porcentagem, atendendo-se para o fato de que mais equipes que não possuem médicos do PMM os recebem para tais atividades e de que para estas equipes as atividades desenvolvidas pelos estudantes, professores e/ou pesquisadores são mais articuladas com o processo de trabalho das mesmas. O foco de atenção aqui se deve ao fato de grande número de equipes dos dois grupos não receber estudantes, professores e/ou pesquisadores. Isso faz com que muitas possibilidades de melhorias dos processos de trabalho advindas das pesquisas e de suas ações deixem de ser captadas. Já quanto ao fato de as equipes receberem, mas apresentarem baixo índice de articulação das atividades destes com os

processos de trabalho das equipes, volta-se à inferência de que as equipes podem estar recebendo estes membros da academia sem prévia observância das atividades a que eles se propõem e sem a adequação mutua dos interesses.

Para a competência *Formação para o Contexto de Atuação*, observou-se, quanto à formação em Medicina de Família e Comunidade, Saúde da Família, Saúde Pública/Coletiva e Outras Formações, nos graus de Especialização, Residência, Mestrado e Doutorado, para os resultados significantes, maior número de médicos das equipes que não possuem médicos do PMM possui especialização em Medicina de Família e Comunidade, Saúde da Família, bem como Outras Especializações. Já os médicos das equipes que possuem médicos do PMM estão cursando especialização em Medicina de Família e Comunidade, bem como em Saúde da Família, observando-se para as duas equipes que os índices de cursos concluídos e em curso são baixos. Esta competência apresentou o pior resultado nesta categoria de análise, demonstrando grande necessidade de foco em seu atendimento, conforme gráfico 2.

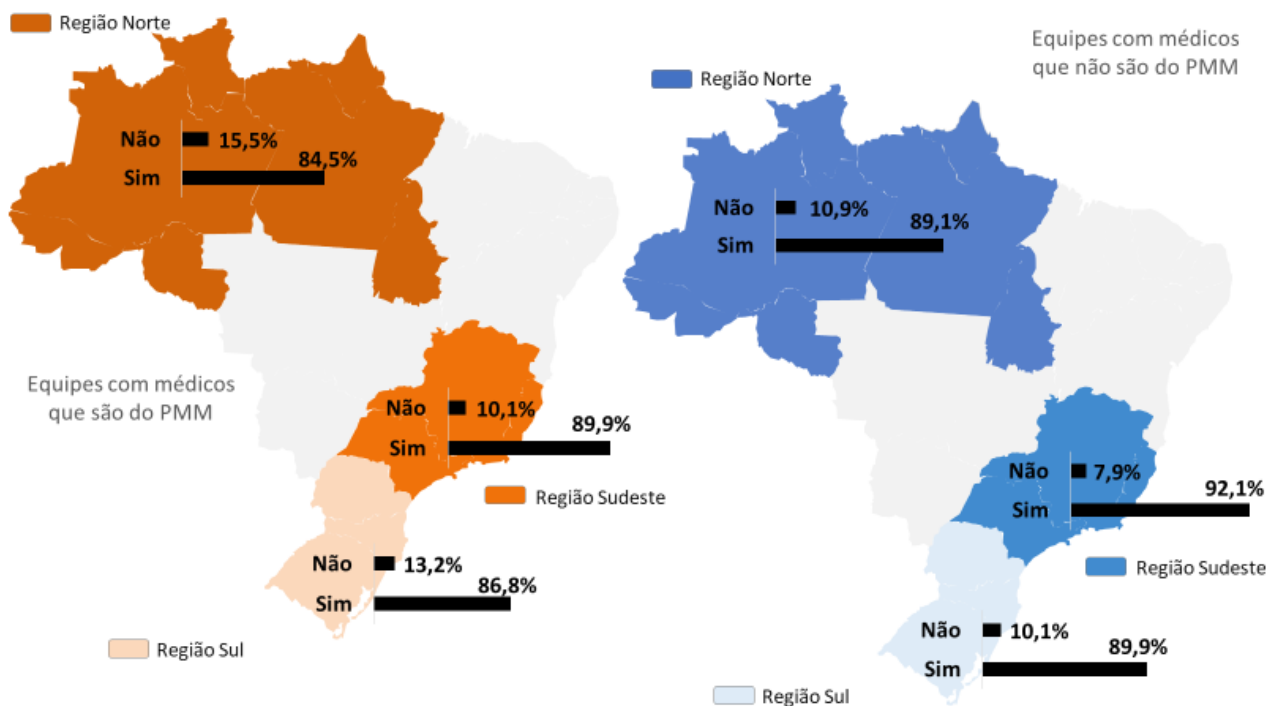
Gráfico 2 – Análise da competência *Formação para o Contexto de Atuação* – Brasil



Fonte: Elaborado pelos autores.

Na análise da categoria **Educação em Saúde em nível de regiões do Brasil**, destacam-se os resultados das regiões Sudeste e Sul. Apresentam-se a seguir os resultados em nível de regiões do Brasil de cada competência desta categoria. Para a competência *Elaboração Coletiva do Conhecimento*, apurou-se que os melhores resultados para esta competência foram apresentados pelas equipes que não possuem médicos do PMM na região Sudeste, seguindo-se as equipes que possuem médicos do PMM na região Sudeste e as equipes que não possuem médicos do PMM na região Sul, conforme figura 4. Estes resultados são bons para uma competência que interfere diretamente nas reformulações dos processos de trabalho e em um atendimento melhor para a população.

Figura 4 – Análise da competência *Elaboração Coletiva do Conhecimento* – por Região do Brasil



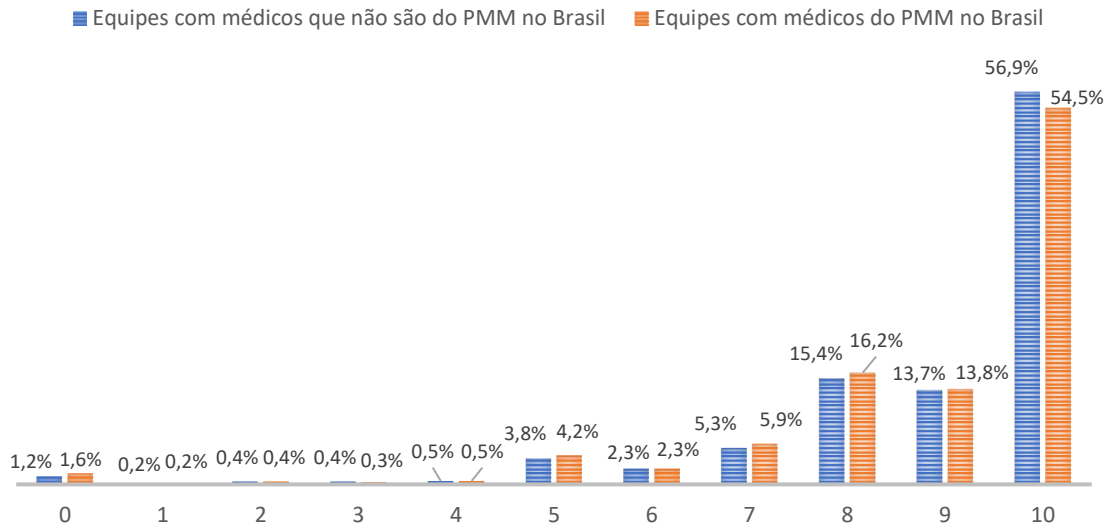
Fonte: Elaborado pelos autores.

Para a competência *Abertura à Transformação do Conhecimento e da Prática*, os melhores resultados foram apresentados pelas equipes que não possuem médicos do PMM na região Sul, seguindo-se as mesmas equipes na região Norte. Porém, trata-se de resultados muito aquém do que se espera para esta competência. Receber estes agentes externos não só contribuí para o aprimoramento contínuo da ciência, como também traz *insights* importantes de respostas a problemas muito particulares daquela população, detectando suas especificidades no contexto amplo do SUS. Outro resultado não adequado para esta competência foi a articulação do que é trabalhado pelos agentes externos e a prática diária das equipes. Tendo-se que não há sentido na baixa mobilização neste aspecto, por que estudar temas pouco relevantes às equipes? Falta a conscientização por parte desses médicos quanto à importância destes estudos e de suas aplicabilidades. E, mais, o médico deveria ser agente de promoção e sugestão dos temas para estes trabalhos, envolvendo as particularidades das questões que precisam de uma nova solução.

Para a competência *Formação para o Contexto de Atuação*, há baixa correlação entre a formação (enquanto especialização, residência, mestrado e doutorado) e a prática de trabalho destes médicos. Tal resultado apresenta-se baixo tanto para os médicos que são do PMM quanto para os que não são. Os melhores quocientes dentre as especializações em Medicina de Família e Comunidade e Saúde da Família foram para as equipes que não possuem médicos do PMM na região Sudeste e para a especialização em Saúde da Família. Para outras especializações que não estas, os melhores resultados foram dos médicos que não são do PMM e da região Nordeste. Na análise da categoria **Satisfação do Usuário em nível de Brasil**, observou-se que junto com a categoria *Gestão em Saúde*, foi a que obteve os melhores resultados dentre as competências analisadas, já que todas as duas competências trabalhadas na análise dos dados possuem índices altos de entrega.

Para a competência *Satisfação Quanto ao Atendimento Médico*, observou-se que a satisfação dos usuários quanto ao tempo de consulta é alta para as duas equipes, com índice ligeiramente superior para as equipes que não possuem médicos do PMM. Observou-se também que as notas atribuídas à satisfação dos usuários com o cuidado médico foram altas para as duas equipes, com ligeiro predomínio para as equipes que não possuem médicos do PMM, conforme gráfico 3.

Gráfico 3 – Análise da competência Satisfação quanto ao Atendimento Médico (quanto à nota atribuída ao atendimento) – Brasil

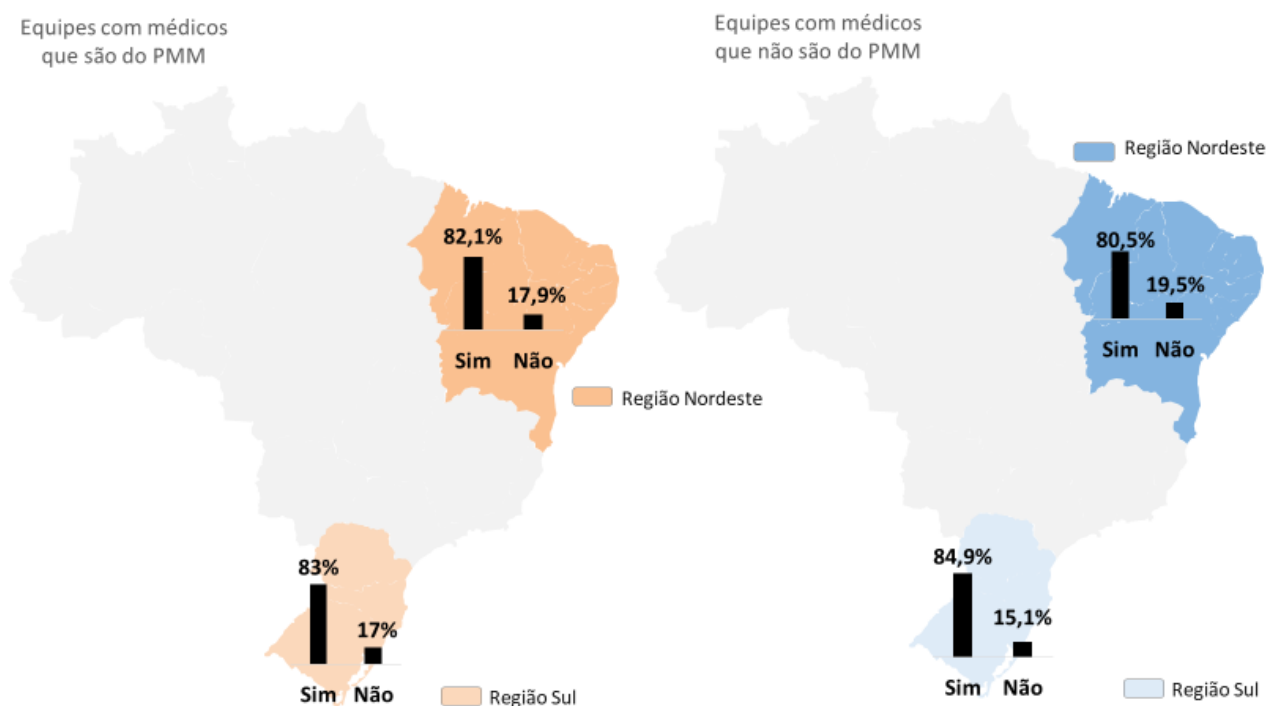


Fonte: Elaborado pelos autores.

Para a competência *Satisfação Quanto ao Atendimento da Equipe*, observou-se quanto à opção de mudar de unidade que a maioria dos usuários permaneceu com as equipes atuais para os dois grupos. Porém, assinala-se que este item precisaria ser mais bem investigado qualitativamente pelas equipes perante os usuários, para esclarecer em relação àqueles que mudariam quais fatores os levariam a tal: se estrutura, se processos de atendimento, se qualificação da equipe ou outros fatores que podem ser ajustados. Observou-se, ainda, que a maioria dos usuários recomendaria a unidade em que foi atendida a amigos ou familiares, com índice ligeiramente maior para as equipes que não possuem médicos do PMM. Reforça-se aqui a necessidade de as equipes investigarem os motivos que levam os usuários a não recomendar, visando a uma possível melhoria dos itens levantados. E, por fim, observou-se quanto à percepção dos usuários sobre os cuidados que recebe da equipe boa percepção para as duas equipes, com percepção ligeiramente melhor para aquelas que não possuem médicos do PMM. Tal resultado é fundamentalmente positivo para esta análise, dado que o funcionamento do coletivo da equipe, e não dos atores em separado, é peça chave para o bom funcionamento da Atenção Básica.

Na análise da categoria **Satisfação do Usuário em nível de regiões do Brasil**, destacam-se os resultados da região Sul. Apresentam-se a seguir os resultados a nível de regiões do Brasil de cada competência desta categoria. Para a competência *Satisfação quanto ao Atendimento Médico*, constatou-se que os resultados foram excelentes, tanto para a satisfação quanto para o tempo de consulta, conforme figura 5. As notas mais elevadas para os médicos e os melhores quocientes estão na região Sul, primeiro para as equipes que não possuem médicos do PMM e seguindo para as equipes com médicos que são do PMM.

Figura 5 – Análise da competência *Satisfação quanto ao Atendimento Médico (quanto ao tempo de consulta)* – por Região do Brasil



Fonte: Elaborado pelos autores.

Para a competência *Satisfação quanto ao Atendimento da Equipe*, novamente, os melhores resultados foram da região Sul e das equipes que não possuem médicos do PMM, seguidos pelos resultados nesta mesma região para as equipes que possuem médicos do PMM. Tal desfecho demonstra, novamente, que os resultados da Atenção Básica não dependem apenas de um dos profissionais da equipe. É interessante observar que as equipes que apresentam bons índices de satisfação possibilitam e apoiam melhores respostas para o trabalho médico, fornecendo, possivelmente, subsídios mais adequados de informação, bem como melhor apoio ao tratamento proposto e ações preventivas de educação. O Quadro 6 sistematiza estes resultados.

Quadro 6 – Síntese dos principais resultados encontrados por competência

Categoria de análise	Competência analisada	Síntese dos resultados
Atenção à Saúde	Acompanhamento do Plano Terapêutico	Índice baixo de entrega da competência para as duas equipes, mostrando a necessidade de melhorar as formas de acompanhamento do plano terapêutico. Região Sudeste apresenta melhores resultados para as equipes que não possuem médicos do PMM.
	Inclusão de Saberes Populares	Índice baixo de entrega da competência, demonstrando a necessidade de tornar os agentes que possuem estes saberes parte do processo. Região Norte apresenta melhores resultados para as equipes que possuem médicos do PMM.
	Intervenção em Grupos para Melhoria dos Indicadores de Saúde	Poucas ações apresentaram índices mais altos de realização, de forma geral as duas equipes precisam tratar esta competência com maior pró-atividade em sua execução. Região Sul apresenta os melhores resultados com diferença pequena entre as duas equipes.
	Ações de Promoção e	Índices baixos de entrega desta competência para as duas equipes, demonstrando que é preciso maior entrega já que esta

	Educação em Saúde	competência interfere diretamente na prevenção de doenças. Região Sudeste apresenta os melhores resultados para as equipes que não possuem médicos do PMM.
	Construção de Vínculo	Excelente resultado para as duas equipes quanto a entrega desta competência. Região Nordeste apresenta os melhores resultados para as equipes que não possuem médicos do PMM.
	Observância do Contexto Familiar	Resultado que sugere grande atenção pelos baixos índices de atendimento para as duas equipes. Região Sul apresenta melhores resultados para as equipes que não possuem médicos do PMM.
Gestão em Saúde	Orientação para Resultados de Saúde	Possibilidade de melhoria de entrega desta competência para as duas equipes. Região Sudeste apresenta melhores resultados para as equipes que não possuem médicos do PMM.
	Estruturação Coletiva dos Processos de Trabalho	Alto índice de mobilização desta competência para as duas equipes. Região Norte apresenta melhores resultados para as equipes que não possuem médicos do PMM.
	Foco no Usuário Enquanto Agente de Ideação	Alto índice de mobilização desta competência para as duas equipes. Região Sul apresenta os melhores resultados para as equipes que não possuem médicos do PMM.
Educação em Saúde	Elaboração Coletiva do Conhecimento	Altos índices de entrega para esta competência. Região Sudeste apresenta os melhores índices para as equipes que não possuem médicos do PMM.
	Abertura à Transformação do Conhecimento e da Prática	Baixa entrega para as duas variáveis analisadas. Região Sul apresenta os melhores resultados para as equipes que não possuem médicos do PMM.
	Formação para o Contexto de Atuação	Competências com os piores índices de entrega para a categoria. Região Sudeste apresenta os melhores índices para as equipes que não possuem médicos do PMM.
Satisfação do Usuário	Satisfação quanto ao Atendimento Médico	Alta entrega desta competência para as duas equipes. Região Sul apresenta os melhores resultados para as equipes que não possuem médicos do PMM.
	Satisfação quanto ao Atendimento da Equipe	Competência com entrega adequada para as duas equipes. Região Sul apresenta os melhores resultados para as equipes que não possuem médicos do PMM.

Fonte: Elaborado pelos autores

4. Considerações Finais

O estudo sobre o Programa Mais Médicos do Brasil permitiu lançar luz sobre aspectos relacionados às exigências e necessidades de atenção à saúde de um conjunto de profissionais, com suas competências nem sempre associadas ao que é esperado em sua atuação cotidiana. O debate sobre essas competências revela, em sua essência, a busca pelo alinhamento dos conhecimentos, habilidades e atitudes de um profissional com o que ele efetivamente “entrega” e encontra no âmbito da saúde, em particular no campo da Atenção Primária, uma expressão cristalina dos desafios e dificuldades que tal conceito enfrenta em termos de sua aplicação e exequibilidade.

Os resultados encontrados demonstraram que a categoria de análise que apresentou o pior resultado para a mobilização das competências analisadas foi Atenção à Saúde. Isso porque, dentre

as competências-chave verificadas apenas *Construção de Vínculo* apresentou entrega satisfatória. *Intervenção em Grupos para Melhoria dos Indicadores de Saúde* foi a que apresentou resultados intermediários de entrega quando comparada com as demais competências da categoria. *Acompanhamento do Plano Terapêutico*, *Inclusão de Saberes Populares*, *Ações de Promoção e Educação em Saúde* e *Observância do Contexto Familiar* apresentaram os piores índices de atingimento dentro da categoria e na comparação com as demais competências de outras categorias também. Seguindo a categoria *Atenção à Saúde*, tem-se como segundo pior desempenho na mobilização das competências analisadas a categoria *Educação em Saúde*. Isso porque dentre as competências verificadas, apenas *Elaboração Coletiva do Conhecimento* apresentou índice satisfatório de entrega. Já *Abertura à Transformação do Conhecimento e da Prática* apresentou baixo grau de mobilização, bem como *Formação para o Contexto de Atuação*, sendo a competência com o pior resultado dentre as treze analisadas neste estudo.

A categoria que apresentou o segundo melhor resultado de mobilização das competências-chave analisadas foi a categoria *Satisfação do Usuário*. Isso porque *Satisfação quanto ao Atendimento Médico* apresentou bons resultados e *Satisfação quanto ao Atendimento da Equipe* apresentou ótimos resultados quanto a sua mobilização.

A categoria que melhor incorporou os aspectos das competências analisadas foi a categoria *Gestão em Saúde*. Isso porque todas as suas competências analisadas, quais sejam, *Orientação para Resultado de Saúde*, *Estruturação Coletiva dos Processos de Trabalho* e *Foco no Usuário enquanto Agente de Ideação*, apresentaram excelentes mobilizações.

Observa-se, ainda, que, com as especificações dos resultados por região, foi possível demonstrar quais estão mobilizando melhor cada uma das competências, o que fornece subsídio para que as equipes destas regiões tracem planos de ação para consolidar tais melhorias. As correlações entre competência e regiões que atingiram os melhores resultados para cada competência foram: *Acompanhamento do Plano Terapêutico*, região Sudeste; *Inclusão de Saberes Populares*, região Norte; *Intervenção em Grupos para Melhoria dos Indicadores de Saúde*, região Sul; *Ações de Promoção e Educação em Saúde*, região sudeste; *Construção de Vínculo*, região nordeste; *Observância do Contexto Familiar*, região Sul; *Orientação para Resultados de Saúde*, região Sudeste; *Estruturação Coletiva dos Processos de Trabalho*, região Norte; *Foco no Usuário enquanto Agente de Ideação*, região Sul; *Elaboração Coletiva do Conhecimento*, região sudeste; *Abertura à Transformação do Conhecimento e da Prática*, região sul; *Formação para o Contexto de Atuação*, região sudeste; *Satisfação quanto ao Atendimento Médico*, região Sul; e *Satisfação quanto ao Atendimento da Equipe*, região Sul.

Quanto aos resultados das equipes que possuem médicos do PMM e das equipes que não possuem médicos do PMM, de forma comparativa, foi possível observar que, apesar de grande parte das variáveis analisadas apresentar diferença significativa para os testes de Qui-Quadrado, de maneira aplicada ao contexto dos eventos enquanto inteligência prática assumida para a entrega das competências analisadas, depreende-se que as diferenças percentuais foram bem pequenas para a enorme parte das variáveis analisadas, sendo que todas sempre acompanharam curvas muito similares de resultados.

O PMM tem bons elementos para inferir que o programa em seu eixo de Educação, pode estar apresentando transformações curriculares. Também os médicos que estiveram no programa nos ciclos analisados apresentaram excelentes resultados, de forma comparativa. Isso porque, apesar de percentualmente as equipes com médicos do PMM demonstrarem resultados um pouco inferiores aos das equipes que não possuem médicos do PMM, há de que se considerar que, para além de serem médicos com formação baseada em outras competências, são indivíduos que haviam acabado de chegar a um país, com aspectos culturais diferentes e com uma língua diferente. Para além desses fatores, o espaço temporal de análise é relativo aos ciclos iniciais do programa, o que retoma a aspecto já exposto no referencial teórico quanto à desconfiança coletiva da população que ainda havia quanto à qualidade do cuidado que seria ofertado pelos médicos do PMM. Acredita-se que, para ciclos

posteriores de pesquisa, utilizando dados comparativos do PMAQ, haverá de obter resultados ainda melhores para os médicos do PMM.

Quanto à formação médica brasileira, o que se pode inferir é que as mudanças feitas nas diretrizes curriculares estão em consonância com as necessidades da Atenção Básica. Isso porque as DCNs atuais estão conectadas aos princípios do SUS e do PSF. Quando de sua análise quanto à mobilização das competências-chave, observou-se que os médicos que hoje atuam na Atenção Básica ainda apresentam lacunas em sua entrega, o que, em grande medida, se explica pela não formação sobre estas bases e aponta para a necessidade de promover uma enorme melhora na mobilização da competência *Formação para o Contexto de Atuação*. O que se reivindica, é que a formação em cursos que tragam a abordagem da Atenção Básica para estes médicos que já se encontram em atuação nas equipes de saúde da família é urgente e primordial para a melhoria da mobilização das demais competências.

Quanto ao direcionamento das avaliações da Atenção Básica pela linha de entrega dos conhecimentos, habilidades e atitudes traçados pelas DCNs de medicina, aqui traduzidas em competência, recomenda-se que sejam formulados instrumentos de avaliação preparados e direcionados para sua análise, de forma que não seja preciso realizar equiparação com outros instrumentos de avaliação que não tenham como função primeira a análise de competência, acabando por não fornecer tantos indícios quanto seriam necessários a uma análise quantitativa e a uma análise qualitativa.

Este estudo apurou que não há sentido em se formar médicos com base em um currículo voltado para competências se não for avaliada a entrega desses médicos quanto de sua mobilização, em termos de inteligência prática, nas situações que lhes são apresentadas no cotidiano do trabalho, por meio também da análise de competência. Assim, a proposta de construção do instrumento deve corresponder aos conhecimentos, habilidades e atitudes dispostos na DCN e que devem ser apreendidos em um questionário sempre voltado à ação em experiências passadas. Ou seja, o questionário deve expressar exemplos de mobilizações adequadas de cada uma das competências, de modo a verificar qual foi a entrega relativa que o médico teve nesta dada situação.

É importante situar, ainda, que futuras pesquisas devem investigar a temática com base em análise de natureza específica. Por exemplo, analisar a competência *Satisfação quanto ao Atendimento da Equipe*, visando compreender quais determinantes qualitativos fariam com que os usuários desejassem mudar de equipe ou não recomendar a unidade em que foi atendido. Ou, ainda, quando da análise da competência *Abertura à Transformação do Conhecimento e da Prática*, compreender por que as equipes que recebem acadêmicos para estudos na unidade de saúde, em grande parte, não apresentam correlação entre os estudos realizados e a realidade de atuação das equipes – ou seja, o que falta para que haja essa correspondência. Em síntese, o sucesso do PMM vai além do provimento emergencial, mas ajustes são necessários em diferentes esferas para torná-lo efetivamente capaz de gerar mais saúde para todos.

5. Referências Bibliográficas

Brasil. **Programa Mais Médicos** - dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde. Programa Mais Médicos [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

CHANDLER, Alfred D. Strategy and structure. In: FOSS, Nicolai J. (Edit.) **Resources Firms and Strategies - A Reader in the Resource-Based Perspective**. Oxford University Press, 1997, pp. 146-160, 1997.

CHANDLER, Alfred D. **La mano visible: la revolución en la dirección de la empresa norteamericana**. Madrid: Centro de Publicaciones Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1987.

HAMEL, Gary. The concept of core competence IN HAMEL, G., HEENE, A. (ed.) **Competence based-competition**. Manchester: Wiley, 1994.

LE BORTEF, Guy, **Desenvolvendo a competência dos profissionais**. Porto Alegre: Artmed, 2003. PENROSE, Edith T. **Teoria del crecimiento de la empresa**. Madrid: Aguilar-Madrid, 1962.

PRAHALAD, C. K., HAMEL, Gary. **Competindo pelo futuro: estratégias inovadoras para obter o controle de seu setor e criar os mercados de amanhã**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1995. SELZNICK, P. **Liderança na administração**. São Paulo, Atlas, 1962

SPENCER, L.M.; SPENCER, S.M. **Competence at work: models for superior performance**. New York: John Wiley & Sons, 1993.

TEECE, D; PISANO, G; SHUEN, A. Dynamic Capabilities and Strategic Management. **Strategic Management Journal**, v. 18, 1997. p. 509-533.