

AVALIAÇÃO DE APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL NA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Erysson Faustino de Oliveira
Discente da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).
E-mail: erfnt94@gmail.com

Andreza dos Santos Sousa
Discente egresso da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).
E-mail: andrezassousa@yahoo.com.br

David Barbalho Pereira
Discente da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).
E-mail: davidbarbalho@gmail.com

Paola Katherine Fernandes Moura da Silva
Discente da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).
E-mail: paolakatherine10@yahoo.com.br

Larissa Dantas Lopes do Rego Pinto
Discente da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).
E-mail: larissalopes721@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

Dentre os problemas existentes na saúde pública no Brasil, a carência de médicos é uma das debilidades mais perceptíveis, apesar do significativo crescimento no contingente destes profissionais nas últimas décadas. A contínua demanda por serviços e atendimentos de saúde, como consequência do crescimento e envelhecimento populacional, aliado a deficiências na infraestrutura e distorções no processo de formação de profissionais da área, compromete o pleno alcance da cobertura na assistência médica a saúde da população brasileira.

A partir da vivência de dois municípios, Macaíba e Ielmo Marinho, escolhidos dentre os 99 que inicialmente aderiram ao Programas Mais Médicos, do universo dos 167 do estado do Rio Grande do Norte, o presente trabalho pretende avaliar o processo aprendizagem organizacional na operacionalização e implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, de forma que seja possível identificar os fatores que favorecem e dificultam o aprendizado prático em seu âmbito da implementação, bem como analisar o

desempenho da gestão do projeto no contorno de adversidades, na multiplicação ou replicação dos conhecimentos adquiridos para com outros programas e/ou municípios.

Para tanto, os critérios específicos utilizados para definir o recorte territorial considerou primeiramente a inexistência de médicos residentes no município anteriormente à execução do projeto (de acordo com dados do Conselho Regional de Medicina - CREMERN referentes ao ano de 2014) foram localizadas 65 municipalidades e dentre estas foi selecionado o município de Ielmo Marinho/RN. O segundo critério foi definido pelo município que recebeu o maior número de médicos com o Projeto Mais Médicos para o Brasil, no qual o município de Macaíba/RN se destaca, tendo recebido 14 médicos na ocasião da realização desse estudo¹.

Por ter como foco os procedimentos, e não nos resultados finais da política (considerando inclusive que Projeto Mais Médicos ainda se encontra em fase de implementação, prolongando-se até o ano de 2017), o estudo possui caráter predominantemente qualitativo, em detrimento a alguns aspectos quantitativos que podem ser suscitados durante a realização da avaliação para que subsidie análises mensuráveis quantitativamente, voltadas principalmente para a compreensão de um contexto mais amplo de execução da política em questão.

A metodologia utilizada durante avaliação inicia-se com uma pesquisa documental sobre a legislação e normativa que rege o Programa Mais Médicos, cerne no Projeto Mais Médicos para o Brasil, com vistas a estabelecer um referencial de atuação e operacionalização de acordo com a seu escopo político-institucional.

Um vez claramente estabelecido um referencial de atuação a ser empreendido na sua implementação, são realizadas entrevistas estruturadas junto aos gestores de saúde de nível municipal dos municípios adotados para a realização do trabalho e do nível estadual de gestão.

Quanto a esse instrumento, Cervo e Bervian (1996, p. 136) consideram que pesquisadores em ciência sociais “Recorrem [...] à entrevista sempre que têm necessidade de obter dados que não podem ser encontrados em registros e fontes documentais e que podem ser fornecidos por certas pessoas.”. Por adentrar-se fundamentalmente nos mecanismos e processos voltados para o processo de aprendizagem organizacional no âmbito da implementação do Projeto no estado do RN, entende-se que os mecanismos previstos na metodologia em muito se alinham ao objetivo aqui posto.

¹ A presente avaliação foi realizada no primeiro semestre do ano de 2015.

2 REVISITANDO O CONCEITO DE AVALIAÇÃO DE APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL

Antes de adentrar na realização da avaliação de aprendizagem organizacional no âmbito da implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil no estado do RN, faz-se conveniente delimitar conceitualmente o que será adotado como avaliação de aprendizagem organizacional. Tal compreensão passará inicialmente pelo conceito de avaliação de políticas públicas, para posterior delimitação conceitual. Assim, considera-se a avaliação de políticas públicas como:

[...] fase do ciclo de políticas públicas em que o processo de implementação e o desempenho da política pública são examinados com o intuito de conhecer melhor o estado da política e o nível de redução do problema que a gerou. É o momento chave para produção de *feedback* sobre as fases antecedentes (SECCHI, 2010, p.49). E ainda,

A avaliação de políticas públicas é um dos instrumentos de aperfeiçoamento da gestão do Estado que visam ao desenvolvimento de ações eficientes e eficazes em face das necessidades da população (BELLONI; MAGALHÃES; SOUSA, 2007. p. 14).

Considerando a intenção de conhecer melhor as experiências e implicações acumuladas, pode-se compreender a avaliação como um instrumento essencial para o desenvolvimento da política, programa ou projeto. Uma vez que os ganhos gerados a partir dessa avaliação são compartilhados com todos os atores sociais envolvidos, e tendo em vista que para compreender o presente se faz necessário entender e compreender as fases antecedentes e as circunstâncias vivenciadas, observa-se ainda que

Avaliar é uma ação corriqueira e espontânea realizada por qualquer indivíduo acerca de qualquer atividade humana; é, assim, um instrumento fundamental para conhecer, compreender, aperfeiçoar e orientar ações de indivíduos ou grupos. É uma forma de olhar o passado e o presente sempre com vistas ao futuro (BELLONI; MAGALHÃES; SOUSA, 2007. p. 14).

Nessa perspectiva, não se pretende apenas comparar fatos antecedentes com os fatos presentes, pois, compreende-se a avaliação como um processo sistêmico, contextualizado, onde a aprendizagem busca incentivar o aperfeiçoamento. Para tanto, torna-se pertinente considerar que:

A avaliação é a forma de pesquisa social aplicada, sistemática, planejada e dirigida; destina-se a identificar, obter e proporcionar de maneira válida e confiável dados e informações suficientes e relevantes para apoiar um juízo sobre o mérito e o valor dos diferentes

componentes de um programa (tanto na fase de diagnóstico, programação e execução) ou de um conjunto de atividades específicas que se realizam, foram realizadas ou se realizarão, com o propósito de produzir efeitos e resultados concretos; comprovando a extensão e o grau em que se deram estas conquistas, de tal forma que sirva de base ou para uma tomada de decisões racional e inteligente entre cursos de ação, ou para solucionar problemas e promover o conhecimento e a compreensão dos fatores associados ao êxito ou fracasso de seus resultados (AGUILLAR; ANDER-EGG, 1994, p. 31-2).

Uma revisão de literatura permite observar que a avaliação de políticas públicas pode adotar como cerne de análise diversos objetos e etapas das políticas adotadas, tais como implementação, resultados, etc. Nesse sentido, aponta-se a avaliação de aprendizagem organizacional como um dos tipos de avaliação de políticas públicas, ao passo em que a mesma

[...] buscar responder, por meio do conceito, como organizações agem para conquistar os resultados que indicam a realização de aprendizagens. Busca-se compreender que estruturas organizacionais, que políticas de gestão de pessoas, que cultura, que valores, que tipos de liderança, que competências, que aspectos, enfim, podem favorecer ou obstaculizar processos de aprendizagem (SOUZA, 2004, p. 1).

O referido procedimento possui como objeto de estudo o arranjo organizacional e execução de procedimentos em si, buscando visualizar fatores relacionados aos êxitos e falhas da política pública ou organização em questão, levando em consideração os êxitos individuais frente aos anseios organizacionais.

A avaliação de aprendizagem organizacional tem apresentado uma multidisciplinaridade. Consoante com Steil (2002, p. 56), essa

[...] multidisciplinaridade tem contribuído para a formação de duas visões distintas sobre o foco da aprendizagem organizacional: a) o foco na aprendizagem organizacional como um resultado; e b) o foco na aprendizagem organizacional como um processo.

Ao tratar da aprendizagem organizacional como um resultado, Levitt e March (1988 *apud* Steil 2002, p.56) afirmam que a aprendizagem organizacional é o resultado de um processo de codificação de inferências baseadas na história em rotinas que guiam novos comportamentos.

Ao passo que quando o foco está voltado para a aprendizagem organizacional como um processo, Argyres e Shön (1978 *apud* Steil 2002, p.56) definem aprendizagem organizacional como o processo de detectar e corrigir erros.

Esta tese compartilha da visão da aprendizagem organizacional como um processo e compreende-a como uma construção social que transforma o conhecimento criado pelo indivíduo em ações concretas em direção aos objetivos organizacionais (STEIL et al., 1999a; CLEGG, 1999; RUHE e BOMARIUS, 2000; STRATIGOS, 2001 *apud* Steil 2002, p. 56).

Nesse contexto, torna-se implícito a necessidade do estabelecimento de um marco referencial para efeito de entendimento e compreensão desta prática da política pública – aspecto contemplado pelo próprio desenho da política traçado em sua formulação, no qual ficam estabelecidos as responsabilidades dos agentes e organizações envolvidos na sua implementação, diretrizes, metas, ações, entre outros.

Trata-se de perceber a transformação do conhecimento criado pelo indivíduo, ou seja, seus êxitos ou falhas, bem como a escolhas das ferramentas utilizadas que visaram a execução da política pública, identificando os seus aspectos de aprendizagem organizacional e buscando junto aos atores envolvidos na sua implementação outras formas de empreendê-la, ou seja, se ocorreram ações concretas em direção aos objetivos organizacionais. De modo geral, pretende-se compreender como os agentes implementadores construíram conhecimento através de seus erros e acertos e como implementaram de forma concreta suas ações na execução da política pública em questão.

3 O PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL E SEU CONTEXTO DE IMPLEMENTAÇÃO NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

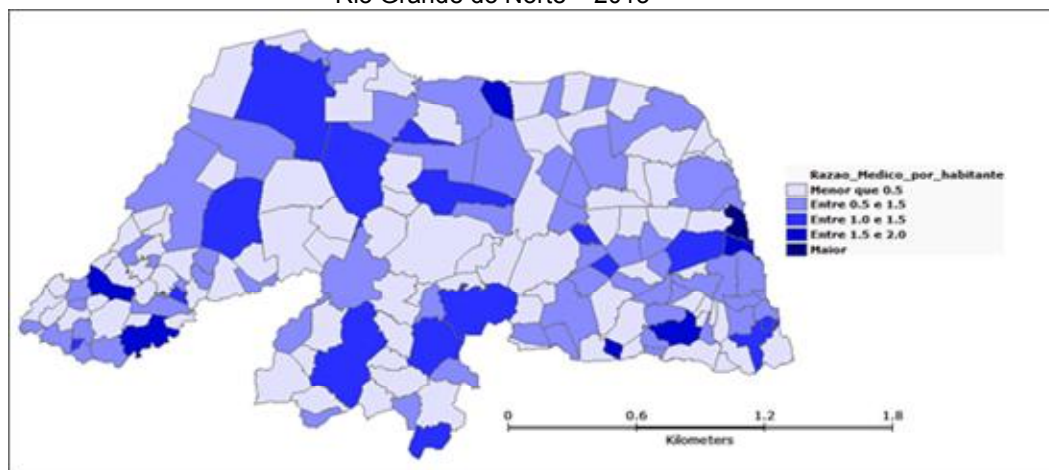
Observa-se uma acentuada desigualdade na distribuição dos profissionais entre as regiões, estados e municípios do país, sobretudo nas áreas mais afastadas dos centros urbanos (que constituem grandes catalizadores de infraestruturas e equipamentos, serviços, profissionais de saúde e centros de formação médica), visto que 22 estados brasileiros possuem índice inferior à média nacional, que segundo Medeiros (2013) corresponde a 1,91 médicos para cada conjunto de mil habitantes, dos quais apenas 8% dos médicos situam-se em municípios com população inferior a 50 mil habitantes.

Diante desta conjuntura, o quadro situacional do estado do Rio Grande do Norte se mostra desafiador, isto porque é um dos estados com menor razão entre número de médicos e habitantes (1,43 médicos para cada conjunto de mil habitantes). Ao todo são 4.906 médicos registrados (CFM, 2012) que faz do estado ocupar o 12º lugar no ranking nacional de distribuição de médicos por habitantes.

Quando analisada a distribuição dos profissionais em atuação nas unidades de saúde nos municípios, o estado se deparar com um quadro ainda mais preocupante de desigualdade na distribuição e acesso aos serviços de atenção médica. Sendo que 38,9% dos municípios não possuem médicos residentes em seu território e 91,6% dos médicos localizam-se em apenas três municípios (Natal, Parnamirim e Mossoró).

O Mapa 01 ilustra em termos geográficos o panorama da Razão médico/habitante por município, ponderando as estimativas populacionais de 2013 e o número de médicos atuantes nos estabelecimentos de saúde localizados em cada cidade.

Mapa 01- Razão Médico por conjunto de 1.000 habitantes nos municípios do Estado do Rio Grande do Norte – 2013



Fonte: Dados dos autores (2015).

Dos 167 municípios do estado, 100 aderiram voluntariamente ao Programa Mais Médicos, entretanto um município fora descredenciado por não cumprir suas responsabilidades pactuadas (Ceará-Mirim/RN). Ademais, com a integração do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (Provab) ao Projeto Mais Médicos para o Brasil, outros 32 municípios passaram a encorpar este grade pacto de melhorias, o que totaliza cerca de 78,4% das cidades com médicos atendendo diariamente a atenção básica, com alcance superior a 729.000 pessoas. (SESAP, 2014)

Dentro do panorama de regionalização da saúde, conforme o Plano Diretor de Regionalização (PDR, 2004), a 7ª região de saúde (Grande Natal) é a que possui o maior número de médicos do Projeto – 51 profissionais, em detrimento a 8ª região (Assú) que captou apenas 12 médicos. Nota-se que na maioria das regiões de saúde, sobretudo nas mais afastadas da capital o número de cooperados (BRASIL/OPAS/CUBA) é predominante. A nível estadual são 184 cubanos, 22 intercambistas e 35 brasileiros.

Tabela 01—Número de médicos por Região de Saúde e Modalidade de Adesão (2014)

REGIÕES DE SAÚDE	ESPECIFICAÇÃO	TOTAL GERAL
1ª Região São José de Mipibu	BRASILEIROS	3
	INTERCAMBISTAS	0
	COOPERADOS	25
2ª Região - Mossoró	BRASILEIROS	5
	INTERCAMBISTAS	0
	COOPERADOS	25
3ª Região - João Câmara	BRASILEIROS	2
	INTERCAMBISTAS	4
	COOPERADOS	27
4ª Região- Caicó	BRASILEIROS	1
	INTERCAMBISTAS	0
	COOPERADOS	39
5ª Região - Santa Cruz	BRASILEIROS	3
	INTERCAMBISTAS	0
	COOPERADOS	14
6ª Região - Pau-dos-Ferros	BRASILEIROS	5
	INTERCAMBISTAS	0
	COOPERADOS	25
7ª Região - Metropolitana	BRASILEIROS	15
	INTERCAMBISTAS	18
	COOPERADOS	18
8ª Região- Açu	BRASILEIROS	1
	INTERCAMBISTAS	0
	COOPERADOS	11

Fonte: SESAP,2014.

O município de Macaíba/RN, localizado na Região Metropolitana de Natal, possui uma população de 76.801 habitantes (IBGE, 2014). Sua estrutura de saúde é formada por 22 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 8 ambulatórios especializados e 6 Postos de Saúde, além do Hospital Regional Dr. Alfredo Mesquita. A atenção básica realizou em 2014 um total de 46.391 consultas, resultando uma média de 3.866 consultas mensais (SIAB, 2015).

Já o município de Ielmo Marinho/RN, possui uma população de 13.287 habitantes (IBGE, 2014). Sua estrutura de saúde é formada por 1 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 1 ambulatórios especializados e 6 Postos de Saúde. A atenção básica realizou em 2014 um total de 15.070 consultas, resultando uma média de 1.256 consultas mensais (SIAB, 2015). Ambos os municípios foram atendidos com médicos ainda no 1º ano de implementação do

programa. Atualmente, o município de Macaíba/RN possui 14 médicos, dos quais 2 são brasileiros, 4 são intercambistas e 8 são oriundos do Termo de Cooperação.

No Rio Grande do Norte, a coordenação do Projeto compete a uma comissão liderada pela Secretaria Estadual de Saúde Pública (SESAP) e composta pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Conselho de secretários Municipais de Saúde (COSEMS), Ministério da Educação (MEC), Ministério da Saúde (MS), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Secretaria Municipal de Saúde de Natal (SMS) e Conselho Estadual de Saúde (CES).

No que se refere aos aspectos de aprendizagem organizacional gerado a partir da implementação do programa estes possuem difícil apreensão, quanto aos aspectos institucionais, uma vez que o arranjo e desenho de sua implementação possuem traços bem definidos no âmbito do Ministério da Saúde. Assim, observa-se que a maior incidência de adequações na sua implementação estão mais relacionadas às rotinas da prestação de serviços da Atenção Básica no âmbito dos municípios e, em uma escala menor, nas próprias unidades de saúde. Quanto aos aspectos gerais de funcionamento do SUS, fica registrado a realização de treinamentos prévios no âmbito do Ministério da Saúde e posteriormente, da Secretaria Estadual de Saúde Pública, em um processo de acolhimento e orientações quanto as particularidades do Sistema.

4 PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE E O PROCESSO DE APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL

A realização da presente avaliação contou com a realização de entrevistas estruturadas junto a gestores de saúde dos municípios considerados na análise, e representantes da esfera estadual de gestão de saúde pública do estado.

As falas dos representantes convergem em diversos aspectos. O primeiro deles seria a questão da adaptação cultural dos médicos estrangeiros e brasileiros vindos oriundos de outros estados do país às realidades municipais nos quais se inserem – principalmente quanto aos entraves no entendimento dos idiomas estrangeiros por parte da população local. No entanto, observa-se que esse processo se deu no início da implementação do programa, estando superado atualmente. Sobre esse aspecto, fica destacado a atuação da equipe da unidade básica de saúde no qual o médico se insere, atuando diretamente na adaptação do novo profissional e direcionamento da sua atuação junto às particularidades da comunidade atendida.

De modo geral, a percepção das gestões municipais acerca do Projeto é bastante positiva, uma vez que a princípio, fica garantida a presença de médicos em áreas mais remotas do território e anteriormente não cobertas pela atenção básica de saúde. A postura de dedicação dos médicos também surge como fator a ser destacado nas falas dos gestores municipais entrevistados.

Os entrevistados consideram ainda a relevância do curso de especialização nos quais os médicos do Programa Mais Médicos se inserem, e sua presença na rotina semanal. Relata-se ainda como aspecto satisfatório a existência de um processo continuado de acompanhamento dos médicos, por supervisores ligados à Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Um dos entrevistados ressalta que o acompanhamento cotidiano é mais eficaz na percepção de possíveis problemas e entraves na implementação do programa, e que dessa forma, utiliza de reuniões para identificar se a gestão gera alguma demanda que os médicos não podem dar conta e desse modo, realiza o *feedback* com os médicos.

Como entraves percebidos pelos gestores municipais de saúde, destaca-se: a referência, a contra-referência o desabastecimento, a logística (transportes) e a dificuldade de comunicação entre outros fatores como o Hospital Regional e as UPA's. No entanto, sinaliza-se que alguns desses fatores já foram tratados em reuniões de gestão do Programa no âmbito estadual.

Nesse momento, cabe destacar que os gestores de nível estadual possuem uma visão mais ampla da implementação do Projeto em nível estadual, ao passo que possuem contato com as realidades de diversos municípios no qual a política pública é implementada.

Dessa forma, observa-se que os gestores do nível estadual de gestão possuem uma visão mais ampla do processo de implementação e consolidação do Programa. Dessa forma, consideram o quadro anterior de grande carência dos municípios quanto à presença de médicos na sua cobertura

A fala de um dos entrevistados considera a existência de uma espécie de controle social sobre a atuação dos médicos a participação popular com certa recorrência entre os municípios trabalhados. Exemplifica-se pela recorrente situação de o modelo de atendimento de médicos de outras nacionalidades serem estabelecidos como referência positiva pela população, que por conseguinte, passa a cobrar dos médicos brasileiros a adoção da mesma postura – na qual há uma maior aproximação com o paciente. Destacam ainda que os médicos estrangeiros, de modo geral, possuem atuação voltada para o trabalho em equipe e fortalecimento da Atenção Básica no âmbito municipal.

Entende-se que o programa já se encontra consolidado no âmbito estadual, sendo as próximas etapas mais propícias para a revisão da atuação do programa e desenvolvimento de melhorias quanto a sua efetividade. No entanto, já é possível visualizar impactos no panorama estadual de saúde, ao passo que fica facilitado o acesso da população aos serviços de Atenção Básica de Saúde. De forma preliminar e ainda não mensurada, já é verificado a nível de Natal, a redução de exames e consultas de média complexidade. Destaca-se ainda a satisfação dos gestores e da população quanto a execução do programa.

Surge como fala recorrente desses entrevistados o entendimento de que o formato do programa ajudará a desconstruir um histórico no qual os médicos detinham o “poder” de escolha quanto à sua área de atenção, situação na qual fica negligenciada a Atenção Básica em áreas com maior carência de cobertura, uma vez que são inseridos nesses espaços médicos estrangeiros – processo que acabou atendendo as expectativas iniciais do programa, uma vez que se verifica o aumento significativo de médicos brasileiros inseridos no programa.

Uma vez realizadas as entrevistas junto aos gestores, realizou-se uma análise dos dados coletados, a partir de um estudo de caso nos municípios escolhidos, cuja observação direta como método voltado para a percepção da operacionalização do projeto e condições organizacionais e institucionais voltadas para a sua efetivação.

Torna-se conveniente situar a avaliação de aprendizagem organizacional na forma inicial como gestão e equipe diretamente envolvida no processo de atendimento e perfil médico (médicos, supervisores e tutores) compreendem a atuação do projeto, tanto nos municípios considerados na análise, como no âmbito da gestão estadual do Programa.

Quanto aos principais entraves e gargalos que dificultaram o processo de implementação/execução do Projeto Mais Médicos no RN, destaca-se a partir da análise dos municípios de Macaíba/RN e Ielmo Marinho/RN, em consonância com os relatos e informações acerca da operacionalização do projeto, que o processo de adaptação cultural dos médicos (barreira linguística, sistemática organizacional, posologia dos medicamentos), a incerteza com a continuidade do programa e o lento processo organizacional, a postura contrária e resistência de médicos brasileiros, a dificuldade de manter abastecida com insumos e medicamentos nas unidades básicas de saúde assim como as condições de infraestrutura e equipamentos para realização dos procedimentos médicos.

As medidas mitigadoras e/ou corretivas usadas tanto por parte dos municípios, quanto por iniciativa da SESAP, trataram de buscar parcerias com os demais atores e instituições que interagem com o projeto, a fim de introduzir o médico na realidade comunitária e fortalecer os laços e redes de atuação. Com isso, a integração da equipe de profissionais (que passa a estar conectada entre si), aliado a postura de dedicação por parte dos médicos participantes, acompanhado de um conjunto de iniciativas para melhoria da saúde, logrou êxito sob ótica da participação popular, capaz de dar legitimidade a política e modificar radicalmente o desempenho das instituições, como fora constatado.

No que tangencia o desempenho das organizações, desde as unidades básicas de saúde até o funcionamento da secretaria implementação do projeto, uma vez que gerou uma nova dinâmica na estrutura organizacional e de profissionais. Elenca-se a busca de inovação no atendimento, como o caso de Ielmo Marinho/RN que implantou atendimento 24h na UBS, e Macaíba que passou a planejar melhor suas ações, estabelecer parcerias, formar uma rede articulada de agentes em busca de uma melhoria contínua nos processos gerenciais. Estas vivências resultaram em trocas de experiências nas reuniões loco-regionais realizadas pela SESAP.

A própria vinda do médico para as regiões menos abastadas e mais afastadas dos centros urbanos (áreas rurais em Macaíba/RN e periféricas de Ielmo Marinho/RN) é vista como impacto preliminar do projeto, pois além de solucionar parcialmente a rotatividade de médicos na atenção básica, reduzindo a “precariedade dos contratos” e mitigando a existência de verdadeiros “leilões” entre os municípios por um profissional médico, muito embora ainda haja resquícios destas práticas na própria gestão pública.

A inserção de um médico em uma unidade básica de saúde, com um regime de trabalho bem definido e atuação norteadas pelos princípios de atuação em equipe e aproximação com os cidadãos atendidos pelo SUS altera significativamente a dinâmica da saúde pública nesse micro ambiente – fator que altera de forma ainda mais brusca realidades que até então possuíam rotinas de trabalho mais flexíveis e atuação limitada das

equipes lá estabelecidas junto a população. No âmbito estadual, fica relatado que esse aspecto gerou no início do programa conflitos pontuais em alguns municípios do estado.

No âmbito municipal, notifica-se como principal aspecto a ser enfrentado na adaptação dos médicos nos municípios é a questão cultural, principalmente quanto à dificuldade de entendimento de outro idioma, o que gerou a princípio algumas dificuldades na comunicação entre os médicos estrangeiros e a população local. Nesse aspecto, fica evidenciado a atuação da própria equipe de saúde na orientação do médico recém-chegado na comunidade, quanto a comunicação e demais fatores a ser compreendidos no manejo das atividades de saúde ali desenvolvidas. O fato de os médicos passarem a residir nos municípios onde atuam também a favorecem o processo de adaptação.

Observa-se que a estrutura de acompanhamento e monitoramento do programa possibilita a apreensão de problemas enfrentados na base do programa – pelos médicos e equipe de saúde local – e sua interlocução com a gestão estadual e municipal do programa. O continuado processo de visitas *in loco* pelos supervisores e elaboração periódica de relatórios aos tutores do programa, favorece a intervenção da gestão em tempo oportuno e resolução de problemas de menor complexidade – relacionados a distribuição de materiais de expediente, fluxo e logística de transporte, por exemplo – a ser resolvidos em reuniões junto a administração municipal de saúde.

Quanto a processos de maior complexidade, observa-se a atuação da comissão estadual de monitoramento do programa, que mediante apontamento de demandas gerados pelos tutores do programa, atua por meio de visitas *in loco* para a supervisão das ações do programa nos referidos municípios. Esse processo apreende ainda aspectos da Atenção Básica como um todo.

Entende-se que o intercâmbio promovido por meio da inserção de médicos de outras nacionalidades no território em muito colabora na promoção de troca e intercâmbio de conhecimentos, que em muito agrega no manejo da saúde pública nos municípios. Nesse sentido, menciona-se a realização de reuniões a nível regional com os médicos nela compreendidos.

Observa-se ainda que a própria participação popular incide na adequação dos médicos do programa, ao passo que são percebidos pela população posturas profissionais desejáveis e se estabelece a cobrança para que esses traços sejam seguidos pelos demais médicos da Atenção Básica.

O seu caráter recente permite perceber que, uma vez estabelecido, inicia-se uma fase de revisão da atuação do programa e empreendimento de ações que melhorem o seu desempenho.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de avaliação de uma determinada política pública demanda a capacidade de poder refletir sobre as diversas faces do programa e/ou projeto que servirá de objeto de estudo, uma vez que neste processo estão envolvidos uma miríade de atores sociais, políticos e econômicos e um conjunto variado de instituições (públicas e privadas).

Escolher uma política que ainda caminha no processo de implementação é profundamente desafiador, uma vez que os contornos ainda são bastante fluidos, ainda mais quando se trata de uma iniciativa estrutural que abarca diversas frentes e apresenta um enorme escopo de atuação.

Neste sentido, a avaliação do Projeto Mais Médicos para o Brasil no âmbito do estado do Rio Grande do Norte, utilizando-se de vivências capilares protagonizada por municípios de diferentes porte populacional, econômico e até mesmo com distintas estruturas organizacionais, procurou romper o vácuo de estudos e análises que demonstrem a conexão entre a implementação de projeto e aprendizagem incorporada pela organização pós-execução.

A partir da imersão neste contexto, pode-se elencar como apontamentos inerentes a aprendizagem organizacional do projeto Mais Médicos, o processo de colaboração entre os conselhos de nível estadual e nacional na resolução de problemas e busca de alternativas, que acabou por produzir situações benéficas para a sociedade e para a gestão pública.

Observou-se que a sistemática de reuniões locais regionais entre os médicos, gestores e usuários culminaram na mudança no clima organizacional, na redefinição de novos processos interno (tanto dentro das unidades de saúde, com a própria equipe de saúde, modelo de atenção profissional, relacionamento médico-paciente e na aproximação a equipe de atenção a saúde).

A mudança da postura do médico brasileiro para com a sociedade força uma nova perspectiva na formação e atuação dos médicos, muito mais conectadas com a comunidade. Sem dúvida, até o estágio atual do projeto, a participação e aceitação popular como indução de um novo modelo de cobrança e acompanhamento da gestão e atendimento na saúde, são os principais fatores de sucesso do projeto.

O Processo de aprendizagem organizacional termina por impulsionar para o modelo de gestão de saúde capaz de produzir novas técnicas e métodos dentro do recorte municipal, isso já observado, inclusive com a ruptura de uma abordagem mais curativa para uma visão assistencial mais preventiva e humanista.

Contudo, a logística de deslocamento e a desestruturação da Política Nacional da Atenção Básica – Estratégia Saúde da Família (quanto ao processo de trabalho no território)

e a fragilidade das gestões municipais quanto ao entendimento da atuação dos profissionais e cumprimento dos compromissos assumidos.

REFERÊNCIAS

AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de Serviços e Programas Sociais**. Petrópolis, Vozes, 1994.

BELLONI, Isaura; MAGALHÃES, Heitor de; SOUSA, Luisa Costa de. **Metodologia de avaliação em políticas públicas**: uma experiência em educação profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007. Coleção Questões da Nossa Época; v. 75.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia científica**. São Paulo: Makron Books, 1996. 4. ed.

MEDEIROS, Tainah. **O problema da má distribuição dos médicos no Brasil**. Dr. Drauzio. Sistema de saúde. 2013. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/noticias/o-problema-da-ma-distribuicao-dos-medicos-no-brasil/>>. Acesso em 20 nov. 2015. Documento online não paginado.

SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos Práticos. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

SOUZA. Organizações de aprendizagem ou aprendizagem organizacional. **RAE-eletrônica**, v. 3, n. 1, Art. 5, jan./jun.2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/raeel/v3n1/v3n1a08>>. Acesso em 01 nov 2015.

STEIL, Andrea Valéria. **Um modelo de aprendizagem organizacional baseado na ampliação de competências desenvolvidas em programas de capacitação**. 218 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.