



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM)

**Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sociedade e Cooperação
Internacional (PPGDSCI)**

ANTONIO NEVES RIBAS

**Programa Mais Médicos: uma avaliação dos resultados iniciais
referentes ao eixo do provimento emergencial a partir da Teoria da
Avaliação de Programas**

BRASÍLIA, DF

MARÇO/2016

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM)
Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sociedade e Cooperação
Internacional (PPGDSCI)

**Programa Mais Médicos: uma avaliação dos resultados iniciais
referentes ao eixo do provimento emergencial a partir da Teoria da
Avaliação de Programas**

ANTONIO NEVES RIBAS

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional (PPGDSCI) do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM) como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento e Cooperação Internacional.

Orientador: Prof. Dr. Joaquim José Soares Neto
Co-orientadora: Prof. Dra. Leides Barroso Azevedo Moura

Brasília, Março de 2016

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM)
Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sociedade e Cooperação
Internacional (PPGDSCI)

ANTONIO NEVES RIBAS

Programa Mais Médicos: uma avaliação dos resultados iniciais
referentes ao eixo do provimento emergencial a partir da Teoria da
Avaliação de Programas

Aprovado pela banca examinadora em 03 de Março de 2016

Professor Doutor Joaquim José Soares Neto

Orientador

Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares – UnB

Professora Doutora Cecília Brito Alves

Membro Examinador Interno

Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares – UnB

Professora Doutora Maria Helena Vieira Machado

Membro Examinador Externo

Departamento de Administração e Planejamento em Saúde - DAPS
Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz – ENSP/FIOCRUZ

AGRADECIMENTOS

Após 10 anos de formado, retorno à Academia e *caio* num ambiente onde o vocábulo *multidisciplinar* não consegue descreve-lo precisamente. Quem sabe se eu disser que fui orientado por um Físico, co-orientado por uma Enfermeira, instigado por uma Estatística, motivado por uma Psicóloga e reformado/reformulado/remodelado por Sociólogos, Administradores e Gestores Públicos? Talvez assim eu consiga ilustrar melhor o que é o PPGDSCI na prática. Alguns veem isso como um terror. Não eu! A meus mestres, minha gratidão pelo aprendizado adquirido. Estes são: Neto, Leides, Ana Maria, Cecília, Magda, Bessa e Doriana. Um agradecimento extensivo à CAPES pela bolsa concedida e à parceria sempre presente do grupo de pesquisa da FIOCRUZ.

Anos, meses, dias e horas dedicados à leitura, à escrita e ao ofício profissional. Tempo que gera satisfação, mas ao mesmo tempo coleciona frustrações. Não foram poucos ou incomuns os instantes de cansaço, agonia, ansiedade ou apreensão, justamente quando nada nesse mundo parecia me fazer crer que a situação melhoraria. Mas bastava me enxergar no seu olhar para que todas essas sensações ruins fossem pulverizadas. Em seus braços e colo encontro apoio e conforto. Em suas palavras, afago e estabilidade. Seus olhos e seu toque me dão a certeza de que não há problema que não possa ser sanado, mesmo nos momentos mais complicados. Ela foi a principal responsável por eu ter chegado até aqui. Esta é minha namorada, minha noiva, minha amada, minha esposa, Débora.

A meus companheiros e companheiras que compartilharam comigo muito mais que horas de trabalho; nós comungamos sonhos, ideais, militância e muito suor por um SUS e por um país mais justo e digno. Agradeço sobretudo aos que, como eu, rasgaram madrugadas para botar o *bloco* do Programa Mais Médicos na rua. Estes são meus caros amigos: Heider, Dudu, Webster, Dirceu, Régis, Marcílio, Tim, Allan, Ari, Diego, Pab, Guapo, Gal, e tantos outros. Ao ex-Ministro Padilha: agradeço pelos ensinamentos, pela confiança, pelo reconhecimento e pela oportunidade.

Por fim, porém muito longe de ser o menos importante, não posso deixar de mencionar as horas de sono perdidas. Os planos e sonhos adiados. Desejos pessoais postos em segundo plano. Não, este não sou eu a escrever esta dissertação. Estas palavras se referem a quem eu devo muito mais que um mero agradecimento, devo minha existência. Muito além da autoria biológica, eles me deram uma *vida* que valesse a pena ser vivida. Muito além de me guiar, eles me orientaram a tomar minhas decisões para que eu mesmo pudesse trilhar meus próprios caminhos. E não há palavras que possam expressar a minha admiração e o meu sentimento de gratidão por terem feito isso. Estes são minha mãe e meu pai: Lilian e Otto.

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

APS – Atenção Primária em Saúde

CBO – Código Brasileiro de Ocupações

CFM – Conselho Federal de Medicina

CRM – Conselho Regional de Medicina

DAB – Departamento de Atenção Básica

DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena

ESB – Equipes de Saúde Bucal

ESF – Estratégia Saúde da Família

eSF – Equipes de Saúde da Família

HCSF – Histórico de Cobertura da Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PMM – Programa Mais Médicos

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PROVAB – Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica

SAGE – Sala de Apoio à Gestão Estratégica

SF – Saúde da Família

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SGP – Sistema de Gerenciamento de Projetos

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

TAP – Teoria da Avaliação de Programas

UBS – Unidade Básica de Saúde

UF – Unidade Federativa

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figuras

Figura 1: Mapas: escassez médica no Brasil x municípios com proporção de domicílios com renda per capita abaixo da linha de pobreza p. 24

Figura 2: Modelo lógico *Theory-based* p. 39

Figura 3: Etapas usuais de uma pesquisa quantitativa p. 40

Gráficos

Gráfico 1: Distribuição dos médicos de acordo com o Programa de Provimento ... p. 49

Gráfico 2: Percentual de municípios contemplados com médicos do PMM segundo a Região Geográfica p. 62

Gráfico 3: Distribuição de médicos por perfil de municípios (em %) p. 66

Gráfico 4: Regiões geográficas do Brasil segundo a Renda Domiciliar per capita, o Rendimento Médio Real do Trabalho principal e a lotação de médicos do PMM ... p. 67

Gráfico 5: Regiões geográficas do Brasil segundo o Índice de Desenvolvimento Humano dos Municípios (IDHM) e a lotação de médicos do PMM p. 68

Gráfico 6: Evolução do número de municípios cobertos pela ESF no Brasil p. 71

Gráfico 7: Evolução do percentual de crescimento anual dos municípios cobertos pela ESF no Brasil p. 71

Gráfico 8: Evolução do número de eSF implantadas no Brasil p. 72

Gráfico 9: Evolução do percentual de crescimento anual das equipes de Saúde da Família implantadas no Brasil p. 72

Gráfico 10: Evolução da cobertura municipal da ESF nas regiões brasileiras p. 74

Gráfico 11: Evolução da proporção populacional coberta pela ESF por regiões p. 74

Gráfico 12: Proporção da população coberta pela ESF nas regiões do Brasil entre os anos de 2013 a 2015 p. 76

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadros

- Quadro 1: A Atenção Primária à Saúde no Brasil: das origens à situação atual p. 19
- Quadro 2: Relação países segundo o número de médicos por 1.000 habitantes em 2012 p. 25
- Quadro 3: População das regiões brasileiras, número de médicos registrados no CFM e relação médicos/1000 habitantes p. 27
- Quadro 4: Perfis dos municípios e localidades prioritários para o Programa Mais Médicos p. 30
- Quadro 5: Descrição dos perfis dos médicos participantes do PMM p. 33
- Quadro 6: Objetivos, delimitações e limitações da metodologia p. 44

Tabelas

- Tabela 1: Distribuição dos médicos por ciclo de entrada no PMM p. 50
- Tabela 2: Distribuição dos médicos por perfil do profissional p. 51
- Tabela 3: Distribuição de médicos segundo o continente da nacionalidade p. 51
- Tabela 4: Distribuição de médicos segundo o continente do país de graduação ... p. 52
- Tabela 5: Distribuição dos médicos por sexo segundo o Programa de Provimento p. 52
- Tabela 6: Distribuição dos médicos por faixa etária em anos segundo o sexo p. 53
- Tabela 7: Distribuição dos médicos por nacionalidade segundo o sexo p. 53
- Tabela 8: Distribuição dos médicos por Unidade Federativa segundo o sexo p. 54
- Tabela 9: Média de Idade dos médicos em anos por agrupamentos específicos ... p. 55
- Tabela 10: Distribuição dos médicos por faixa etária em anos segundo o perfil do profissional p. 56
- Tabela 11: Distribuição dos médicos por estado civil segundo o Programa de Provimento p. 57
- Tabela 12: Distribuição dos médicos por tipo de estabelecimento de lotação segundo o Programa de Provimento p. 59

Tabela 13: Distribuição dos médicos por tipo de eSF segundo o Programa de Provimento	p. 60
Tabela 14: Distribuição dos médicos pelo CBO segundo o Programa de Provimen...	p. 61
Tabela 15: Distribuição e proporção de médicos, segundo a população (por região geográfica)	p. 63
Tabela 16: Distribuição dos municípios contemplados no PMM, segundo os critérios estabelecidos pela Portaria 1.369/MS/MEC de 8 de Julho de 2013	p. 64
Tabela 17: Municípios contemplados por perfil, distribuídos por região geográfica	p. 65
Tabela 18: Distribuição de médicos nos perfis prioritários por região	p. 66
Tabela 19: Distribuição dos médicos de acordo com os perfis prioritários (lista estendida)	p. 69
Tabela 20: Distribuição dos médicos por perfil dos municípios, considerando o Programa de Provimento, o perfil do profissional, o sexo e a idade média	p. 70
Tabela 21: Evolução da cobertura populacional da ESF no Brasil	p. 73

RESUMO

O Programa Mais Médicos (PMM) tem como meta central atingir o índice de 2,7 médicos/1.000 habitantes no ano de 2026 e, para isso, seu principal eixo de ação consiste em ampliar equitativamente o número de vagas e cursos de graduação e de residência médica. No entanto, para combater a escassez e a distribuição desigual de médicos de forma imediata, o PMM possui outro eixo de ação: o do provimento emergencial. Por intermédio da chamada de profissionais brasileiros e estrangeiros o governo federal visa prover médicos para os municípios e áreas do país com os perfis de maior vulnerabilidade social. O presente trabalho objetiva avaliar os resultados iniciais (*outputs*) referentes ao eixo do provimento emergencial do Programa Mais Médicos a partir da Teoria da Avaliação de Programas (*Program Evaluation Theory*). Foram realizadas análises estatísticas dos dados oriundos do Sistema de Gerenciamento de Projetos (SGP) e do Histórico de Cobertura da Saúde da Família (HCSF), no intuito de averiguar se os médicos foram lotados nas regiões prioritárias e quais foram os efeitos causados na cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família (ESF). Observou-se que 73% dos municípios brasileiros receberam ao menos um médico do Programa, sendo que entre 65 a 83% dos médicos foram alocados em municípios com perfil prioritário, a depender dos critérios utilizados na análise. Além disso, 82% dos médicos foram lotados na ESF, culminando em uma expansão de 15,7% na população coberta nos dois anos de duração do Programa, com percentuais variando de 10 a 25% entre as regiões geográficas. Amparado pelos referencial da Teoria da Avaliação de Programas e pelos resultados demonstrados na análise estatística dos dados, constata-se que o eixo do provimento emergencial está logrando êxito ao privilegiar as áreas mais vulneráveis do país. Quanto à cobertura da ESF, apesar dos fortes indícios encontrados, mais estudos e um maior período de tempo são necessários para atestar a causalidade do PMM na expansão registrada.

PALAVRAS-CHAVES

Escassez Médica; Programa Mais Médicos; Provimento Emergencial; Teoria da Avaliação de Programas.

ABSTRACT

The central goal of the *More Doctors Program (MDP)* is to achieve 2.7 doctors/1,000 inhabitants by 2026, and to do so its main objective relies on creating new residency vacancies and programmes during this period. However, a more immediate strategy tackle both the shortage and the uneven distribution of doctors, is the emergency provision of doctors. The Brazilian federal government made an open call for both Brazilian and foreign doctors to work in areas with the country's worst record of social vulnerability. This study evaluates the emergency provision using *Program Evaluation Theory*. Statistical analyses were conducted on secondary data from two different sources: Project Management System (*Sistema de Gerenciamento de Projetos – SGP*) and Longitudinal Family Health Strategy Coverage Data (*Historico de Cobertura da Saude da Familia – HCSF*), in order to confirm if the doctors were, indeed, placed in the prioritized areas, and the effects on the coverage Family Health Strategy (FHS). Approximately 73% of the Brazilian municipalities received at least one MDP doctor. From 65% to 83% of the doctors were placed in the prioritized municipalities, depending on the criteria adopted. Around 82% were working within the FHS, for which there was an increase of 15.7% in the FHS coverage in two years. Among the Brazilian regions, the percentage varied from 10% to 25%. Based on Program Evaluation Theory, this study found that the emergency provision is succeeding at reaching the most vulnerable areas of the country. As for FHS coverage, despite these conclusive findings, more research is needed, in particular longitudinal research, to ascertain whether there is a causal link with the MDP.

KEY WORDS

Emergency Provision; Medical Shortage; *More Doctors Program*; Program Evaluation Theory.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	12
2. JUSTIFICATIVA.....	14
3. OBJETIVOS.....	15
3.1 OBJETIVO GERAL	15
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
4. REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
4.1 Atenção Primária à Saúde no Brasil – das origens à situação atual	16
4.2 Um desafio imposto à Atenção Básica no Brasil	22
4.3 Enfrentando o Problema Público.....	27
4.4 Avaliação de Programas: uma Teoria a ser aplicada	33
5. METODOLOGIA.....	39
6. ANÁLISE DESCRITIVA DOS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS ...	48
7. RESULTADOS	62
7.1 Quanto à lotação dos médicos nos municípios e localidades prioritárias	62
7.2 Quanto à cobertura da Estratégia Saúde da Família	71
8. DISCUSSÃO.....	77
8.1 O Programa Mais Médicos sob a lupa da Teoria da Avaliação de Programas	77
8.2 Os objetivos do provimento emergencial foram atingidos?	82
8.3 Que efeitos o provimento emergencial de médicos provocou na cobertura da Estratégia Saúde da Família?	87
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
ANEXOS.....	114
ANEXO I.....	114
ANEXO II	115
ANEXO III	116
ANEXO IV.....	117
ANEXO V	118
ANEXO VI.....	119

1. APRESENTAÇÃO

Assim como boa parte dos trabalhadores que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) meus primeiros contatos e experiências no sistema ocorreram enquanto usuário, e não como profissional. Fui parido praticamente uma década antes dele, mas, se guardamos alguma semelhança em nossos nascimentos foi que ambos chegamos ao mundo após muita luta e complicações. No entanto, apesar de recorrer a ele em horas de sufoco, só fui realmente saber quem ele é durante a graduação. Claro que seu nome era proclamado inúmeras vezes, sobretudo na mídia, porém, até então minha ideia dele não era muito positiva. Ao sair da condição de apenas um usuário para começar a estudá-lo, percebi que ele não era o que se “pintava” dele, muito pelo contrário; descobri ser o SUS uma das maiores conquistas sociais do Brasil e um dos sistemas mais avançados do mundo em termos de legislação e garantia dos direitos da população.

A partir desta descoberta não me descolei mais dele, e cada vez mais fui procurando me aproximar e me aprofundar em suas nuances. Mesmo na condição de estudante, este processo não foi tão simples, afinal, tradicionalmente as instituições privadas de ensino tendem a não abordar nem estimular muito a exploração e o conhecimento sobre o SUS. Desviei-me da trajetória mais comum de meus colegas de formação acadêmica e resolvi não seguir carreira enquanto Fisioterapeuta na reabilitação, mas sim me enveredar nos caminhos da Saúde Pública e Saúde Coletiva. E como se não bastasse ter seguido esta direção pouco convencional (quase sem placas de sinalização), guinei ainda mais o leme, prumando minha proa rumo à gestão.

E nesse território atuei por mais de dez anos. Talvez não seja muito tempo, mas o suficiente para ter traçado uma diversidade de percursos que a gestão no SUS pode possibilitar: fui gerente de uma Unidade Básica de Saúde, passei pela gestão hospitalar estadual, experimentei a gestão compartilhada em uma Fundação Estatal, e fui parar na esfera federal – cumpri assim um ciclo de experiências de inserção na gestão em todas as esferas da federação. A maior parte deste tempo foi dedicada à Atenção Básica, tema pelo qual me especializei e que incessantemente me convida e me estimula a um constante aprendizado.

Motivado pela necessidade de aperfeiçoamento, tomei a decisão de mergulhar mais fundo neste universo da Atenção Básica e procurei expandir meus horizontes de conhecimento ingressando em um mestrado acadêmico. E lá vai mais um giro no leme! Assumidamente e oficialmente sanitaria, poderia ter buscado um programa nas áreas da Saúde Coletiva ou da Saúde Pública, mas fui seduzido e capturado pela possibilidade de não somente expandir meu campo de visão, mas sim de escancará-lo, afinal, estudar num centro de estudos multidisciplinares (como, de fato, é o CEAM/UnB) praticamente

impulsionou um processo de imersão teórica interdisciplinar. Escolha mais precisa não poderia haver. Ainda que os dois anos permitidos a um mestrado sejam curtos para desenvolver uma pesquisa que, para ter validade, tem que ser específica, a peregrinação por diversas e diversificadas áreas do saber criou em mim um efeito de fole; ora eu expandia, ora me estreitava, e este movimento de fato me impulsionou a desenvolver esta pesquisa.

Minha entrada no mestrado coincidiu com os primeiros meses da implantação do Programa Mais Médicos (PMM), justamente em um contexto do qual havia uma certa energia concentrada e um grau de motivação muito forte para se abrir debates e discussões sobre iniciativas governamentais frente às manifestações populares que ocorreram com frequência e intensidade naqueles dias. O Programa ainda parecia ter ingredientes mais “picantes” em sua receita, afinal, estava centrado em uma das profissões mais tradicionais do país e, quiçá, do mundo.

Entretanto, o que me mais me instigou a escolher o PMM como objeto de pesquisa não foram as polêmicas, nem a evidência midiática que ele teve, mas sim o fato de discernir que existe um déficit de profissionais de saúde para atender as populações vulneráveis, uma assimetria na distribuição desses profissionais nas regiões brasileiras, e, para além disso, que este quadro prejudica a consolidação da Atenção Básica e, por consequência, do SUS. Soma-se a tudo isso o fato de haver um alto grau de investimento do governo federal num curto espaço de tempo para que o Programa seja implementado, o que adiciona ainda mais intensidade no desejo de avaliá-lo, pois além de acreditar que haja razão e motivos para sua criação, existe um conjunto de esforços concentrados para que ele funcione, e, para descobrir se ele realmente atende às expectativas. A motivação para desenvolver este projeto ficou ainda maior ao adentrar-me em uma seara que presta um papel altamente relevante ao meu objeto: a Avaliação de Programas. Intensificar a busca por um arcabouço teórico capaz de fundamentar e dar maior credibilidade ao método a ser utilizado para alcançar minhas conclusões foi um processo não somente esclarecedor, como necessário.

Por fim, durante a elaboração da tese, fui convidado a compor o grupo de pesquisa da ENSP/FIOCRUZ que está coordenando a Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos, fato que catalisou ainda mais este estudo, por proporcionar contatos e intercâmbio entre outros trabalhos que vêm se debruçando sobre o tema.

2. JUSTIFICATIVA

Já faz algumas décadas que a Atenção Básica (AB), ou Atenção Primária à Saúde (APS), é reconhecida mundialmente por ser parte estruturante de Sistemas de Saúde em diversos países do globo (OMS, 2008). Nos últimos anos, o Sistema Único de Saúde parece ter demonstrado alinhamento com estes achados, ao menos no que tange o orçamento destinado à Atenção Básica, que progressivamente vem sendo ampliado (SAGE, 2015). Desde 2014, parte deste aumento se deve à criação e manutenção do Programa Mais Médicos (PMM), que tem por objetivo central diminuir a carência de médicos na Atenção Básica em regiões prioritárias do país.

O Programa Mais Médicos foi e permanece como tema de intensos e extensos debates no cenário da política nacional brasileira. Anunciado publicamente após um conjunto de manifestações populares que tomou as ruas de todo o país em junho de 2013, o PMM foi criado por meio de uma Medida Provisória que, posteriormente, adquiriu status de Lei Federal. Tudo isso ocorreu em um período de quatro meses, em meio a discussões e debates intensos sobre sua legalidade, sua pertinência, seus métodos e sua representação social perante à sociedade e aos profissionais da saúde. As maiores repercussões ocorreram graças a medidas como modificações na formação e duração dos cursos de Medicina no país e atuação de médicos estrangeiros na Atenção Básica sem, necessariamente, serem avaliados pelo exame de revalidação do diploma. No entanto, outros pontos do programa também foram e seguem sendo alvos de críticas políticas, técnicas e jurídicas.

Decorridos quase três anos das manifestações de Junho de 2013, o PMM possui mais de 18 mil médicos atuando em 73% dos municípios do país, e conta com um investimento superior a quatro bilhões de reais (SAGE, 2015). Todos esses fatores somados apontam para uma necessidade real de se avaliar o Programa, tanto para averiguar se ele está alinhado às expectativas e aos objetivos gerados, quanto para verificar se os resultados iniciais reforçam os investimentos feitos. Para tanto, opta-se, neste estudo, por utilizar a Teoria da Avaliação de Programas (*Program Evaluation Theory*) como “instrumento” e eixo central de análise do Programa Mais Médicos.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar os resultados iniciais (*outputs*) referentes ao eixo do provimento emergencial do Programa Mais Médicos no âmbito assistencial da Atenção Básica, sob o escopo da Teoria da Avaliação de Programas (*Program Evaluation Theory*).

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar as informações registradas pelos médicos inscritos no Programa, tanto no Sistema de Gerenciamento de Projetos (SGP), quanto nos Sistemas de Informação da Atenção Básica, entendendo estes registros como material para análise dos resultados iniciais (*outputs*) do PMM;
- Avaliar a adequação dos indicadores da Atenção Básica selecionados em relação com os objetivos do Programa Mais Médicos;
- Esboçar uma avaliação de resultados a curto e médio prazo (*Outcome Evaluation*);
- Estabelecer marcos e subsídios para futuras pesquisas e avaliações relacionadas ao PMM.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Atenção Primária à Saúde no Brasil – das origens à situação atual

A organização da Atenção Básica (AB) no Brasil, bem como sua mais recente forma de concretização enquanto Política Pública através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2011), é fruto das experiências e dos conhecimentos acumulados de vários atores historicamente envolvidos com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como movimentos sociais, acadêmicos, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo, além da colaboração de indivíduos inseridos e comprometidos com Sistemas de Saúde de outros países (Paim *et al*, 2011).

A história da AB no Brasil tem seus primeiros registros à mesma época da criação das escolas médicas brasileiras. No entanto, sua organização sistêmica, moldada pela oferta de serviços visando o bem coletivo e individual, data no início do século passado, quando os Centros de Saúde da Universidade de São Paulo se organizavam sob a influência do pensamento *dawsoniano*¹ (Sousa *et al*, 2012). À época, a assistência básica (ou cuidados básicos) era, majoritariamente, realizada por profissionais voluntários, ligados às instituições beneficentes ou a faculdades médicas, tendo por finalidade principal prevenir doenças e agravos à saúde. Esta forma de organização ficou conhecida como *Atenção Primária Seletiva* e, além da abordagem quase que exclusivamente preventiva, era caracterizada também por possuir baixos custos aos mantenedores e por visar a população em situação de maior vulnerabilidade social (OMS, 2008).

Atenção Primária em Saúde (APS) e Atenção Básica (AB) são termos utilizados para nominar o nível primário de atenção à saúde. As distinções histórico-conceituais entre os termos são marcadas principalmente pela diferença entre os referenciais, que variam entre as correntes mais funcionalistas, até as mais progressistas (Mello *et al*, 2009). Na década de 1990, o Ministério da Saúde passou a adotar a terminologia “Atenção Básica” em seus documentos oficiais, todavia, organismos internacionais e até mesmo entidades brasileiras como, por exemplo, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), optam pela outra nomenclatura (Gil, 2006). Sem desmerecer a importância do debate e reconhecendo as distinções entre as expressões, ambas as terminologias serão utilizadas neste estudo, pois, além desta distinção não ser objeto deste trabalho, as referências bibliográficas consultadas trazem as duas expressões e estão construídas de acordo com contextos socioculturais e intencionalidade dos autores, atores e pesquisadores.

¹ Referente a Bertrand Dawson, responsável pelo *Relatório Dawson*; documento que inspirou o Reino Unido a criar o seu sistema de saúde, o *National Health System* (NHS).

De acordo com Mendes (2012), a evolução da organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil do Século XX ocorreu em ciclos. Na década de 1940, com a criação do então Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), o país se inspira no modelo sanitário americano e passa a adotar medidas intervencionistas verticais com foco na prevenção de doenças infecciosas. O ciclo seguinte, compreendido na década de 1960, é marcado pela participação dos Estados na organização da APS, com reforço das ações no campo da saúde materna e infantil. Nos anos 1970, o país começa a mostrar alinhamento com movimentos internacionais que buscam ampliar o escopo da APS para além de seu modelo seletivo. Preocupados em ampliar o acesso à saúde pela população mais carente, as autoridades sanitárias brasileiras apostam na criação e crescimento de programas de interiorização de serviços, almejando ampliar a cobertura assistencial à população.

É neste período, mais precisamente entre as décadas de 1970 e 1980, que a AB atinge um patamar de destaque no cenário internacional, tomando como referência o grau de importância adquirido nos discursos de governantes que objetivavam estruturar de forma qualificada os Sistemas de Saúde de seus países. Foi nesta época que se intensificaram os questionamentos sobre sistemas baseados em modelos *flexnerianos*², centrados na hospitalização, no intervencionismo e numa fragmentação da assistência, que resultavam em um baixo impacto na melhoria da saúde da população (OMS, 2013). Em 1978, a Conferência de Alma-Ata tornou-se um marco na Saúde Global ao encaminhar uma Declaração que ficou conhecida em todo o mundo por assumir claramente uma posição de ênfase e valorização da APS (OPAS/OMS, 2011). Oito anos depois, a Carta de Ottawa, alicerçada em suas cinco estratégias para se alcançar a plena saúde, tornou-se outro marco que, internacionalmente, influenciou acadêmicos e *Policy makers* a valorizar a relevância do papel da Atenção Primária em Saúde em um contexto social mais amplo (Heidmann *et al*, 2006).

As duas décadas seguintes carregaram o vigor deste cenário e foram caracterizadas pela influência de organismos internacionais e pelas reformas sanitárias disparadas em diversos países, incluindo o Brasil. (Conill, 2008; Campos, 2010). No contexto brasileiro, a década de 1980 foi marcada pela relevância de iniciativas locais como, por exemplo, a criação do LAPA (Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde) por trabalhadores e acadêmicos de Campinas/SP engajados na Reforma Sanitária Brasileira e ligados ao Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES). Esta produção acabou influenciando outras iniciativas em distintas cidades ao redor do Brasil que buscaram

² Relativo a Abraham Flexner, responsável pelo *Relatório Flexner*, documento de base cartesiana que inspirou a fragmentação da Medicina em especialidades de acordo com as partes do corpo humano e influenciou os modelos de formação das escolas médicas ocidentais (Campos, 1994).

construir alternativas de superação do modelo *inampsiano*³ herdado após o processo de municipalização da saúde (Campos, 1994 e 2003).

Com a aprovação da Carta Magna brasileira em 1988, o Estado brasileiro passa a ser plenamente responsável por assegurar aos seus cidadãos e cidadãs o direito à saúde (Lei Orgânica do SUS, 8.080/90). Contrapondo-se ao modelo assistencial vigente até então no país, do qual apenas os trabalhadores formais e seus dependentes amparados pelo INAMPS tinham o direito de acessar serviços públicos de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) surge não somente na expressão constitucional de Saúde, enquanto um direito de todos e dever do Estado, como também ressalta princípios básicos que o fazem como um dos maiores sistemas públicos de Saúde no mundo (Paim, 2008).

De acordo com Machado (2007a), a década de 1990 no Brasil fora reconhecida por significativos investimentos na ampliação do acesso à saúde, incluindo mudanças significativas no cenário da Atenção Básica. Estas transformações estão diretamente relacionadas tanto às alterações no arranjo federativo brasileiro pós-constituente, quanto ao processo de descentralização com ênfase na municipalização. Em consequência destas inovações, houve, por exemplo, o estabelecimento de novos mecanismos de financiamento na Saúde e a progressiva transferência de responsabilidades sobre a gerência e execução direta de serviços a Estados e a municípios (Campos, 2010). Mas, ainda mais relevante para o processo organizativo da Atenção Básica foi o início do Programa de Saúde da Família que representou uma mudança ontológica e epistemológica no modelo de atenção à saúde. Um programa que concebe a saúde a partir de uma “análise sistêmica da inserção das populações nos territórios e dos embates civilizacionais.” (Moura & Vasconcelos, 2013).

A redistribuição de atribuições, responsabilidades e poderes entre os três entes federativos gerou mudanças na forma do gestor federal exercer suas funções. Como a trajetória da política de saúde brasileira era fortemente identificada por um elevado grau de centralismo, a incorporação de mais atores no processo da formulação da política representou uma significativa mudança e um enorme desafio nas suas dimensões de planejamento, articulação e execução (Rocha & Caccia-Brava, 2009). Apesar da responsabilidade pela gerência e execução direta dos serviços caberem aos gestores municipais, a esfera federal (representada essencialmente pelo Ministério da Saúde), participa de forma significativa na formulação, indução e financiamento da Política. No que concerne a seus marcos na década de 1990, dá-se destaque ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, ao Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, e à aprovação das Normas Operacionais Básicas do SUS de 1996 (NOB/96) como representações da ênfase dada à Atenção Básica para dentro do SUS (Sousa *et al*, 2014).

³ Relativo ao antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS.

A junção destes três marcos toma forma completa anos mais tarde, em 2006, na primeira publicação de uma Política Pública voltada nominalmente à Atenção Básica. A Portaria 648/GM de 28 de Março de 2006 torna pública a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2006) que revisa e normatiza o PSF e o PACS, definindo e conceituando fundamentos centrais para a forma como a Atenção Primária à Saúde é organizada no Brasil até os dias atuais. Além de regulamentar o financiamento e os mecanismos de repasse de recursos do governo federal para outros entes, a PNAB 2006 define a composição das *equipes de Saúde da Família* (eSF), que ainda funciona atualmente como base da conformação e da cobertura da AB.

Em artigo que analisa a condução federal na política de atenção básica no Brasil durante o primeiro mandato do ex-presidente Lula, Castro & Machado (2010) apontam que, na primeira década deste milênio, a atuação do Ministério da Saúde neste contexto deu sequência ao modelo disparado nos anos 1990, com ênfase em dois aspectos: (1) *no financiamento*, com crescimento constante da execução orçamentária, introdução de novos componentes e sucessivos aumentos no Piso de Atenção Básica (PAB) Fixo, e; (2) *na regulação da política*, exercida principalmente pela emissão de portarias e indução de políticas/programas atrelados a mecanismos financeiros.

O quadro abaixo sintetiza os principais marcos e características da trajetória da Atenção Básica no contexto brasileiro nos últimos 100 anos, considerando as grandes influências e referências nos cenários nacional e internacional:

Quadro 1: A Atenção Primária à Saúde no Brasil: das origens à situação atual

Marco Histórico	Período	Referências	Características principais
Atenção Primária Seletiva	1º metade do Século XX	Relatórios Dawson e Flexner; SESP.	Caráter preventivista; baixo custo; ações verticalizadas; precarização do trabalho
Reforma Sanitária Brasileira	Décadas de 70 e 80	Conferência de Alma-Ata; Carta de Ottawa	Mobilização de atores de diversos setores em prol de mudanças na Saúde Brasileira; ampliação do acesso à Saúde
Sistema Único de Saúde	Final da década de 80 e início dos anos 90	Leis 8.080 e 8.142 da Constituição Federal de 1988	Saúde como direito de todos e dever do Estado; Princípios constitucionais e Lei Orgânica
Municipalização da Saúde	Década de 1990	Normas Operacionais Básicas do SUS NOB e NOAS	Definição de atribuições, mecanismos de repasse e responsabilização da esfera municipal; experiências municipais exitosas
PACS / PSF	Década de 1990	Experiências municipais	Estruturação e organização da Atenção Básica no cenário nacional
PNAB 2006	Anos 2000	Relatórios OMS	Primeira Política Nacional voltada exclusivamente para a Atenção Básica; definição de um modelo prioritário
PNAB 2011	Década de 2010	Relatórios de organismos internacionais	Ampliação do escopo e do papel da AB; AB como ordenadora das Redes de Atenção à Saúde; foco em melhorar acesso e qualidade

Fonte: Sistematizado pelos autores

A publicação da edição brasileira da obra de Starfield (2002): “Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia” logo no início do milênio contribuiu ainda mais para embasar as iniciativas que apostavam no fortalecimento da APS, assegurando seus princípios básicos e garantindo seu papel de orientadora do Sistema. Com o aumento da cobertura da *Estratégia Saúde da Família – ESF* (outrora PSF) ao longo dos anos, fundamentalmente em regiões com maiores desigualdades socioeconômicas (Harris, 2011), os municípios brasileiros foram cada vez mais consolidando a ESF como estratégia prioritária de organização de Atenção Básica induzida pelo Ministério da Saúde. De acordo com Andrade (2002):

“...a ESF não representa um projeto acabado de atenção primária, mas sim uma política pública em processo evolutivo, fruto da “Tensão Paradigmática” produzida pelo processo discursivo do Movimento da Reforma Sanitária no Brasil e pela práxis gerada na implantação de modelos de atenção à saúde alternativos ao modelo médico assistencial privatista.”

O processo de trabalho centrado numa equipe multidisciplinar demonstra ser um dos principais atributos no alcance de resultados positivos. Hoffmann *et al* (2015), em artigo que analisa a AB austríaca, afirmam que as equipes multidisciplinares possuem uma abordagem sistêmica e integral, capaz de identificar não somente as necessidades de saúde da população, como também outras questões sociais. Embora ambas as edições da PNAB tenham incorporado novos arranjos de equipes na ESF, o desenho da equipe mínima (composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde) tem demonstrado alto poder de adesão perante o conjunto de municípios brasileiros com o passar dos anos (Giovannella *et al*, 2015). A ESF viveu seu período de maior expansão no início dos anos 2000, sendo que o aumento da cobertura foi maior em municípios de pequeno e médio porte, sobretudo, no nordeste brasileiro. Ao longo da mesma década, no entanto, municípios de grande porte investem na ampliação da cobertura e, ao final deste período, o Brasil apresentava uma taxa média de crescimento superior a 3% ao ano (*In: Histórico de Cobertura da Saúde da Família*, acessado em 29/07/2015).

Estudos nacionais e internacionais vêm demonstrando a importância da ESF para o Brasil e as consequências positivas decorrentes da sua expansão. Os estudos de Macinko *et al* (2010) e Dourado *et al* (2011) encontraram resultados semelhantes ao avaliarem a associação entre a ESF e as taxas de internações hospitalares por causas sensíveis à Atenção Básica no Brasil. Em ambos os trabalhos os autores encontraram evidências para comprovar que as hospitalizações diminuíram à medida que a cobertura de Saúde da Família aumentou ao longo dos anos. As pesquisas concluíram que municípios com alta cobertura de ESF reduziram entre 13% a 25% as admissões hospitalares por doenças

crônicas como asma e doenças cardiovasculares. Rasella *et al* (2014) complementam que coberturas elevadas da ESF também estão associadas à redução da mortalidade por doenças cerebrovasculares.

Em boletim lançado em outubro de 2015⁴, a Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que a expansão da ESF está diretamente ligada à ampliação do acesso a serviços de saúde pela população mais pobre, e contribuiu para a redução das desigualdades socioeconômicas no país. Esta afirmação corrobora com as conclusões encontradas por Rocha & Romero (2009) que, ao avaliarem o impacto da ESF no Brasil, descobriram uma forte associação entre altas coberturas da ESF com aumento na empregabilidade de adultos, redução da taxa de fertilidade e aumento na escolaridade. Vicens & Stafström (2015) mencionam o papel de destaque exercido pela ESF na redução das iniquidades sociais e no crescimento econômico vivenciado pelo país nos anos 2000.

Aquino *et al* (2008) demonstraram que a expansão da ESF contribuiu fortemente para a queda da mortalidade infantil com efeitos mais significativos em áreas que combinavam as mais altas taxas de mortalidade infantil com os mais baixos índices de desenvolvimento humano antes do programa ser iniciado, demonstrando assim, as possibilidades de contribuição da Saúde da Família para a redução das iniquidades sociais em saúde no Brasil.

Macinko (2009), analisando os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS, 2007), concluiu que: a presença da ESF está relacionada a menos barreiras de acesso. Em áreas onde as coberturas da ESF são altas, a população aponta: (a) menos barreiras de acesso à obtenção de cuidados para suas necessidades de saúde; (b) menos desconhecimento sobre onde procurar por serviços de saúde; (c) menos problemas de distância dos serviços de saúde; (d) menos problemas de falta de transporte para ter acesso a cuidados médicos, e; (e) menos preocupação com o risco de não receber cuidados necessários na unidade de saúde.

No Brasil de hoje, a Atenção Básica segue sendo desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas, especialmente através da Estratégia Saúde da Família (Fertonani *et al*, 2014). Por definições, normatizações, experiências práticas e embasamento científico, é através dela que preferencialmente deve ocorrer o contato junto aos usuários, entendendo-a como a principal porta de entrada para o Sistema de Saúde e o centro de comunicação com toda a *Rede de Atenção à Saúde - RAS* (Mendes, 2011). Não é à toa que a AB tem que estar devidamente orientada pelos princípios constitucionais do SUS, além de garantir outros princípios como o do vínculo, continuidade e longitudinalidade do cuidado, responsabilização e humanização (Sisson, 2007). Dada toda

⁴ WHO, *Flawed but fair: Brazil's health system reaches out to the poor*. Outubro de 2015.

sua relevância para a organização do SUS e para a população brasileira e com vistas a tornar a Atenção Primária à Saúde no Brasil cada vez mais próxima de seus preceitos, faz-se necessário refletir sobre iniciativas e ações que enfrentem os desafios colocados ao seu pleno funcionamento.

4.2 Um desafio imposto à Atenção Básica no Brasil

A localização geográfica dos profissionais de saúde ao redor do mundo se concentra nas áreas urbanas e mais ricas. Este é um padrão que pode ser encontrado em quase todas as nações do mundo, independentemente do desenvolvimento econômico ou mesmo do grau de organização de seu sistema de saúde, porém, o problema tende a ser mais agudo nos países em desenvolvimento (Araújo & Maeda, 2013). A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012) estima que metade da população mundial reside em áreas rurais ou remotas, contudo, menos de 25% da força de trabalho médica e 38% de enfermagem se encontram alocadas nestas regiões. Dusseault & Franceschini (2007), em estudo que revisa estratégias e alternativas adotadas em vários países para combater a falta de profissionais de saúde, afirmam que os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) para as populações vulneráveis jamais serão atingidos se esta população não obtiver acesso a serviços de saúde, e indicam que este é um desafio presente em sistemas de saúde de vários países. Este desafio também foi tema do trabalho de Chopra *et al* (2008), que destacaram as dificuldades enfrentadas por *Policy Makers* de países de média e baixa renda em combater os vazios assistenciais ocasionados pela escassez de profissionais.

A ausência de profissionais de saúde em determinadas localidades não possui uma causa singular; trata-se uma questão multifatorial que geralmente combina aspectos como desregulação do mercado de trabalho e da formação profissional, desigualdade na distribuição geográfica e rotatividade entre os profissionais (JLI, 2004). Ao compararem o Brasil a outros países, Rodrigues *et al* (2013) atribuem a escassez médica à baixa regulação estatal no trabalho e na formação profissional, sendo que este cenário é ainda mais preocupante na área de Medicina de Família. Trabalhos como os de Walton-Roberts (2015) e Buykx *et al* (2010) evidenciam fortemente que mesmo países desenvolvidos sofrem com a escassez médica em regiões rurais ou remotas, em virtude da concentração desproporcional destes profissionais ao redor de seus respectivos territórios. Russel *et al* (2011) mencionam que a rotatividade de profissionais, além de trazer prejuízos assistenciais, encarece significativamente os custos da Saúde.

Ao contrário de muitos outros modelos notoriamente médico-centrados, inclusive de países que também possuem sistemas universais de saúde, a organização da APS no Brasil

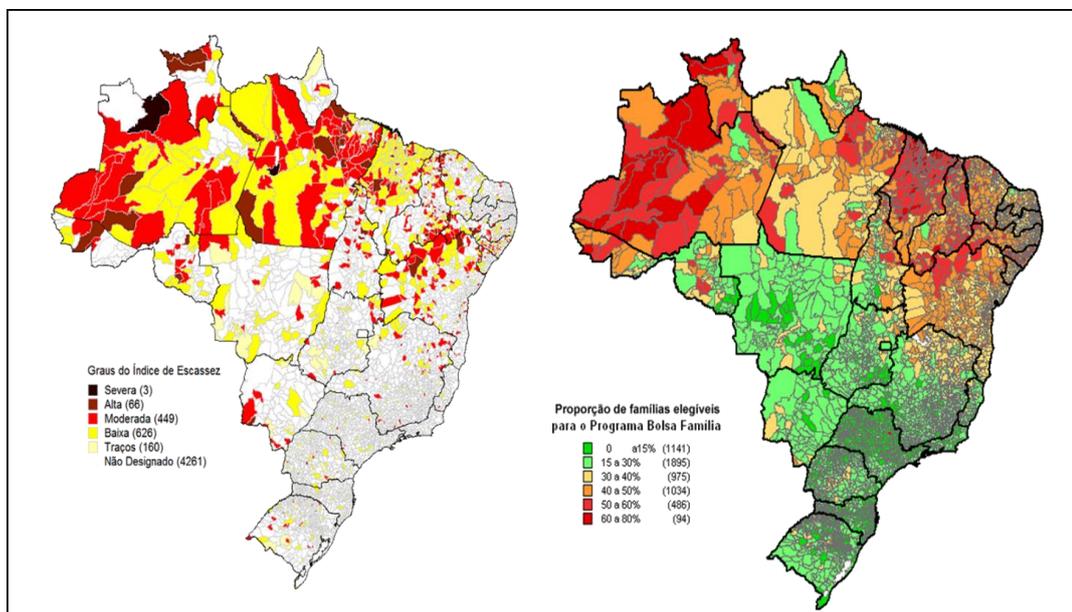
reconhece e valoriza um cuidado baseado na atuação de profissionais de distintas formações, a exemplo da própria composição das equipes de Saúde da Família (Mendes, 2012). Entretanto, a presença do médico, independentemente do modelo adotado, é vital para assegurar uma assistência integral e de qualidade. Ademais, observa-se que países com baixo índice de médicos por habitantes costumam ter resultados negativos em taxas como expectativa de vida e mortalidades materna e infantil, apontando para uma forte associação entre estes fatores (GHWA, 2012). Segundo Oliveira *et al* (2015) a escassez de médicos é um dos principais obstáculos enfrentados na efetivação do SUS e no fortalecimento da Atenção Básica no Brasil. Carvalho & Sousa (2013) apontam que os gestores de municípios com alta vulnerabilidade social tem ainda maiores dificuldades em contratar médicos para atuarem na AB, comprometendo a efetivação do princípio constitucional da universalização do acesso à Saúde.

Segundo a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil contava com uma população aproximada de 201 milhões de habitantes em 2013 (IBGE, 2015). Considerando este contingente populacional e os parâmetros para o cálculo da cobertura de Atenção Básica do Ministério da Saúde⁵, o Brasil necessitaria de aproximadamente 67 mil médicos para atingir 100% de cobertura de SF àquela época (DATASUS, 2013). Entretanto, seguindo a mesma fonte, havia apenas cerca de 32 mil médicos atuando regularmente nas Unidades Básicas de Saúde, ou seja, menos da metade do quantitativo necessário.

A Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (ESPM/FNESC/UFMG) publicou um Relatório em 2010 propondo a construção de um índice de escassez de profissionais de saúde. Este relatório aponta que a necessidade de médicos é ainda maior em municípios e regiões com índices elevados de necessidades sociais, tais como mortalidade infantil e nível de pobreza. A Figura 1, extraída do Relatório da ESPM, confronta, por exemplo, o mapa da escassez médica no Brasil, com o mapa brasileiro de acordo com a proporção de domicílios com renda per capita abaixo da linha de pobreza nos municípios. Comparando os dois mapas é possível notar quase que uma justaposição entre eles, reforçando assim a ideia da associação entre a escassez médica e os municípios mais vulneráveis socialmente. Consta também neste relatório que apenas 2,4% dos municípios não apresentam escassez médica e 400 municípios não possuíam sequer um médico atuando em suas limitações. Isso indica que a escassez médica no Brasil, embora real, não é homogênea e depende de diversos fatores.

⁵ Em: Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – 2013/2015. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/SGEP. Ministério da Saúde.

Figura 1: Mapas: escassez médica no Brasil x municípios com proporção de domicílios com renda *per capita* abaixo da linha de pobreza*



Fonte: Girardi *et al*, 2010

* renda *per capita* = R\$ 137,00 (2007)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012), o Brasil possui 1,8 médicos/mil habitantes. Este dado, além de ser inferior ao de vários países (conforme ilustra o Quadro 2), fica abaixo do preconizado pela própria OMS, quando se tem por objetivo promover o acesso da população a serviços médicos. Além de insuficientes, os médicos brasileiros estão mal distribuídos no território nacional: 22 Estados (80%) possuem índice inferior à média nacional, sendo que em cinco deles (todos localizados nas regiões Norte e Nordeste) o índice é menor que 1 médico por 1000 habitantes (Ministério da Saúde, 2012). Campos *et al* (2015) complementam que até o início do ano de 2009, 7% dos municípios não registravam a presença de nenhum médico dentro de seus limites, e que aproximadamente 42% da população vivia em municípios com um índice menor do que um médico para cada 4000 habitantes.

Quadro 2: Relação de países segundo o número de médicos por 1.000 habitantes em 2012

País	Índice	País	Índice	País	Índice
Grécia	6,1	Coreia do Norte	3,3	Japão	1,9
Cuba	6,0	Argentina	3,2	Venezuela	1,9
Espanha	4,0	Hungria	3,1	BRASIL	1,8
Portugal	3,9	Austrália	3,0	Equador	1,7
Uruguai	3,7	Bélgica	3,0	Colômbia	1,4
Bulgária	3,7	Egito	2,9	Bolívia	1,2
Israel	3,7	Reino Unido	2,7	Paraguai	1,1
Alemanha	3,6	Polônia	2,2	Índia	1,1
Suécia	3,6	Canadá	2,0	Chile	1,0
Itália	3,5	México	2,0	Peru	0,9

Fonte: OMS. Estatísticas sanitárias mundiais, 2012.

A situação se torna ainda mais desafiadora quando três outros elementos descritos por Girardi *et al* (2012) são acrescentados à este cenário:

- 1) O número de vagas de trabalho para médicos no setor público vem anualmente crescendo acima do número de médicos formados no país. Entre 2003 e 2012 foram abertas 143 mil vagas de emprego para médicos no setor formal, enquanto as escolas médicas formaram 93 mil novos profissionais no mesmo período;
- 2) Alta taxa de rotatividade dos médicos e vagas ociosas nas equipes situadas em locais de maior vulnerabilidade social. Segundo Campos & Malik (2008), a rotatividade do médico generalista no Brasil é um dos problemas mais graves para a implantação da Estratégia Saúde da Família. Em decorrência da insuficiência de médicos para ocupar os postos de trabalho na AB, os gestores “disputam” os poucos profissionais existentes. Entre os mecanismos de atração mais comuns estão redução na carga horária e propostas salariais incompatíveis com a realidade financeira do município;
- 3) Menos de 10% das vagas na Atenção Básica são ocupadas por médicos com alguma pós-graduação específica na área.

Vale ressaltar que a carência de médicos no Brasil não é um problema novo ou há pouco conhecido. Consta na tese doutoral de Maciel Filho (2007) que estudos dos anos

1970 já demonstravam que a distribuição de médicos pelo país estava vinculada à distribuição de renda, isto é, os médicos àquela época já se concentravam nas regiões mais ricas. Esta constatação levou à criação de programas com o objetivo de levar médicos para o interior do país, tais como o Projeto Rondon e o PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento) no período do regime militar. Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, assegurando aos cidadãos brasileiros a universalização da saúde, novos programas foram instituídos: o Programa de Interiorização do SUS (1993) e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) no ano 2000.

É preciso destacar também um fenômeno relevante para o tema da escassez profissional que teve início na década de 1950 e se estica até os anos 2000: o elevado crescimento do número de municípios no país. Segundo Campos *et al* (2009) a quantidade de municípios no Brasil dobrou em 50 anos; passando de 2.763 em 1964 chegando ao número de 5.562 em 2004. Este *boom* municipalista está diretamente conectado ao processo de descentralização da saúde, quando a gestão da maioria dos órgãos e estabelecimentos de saúde passa para o comando municipal. Machado (2007b) enfatiza que as duas décadas de estruturação do SUS foram marcadas por uma inversão do “parque sanitário brasileiro”, sobretudo no setor público, quando os estabelecimentos de saúde passaram para a administração municipal. A oferta de empregos no setor público também seguiu a expansão do “parque sanitário municipal”; se em 1976 os empregos nesta esfera representavam 11%, em 2005 passaram para 65% do total de empregos gerados no SUS (Campos *et al*, 2015).

A descentralização do SUS e o processo de municipalização são compreendidos como um êxito na lógica da gestão do sistema (Sousa *et al*, 2014). Não obstante, não é tarefa simples organizar e pôr em prática um sistema composto pela União, por 27 Estados, 5.568 municípios e um Distrito Federal, ainda mais considerando as especificidades de um país tão vasto, e plural. Por mais que o artigo 30º da Constituição designe o município como o principal ente responsável pela gestão direta da Saúde (com o apoio técnico e financeiro da União e dos Estados), as significativas iniquidades socioeconômicas e demográficas do Brasil impõem desequilíbrios e desigualdades nas arrecadações tributárias. Mais de 70% dos municípios brasileiros têm menos de 20 mil habitantes, sendo que a maioria deles depende da arrecadação do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) para “sobreviverem” financeiramente (Silva, 1999).

Esta balança ainda fica mais desequilibrada quando se comparam os gastos dispendidos em Atenção Básica nas três esferas de gestão. Vieira & Servo (2013), em Nota Técnica do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), calcularam os principais gastos e custos pelos três entes administrativos no biênio de 2010 e 2011 e observaram que a participação dos municípios no gasto total em AB foi de 64%. Do gasto total desses

municípios, em média, 60% eram relativos a Recursos Humanos (RH), sendo que os encargos e vencimentos com os profissionais médicos se configuravam na principal despesa em RH.

Os gastos federais com ações e serviços públicos de saúde, quando analisados em relação às receitas correntes brutas da União, vêm decaindo desde 1995. Particularmente em 2011, o gasto público brasileiro em saúde correspondeu a 3,84% do Produto Interno Bruto (PIB), enquanto que a média dos países europeus com sistemas universais de saúde foi de 8,3% do PIB (Mendes, 2013). Apesar deste cenário, o orçamento federal destinado especificamente à Atenção Básica foi incrementado em 8%, quando comparado ao ano anterior (Pinto *et al*, 2012), evidenciando assim um cenário financeiro mais favorável na esfera federal.

4.3 Enfrentando o Problema Público

Ainda que o Conselho Federal de Medicina (CFM) questione os números utilizados pelo Ministério da Saúde para diagnosticar a escassez médica (Amaral *et al*, 2012), pesquisadores do mundo inteiro tem demonstrado que a carência de médicos se constitui em um desafio para a consolidação da Atenção Básica e de sistemas de saúde, e as evidências mostram que o Brasil não é exceção à regra. O próprio CFM, através do Relatório da Demografia Médica no Brasil, indica que há desigualdades regionais na distribuição de médicos no Brasil, conforme ilustra a quadro abaixo:

Quadro 3: População das regiões brasileiras, número de médicos registrados no CFM e relação médicos/1000 habitantes

Região	População (2010)	Médicos ativos	Médicos/1000 hab.
Centro-Oeste	14.050.340	26.176	1,86
Nordeste	53.078.137	61.307	1,16
Norte	15.865.678	14.851	0,94
Sudeste	80.353.724	208.081	2,59
Sul	27.384.815	54.873	2,00
Brasil	190.732.694	365.288	1,92

Fonte: Demografia Médica no Brasil - Volume 2. CFM, 2013.

O quadro acima exemplifica como a geografia médica pode ser iníqua dentro de um mesmo país. Segundo Póvoa & Andrade (2006), a distribuição geográfica dos médicos influencia o bem-estar social e, portanto, qualquer desigualdade nesta distribuição tende a gerar resultados socialmente indesejados e insatisfação por parte da população. Prova disso

foi que para 58% dos indivíduos entrevistados na pesquisa do Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS/IPEA, 2011), a principal medida que o governo deveria tomar na Saúde seria contratar mais médicos para os serviços públicos.

Ainda no ano de 2011 o governo federal adotou medidas para enfrentar o problema. Graças à regulamentação de uma Lei aprovada no ano anterior, egressos de Medicina que tiveram seus cursos total ou parcialmente custeados pelo Fundo de Financiamento Estudantil (Fies) poderiam abater suas dívidas em função do tempo de atuação na Saúde da Família de regiões previamente determinadas pelo Ministério da Saúde. No mesmo ano foi lançado o PROVAB (Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica), que além de pagar bolsas de estudos e cursos de especialização, estimulava médicos recém-formados a trabalharem na AB através da pontuação adicional na prova de residência médica. Apesar de ambas as iniciativas terem produzido efeito no provimento de médicos para a AB, a quantidade de profissionais foi inferior à demanda que se apresentava (SGTES, 2015).

A integralidade da assistência à saúde é um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços que devem ser realizadas no âmbito do sistema e não em cada ente *per si* (art. 7º, II da Lei 8.080). Desta forma, importa haver definição das responsabilidades federativas e articulação entre as suas esferas (incluindo as *Regiões de Saúde*, como prega o Decreto 7.508/2011) com vistas a efetivar o Sistema, independentemente de suas atribuições clássicas (Santos & Andrade, 2011). Sob esta premissa, a Frente Nacional dos Prefeitos (FNP) organizou em janeiro de 2013 um movimento intitulado “Cadê o médico?”, do qual prefeitos eleitos no ano anterior cobravam do governo federal apoio aos municípios no enfrentamento do problema. Em junho do mesmo ano, um conjunto de manifestações populares foi às ruas para exigir, entre outras questões, melhores condições na Saúde no país. A indignação entre os manifestantes era agudizada pelos altos investimentos nos eventos esportivos que o Brasil iria sediar, tendo em vista a falta de recursos financeiros e humanos na área da Saúde (Carvalho, 2014).

No dia 21 de Junho de 2013 a Presidenta Dilma Rousseff anuncia, em discurso nacional, a criação do Programa Mais Médicos (PMM), considerando:

- Uma significativa escassez médica com tendências a piorar ao longo dos anos, dada a crescente demanda nos serviços públicos não ser proporcionalmente acompanhada pela quantidade anual de médicos formados;
- Municípios com orçamentos sobrecarregados e gastos crescentes com a força de trabalho da saúde (sobretudo com médicos);

- Reconhecimento da necessidade de investimentos federais na Atenção Primária em Saúde e aumento do orçamento na área;
- Mobilização de prefeitos e da população, exigindo ações do governo federal para combater a carência de médicos no país.

Este contexto fica ainda mais evidente a partir da publicação que formaliza o lançamento do PMM (Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de Julho de 2013). Nela, os Ministérios da Saúde e da Educação enunciam textualmente as duas principais razões para a sua criação: (1) a necessidade de garantir atenção à saúde com ênfase nas populações, regiões ou municípios que apresentam maior vulnerabilidade social ou econômica; (2) a necessidade da efetiva participação do Ministério da Saúde em medidas de provimento e fixação de profissionais, colaborando com os outros entes federativos.

Considerando ainda que a distribuição médica se apresenta de forma desigual entre as regiões, Estados e municípios brasileiros, o governo federal resgata os critérios estabelecidos pela Portaria 1.377, de 13 de Julho de 2011 do Ministério da Saúde, e redefine os perfis dos municípios e localidades prioritárias para o provimento do médico aderido ao Programa. Estes perfis foram publicados também no dia 8 de julho de 2013, porém, após revisões técnicas feitas pelo IBGE, os Ministérios da Educação e da Saúde tiveram que modificar a redação que definia os perfis (Oliveira *et al*, 2015). Em suma, ao invés de designar as áreas com maior vulnerabilidade social dos municípios como “regiões censitárias 4 (quatro) e 5 (cinco)”, passou-se a utilizar “áreas referentes aos 40% dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza”. O texto antigo, sem a revisão do IBGE, pode ser encontrado no Anexo I.

Em síntese, considerando estes critérios, o Programa prioriza a lotação dos médicos em (UBS) localizadas nas áreas mais vulneráveis dos municípios brasileiros, delimitando esta vulnerabilidade como “áreas referentes aos 40% dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza”. Contudo, estratificam-se os municípios seguindo a classificação de: *capitais*, *regiões metropolitanas* e *G100*⁶. No caso dos municípios que possuem 20% ou mais de sua população vivendo em *extrema pobreza*, ou que contenham áreas pertencentes a Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), todo território do município é considerado prioritário. Quanto aos municípios que não se enquadram na classificação acima, estes são designados como *demais municípios* (P6), conforme ilustra o quadro abaixo.

⁶ Define-se como G100 os municípios mais populosos que combinam baixa receita per capita com alta vulnerabilidade social. Segundo a Frente Nacional dos Prefeitos (FNP), estes municípios se localizam às margens de grandes centros urbanos e tem como característica serem cidades-polo de regiões economicamente deprimidas. Concentram cerca de 12% da população brasileira (FNP, 2015).

Quadro 4: Perfis dos municípios e localidades prioritários para o Programa Mais Médicos*

P1 – Áreas referentes aos 40% dos setores censitários com maiores percentuais de população em extrema pobreza das **capitais**, conforme IBGE.

P2 – Áreas referentes aos 40% dos setores censitários com maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios situados na **região metropolitana**, conforme IBGE.

P3 – Áreas referentes aos 40% dos setores censitários com maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios que estão entre os **G100**, municípios com mais de 80.000 habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública “per capita” e alta vulnerabilidade social de seus habitantes.

P4 – **Municípios com 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza**, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

P5 – **Município** que está situado em área de atuação de **Distrito Sanitário Especial indígena**.

P6 – Áreas referentes aos 40% dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos **demais municípios**, conforme o IBGE.

Fonte: Oliveira *et al*, 2015.

* Os grifos são do autor. Foram feitos com o intuito de evidenciar os marcadores de cada Perfil.

A Lei nº 12.871 de 22 de Outubro de 2013, que institui o Programa, aponta, já em seu primeiro artigo, quais são os objetivos do PMM:

1. “Diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;
2. Fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;
3. Aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;
4. Ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;
5. 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;
6. Promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;
7. Aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e
8. Estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.”

Pode-se observar que o conjunto de objetivos convergem para o interesse de combater a escassez médica no país, interesse este que se converte em números a partir da meta definida pelo Comitê Gestor do Programa (instituído pelo Decreto Presidencial 8.040 de 8 de Julho de 2013) de atingir o índice de 2,7 médicos/1.000 habitantes no ano 2026, equiparando o Brasil ao parâmetro do Reino Unido.

Para alcançar esta meta, o PMM prevê ações em três grandes eixos:

- 1) Infraestrutura: ampliar e qualificar as instalações das Unidades Básicas de Saúde, tornando-as adequadas aos parâmetros previstos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2011), bem como os demais estabelecimentos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) que servem de ambiente para o processo de ensino-serviço durante a prática acadêmica;
- 2) Formação profissional: ampliar o quantitativo de cursos e vagas na graduação e na residência médica, com ênfase para as regiões com menor relação de vagas e médicos por habitante, além de promover mudanças e reorientação na formação médica;
- 3) Provisão emergencial: prover – ou provisionar – médicos para as áreas e municípios prioritários (conforme os perfis mencionados anteriormente). O provimento será feito prioritariamente por médicos diplomados em instituições brasileiras e, na ausência destes profissionais, serão convocados médicos formados em instituições estrangeiras.

A aprovação do capítulo da Lei que permite que médicos graduados em outros países atuem no Brasil sem a revalidação do diploma (processo obrigatório antes do Programa), gerou muita polêmica e intensos debates. Em artigo de opinião, Ribeiro (2015) critica a decisão do governo, afirmando que o Brasil não precisa de mais médicos, e sim de mais saúde. Esta afirmação encontra ressonância no editorial publicado por Amaral *et al* (2012). Antes mesmo da criação do Programa, os autores já contestavam a afirmação de que faltam médicos no Brasil, complementando ainda que não havia evidências suficientes para comprovar que o número de médicos seria insuficiente nos próximos 20 anos. Moraes *et al* (2014), ao analisarem as notícias publicadas em dois grandes jornais brasileiros, observaram que o período pós-lançamento do Programa foi permeado por muitas matérias que focavam as controvérsias envolvendo a chegada de médicos intercambistas.

Contudo, sob a alegação de que o Estado brasileiro tem o dever constitucional de assegurar o direito à Saúde aos seus cidadãos, e que escassez médica está diretamente

associada à desassistência à saúde da população, o Programa aprova em caráter emergencial o exercício profissional de médicos formados no exterior. A atuação destes médicos está condicionada a quatro fatores: (1) atuar exclusivamente no âmbito da Atenção Básica; (2) trabalhar em estabelecimentos localizados nas áreas prioritárias definidas pelas regras do Programa; (3) exercer a profissão por um período de três anos (prorrogável por mais um ano, caso haja interesse de todas as partes envolvidas), e; (4) atuar em locais onde nenhum médico formado no Brasil estiver atuando.

Segundo normatiza a Portaria Interministerial n. 1 de 21 de Janeiro de 2014, antes de iniciarem suas atividades, os médicos com formação em outros países devem passar por um curso preparatório de formação cujo conteúdo inclui tópicos sobre o Sistema Único de Saúde e legislação brasileira, realidades sociodemográficas e epidemiológicas do país e da região onde irão atuar, língua portuguesa e funcionamento e regras para se trabalhar nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou estabelecimentos similares constantes no SCNES (Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde). A Portaria Interministerial 1.369 ainda define as obrigações de todos os médicos inscritos no programa: além de compromissos de ordem ética e moral (como cumprir a carga horária estabelecida, zelar pelo patrimônio público e pelas leis do país), todos os profissionais são orientados a preencher os registros e fichas de atendimento padrões. As informações contidas nesses instrumentos são enviadas para os Sistemas de Informação do Ministério da Saúde para fins de alimentação dos bancos de dados, comprovação da atuação do profissional e consequente transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais de saúde.

O exercício da Medicina no Brasil por parte de médicos formados fora do Brasil pode ocorrer de duas formas: por intermédio de um intercâmbio individual, ou através da cooperação técnica entre países. Para ingressar no PMM, os intercambistas individuais, tal como os médicos formados no Brasil, precisam realizar suas inscrições através do site do Ministério da Saúde. Exclusivamente para o caso dos médicos cubanos, a entrada é regimentada pelo Termo de Referência assinado entre os governos cubano e brasileiro, não havendo a necessidade do médico se inscrever pelo site. Tanto os intercambistas individuais, quanto os cooperados, precisam aguardar a emissão dos seus registros provisórios nos respectivos Conselhos Regionais de Medicina (CRM) antes de iniciarem suas atividades. Considerando o país de graduação, a forma de entrada no Programa e o caráter do registro no CRM, os médicos do PMM podem ser divididos em quatro perfis distintos descritos no quadro a seguir:

Quadro 5: Descrição dos perfis dos médicos participantes do PMM

CRM Brasil: perfil designado aos médicos formados em Instituições de Ensino Superior (IES) no Brasil ou com diploma devidamente validado. Em ambas as situações eles possuem um registro ativo em algum Conselho Regional de Medicina no país. Estão excluídos deste perfil os médicos que ingressaram no Programa optando pela bonificação na prova de Residência Médica (PROVAB);

Intercambistas Individuais: perfil referente aos médicos de qualquer nacionalidade (inclusive brasileira) que se graduaram em uma instituição estrangeira. Estes profissionais também devem se inscrever através do site, porém passam por outras etapas que incluem procedimentos de imigração e curso preparatório. Serão neste trabalho identificados também apenas como “**Intercambistas**”, para abreviar o perfil;

Intercambistas Cooperados: esta denominação se refere aos médicos provenientes da Cooperação Internacional estabelecida entre o Governo Federal do Brasil e o Governo de Cuba. A seleção destes profissionais é feita pelo governo cubano que, por sua vez, repassa todos os dados necessários para que estes sejam inseridos no Programa. Este trabalho utiliza o termo “**Cooperados**” para identificar este perfil;

PROVAB: apesar da sigla estar atrelada a um outro Programa, este perfil será identificado neste trabalho da mesma forma, ou seja, os médicos que adentraram no PMM optando pela bonificação na prova de residência médica serão enquadrados no perfil “**PROVAB**”.

Fonte: o autor, baseado na Portaria Interministerial de 1 de Janeiro de 2014.

Vale observar que, apesar do PMM ter sido implantado em 2013, o PROVAB não havia sido extinto. Ambos os Programas coexistiram paralelamente até o princípio do ano de 2015, quando o Ministério da Saúde, através do Edital nº 2, de 15 de janeiro de 2015, integrou o PROVAB ao PMM, de modo que a forma de entrada é única, mas o médico com registro profissional no Brasil pode optar se quer ou não obter a pontuação adicional de 10% da prova de residência médica, caso permaneça por um período de um ano atuando na ESF nas regiões prioritárias definidas pelo PMM.

Em que pese a magnitude e a relevância referentes ao eixo da formação profissional do Programa Mais Médicos, este estudo pretende destacar somente os resultados iniciais do PMM relativos ao eixo do provimento emergencial, avaliando se estes resultados estão em alinhamento com os objetivos traçados.

4.4 Avaliação de Programas: uma Teoria a ser aplicada

“Se você não sabe muito sobre teoria de avaliação, você não é um avaliador. Você pode ser um grande metodologista, um filósofo brilhante ou um eficiente gerente de programas. Mas você não é um avaliador. Para ser um avaliador você precisa conhecer toda a base do conteúdo que torna a área tão única. Este conteúdo único é teoria de avaliação”.

(W. R. Shadish. – tradução livre)

Ao abordar o tema da avaliação, diversos autores fazem questão de pontuar as diferenças entre “avaliar” enquanto ato intrínseco ao ser humano no cotidiano da vida e a *Avaliação de Programas*. Ao passo que todos avaliam e são avaliados em atitudes simples do dia-a-dia, como escolher o melhor caminho, a roupa mais adequada, a comida no cardápio do restaurante, entre outras coisas, avaliar um programa requer alguns requisitos, como apontam Mertens e Wilson (2012). Ainda que em ambas situações existam motivos e contextos que justifiquem as escolhas, perpassa à Avaliação de Programas o uso profissional de metodologias formais para prover evidências empíricas sobre entidades públicas (como Programas, por exemplo) em processos de decisões inerentemente políticos e que envolvem múltiplos, e frequentemente conflitantes, *stakeholders*⁷. Citando Trochim, as autoras ainda complementam que neste processo os recursos raramente são suficientes e que constantemente existe uma pressão temporal presente.

Dubois & Champagne (2011) identificam as correntes britânica e francesa do início do século XVIII como as precursoras do pensamento científico moderno que inspirou as primeiras avaliações sistemáticas de intervenções sociais da história moderna. Contudo, é nos Estados Unidos da América (EUA) que a avaliação se instituiu enquanto prática e estratégia de governos de maneira mais robusta, tendo princípio marcante no período entre as duas Grandes Guerras. A partir de então, a avaliação se transforma em um mecanismo que procurava seguir e compreender as políticas públicas implementadas e o quanto elas eram capazes de solucionar os problemas sociais. A avaliação se consolida não somente como uma prática do Estado ao intervir em Projetos, Programas e Políticas, como também se conforma em um campo de conhecimento compostos de núcleos de saberes que lhe provém sustentação e credibilidade (Figueiró *et al*, 2010).

Cruz (2011), divide o século XX em quatro “gerações” distintas, caracterizadas por configurações marcantes. A primeira, de 1900 a 1930, é marcada pela ênfase na construção e aplicação de instrumentos de medida para avaliá-los a partir dos beneficiários da intervenção. A segunda (nos 30 anos subsequentes) é identificada como sendo a década da criação da Avaliação de Programas propriamente dita, com foco na descrição da intervenção. A terceira, entre 1967 e 1980, é identificada pela evidência no julgamento de mérito e valor de uma determinada intervenção do Estado e o quanto isto ajuda na tomada de decisões. Por fim, um último período, compreendido da década de 1980 até o final do século, se refere à negociação entre as partes interessadas envolvidas na avaliação.

⁷ Há diferentes traduções para o Português do termo *stakeholder*. Neste trabalho, além do uso do próprio termo na língua inglesa como forma de neologismo, serão utilizados dois outros termos. O primeiro, bastante difundido na área de Administração é “partes interessadas. O segundo termo costuma ser encontrado em publicações na área da Saúde Coletiva: “atores”.

Wholey *et al* (2010) e Mertens & Wilson (2012), buscaram em autores, majoritariamente dos EUA das últimas três décadas (Guba & Lincoln, 1989; Shadish, 1998; Donaldson & Lipsey, 2006 e Smith, 2008) os fundamentos do que convencionou-se identificar como *Evaluation Theory* (Teoria da Avaliação). Em ambas as obras os autores abordam as distinções entre os significados de Paradigma e Teoria. Enquanto aquele é compreendido, em resumo, como um vasto conjunto de construtos metafísicos logicamente relacionados a pressupostos filosóficos, este é visto como algo mais limitado e de menor escopo, capaz de fornecer subsídios para se entender a inter-relação dos construtos. Teoria da Avaliação, sintetizando estes autores, é o aspecto que reflete o pensar sobre como e porque se avalia. Ela tanto orienta o caminho de escolha dos objetivos da avaliação, quanto define a aceitabilidade das evidências usadas para se tomar uma decisão. Está, portanto, intimamente conectada aos propósitos da avaliação, que, por sua vez podem estar associados a processos de validação, responsabilização e monitoramento, ou ainda de melhoria e desenvolvimento.

Ainda no início dos anos 1980, Huey Chen e Peter Rossi, na tentativa de identificar e quantificar as variáveis que exerciam impacto sobre os resultados de Programas, esboçaram o que viria a ser denominado posteriormente de *Program Theory* (Teoria de Programa)⁸. O conceito destes dois autores, além de avaliar a extensão lógica dos modelos quantitativos que eles utilizavam, era permeado por uma mistura entre Teorias das Ciências Sociais e opiniões de atores sobre o que eles consideravam necessário para que um Programa atingisse seus objetivos. Ao longo dos anos outros pesquisadores a usaram para desenvolver *Modelos Lógicos* usados em avaliação de Programas que consideravam elementos como: *inputs*, *outputs* e *outcomes*⁹, recursos, hipóteses, atividades e impacto, até que a *American Evaluation Association* (AEA) em 2011 convencionou definir a Teoria de Programas como um método sistemático para coletar, analisar e usar informações para responder perguntas e solucionar questões referentes a Programas, sobretudo no que concerne a sua eficiência, eficácia e efetividade.

Nota-se, portanto, que a *Program Theory Evaluation* (Teoria da Avaliação de Programas - TAP) é uma Teoria que aglutina conceitos, características, elementos e atributos de dois outros referenciais teóricos oriundos, em sua maioria, de centros de estudos norte-americanos. Trata-se de um emaranhado complexo que considera referenciais das Ciências Exatas e das Ciências Sociais; que abraça metodologias

⁸ A tradução de *Program Theory* para o Português pode ser encontrada em duas formas: “Teoria de Programas” (no genérico), ou “Teoria do Programa”, quando analisa um Programa apenas. Neste trabalho serão utilizadas ambos os formatos a depender do contexto: genérico (quando inserido no arcabouço teórico) e específico ao abordar exclusivamente o Programa Mais Médicos.

⁹ Em definições simplificadas, porém precisas: *Input*: recursos ou insumos que compõem a implementação de um Programa. *Output*: relativo ao primeiro nível de resultados do Programa (*short-term results*, ou resultados a curto prazo). *Outcomes*: o que diz respeito aos resultados a longo prazo ou *long-term results* (HARTZ, 2000)

quantitativas e qualitativas; que utiliza ferramentas e instrumentos mais delimitados – como esquemas, diagramas e modelos lógicos – e, ao mesmo tempo, endossa contribuições subjetivas dos atores envolvidos. À TAP cabem avaliações que são parcialmente guiadas por uma Teoria de Programa bem definida. Parcialmente, porque quem de fato orienta a avaliação são os objetivos almejados e as necessidades dos atores envolvidos (Funnel & Rogers, 2011; Patton, 2011; Mertens & Wilson, 2012).

Ainda que densa e complexa, esta sua completude vem sendo progressivamente absorvida de forma positiva por acadêmicos, governantes e por demais atores envolvidos, especialmente pelos beneficiários das intervenções (Patton, 2011). Ainda que já bastante disseminada e reconhecida nos EUA, a Teoria da Avaliação de Programas vem aos poucos se alastrando em várias áreas de conhecimento em diferentes nações. Na Austrália, por exemplo, Funnel e Rogers já possuem mais de 25 anos de experiência e juntas escreveram um livro bem extenso sobre o uso efetivo de teorias e modelos lógicos da Teoria de Programa, usando casos de diversos países.

No Brasil, Costa & Castanhar (2003) reconhecem uma histórica valorização na formulação de programas públicos (sobretudo em áreas sociais) em detrimento da avaliação dos mesmos. Todavia, indicam evidências de que este desinteresse vem diminuindo graças a mudanças no cenário socioeconômico brasileiro a partir da década de 1980. Neste período, a dívida externa e a interrupção do ciclo de crescimento econômico que o país atravessava contribuíram para o aumento das desigualdades sociais, desigualdades estas que se acentuaram ainda mais com as reformas estruturais empreendidas nos anos 1990. A crescente necessidade do governo intervir para reduzir as iniquidades fez com que avaliações sistemáticas, contínuas e eficazes surgissem como ferramentas para oferecer melhores condições a gestores de programas e formuladores de políticas para aumentar a eficácia e efetividade dos recursos aplicados em Programas Sociais.

Januzzi (2011), em estudo que também aborda a Avaliação de Programas Sociais, além de corroborar com as afirmações acima, constata ainda serem comuns pesquisas de avaliação que revelam resultados frustrantes aos governantes por serem metodologicamente questionáveis e com baixa apropriação para a reformulação de Programas. Segundo o autor, isto ocorre especialmente por conta do baixo acúmulo de conhecimentos técnicos e pouco domínio conceitual no campo do monitoramento e avaliação pela comunidade dos gestores, em geral.

Na área da Saúde, de acordo com Silva e Formigli (1999) e também Novaes (2000), as formas de avaliações encontradas na literatura são muito diversificadas, pois se constituem em uma área ainda em construção conceitual e metodológica. As autoras grifam três tipos principais de avaliação nesta área social:

1. Avaliação tecnológica em saúde: desenvolvida na década de 70, é aplicada tanto em estudos de dimensões técnicas, como análise da eficácia diagnóstica e terapêutica de procedimentos, medicamentos ou equipamentos médicos, quanto de dimensões econômicas, como custo-efetividade ou custo benefício;
2. Avaliação de Programas em saúde: prática desenvolvida nos EUA dos anos 60 que instituiu uma nova categoria profissional, o avaliador de Programas (incluindo os da Saúde). Tinham por objetivo conhecer o impacto do Programa a partir dos resultados observados na população;
3. Avaliação da gestão: encontradas nas avaliações de implantação e impacto objetivam o monitoramento para prever algum tipo de continuidade para a avaliação realizada.

Contandriopoulos *et al* (2000), enfatizam ainda a enorme influência do modelo *donabediano*¹⁰ no meio, inspirando, inclusive, o surgimento de outros modelos e também de nomenclaturas para os componentes estruturais da intervenção, tais como insumos, atividades, produtos, resultados e impacto (a exemplo do modelo da CDC em 1999, e da CIPP, 2001)¹¹. Contudo, reportam também as inúmeras críticas que esses modelos sofreram ao longo dos anos, e a transição para o modelo “caixa preta”. Nestes casos, a avaliação está centrada na medida do efeito sobre a população mais a longo prazo, sem compreender necessariamente os fatores que influenciaram favoravelmente ou desfavoravelmente a obtenção dos resultados (Dubois, Champagne & Bilodeau, 2011).

Embora pareça haver um consenso de que o Brasil carece de mais e maiores investimentos na Avaliação de Programas, os estudos também apontam para uma crescente valorização da Teoria da Avaliação de Programas, inclusive na Saúde. Glouberman & Zimmerman (2002), por exemplo, adotam referenciais da TAP para debater os rumos do *Medicare*¹², usando a experiência brasileira no enfrentamento ao HIV/AIDS para arguir sobre Sistemas Complexos. Viacava *et al* (2012) fazem uso de uma avaliação que atravessa um percurso nitidamente proposto pela TAP ao analisarem o desempenho de Sistemas de Saúde a partir de elementos como efetividade e eficiência, por intermédio de seleção criteriosa de indicadores e metodologias quantitativas para interpretar os resultados.

Existem também trabalhos que reconhecem e utilizam atributos da Teoria da Avaliação de Programas na Atenção Primária à Saúde no SUS, como o de Felisberto e colaboradores (2010), que fizeram uma pesquisa avaliativa incluindo as gestões nas esferas

¹⁰ Relativo a Avedis Donabedian, médico libanês, fundador dos estudos sobre qualidade no cuidado à saúde.

¹¹ CDC: *Centers for Disease Control* (Centros de Controle de Doenças); CIPP: Contexto, Insumo, Processo e Produtos.

¹² Nome pelo qual é conhecido o Fundo Público do Sistema Nacional de Saúde do Canadá

federal e estaduais, com o objetivo de analisar a sustentabilidade da Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica. Estes autores apontaram que os principais resultados da sustentabilidade da Política foram inovação e desenvolvimento da capacidade técnica. Sarti *et al* (2008) revisaram o processo de institucionalização da avaliação na Atenção Básica brasileira a partir do início do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, salientando e valorizando os modelos que utilizam metodologias participativas. Eles concluem que o uso de metodologias ativas de caráter participativo, deliberativo e formativo no contexto da AB pode contribuir para uma maior resiliência comunitária e autonomia dos indivíduos, e, como consequência, para melhores resultados na saúde da população.

Parte dos estudos sobre avaliação de Programas se dedica a compreendê-la a partir de um recorte temporal (Barbosa & Rezende, 2011). Em que pese todos os riscos envolvidos no esforço da síntese, esta afirmativa resume bem a intenção deste estudo: avaliar o eixo do provimento emergencial do Programa Mais Médicos numa determinada fração de tempo. A TAP (que é imensamente mais complexa do que a breve descrição que abre este parágrafo), vem sendo cada vez mais usada para se observar, analisar e, finalmente, compreender as intervenções a partir de diferentes perspectivas, como abordado previamente. Parece, portanto, adequada para servir de arcabouço ao case do PMM, sobretudo ao entendê-lo como alternativa de enfrentamento a um problema público.

Na literatura que trata de Política¹³, a compreensão de um determinado momento passa por um processo contextualização, e este processo pode ser melhor compreendido ao dividi-lo em estágios, fases ou etapas que, por sua vez, formam o ciclo da Política Pública, descrito por Howlett *et al* (2013) e Secchi (2013), entre outros. Os autores, no entanto, divergem nos “extremos” dos ciclos. Enquanto Howlett identifica a “Montagem da Agenda” como a primeira fase do ciclo e a “Avaliação” como última, Secchi entende que precede à fase da Agenda a etapa “Identificação do Problema”. Ele ainda considera, esquematicamente, que o fim do ciclo de uma Política pode ser sua “Extinção”.

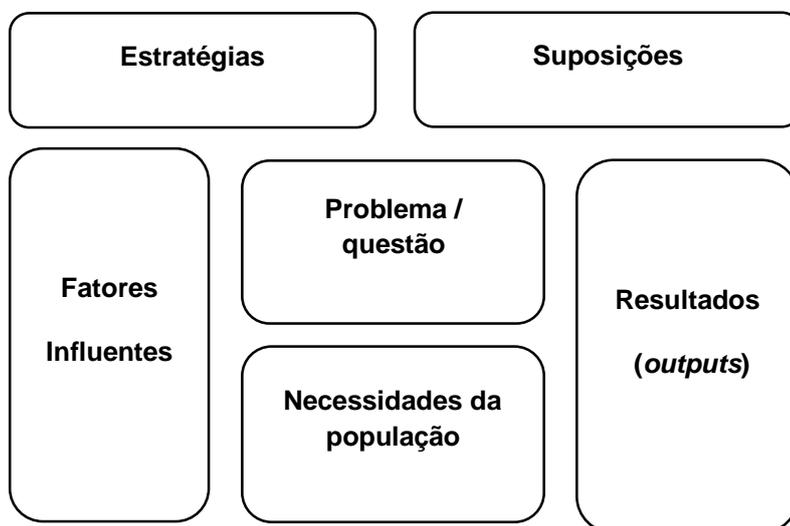
Por vezes, a identificação do problema pode coincidir com a *oportunidade política* (Tarrow, 2004) ou com a janela de oportunidades (tomada de decisão baseada em um modelo de fluxos múltiplos). Este “exercício sistemático”, que consiste em identificar, distinguir, avaliar e, finalmente, constatar é o que se almeja executar neste estudo com o Programa Mais Médicos.

¹³ No sentido de *Policy* - política pública enquanto programa de ação - e não de *Politics*, em referência ao uso de procedimentos diversos que expressam relações de poder. In: Mattos (2011).

5. METODOLOGIA

Essencialmente as avaliações que tem suas bases em Teorias objetivam demonstrar como os programas pretendem atingir seus objetivos (Mertens & Wilson, 2012). Para avaliar os resultados iniciais do Programa Mais Médicos referentes ao eixo de provimento emergencial a partir desta afirmação, este trabalho primeiramente faz uso de um modelo lógico, pois, como afirmam as autoras acima mencionadas, o emprego de modelos lógicos serve para explicitar a teoria da mudança, isto é, como o conjunto de atividades, recursos e fatores contextuais se interagem para se chegar aos resultados. Esta descrição fica mais evidente a partir da *Figura 2*.

Figura 2 Modelo Lógico *Theory-based*



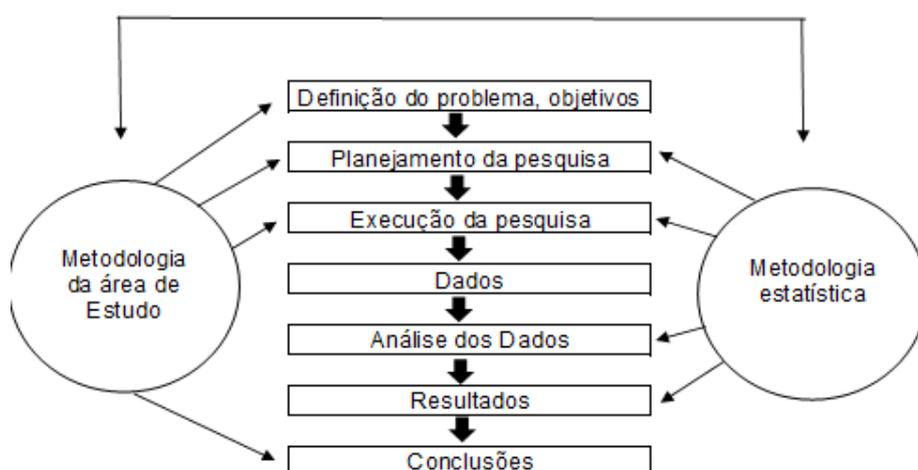
Adaptado de: Mertens & Wilson, 2012 p. 247

O foco maior da avaliação proposta neste estudo está direcionado aos resultados iniciais do Programa (*outputs*). Restringe-se o universo destes resultados a um conjunto específico de efeitos relacionados exclusivamente ao eixo do provimento emergencial do Programa Mais Médicos. Desta forma, os resultados referentes ao eixo educacional, tais como criação ou ampliação de vagas, cursos e programas de residência na Medicina, por exemplo, não serão analisados neste trabalho. Ainda que na literatura consultada o termo *outcome* também seja utilizado por alguns autores numa correlação com *short term results* (Gertler *et al*, 2011), opta-se aqui pelo termo *output* como termo correlato aos “resultados iniciais” por compreender que o período de execução do Programa ainda é curto. Ademais, a definição de *output* de Mertens & Wilson (2012) enquanto “evidências dos serviços prestados” coincide bem com o que este estudo pretende analisar.

O fator temporal (duração) foi um determinante para que este trabalho não se configurasse como uma Avaliação de Impacto, nem tampouco como um *Outcome Evaluation*, afinal os primeiros médicos só começaram a atender à população no último trimestre do ano 2013, ou seja, há pouco mais de dois anos. Ademais, o recorte temporal adotado se estende apenas até o início do segundo semestre de 2015, quando o Programa não havia sequer completado dois anos de existência. Não obstante, o tempo de execução não é o fator exclusivo para determinar o tipo de avaliação a ser feita. Conforme apontam Taylor-Powell *et al* (1996), Chen (2005) e Patton (2011), a explicação de fenômenos ou acontecimentos de natureza multifatorial só pode ser devidamente validada após um longo tempo de observação, permeada por constantes e sistemáticas avaliações, pois a coexistência de múltiplos fatores causais interfere nos resultados de modo a tornar complexa e questionável qualquer tentativa de avaliação e justificativa de sua ocorrência.

Contando com amparo das referências bibliográficas que embasam o PMM, uma avaliação dos *outputs* ligados ao eixo do seu provimento emergencial foi feita por intermédio da análise de dados secundários oriundos de fontes de informação utilizadas pelo Ministério da Saúde. O uso de dados secundários na avaliação de Programas é uma prática bastante comum e eficiente segundo Mertens (2012). Por mais que sejam bastante utilizados nas fases iniciais de programas ou ações (como é o caso da proposta deste trabalho), Mertens afirma que esta prática pode ser adotada em qualquer estágio. Posto isto, este trabalho procura corroborar com os descritos de Barbetta (2007) que, no esquema abaixo, ilustra as etapas de uma pesquisa que utiliza a análise de dados quantitativos.

Figura 3 - Etapas usuais de uma pesquisa quantitativa.



Fonte: Barbetta (2007), p.23

Como fontes de informação para coleta dos dados, foram selecionados dois sistemas de informação¹⁴ e uma ferramenta de consulta técnica, descritos abaixo:

- Sistema de Gerenciamento de Projetos (SGP): O SGP é um sistema de informação que se encontra sob a responsabilidade da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS). É através dele que gestores municipais e profissionais médicos realizam as adesões e inscrições nos Programas de Provitamento de Médicos do Governo Federal e registram suas informações de cadastro. Graças a um dispositivo de integração de sistemas, o SGP é capaz de acessar os dados constantes no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e, em virtude disso, pode ofertar informações atualizadas mensalmente relacionadas à lotação dos médicos. (Disponível em: <https://maismedicos.saude.gov.br>, acessado em 22/09/2015);

- Histórico de Cobertura da Saúde da Família (HCSF): trata-se de uma ferramenta de uso público e aberto gerenciada pelo Departamento de Atenção Básica (DAB/MS), voltada para gestores de saúde conferirem e acompanharem a evolução da população estimada coberta pela Estratégia Saúde da Família. Assim como o SGP, o HCSF é alimentado pelo SCNES e possibilita consultas desde o ano de 1998. (Disponível em dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acessado em 22/09/2015);

- *Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)*: software desenvolvido pelo DATASUS em 1998, cujo objetivo está centrado em agregar, armazenar e processar as informações relacionadas à Atenção Básica. Estas informações são coletadas pelas equipes de Saúde da Família (eSF) e enviadas mensalmente para o MS, onde são acompanhadas pelo DAB, para fins de planejamento, monitoramento e avaliação e políticas e programas (Disponível em: dab.saude.gov.br/portaldab/siab.php. Acessado em 22/09/2015).

A utilização do SGP foi necessária para conseguir tanto dados individuais dos médicos (tais como sexo, idade, nacionalidade, estado civil), quanto para obter a confirmação acerca da localidade de lotação (município, tipo de estabelecimento, unidade de saúde), excluindo assim a necessidade de averiguação no SCNES, uma vez que estes sistemas estão integrados. A confirmação da localidade de atuação dos médicos é a informação responsável por atestar se estes profissionais de fato estão sendo alocados nas regiões prioritárias para o SUS, estabelecidas na Medida Provisória nº 621 de 08 de Julho de 2013. A base de dados obtida junto aos responsáveis técnicos da SGTES/MS foi fornecida no dia 30 de Setembro de 2015, e continha dados atualizados até a competência 08/2015 do SCNES, ou seja, todas as análises feitas na base do SGP estão limitadas até o mês de Agosto de 2015. A lista completa e a descrição das variáveis extraídas das bases do SGP

¹⁴ O uso dos bancos de dados foi devidamente autorizado pelos órgãos competentes (SGTES e DAB e FIOCRUZ). Os documentos gerados serviram de base para a aprovação do estudo perante o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP).

utilizadas nas análises desta dissertação estão disponíveis no Anexo II. O cálculo e as distribuições das frequências, das percentagens e das medidas descritivas correspondentes de cada variável estudada no processo da análise descritiva foram extraídas utilizando o *software* IBM© SPSS© Statistics 20, seguindo as instruções contidas no Guia do Usuário (*User's Guide*), com suporte das orientações do Livro de Landau & Everitt (2004).

A segunda fonte de informação, o *Histórico de Cobertura da Saúde da Família* (HCSF), por ser de natureza aberta e pública (disponível no Portal do Departamento de Atenção Básica), não demandou solicitação de acesso e uso para pesquisa. Do HCSF foram extraídas as coberturas de Saúde da Família em distintos recortes temporais, com o objetivo de avaliar como o Programa Mais Médicos interferiu nos registros, ou seja, o quanto a chegada dos médicos impactou na cobertura da principal estratégia de organização da APS no Brasil. A ferramenta *online* também fornece informações sobre outras estratégias, tais como Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Saúde Bucal e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Identifica-se como cobertura de Saúde da Família a estimativa da população coberta pela ESF, seja em termos absolutos ou proporcionais. O quantitativo populacional coberto é obtido multiplicando-se o número de equipes de Saúde da Família implantadas por 3.500. Este número representa a média entre os parâmetros de cobertura recomendados para cada eSF, segundo a PNAB (Ministério da Saúde, 2011). Trata-se de uma estimativa, portanto, pelo cálculo não ser feito com o número real de indivíduos cobertos por cada equipe, mas sim com uma média. Obtêm-se a estimativa população coberta pela ESF, dividindo o resultado desta multiplicação, pela população total de uma determinada localidade.

A ferramenta não gera uma base de dados completa, que contenha todos os micro dados necessários para análises distintas. O usuário fica limitado a selecionar a abrangência da planilha que será gerada, ou seja, os dados do Brasil estão em um arquivo diferente do documento que contém os dados das regiões que, por sua vez, estão em um local diferente dos Estados, e assim por diante. Esta fragmentação demandou um esforço intenso na agregação dos dados em uma única base. A elaboração da base de dados e realização das análises estatísticas foram feitas por intermédio do *software* IBM© SPSS© Statistics 20.

Além de ter que lidar com a segregação das bases, foi preciso realizar algumas correções, a fim de qualificar as informações e evitar incoerências. A primeira ação adotada foi justamente padronizar o método de extrair a cobertura de Saúde da Família. Esta decisão se fez necessária, porque a forma de cálculo foi alterada conforme o passar dos anos, desde que a medida começou a ser aferida, no ano de 1998. Em seguida, foi

necessário alinhar os registros relativos às populações de cada Unidade Federativa com os fornecidos pelo IBGE, pois os dados contidos no HCSF não estavam devidamente atualizados.

Com o objetivo de avaliar como o Programa Mais Médicos interferiu na cobertura da ESF, foram selecionadas duas amostras distintas. A primeira amostra compreende o período anterior à criação do Programa (de Janeiro de 1999 a Dezembro de 2013)¹⁵, e contém todos os consolidados anuais relativos ao: (1) número de municípios com equipes de Saúde da Família; (2) ao número de equipes de Saúde da Família implantadas no ano, naquela localidade; (3) ao quantitativo populacional estimado coberto por estas equipes, e; (4) à proporção de cobertura populacional estimada.

A segunda amostra contém as mesmas variáveis, porém referentes exclusivamente ao período de atuação dos médicos do PMM: 2014 e 2015. Tendo em vista que os médicos dos ciclos abertos em 2013 só foram incluídos no sistema no ano subsequente, as análises que consideram a cobertura da ESF no período do PMM tem início em Janeiro de 2014 e término em Dezembro de 2015. A inclusão dos meses de setembro a Dezembro de 2015 não ocasiona prejuízos, pois não houve abertura de novos ciclos e, portanto, o quantitativo geral dos médicos do PMM foi o mesmo desde Agosto.

No tocante à utilização do *Sistema de Informação da Atenção Básica* (SIAB), seu uso estava centrado na possibilidade de acesso aos dados de produção dos médicos, a fim de analisar possíveis efeitos na assistência à saúde da população. Entretanto, é preciso ressaltar que as diversas limitações do sistema inviabilizaram o seu uso neste trabalho.

Apesar da obrigatoriedade da contínua alimentação do sistema por parte dos médicos (prevista tanto na PNAB, quanto nas normativas do PMM), foram encontradas inconsistências como: ausência parcial ou total de preenchimento das informações; repetição dos dados em meses subsequentes; informações muito destoantes com os parâmetros esperados. Todavia, a principal limitação não está relacionada às inconsistências no preenchimento do sistema, mas sim à natureza do seu conteúdo, isto é, ao tipo de dado que o SIAB gera. Ainda que as informações extraídas dele sirvam para ações de monitoramento e avaliação da gestão do cuidado em diferentes dimensões e níveis, ele não é considerado como o melhor sistema disponível para gerar dados que avaliem o impacto de um programa ou o efeito do mesmo sobre uma determinada população (Silva & Laprega, 2005).

Outra limitação que caracteriza os *outputs* descritos neste trabalho está relacionada à falta de clareza e/ou precisão na definição de metas e objetivos do eixo do provimento emergencial. Na análise dos documentos oficiais que fundamentam, regulamentam e

¹⁵ O ano de 1998 foi excluído, porque os registros tem início apenas no mês de Agosto.

normatizam o Programa Mais Médicos (Lei, Medida Provisória, Portarias e Editais) não há, por exemplo, definição de metas quantitativas ou alcance de resultados objetivos concernentes à assistência à saúde da população¹⁶. O que de fato consta são diretrizes gerais, como, por exemplo: “ampliar o acesso da população aos serviços prestados na atenção básica”; “reduzir iniquidades na saúde” e “diminuir a carência de médicos em regiões prioritárias”. Desta forma, fica limitada a comparação entre os objetivos traçados para o eixo de provimento emergencial e os resultados efetivamente alcançados.

Quadro 6: Objetivos, delimitações e limitações da metodologia		
Análise Documental		
<p>Objetivo: Descrever e registrar normas, regras, características, metas e objetivos do Programa Mais Médicos. Delimitações: Restrição à documentação legal, normativa e pública. Limitações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de clareza e precisão na definição de objetivos e metas do eixo do provimento emergencial; - Diretrizes abrangentes. 		
Definição dos Sistemas de Informação		
<p>Objetivo: Selecionar os sistemas de informação disponíveis mais adequados aos objetivos da pesquisa. Delimitações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autorização para uso das bases de dados; - Natureza do sistema. <p>Limitações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falhas técnicas dos Sistemas; - Insuficiência de conteúdo; - Operabilidade ruim; - Viesses no preenchimento; - Indicadores possíveis de serem extraídos. 		
<p>SGP Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traçar o perfil descritivo dos médicos. - Extrair informações acerca da distribuição dos médicos <p>Delimitações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Características pessoais e profissionais dos médicos; - Características das localidades de lotação. <p>Limitações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dependência do SCNES; 	<p>HCSF Objetivo:</p> <p>Avaliar a evolução da cobertura da ESF pós-PMM</p> <p>Delimitações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ESF; - Escopo em larga escala. <p>Limitações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Não considera AB Tradicional; - Desagregação com IBGE; - Inconsistências; - Bases fragmentadas 	<p>SIAB Objetivo:</p> <p>Extrair indicadores de produção dos médicos</p> <p>Delimitações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tipos de relatórios; - Preenchimento pelo médico. <p>Limitações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inconsistências; - Possibilita falseamentos; - Desatualizado; - Conteúdo desalinhado com o objetivo do trabalho

Fonte: os autores

¹⁶ Assume-se a possibilidade de que este material possa existir, contudo, ele não consta nem em documentos publicados, nem disponível nos ambientes virtuais oficiais relacionados ao Programa (Portais da Presidência da República e do Ministério da Saúde).

A tentativa em manter o SIAB enquanto fonte de informação para esta dissertação estava embasada no fato dele ser um dos sistemas de informações oficiais que Ministério da Saúde disponibiliza para os médicos do Programa utilizarem¹⁷. Contudo, reconhece-se que o sistema de informação mais adequado para avaliar os resultados iniciais do PMM seria o *Sistema de Internações Hospitalares (SIH)*. Embora este sistema esteja conectado ao nível terciário de atenção à saúde e contenha informações relativas aos hospitais do SUS, os dados extraídos dele permitem aferir com mais precisão o efeito de alguma ação (o PMM, neste caso) no âmbito da Atenção Primária à Saúde, conforme descrevem Macinko *et al* (2010) e Ceccon *et al* (2014), ao analisarem as internações por causas sensíveis à APS no Brasil. Entretanto, o uso desta base de dados não estava previsto no desenho da pesquisa mestre, e novos estudos podem ser realizados futuramente utilizando seus registros.

Inicialmente foram feitas algumas decisões metodológicas para definir as variáveis do SIAB que poderiam ser utilizadas, afinal, o sistema possui um total de 12 instrumentos (entre coleta e consolidação de dados) com mais de 300 campos de preenchimento. Além de extenuante e complexa, uma análise de todas essas variáveis não seria condizente com este trabalho; seja porque não haveria relação com os objetivos do estudo, ou porque não estão relacionadas direta e especificamente com a atuação do médico. Por ser fundamentado na lógica do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família, o preenchimento dos instrumentos do SIAB não é feito por apenas um profissional, mas pelo conjunto deles, cabendo a algum membro da equipe com nível superior a responsabilidade na condução das atividades referentes ao processo de revisão, consolidação e envio dos relatórios (Manual do SIAB, 2003). Ao passo que esta característica estimula a atuação na lógica da ESF, ela também enviesa a análise, uma vez que uma limitação do instrumento é ser preenchido por diferentes indivíduos (Azevedo et al, 2006).

Para reduzir o escopo e selecionar as variáveis contidas no SIAB o primeiro passo foi definir quais instrumentos seriam utilizados, e o primeiro critério de exclusão foi descartar qualquer ficha, formulário ou campo do qual o médico não tivesse qualquer participação no preenchimento. Em seguida, desconsiderou-se os campos que outros profissionais, além do médico, pudessem manipular. Por fim, optou-se por utilizar as informações que somente o médico deve preencher, constantes no relatório “PMA2”. Segundo o Manual do SIAB (2003), o relatório PMA2 é responsável por “consolidar as informações sobre a produção de

¹⁷ Desde 2012 que o Ministério da Saúde vem progressivamente implantando outro Sistema de Informação para a Atenção Básica: o SISAB (Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica). Entretanto o estágio de implantação ainda é insuficiente para gerar dados em volume e capacidade amostral suficientes para estudos científicos. *In*: dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php. Acessado em 17/10/2015;

serviços e a ocorrência de doenças e/ou situações consideradas marcadoras¹⁸, e, entre estas informações de produção estão contidos campos para registro exclusivo dos médicos.

Ao todo constam 17 variáveis relacionadas exclusivamente ao processo de trabalho do médico no relatório PMA2, mas estas 17 variáveis estão relacionadas a apenas três temas. Nove se referem ao número de consultas médicas, sendo que a forma de apresentação ocorre de maneira segregada em faixas etárias distintas, compreendendo indivíduos com menos de um ano de vida, até usuários com 60 anos ou mais. Três variáveis se referem aos número de usuários encaminhados pelo médico no mês, sendo que o fator que as difere entre si é a natureza do encaminhamento: para o atendimento especializado, para a internação hospitalar, ou para um serviço de urgência/emergência. As cinco demais variáveis se referem ao número de exames solicitados no mês, segregados de acordo com o tipo do exame. As descrições de todas estas variáveis se encontram no Anexo III deste trabalho.

Embora parte da literatura revisada reconheça que a oferta de consultas médicas está diretamente ligada ao acesso a serviços na Atenção Básica, como apontam Alves *et al* (2014), suas limitações põem em cheque a validade de estudos que pretendem avaliar os resultados de uma intervenção em uma determinada população. Isto se deve porque além de qualquer indicador extraído desta variável estar relacionado ao processo, e não ao resultado, vários fatores intrínsecos e extrínsecos podem determinar alterações no número de consultas, sendo extremamente complexo precisar o que, de fato, produziu variações (Pavlic, *et al*, 2015).

A mesma lógica é aplicável às variáveis relativas à solicitação de exames e encaminhamentos para serviços de outros níveis de atenção à saúde; optou-se por não adotá-las neste estudo, pois, de acordo com a literatura revisada, estes dados, além de metodologicamente controversos, não permitem qualquer conclusão referente à mudanças de comportamento na Atenção Básica, nem servem para indicar seu grau de resolubilidade. Gervás & Fernández (2006) e Starfield (2002), por exemplo, afirmam que uma das formas de se perceber a resolubilidade da APS é através dos encaminhamentos feitos pelos profissionais da AB para serviços de outros níveis de atenção, contudo, é preciso levar em consideração nesta avaliação outros elementos que determinam o modelo de atenção estudado. Por sua vez, Rasella *et al* (2014), complementam que a utilização destas variáveis isoladamente geram respostas imprecisas e desalinhadas com estudos que objetivam aferir o impacto de alguma medida sob determinado modelo de atenção.

¹⁸ *Marcadores* são eventos mórbidos ou situações indesejáveis que devem ser notificadas com o objetivo de, a médio prazo, avaliar as mudanças no quadro de saúde da população adscrita. (Manual do SIAB, 2003);

Face às ameaças à validade deste estudo, abrangendo desde limitações operacionais à incompatibilidade entre o conteúdo extraído do sistema com os objetivos do trabalho, decidiu-se por não utilizar as bases de dados oriundas do SIAB.

6. ANÁLISE DESCRITIVA DOS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Antes de analisar os resultados referentes ao eixo do provimento do Programa propriamente ditos, esta dissertação propõe uma análise descritiva dos médicos que compõem o PMM, a fim de traçar um perfil das características individuais destes profissionais. Conforme afirma Barbetta (2007), a organização dos dados descritivos é capaz de evidenciar informações relevantes em termos dos objetivos da pesquisa. Esta medida visa, portanto, gerar conteúdo informativo de qualidades gerais dos médicos, como também a prover subsídio para análises subsequentes acerca da estratégia do provimento trabalhadores no SUS, sobretudo pela via de programas institucionais. Uma descrição mais detalhada, ou ainda, um perfil das características gerais dos médicos é justificado pela hipótese de haver algum tipo de relação entre alguma das características analisadas com o provimento em si.

Os números oficiais divulgados pelo Governo Federal no Portal do Programa Mais Médicos (acessado em 15/12/2015), apontam a presença de 18.240 médicos presentes em 4.058 municípios. A página inicial do Portal ainda apresenta as seguintes informações:

- Presença dos profissionais em 34 Distritos Especiais de Saúde Indígena (DSEIs);
- 73% de cobertura do Programa nos Municípios;
- Assistência a 63 milhões de brasileiros que não tinham atendimento médico, e;
- 134 milhões de brasileiros atendidos pela Estratégia Saúde da Família.

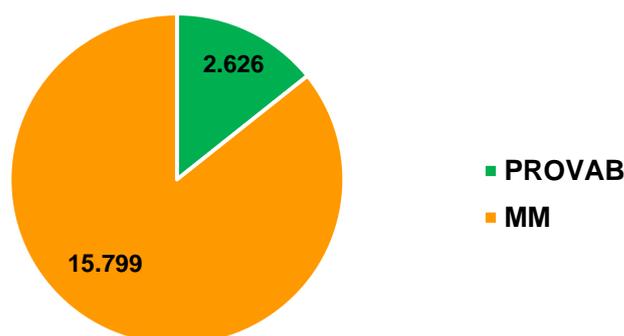
Estes números têm se mantido os mesmos no site ao longo do ano de 2015, muito embora seja de domínio público que outros editais foram abertos no mesmo ano e que, seguramente, novos médicos ingressaram no Programa neste íterim. Ainda que sem a posse de qualquer informação fornecida pelos responsáveis do Programa, é razoável considerar que haja saídas, desistências ou eventuais desligamentos de médicos, por qualquer motivo que seja. Portanto, é pouco provável que este número de fato corresponda precisamente com a realidade. No Portal não há qualquer ligação dos números com datas, nem mesmo menção, explicação ou justificativa para a manutenção dos mesmos ao longo do tempo. Contudo, não cabe aqui aprofundar esta questão; tais informações servem somente como uma referência a ser utilizada na análise.

Um adendo é preciso ser aqui reforçado: a fusão dos Programas de Provimento do Ministério da Saúde no início do ano de 2015, no que diz respeito à forma de entrada do médico. Esta menção se faz importante não unicamente porque está diretamente relacionada aos números divulgados, mas também porque este trabalho se propõe a

apresentar análises globais, isto é, juntando os números de ambos os Programas (PMM e PROVAB), como também, em determinados momentos, análises segmentadas. Este processo ocorre pela tentativa de explicar fenômenos distintos ligados a cada um deles, ora conectados com a análise descritiva, ora com os resultados do provimento destes profissionais.

De acordo com a planilha fornecida no dia 30 de Setembro de 2015 pela equipe da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), contendo o consolidado das informações extraídas do SGP referente à competência de Agosto de 2015, havia um total 18.425 médicos naquele instante, isto é 185 indivíduos a mais do que indicado na página oficial do Programa. Deste total, 14,25% optaram por aderir com a bonificação da pontuação da prova de residência médica (forma de entrada anteriormente exercida via PROVAB), enquanto a grande maioria (85,75%) aderiu sem esta opção.

Gráfico 1: Distribuição dos médicos de acordo com o Programa de Provimento



Fonte: SGP, 30/09/2015

Praticamente um terço dos médicos (33,4%) entraram no Programa nos dois primeiros ciclos, ambos ocorridos nos meses de Setembro e Novembro do ano de 2013. Destes, o maior contingente foi o do 2º ciclo, quando ingressaram 5.138 médicos, enquanto no 1º entraram 1.016 médicos. Apesar de o ano de 2013 só ter contado com a abertura de dois ciclos (até porque a Medida Provisória só foi sancionada no segundo semestre do ano), a quantidade de médicos que entraram em todo o ano de 2014 não foi muito superior, conforme demonstra a Tabela 1. O total de médicos que entrou nos três ciclos abertos naquele ano – nos meses de Fevereiro, Abril e Julho – foi de 7.623, o que corresponde a 41,4% dos participantes do Programa até Agosto de 2015. No ano de 2015, considerando a união dos Programas de Provimento, o número de médicos dos dois ciclos abertos (Março e Agosto) corresponde a 23,1% do total. Havia ainda 384 médicos registrados sem ciclo específico de entrada, marcados como “Reserva”. De acordo com os responsáveis pelo

Programa, estes profissionais, todos eles provenientes da Cooperação com o Governo Cubano, são designados para repor as saídas permanentes ou provisórias de profissionais que eventualmente forem desligados (substituição de profissionais).

Tabela 1: Distribuição dos médicos por ciclo de entrada no PMM

<u>Ciclo</u>	<u>Período</u>	<u>Médicos</u>	<u>Percentual</u>
1º	Setembro de 2013	1.016	5,51%
2º	Novembro de 2013	5.138	27,89%
3º	Fevereiro de 2014	2.636	14,31%
4º	Abril de 2014	4.815	26,13%
5º	Junho de 2014	172	0,93%
6º	Março de 2015	4.050	21,98%
7º	Agosto de 2015	214	1,16%
Reserva	-	384	2,08%
Total	-	18.425	100%

Fonte: SGP, 30/09/2015

Até agosto de 2015, do total de 18.425 médicos inscritos no PMM, aproximadamente 28,6% possuíam um registro no CRM, sendo que praticamente metade destes era do perfil PROVAB. Apenas 8,4% dos médicos eram graduados no exterior, e a maioria (63%) era de cooperados, conforme demonstra a Tabela 2. Cruzando-se os dados obtidos na variável “perfil do profissional” com a variável “nacionalidade”, obtêm-se resultados próximos, porém distintos. As duas nacionalidades mais registradas são, nesta ordem, a cubana e a brasileira; 63% e 32,8%, respectivamente. Entre os brasileiros, foram registrados 793 médicos que não possuíam registro no CRM, ou seja, se enquadravam nos Intercambistas. Isto significa dizer que quase 800 médicos brasileiros inscritos no PMM concluíram sua formação fora do Brasil. Destes, apenas três são graduados em Cuba e, portanto, são incluídos no perfil “Cooperados”, e 789 se formaram em outros países. De acordo com estes números é possível utilizar os termos “cubanos” e “cooperados” para os mesmos fins, já que a representatividade é praticamente de 100%. Já para os brasileiros, há de se considerar que 13% não concluíram sua graduação no Brasil. Segundo o banco de dados recebidos estes brasileiros se formaram em 18 países diferentes e representam 51% dos médicos Intercambistas.

Tabela 2: Distribuição dos médicos por perfil do profissional

Perfil do Médico	Médicos	Percentual
CRM Brasil	2.636	14,31%
Intercambistas	1.543	8,37%
Cooperados	11.620	63,07%
PROVAB	2.626	14,25%
Total	18.425	100%

Fonte: SGP, 30/09/2015

Aproximadamente 96% dos médicos tem nacionalidade cubana ou brasileira. Aparte estas duas, foram registrados médicos oriundos de outras 52 nações, porém representando apenas 4% do total de médicos inscritos no Programa (Tabela 3). Excluindo-se Cuba e Brasil de uma análise que considera as nacionalidades por continente, nota-se que a maior parte dos médicos veio de países da América do Sul: 66,4% do total de 750 médicos. Em seguida aparecem Europa (16,1%) e as outras Américas (14,7%). Médicos oriundos de outras partes do globo além das mencionadas somam 21, representando apenas 0,1% da amostra geral.

Tabela 3: Distribuição de médicos segundo o continente da nacionalidade*

Continente	Médicos	Percentual
Cuba	11.621	63,07%
Brasil	6.054	32,86%
América do Sul (exceto Brasil)	498	2,70%
Europa	121	0,66%
América Central (exceto Cuba)	82	0,45%
América do Norte	28	0,15%
África	11	0,06%
Oriente Médio	6	0,03%
Ásia	4	0,02%
Oceania	0	0%
Total	18.425	100%

Fonte: SGP, 30/09/2015

A exemplo do cruzamento entre as variáveis “perfil do médico” e “nacionalidade”, o cruzamento entre as variáveis “nacionalidade” e “país de graduação” apresentam resultados próximos, contudo distintos. Cuba e Brasil permanecem no topo da tabela, porém a distância entre os dois resultados aumenta. Ao passo que 11.621 médicos possuem nacionalidade cubana (63%) e 5.262 brasileira (28,6%), 12.369 médicos se graduaram em Cuba (67,1%), enquanto 5.005 no Brasil (27,1%). Ao invés dos registros apontarem para 52

países onde os médicos se graduaram (como ocorre na análise da variável “nacionalidade”), foram registrados 37 países (excetuando-se Cuba e Brasil) onde os médicos se graduaram. Mais de 1.300 médicos se formaram em um país diferente da sua nacionalidade. Sem considerar a expressão dos números, estes dados indiciam uma hipótese de que a prática de procurar outro país para se graduar em Medicina é algo que acontece em diversas nações.

Tabela 4: Distribuição de médicos segundo o continente do país de graduação

<u>Continente</u>	<u>Médicos</u>	<u>Percentual</u>
Cuba	12.369	67,13%
Brasil	5.005	27,16%
América do Sul (s/Brasil)	795	4,31%
Europa	185	1%
América do Norte	31	0,17%
Ásia	21	0,11%
América Central (s/Cuba)	15	0,08%
Oriente Médio	4	0,02%
África	0	0%
Oceania	0	0%
Total	18.425	100%

Fonte: SGP, 30/09/2015

Com relação à variável sexo, nota-se uma maior presença feminina de forma geral: 55,5% contra 44,5% do sexo masculino. Esta proporção é praticamente mantida quando analisados os médicos de acordo com o Programa de Provimento (Tabela 5), contudo ela varia a depender do cruzamento com outras variáveis em cenários mais específicos. Entre os médicos com menos de 30 anos, a prevalência feminina se acentua (61,3%), ao passo que entre os indivíduos com 60 anos ou mais, a frequência maior é do sexo masculino (67,3%). Por sinal, esta é a única faixa etária da qual há maior presença de homens do que mulheres. Entre as nacionalidades, 52% dos brasileiros são mulheres, enquanto esse percentual é de 58,3% no caso dos cubanos. Para todas as outras nacionalidades os homens compõem a maioria.

Tabela 5: Distribuição dos médicos por sexo segundo o Programa de Provimento

<u>Sexo</u>	<u>PROVAB</u>	<u>%</u>	<u>PMM</u>	<u>%</u>	<u>Geral</u>	<u>%</u>
Feminino	1.457	55,48%	8.774	55,54%	10.231	55,53%
Masculino	1.169	44,52%	7.025	44,46%	8.194	44,47%
Total	2.626	100%	15.799	100%	18.425	100%

Fonte: SGP, 30/09/2015

Tabela 6: Distribuição dos médicos por faixa etária em anos segundo o sexo

Faixa etária	Feminino	% da faixa	% do geral	Masculino	% da faixa	% do geral
23 a 29	2.532	61,29%	13,75%	1.599	38,71%	8,68%
30 a 39	3.477	56,13%	18,88%	2.717	43,87%	14,75%
40 a 49	3.006	53,35%	16,32%	2.628	46,65%	14,27%
50 a 59	1.114	51,65%	6,05%	1.043	48,35%	5,66%
60 a 86	99	32,67%	0,54%	204	67,33%	1,11%
Total	10.228	-	55,53%	8.191	-	44,47%

Fonte: SGP, 30/09/2015

Tabela 7: Distribuição dos médicos por nacionalidade segundo o sexo

Nacionalidade	Fem.	% na nac.	% do geral	Masc.	% na nac.	% do geral
Brasileira	3.146	51,97%	17,07%	2.908	48,03%	15,78%
Cubana	6.771	58,27%	36,75%	4.850	41,73%	26,32%
Outras	314	41,87%	1,70%	436	58,13%	2,37%
Total	10.231	-	55,53%	8.194	-	44,47%

Fonte: SGP, 30/09/2015

Quando analisada por Região Geográfica de atuação do médico, bem como por Estado da Federação, a proporcionalidade entre os sexos também sofre alterações. Nas regiões Sul e Sudeste os percentuais de médicas do sexo feminino são levemente superiores ao percentil nacional: 56,4% e 57,6%, respectivamente. No Nordeste, o resultado é praticamente idêntico aos 55,5% registrados no quadro geral, enquanto as regiões Norte e Centro-Oeste apresentaram os percentuais mais baixos com relação ao sexo feminino: 52,1% e 51,3%. Ainda assim é possível notar que a presença de médicas do sexo feminino é maior em todas as regiões do país, sem exceção. A inversão na frequência entre os sexos só é alterada em algumas Unidades Federativas, conforme demonstra a Tabela 8. Não obstante, a proporção de médicos do sexo masculino só foi superior em apenas cinco das 27 UF: Mato Grosso (63,1%); Roraima (60,5%); Amapá (57,8%); Amazonas (55,3%), e Paraíba (50,7%).

Tabela 8: Distribuição dos médicos por Unidade Federativa segundo o sexo

UF	Médicos	Feminino	%	Masculino	%
Acre	166	85	51,20%	81	48,80%
Alagoas	242	149	61,57%	93	38,43%
Amazonas	530	237	44,72%	293	55,28%
Amapá	128	54	42,19%	74	57,81%
Bahia	1.708	1.014	59,37%	694	40,63%
Ceará	1.509	797	52,82%	712	47,18%
Distrito Federal	115	76	66,09%	39	33,91%
Espírito Santo	489	284	58,08%	205	41,92%
Goiás	724	390	53,87%	334	46,13%
Maranhão	770	401	52,08%	369	47,92%
Minas Gerais	1.574	846	53,75%	728	46,25%
Mato Grosso do Sul	223	118	52,91%	105	47,09%
Mato Grosso	268	99	36,94%	169	63,06%
Pará	793	443	55,86%	350	44,14%
Paraíba	428	211	49,30%	217	50,70%
Pernambuco	984	561	57,01%	423	42,99%
Piauí	379	193	50,92%	186	49,08%
Paraná	1.057	603	57,05%	454	42,95%
Rio de Janeiro	738	416	56,37%	322	43,63%
Rio Grande do Norte	340	192	56,47%	148	43,53%
Rondônia	321	200	62,31%	121	37,69%
Roraima	157	62	39,49%	95	60,51%
Rio Grande do Sul	1.290	709	54,96%	581	45,04%
Santa Catarina	573	334	58,29%	239	41,71%
Sergipe	211	126	59,72%	85	40,28%
São Paulo	2.552	1.538	60,27%	1.014	39,73%
Tocantins	156	93	59,62%	63	40,38%
Brasil	18.425	10.231	55,43%	8.194	44,47%

Fonte: SGP, 30/09/2015

Outra variável que também apresenta alternâncias em diferentes cenários é a idade, seja quando analisada em média, seja por faixa etária (Tabelas 9 e 10). A análise específica dos médicos com perfil PROVAB no quesito idade é uma das razões de promover determinadas fragmentações entre os Programas no decorrer deste trabalho. Ao passo que a média de idade entre os quase 17 mil médicos que aderiram sem o componente PROVAB foi bem próxima de 40 anos, a média de idade dos 2.626 profissionais que aderiram pela via do PROVAB foi de 28,2 anos, sendo que 98,3% possuem menos de 40 anos de idade. Uma das possíveis e prováveis explicações para esta alta adesão entre a população mais jovem

tende a ser justamente a oferta da pontuação na prova de residência médica. Com o intuito de seguir carreira em alguma especialidade os jovens médicos procuram o Programa para melhorarem suas chances de aprovação nas provas de residência, ao contrário dos médicos com idades superiores a 40 anos, que, em teoria, tem maiores chances de possuírem uma carreira já consolidada.

Tabela 9: Média de Idade dos médicos em anos por agrupamentos específicos

<u>Agrupamento</u>	<u>Média de Idade</u>	<u>Desvio Padrão</u>
Geral	38,27	9,540
PMM	39,94	9,168
PROVAB	28,23	3,930
Fem. Geral	37,56	9,249
Masc. Geral	39,16	9,820
CRM Brasil	37,94	11,243
Cooperados	41,87	7,795
Intercambistas	34,73	8,982
Fem. CRM Brasil	39,2	9,333
Masc. CRM Brasil	40,85	12,555
Fem. PROVAB	27,63	3,213
Masc. PROVAB	28,98	4,564
Fem. Coop.	41,05	8,002
Masc. Coop.	43,01	7,344
Fem. Interc.	33,38	7,962
Masc. Interc.	35,90	9,640

Fonte: SGP, 30/09/2015

Se por um lado 74% dos médicos do perfil PROVAB tem até 29 anos, por outro, apenas 13,8% dos médicos de outros perfis estão nesta faixa etária. À exceção do perfil PROVAB, os profissionais com 50 anos ou mais representam uma proporção semelhante à dos mais jovens (13,6%), sendo que 91% deles são oriundos da cooperação com o governo cubano. Nestes perfis, a maioria (70,3%) possui entre 30 e 49 anos. No quadro geral, isto é, mesclando os dados de todos os perfis, menos de um quarto dos médicos tem menos de 30 anos e a concentração maior realmente está na faixa etária entre 30 e 49 anos (64,2%). Este achado se deve em grande parte pela diferença amostral entre os dois Programas, uma vez que os médicos com perfil PROVAB correspondem a menos de 15% da amostra global. Todavia, outro fator que colabora nesta explicação é que a média de idade dos médicos cooperados (que representam 73,5% de todos os médicos do Programa) é 3,6 pontos percentuais maior que a média geral e também mais do que sete pontos percentuais maior quando comparada às médias das idades dos outros perfis isoladamente.

Tabela 10: Distribuição dos médicos por faixa etária em anos segundo o perfil do profissional

Faixa Etária	Perfil do Médico				Total
	CRM Brasil	Intercambistas	Cooperados	PROVAB	
23 - 29	1.152	465	569	1.945	4.131
% do perfil	43,70%	30,14%	4,90%	74,07%	-
% do geral	6,25%	2,52%	3,09%	10,56%	22,43
30 - 39	1.030	793	3.734	637	6.194
% do perfil	39,07%	51,39%	32,13%	24,26%	-
% do geral	5,59%	4,31%	20,27%	3,46%	33,63
40 - 49	156	148	5.294	36	5.634
% do perfil	5,92%	9,59%	45,56%	1,37%	-
% do geral	0,85%	0,80%	28,74%	0,20%	30,59
50 - 59	111	84	1.958	4	2.157
% do perfil	4,21%	5,44%	16,85%	0,15%	-
% do geral	0,60%	0,46%	10,63%	0,02%	11,71
60 - 86	187	52	60	4	303
% do perfil	7,09%	3,37%	0,52%	0,15%	-
% do geral	1,02%	0,28%	0,33%	0,02%	1,65

Fonte: SGP, 30/09/2015

No tocante à última variável analisada que considera as características ligadas diretamente ao médico, o estado civil (Tabela 11), o banco de dados apresentava nove “valores” (categorias) diferentes: (1) casado; (2) desquitado; (3) divorciado/separado; (4) ignorado; (5) inválido; (6) solteiro; (7) união estável; (8) viúvo; (9) *missing*¹⁹. Com a finalidade de simplificar a análise estas nove categorias foram agregadas em seis categorias. Este número foi obtido juntando os “desquitados” com os “divorciados” e “separados”, bem como os “ignorados” com os “inválidos” e com os “*missing*”. Na amostra geral, 57,8% dos médicos foram identificados como solteiros, porém se considerados somente os médicos do perfil PROVAB este percentual salta para 83%. Nota-se, portanto que, além de jovens e de maioria feminina, os profissionais com perfil PROVAB prevalentemente são solteiros. Dentro ainda deste contexto amostral, menos de 1% são separados, desquitados ou divorciados não há nenhum registro de viuvez. Estes números se diferem quando analisada a amostra excluindo o perfil PROVAB. Neste cenário, 53,5% são solteiros, 35% casados e 8% separados, divorciados ou desquitados. A única categoria cujos resultados se assemelham

¹⁹ Também encontrado na expressão *missing cases* que, traduzindo para o português, significa casos omissos ou ausentes. Não foi possível identificar o motivo da ausência do dado; por não preenchimento por parte do médico (o campo não era obrigatório), ou por algum erro no sistema.

quando comparados ambos os cenários é a de médicos com união estável: 3,5% para os médicos de perfil PROVAB, e 3,1% nos demais.

Tabela 11: Distribuição dos médicos por estado civil segundo o Programa de Provimento

Estado Civil	PROVAB	%	PMM	%	Geral	%
Solteiro	2.177	82,90%	8.345	53,55%	10.522	57,78
Casado	335	12,76%	5.465	35,07%	5.800	31,85
União Estável	92	3,50%	482	3,09%	574	3,15
Separado, Divorciado ou Desquitado	22	0,84%	1.243	7,98%	1.265	6,95
Viúvo	0	0%	49	0,31%	49	0,27
Ignorado, Inválido ou Ñ Informado	0	0%	215	-	215	-
Total	2.626	100	15.799	100	18.425	100

Fonte: SGP, 30/09/2015

Muito embora não estejam relacionadas aos indivíduos, as informações a seguir ainda fazem parte desta análise descritiva, mesmo estando associadas à lotação destes profissionais. São informações referentes aos estabelecimentos dos quais esses médicos foram alocados, ao tipo de equipe que estão trabalhando na Atenção Básica e às suas especialidades médicas. Ressalta-se que estas informações são coletadas automaticamente pelo Sistema de Gerenciamento de Projetos (SGP) no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), portanto, o responsável pelo preenchimento da informação não é mais o médico, e sim um representante da gestão do município onde o médico foi alocado. Futuras avaliações serão feitas utilizando estas categorias, mas por hora vale apresentar descritivamente um panorama geral das informações colhidas no banco de dados relativos a estas variáveis.

As descrições dos “valores” contidos nessas variáveis podem ser encontradas nas tabelas que se seguem, bem como a designação se estes valores são considerados válidos ou não de acordo com as normativas do Programa Mais Médicos. A validade, neste caso, não se trata da viabilidade de se utilizar o dado para a análise ou não, mas sim se a informação está condizente com as regras que o PMM estabelece. Exemplificando: há registros de médicos alocados em estabelecimentos que não se enquadram no nível da Atenção Básica, tais como hospitais e centros de especialidades. De acordo com as normas do Programa, todos os médicos devem atuar em estabelecimentos ligados à AB, com risco do gestor ser penalizado. Este trabalho não se propõe a avaliar medidas para lidar com esta

situação, apenas aponta para as informações de forma descritiva, ofertando aos responsáveis um diagnóstico do quadro para que os mesmos tomem as cabíveis decisões.

Além de incompatibilidades com as normas do Programa, também havia vários campos sem preenchimento (dados ausentes). Considerando que a alimentação destes dados ocorre através do SCNES e que este, é alimentado pela gestão municipal, é bem provável que os gestores não tenham alimentado todos os campos necessários. Uma outra hipótese é que haja falha em um ou em ambos os sistemas. Contudo, analisando o histórico do SCNES é possível notar um constante subregistro dos gestores, contribuindo para a possibilidade de que a ausência dessas informações ocorra em virtude do gestor não alimentar os sistemas de informação adequadamente.

Quanto aos tipos de estabelecimentos aos quais os médicos foram alocados, 1.553 médicos não aparecem ligados a nenhum tipo de estabelecimento, o que corresponde a 8,4% da amostra global. Dos 18 tipos de estabelecimentos identificados na amostra, seis são considerados válidos de acordo com os critérios estabelecidos pelo Programa, ou seja, os 12 restantes não fazem parte do rol da Atenção Básica. Entretanto, se desconsiderados os casos omissos, 96% dos médicos estão lotados em algum destes seis estabelecimentos válidos, sendo a imensa maioria (95%) em “Postos de Saúde” ou “Centros de Saúde / Unidade Básica”. Apenas 4% foram alocados em Prontos Atendimentos, Hospitais, Policlínicas, Centros de Especialidades e outros estabelecimentos em desacordo com as regras do Programa (Tabela 12). Ao contrário do que aconteceu anteriormente no cruzamento entre outras variáveis, não houve variações significativas dos percentuais encontrados em comparações feitas entre diferentes perfis.

Quanto à inserção dos médicos nas equipes, há que se resgatar que há dois principais arranjos a serem considerados: nas diversas modalidades de equipes contidas na Estratégia Saúde da Família (ESF) ou em unidades que não contém nenhuma equipe implantada que esteja prevista na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Conforme visto no Referencial Teórico desta dissertação, convencionou-se chamar esta modelagem de *Atenção Básica Tradicional* e estas duas formas de organização da APS no Brasil coexistem simultaneamente.

Assim como no caso dos estabelecimentos de saúde, foram registrados 18 tipos diferentes de equipes das quais os médicos estão inseridos (todas previstas na PNAB). No entanto, o quantitativo de casos omissos foi superior ao item anterior: mais de 3.200 ao todo, chegando a 17,4% da amostra global. As explicações mais prováveis para estes casos podem ser: subnotificação, alocação de médicos em estabelecimentos de outros níveis de atenção ou então lotação do médico na *Atenção Básica Tradicional*, ou seja, fora da Estratégia Saúde da Família. De toda forma, um percentual expressivo da amostra global se

encontra alocado em equipes prevista na PNAB (82,6%), sendo que destes, 15 mil estavam lotados em apenas três tipos de equipes, ao passo que apenas 160 se encontravam inseridos nos outros 15 tipos (Tabela 13). Estes achados se assemelham aos números encontrados em equipes cujos médicos não estão inseridos no PMM, uma vez que a grande maioria dos médicos da ESF está inserida em algum destes três tipos mais prevalentemente encontrados no PMM.

Tabela 12: Distribuição dos médicos por tipo de estabelecimento de lotação segundo o Programa de Provimento

Tipo de Estabelecimento	Válido	Programa de Provimento					
		Geral	% do geral	PMM	% do geral	PROVAB	% do geral
Posto de Saúde	S	1.850	10,04%	1.591	9,13%	259	1,41%
Centro de Saúde / Unidade Básica	S	14.703	79,80%	12.656	72,66%	2.047	11,11%
Policlínica	N	10	0,05%	6	0,03%	4	0,02%
Hospital Geral	N	80	0,43%	59	0,34%	21	0,11%
Hospital Especializado	N	5	0,03%	4	0,02%	1	0,01%
Unidade Mista	S	35	0,19%	26	0,15%	9	0,05%
Pronto Socorro Geral	N	6	0,03%	1	0,01%	5	0,03%
Pronto Socorro Especializado	N	5	0,03%	3	0,02%	2	0,01%
Consultório Isolado	N	2	0,01%	1	0,01%	1	0,01%
Unidade Móvel Fluvial	S	6	0,03%	6	0,03%	0	0%
Clínica / Centro de Especialidades	N	6	0,03%	6	0,03%	0	0%
Unidade Móvel Pré-Hospitalar	N	5	0,03%	2	0,01%	3	0,02%
Cooperativa	N	2	0,01%	1	0,01%	1	0,01%
Hospital-Dia / Isolado	N	1	0,01%	1	0,01%	0	0%
Centro de Atenção Psicossocial	N	1	0,01%	1	0,01%	0	0%
Centro de Apoio à Saúde da Família	S	2	0,01%	2	0,01%	0	0%
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	S	130	0,71%	128	0,73%	2	0,01%
Pronto Atendimento	N	23	0,12%	12	0,07%	11	0,06%
Não Identificado	N	1.553	8,43%	1.293	7,42%	260	1,41%
Total	-	18.425	100%	15.799	90,71%	2.626	14,25%

Fonte: SGP, 30/09/2015

Tabela 13: Distribuição dos médicos por tipo de eSF segundo o Programa de Provimento*

eSF	Geral	% do geral	PMM	% do geral	PROVAB	% do geral
1	6.334	34,38%	5.500	29,85%	834	4,53%
2	8.025	43,55%	6.819	37,01%	1.206	6,55%
3	644	3,50%	557	3,02%	87	0,47%
8	15	0,08%	14	0,08%	1	0,01%
9	27	0,15%	27	0,15%	0	0%
10	1	0,01%	1	0,01%	0	0%
12	34	0,18%	32	0,17%	2	0,01%
13	30	0,16%	26	0,14%	4	0,02%
14	1	0,01%	1	0,01%	0	0%
15	2	0,01%	2	0,01%	0	0%
16	52	0,28%	49	0,27%	3	0,02%
17	22	0,12%	22	0,12%	0	0%
19	17	0,09%	16	0,09%	1	0,01%
20	2	0,01%	2	0,01%	0	0%
22	1	0,01%	0	0%	1	0,01
24	3	0,02%	3	0,02%	0	0%
25	5	0,03%	5	0,03%	0	0%
39	1	0,01%	1	0,01%	0	0%
Ñ Identificado	3.209	17,42%	2.722	14,77%	487	2,64%
Total	18.425	100%	15.799	85,75%	2.626	14,25

Fonte: SGP, 30/09/2015

* A Tabela mostra os tipos de equipe de acordo com seus respectivos códigos no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). A denominação de cada código consta no Anexo IV deste estudo.

A última variável a ser analisada descritivamente está relacionada à especialidade do médico registrada no SCNES, identificada como CBO (Código Brasileiro de Ocupações). Novamente pouco mais que 8% da amostra não possui qualquer informação para esta variável. Foram encontrados 16 códigos (ou ocupações) nas quais os médicos do PMM foram registrados, sendo que 96,5% deles estão categorizados nos quatro códigos mais comumente encontradas na ESF: Médico Clínico; Médico de Família e Comunidade; Médico Generalista, e; Médico da Estratégia Saúde da Família, sendo que este, sozinho, detém 87,3% de todos os casos (Tabela 14).

Tabela 14: Distribuição dos médicos pelo CBO segundo o Programa de Provimento

Tipo de Ocupação	CBO	Geral	% do geral	PMM	% do geral	PROVAB	% do geral
M. Anestesiologista	225151	1	0,01	1	0,01	0	0,00
M. Cardiologista	225120	2	0,01	1	0,01	1	0,01
M. Cirurgião Plástico	225235	1	0,01	1	0,01	0	0,00
M. Clínico	225125	402	2,18	296	1,61	106	0,58
M. da ESF	225142	15.213	82,57	13.001	70,56	2.212	12,01
M. de Família e Comunidade	225130	627	3,40	614	3,33	13	0,07
M. Dermatologista	225135	1	0,01	1	0,01	0	0,00
M. em Medicina Intensiva	225150	1	0,01	1	0,01	0	0,00
M. Radiologista	225320	1	0,01	1	0,01	0	0,00
M. Generalista	225170	578	3,14	550	2,99	28	0,15
M. Ginecologista e Obstetra	225250	4	0,02	3	0,02	1	0,01
M. Neurologista	225112	1	0,01	1	0,01	0	0,00
M. Oftalmologista	225265	1	0,01	1	0,01	0	0,00
M. Ortopedista	225270	1	0,01	1	0,01	0	0,00
M. Pediatra	225124	9	0,05	6	0,03	3	0,02
M. Residente	2231F9	29	0,16	27	0,15	2	0,01
Não identificada	-	1.553	8,43	1.293	7,02	260	1,41
Total	17	18.425	100	15.799	85,75	2.626	14,25

Fonte: SGP, 30/09/2015

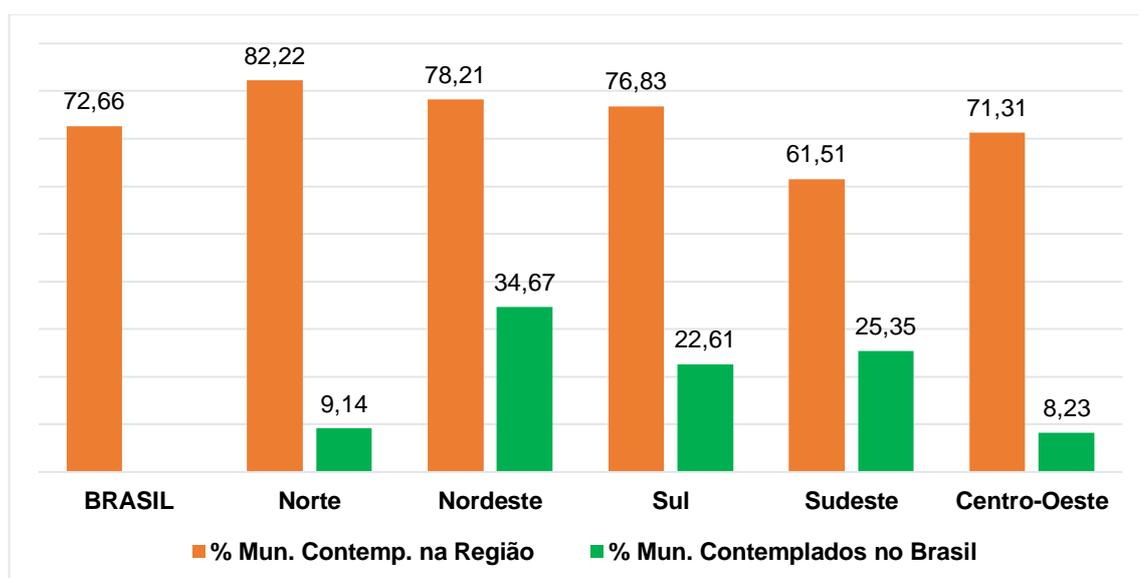
7. RESULTADOS

7.1 Quanto à lotação dos médicos nos municípios e localidades prioritárias

Pouco mais de quatro mil municípios (4.047) receberam pelo menos um médico do Programa até agosto de 2015, o que representa 72,7% de todos os municípios do Brasil. Todas as regiões geográficas do país tiveram mais de 60% de seus municípios contemplados, sendo que dentre as regiões geográficas brasileiras, a Norte foi a que, proporcionalmente, teve o maior número de municípios recebendo médicos (82,2%), sendo seguida pela região Nordeste, com 78,2% de seus municípios contemplados. O Sudeste, apesar de ser a região que concentra o maior número de municípios – quando comparada com as outras quatro separadamente – foi a que proporcionalmente recebeu o menor número de médicos neste quesito: 61,5%. As regiões Sul e Centro-Oeste tiveram 76,8% e 71,3% de seus municípios contemplados, respectivamente.

Analisando o número de municípios contemplados por região sobre o quantitativo total de municípios contemplados no Brasil, a região Nordeste foi a que obteve a maior proporção (34,7%). No entanto, a região Sudeste, desta vez, aparece logo na sequência, tendo 25,3% de todos os municípios contemplados no país, seguida pelo Sul, com 22,6%. As regiões Norte e Centro-Oeste possuem juntas 17,4% dos municípios contemplados, ou seja, mesmo somando os dois percentuais, o resultado ainda é inferior a qualquer outra região isolada.

Gráfico 2: Percentual de municípios contemplados com médicos do PMM segundo a Região Geográfica



Fonte: SGP, 30/09/2015

Apesar de ser a região geográfica mais populosa do Brasil, a Sudeste não foi a que recebeu o maior número de médicos, mas sim a Nordeste, tanto em números absolutos, quanto proporcionais, como demonstra a Tabela 15. Desta vez, somadas as percentagens das regiões Norte e Centro-Oeste (18,8%), obtêm-se um resultado superior à região Sul, que recebeu 15,8% de todos os médicos do Programa.

Analisando a lotação dos médicos segundo a população obtida pela estimativa do IBGE (2015), a região Norte segue como a que proporcionalmente recebeu o maior número de profissionais. Os nortistas correspondem a 8,5% de todos os habitantes do país, sendo que 12,2% do efetivo médico do PMM fora designado a atender à esta população. Ao converter o quantitativo de médicos para a proporção utilizada no índice de médicos para cada mil habitantes, a região Norte obteria o resultado de 0,13, ligeiramente a frente da região Nordeste, que obteria 0,12. Naturalmente esta análise desconsidera os outros médicos atuando fora do Programa, além de partir do princípio que todo o contingente do Programa não atuava previamente nas regiões registradas, o que é bem pouco plausível. No entanto, este é apenas um exercício inicial de interpretação do provimento médico, considerando a distribuição de acordo com o quantitativo populacional de cada uma das regiões do país. Neste aspecto, a região Sudeste mais uma vez registra a menor proporção, ao passo que o Centro-Oeste se iguala ao índice nacional, com a região Sul ficando um pouco acima (0,10 médico/1.000 habitantes).

Tabela 15: Distribuição e proporção de médicos, segundo a população (por região geográfica)

<u>Região</u>	<u>População IBGE 2015</u>	<u>%</u>	<u>Médicos</u>	<u>%</u>	<u>Proporção med/1000 hab</u>
Norte	17.472.636	8,55	2251	12,22	0,13
Nordeste	56.560.081	27,66	6571	35,66	0,12
Sul	29.230.180	14,30	2920	15,85	0,10
Centro-Oeste	15.447.719	7,56	1330	7,22	0,09
Sudeste	85.745.520	41,94	5353	29,05	0,06
Brasil	204.456.136	100	18.425	100	0,09

Fonte: SGP, 30/09/2015

De acordo com a Portaria 1.369/MS/MEC, de 8 de Julho de 2013, que definiu os perfis dos municípios prioritários para Programa Mais Médicos, 40,5% dos municípios brasileiros se encaixavam em algum dos perfis prioritários, enquanto 59,5% pertenciam ao perfil “Demais municípios”. Dentre 2253 municípios prioritários, 47,2% receberam médicos do PMM, enquanto a maioria dos municípios contemplados (52,8%) se encontrava no perfil

“Demais municípios”. Considerando somente as prioridades, em todos perfis mais de 80% dos municípios foram contemplados, conforme aponta a Tabela 16. Se por um lado as 27 capitais e 96% dos municípios no “G100” haviam recebido médicos, 18% dos municípios das regiões metropolitanas, e 15% do perfil “extrema pobreza” não contavam com nenhum médico do Programa até agosto de 2015.

Tabela 16: Distribuição dos municípios contemplados no PMM, segundo os critérios estabelecidos pela Portaria 1.369/MS/MEC de 8 de Julho de 2013

<u>Perfil do Município</u>	<u>Total de Municípios</u>	<u>% Brasil</u>	<u>Mun. Contemp.</u>	<u>% Total de Contemp.</u>	<u>% Perfil</u>	<u>S/ Médico</u>	<u>%</u>
Capitais e Metropolitana	535	9,61	439	10,85	82,06	96	17,94
G100	98	1,76	94	2,32	95,92	4	4,08
Extrema Pobreza	1620	29,08	1379	34,07	85,12	241	14,88
Demais municípios	3317	59,55	2135	52,76	64,37	1182	35,63
Brasil	5570	100	4047	100	72,66	1523	27,34

Fonte: SGP, 30/09/2015

A razão pela qual o perfil “DSEI” foi excluído da tabela acima é porque há duplicidade no banco de dados para municípios que possuem DSEI em seus territórios, isto é, quando existem territórios indígenas no município ele é classificado tanto no perfil “DSEI”, quanto em outro perfil. Isso ocorre porque a extensão territorial de cada DSEI pode abranger mais de um único município. Independentemente desta questão, todos os 34 Distritos Sanitários Indígenas, localizados em 16 Estados diferentes, receberam médicos do PMM.

Quanto à distribuição dos perfis por região (Tabela 17), nota-se que há concentração de municípios com determinado perfil em certas regiões. Por exemplo, 75% dos municípios do perfil “extrema pobreza” que foram contemplados estão localizados no Nordeste, enquanto menos de 10% estão situados nas regiões geográficas do Centro-Sul do país. Este quadro se inverte no cenário das capitais e regiões metropolitanas. Enquanto o Centro-Sul concentra quase 85% dos municípios contemplados deste perfil, o Norte-Nordeste brasileiro possui pouco mais que 15%. Esta diferença ocorre basicamente pelo fato de só haver municípios considerados de área metropolitana nos Estados do Amazonas e Pará, pois nas outras UF da região Norte são consideradas neste perfil apenas as capitais.

A balança da distribuição geográfica dos perfis prioritários para o PMM se equilibra um pouco mais entre as regiões, quando analisados os municípios do perfil “G100”. Aproximadamente 54,2% deles se localizam nas regiões Norte e Nordeste, enquanto 45,8% no Centro-Sul. Em relação ao perfil ligado à Saúde Indígena, todas as regiões possuem ao

menos um Distrito Sanitário, contudo apenas três dos 34 DSEI existentes estão localizados nas regiões Sul e Sudeste. Quando se compara o perfil “DSEI” aos demais municípios, novamente há uma inversão. Por mais que o Nordeste do país concentre quase 20% de municípios sem qualquer marcador específico de prioridade (a não ser pelas áreas de maior vulnerabilidade), a região Norte obtém apenas 5,3% dos municípios deste perfil. Este percentual é duas vezes maior para o Centro-Oeste brasileiro, enquanto as regiões Sul e Sudeste acabam por aglutinar a maioria dos municípios contemplados no perfil “Demais municípios”: 28% e 36%, respectivamente.

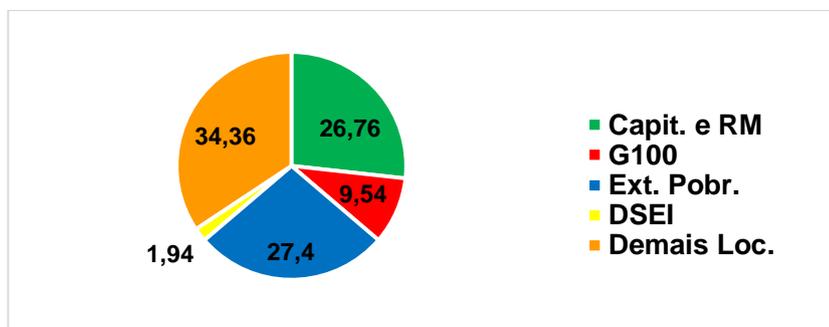
Tabela 17: Municípios contemplados por perfil, distribuídos por região geográfica

<u>Região</u>	<u>Capitais e RM</u>	<u>%</u>	<u>G100</u>	<u>%</u>	<u>Extrema Pobreza</u>	<u>%</u>	<u>DSEI</u>	<u>Demais municípios</u>	<u>%</u>
Norte	12	2,74	15	15,96	222	16,15	19	121	5,27
Nordeste	55	12,56	36	38,30	1.021	74,25	6	449	19,54
Sudeste	126	28,77	22	23,40	54	3,93	1	824	35,86
Sul	213	48,63	12	12,77	45	3,27	2	645	28,07
Centro-Oeste	32	7,31	9	9,57	33	2,40	6	259	11,27
Brasil	438	100	94	100	1.375	100	34	2.298	100

Fonte: SGP, 30/09/2015

Considerando ainda o universo dos perfis prioritários, porém mudando a unidade de análise de “município” para “médico”, nota-se que 65,4% dos profissionais foram lotados em municípios com perfis de prioridade para o Programa. Por mais que haja baixa concentração no número de municípios nos perfis “capitais” e “regiões metropolitanas”, grande parte da população brasileira vive nestas localidades. Não é à toa, portanto, que 26,8% dos médicos tenham sido lotados nesses municípios. Outro perfil que apresentou um percentil semelhante foi o de municípios com 20% ou mais de sua população vivendo em extrema pobreza (27,4%). Os dois outros perfis prioritários (“G100” e DSEI”) somados, atingem um percentual de 11,5%. Chama a atenção, entretanto, o fato de que pouco mais de um terço dos médicos tenha sido alocado nos demais municípios, como demonstra o gráfico a seguir.

Gráfico 3: Distribuição de médicos por perfil de municípios (em %)



Fonte: SGP, 30/09/2015

A Tabela 18 aprofunda esta distribuição dos médicos por perfil de prioridade, segundo as regiões geográficas. Nela é possível constatar que 63,5% dos médicos lotados nas capitais e em regiões metropolitanas estão concentrados, como era de se esperar, nas regiões Sul e Sudeste. Mais uma vez a distribuição ficou mais equilibrada no perfil “G100”, onde todos perfis atingiram dois dígitos percentuais. Vale no entanto, destacar que quase 40% dos médicos lotados em municípios do “G100” estão na região Nordeste. Este percentual aumenta para 73,3% na mesma região, para o caso dos municípios de extrema pobreza, ou seja, quase três quartos dos médicos deste perfil estão concentrados no nordeste do país. Outro grau considerável de concentração foi encontrado na região Norte com relação ao perfil “DSEI”. Cerca de 60% dos médicos atuando na Saúde Indígena foram alocados na região Norte. Este é um resultado bem previsível, considerando que o norte contém 56% dos DSEI do Brasil. Quanto aos demais municípios, a região mais populosa da Federação novamente apresenta a maior concentração entre as regiões (43,4%), enquanto a região norte apresenta a menor (7,8%).

Tabela 18: Distribuição de médicos nos perfis prioritários por região

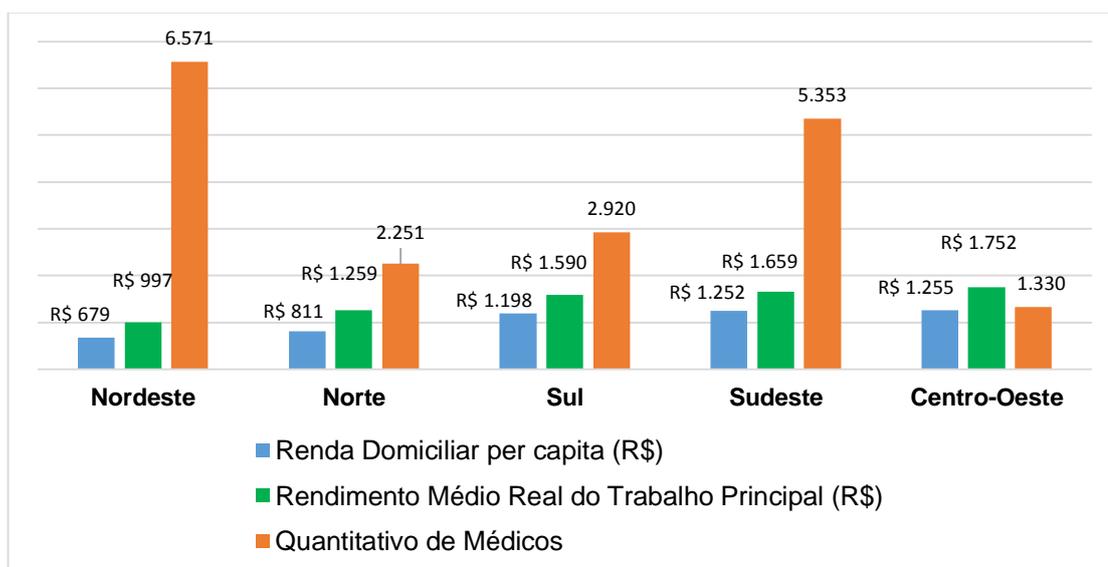
<u>Região</u>	<u>Capitais e RM</u>	<u>%</u>	<u>G100</u>	<u>%</u>	<u>Extrema Pobreza</u>	<u>%</u>	<u>DSEI</u>	<u>%</u>	<u>Demais municípios</u>	<u>%</u>
Norte	409	8,29	224	12,75	909	18,00	215	60,06	494	7,80
Nordeste	1.004	20,36	690	39,27	3.703	73,34	73	20,39	1.101	17,39
Sudeste	2.009	40,74	448	25,50	116	2,30	5	1,40	2.775	43,84
Sul	1.124	22,79	186	10,59	210	4,16	20	5,59	1.380	21,80
Centro-Oeste	385	7,81	209	11,90	111	2,20	45	12,57	580	9,16
Brasil	4.931	27,4	1.757	9,54	5.049	26,76	358	1,94	6.330	34,36

Fonte: SGP, 30/09/2015

As tabelas e gráficos apresentados previamente demonstram que a maioria dos médicos (65%) está atuando em municípios enquadrados dentro dos perfis prioritários definidos pelas normas do Programa Mais Médicos. Os critérios que demarcam a prioridade destes municípios, conforme descreve a Portaria 1.369 de 08/07/2013, estão relacionados à vulnerabilidade social dos mesmos. Então, considerando os critérios contidos na Portaria e a distribuição dos médicos pelo país, percebe-se uma tendência do Programa a atingir os municípios mais socialmente vulneráveis do Brasil.

Esta afirmação pode ser reforçada pelos Gráficos 4 e 5, que mostram a distribuição de médicos em números absolutos e proporcionais, respectivamente, apresentando também os resultados de alguns Indicadores de Desenvolvimento Brasileiro (IDB) utilizados pelo Governo Federal (MPOG, 2013), e o Índice de Desenvolvimento Humano dos Municípios – IDHM (PNUD, 2012). Os gráficos demonstram que a região que apresenta as rendas mais baixas e o pior IDH (Nordeste), foi justamente a que recebeu o maior quantitativo e a maior proporção de médicos do país. Vale lembrar que, seguindo a classificação de perfis do Programa, o nordeste é também a região que conta com o maior número de municípios com 20% ou mais da população em extrema pobreza. O Centro-Oeste, por sua vez, é região que a detém as mais altas rendas do país e foi a que recebeu o menor número de médicos (absoluta e proporcionalmente).

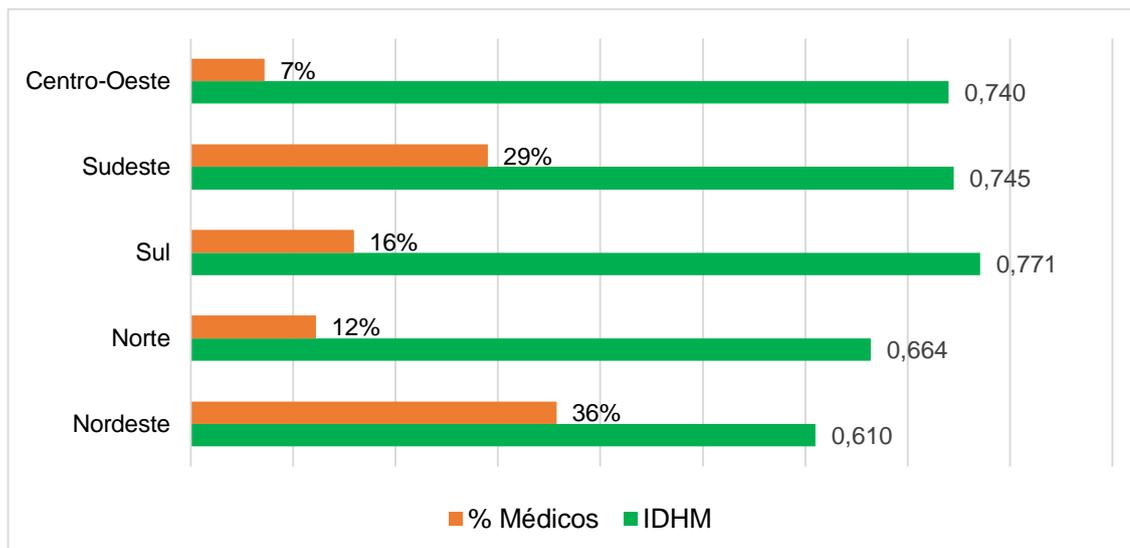
Gráfico 4: Regiões geográficas do Brasil segundo a Renda Domiciliar per capita, o Rendimento Médio Real do Trabalho principal e a lotação de médicos do PMM



Fontes:

- 1) Indicadores de Desenvolvimento do Brasil. MPOG, 2013;
- 2) SGP, 30/09/2015

Gráfico 5: Regiões geográficas do Brasil segundo o Índice de Desenvolvimento Humano dos Municípios (IDHM) e a lotação de médicos do PMM



Fontes:

1) SGP, 30/09/2015;

2) Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. PNUD, 2012.

Faz-se importante resgatar que mesmo a categoria de “Demais municípios” não está completamente excluída das prioridades do Programa. Levando em consideração as áreas mais vulneráveis destas cidades, ou, como define a Portaria: “40% dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza”, os médicos se adensam ainda mais nas localidades mais carentes do país. Ao todo, 2.039 médicos estão atuando nestas áreas de alta concentração de pobreza em 492 municípios, o que corresponde a 11% de todos os profissionais ativos no PMM até agosto de 2015.

Caso outras classificações fossem incorporadas na análise, este adensamento médico nas áreas mais vulneráveis aumentaria ainda mais. Por exemplo, a Portaria 1.602 de 9/7/2011 estratifica os municípios do Brasil em quatro grupos, segundo critérios determinados pelo Ministério da Saúde (Anexo V), a fim de transferir fundos do Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo) de forma mais equânime entre os municípios. O Grupo I do PAB Fixo concentra 3.905 municípios brasileiros com os piores resultados para os indicadores selecionados, isto é, são cidades consideradas altamente vulneráveis, conforme definição do próprio MS. Dentre os municípios do Grupo I há 1.564 aderidos ao Programa Mais Médicos que não estão vinculados a nenhum perfil prioritário, sendo identificados, assim, no perfil “demais municípios”. Caso este conjunto de cidades fosse incorporado no rol dos perfis prioritários, a cobertura do PMM aumentaria mais 8,5% nestas localidades. Ao adicionar as áreas vulneráveis dos “Demais municípios”, com os municípios do Grupo I do PAB, o provimento médico nas localidades prioritárias seria de 83,6%, conforme ilustra a tabela abaixo.

Tabela 19: Distribuição dos médicos de acordo com os perfis prioritários (lista estendida)

Perfil do Município	Municípios Contemplados	%	Médicos	%
Capitais e Metropolitana	439	10,85	4.931	26,76
G100	94	2,32	1.757	9,54
Extrema Pobreza	1.379	34,07	5.049	27,40
Grupo I PAB Fixo	909	22,46	1.564	8,49
Áreas vulneráveis	492	12,16	2.039	11,07
Demais municípios	734	18,14	3.085	16,74
Brasil	4.047	100	18.425	100

Fonte: SGP, 30/09/2015

Por fim, a Tabela 20 traz a distribuição dos médicos, segundo os perfis prioritários, considerando características individuais como o Programa de Provimento, o perfil do profissional, o sexo e a idade média. Notadamente, se o PROVAB fosse ainda o único programa de provimento médico do Governo Federal não haveria médicos suficientes para preencher todas as vagas. Mesmo expandindo o grupo e considerando os médicos com CRM permanente, ainda assim o quantitativo seria insuficiente para atingir todas as áreas prioritárias. A inclusão de profissionais formados em instituições de ensino estrangeiras, sobretudo dos cooperados, foi essencial para alocar médicos em algumas localidades específicas. Por exemplo, dos 358 médicos atuando na Saúde Indígena, apenas nove são do PROVAB. Mesmo incluindo os profissionais com perfil CRM Brasil, os brasileiros representam apenas 5% dos médicos que trabalham nos DSEI, enquanto os cubanos representam 88% e os médicos de outras nacionalidades, 7%.

Ainda pautando os Programa de Provimento, em todos os perfis prioritários os médicos do PMM representam 80% ou mais dos profissionais atuando naquele conjunto de municípios. A maior distorção entre os Programas ocorre nos perfis “DSEI” e “Extrema Pobreza”. Nestes dois casos o PMM detém 97,5% e 89,3% dos médicos, respectivamente. O perfil onde a relação entre os dois Programas se aproxima mais é no “G100”, onde 20% dos médicos são do perfil “PROVAB”. Em se tratando deste perfil profissional, 20,6% dos médicos foram lotados nos municípios de extrema pobreza e menos de 1% nos Distritos Indígenas.

Ao analisar a lotação dos médicos por perfil do profissional, considerando os perfis dos municípios, percebe-se que os cooperados além de estarem mais presentes nos DSEI, como já mencionado, estão também mais concentrados nos municípios de extrema pobreza e nos demais municípios. Em ambas as localidades eles representam 70% dos médicos atuando pelo Programa. Considerando que 63% dos médicos do PMM são provenientes da

Cooperação com Cuba, já era de se esperar que eles representassem a maioria dos médicos em todos os agrupamentos de municípios, mesmo nas capitais e regiões metropolitanas e no grupo do “G100”, onde a presença deles foi proporcionalmente menor; 50% e 46%, respectivamente. Estes foram justamente os dois perfis de maior concentração entre os estrangeiros de outras nacionalidades, bem como dos brasileiros. Entre os intercambistas, 58% estão lotados nestes dois grupos, enquanto outros 16,3% se encontram nos municípios de extrema pobreza, o que representa apenas 5% de todos os médicos lotados neste perfil. Um total de 51% dos médicos CRM Brasil foram alocados em capitais e regiões metropolitanas ou no G100.

Seguindo o resultado da amostra global, as mulheres seguem compondo a maioria dos profissionais em todos os perfis, a exceção dos DSEI, onde se registrou a maior disparidade entre os sexos. Enquanto em todos os demais perfis apresentaram 55% ou mais de médicas, nos Distritos Indígenas elas representam apenas 16,2% do efetivo.

Em relação às idades médias registradas em cada perfil, percebe-se que os dois grupos que apresentaram resultados acima da média nacional foram o de extrema pobreza e da Saúde Indígena, justamente onde há maior presença de médicos cooperados, cuja idade média é superior a dos médicos pertencentes a outros grupos. Onde a concentração de brasileiros e intercambistas é maior, a média da idade é inferior ao resultado nacional.

Tabela 20: Distribuição dos médicos por perfil dos municípios, considerando o Programa de Provimento, o perfil do profissional, o sexo e a idade média

	Capitais e RM	G100	Extrema Pobreza	DSEI	Demais municípios	Brasil
PMM	4.109	1.407	4.507	349	5.427	15.799
% Perfil do Município	83,33	80,08	89,27	97,49	85,73	85,75
% PMM	26,01	8,91	28,53	2,21	34,35	100
PROVAB	822	350	542	9	903	2.626
% Perfil do Município	16,67	19,92	10,73	2,51	14,27	14,25
% PROVAB	31,30	13,33	20,64	0,34	34,39	100
CRMB	922	421	679	9	605	2.636
% Perfil do Município	18,70	23,96	13,45	2,51	9,56	14,31
% CRMB	34,98	15,97	25,76	0,34	22,95	100
Cooperados	2.478	801	3.577	314	4.450	11.620
% Perfil do Município	50,25	45,59	70,85	87,71	70,30	63,07
% Cooperados	21,33	6,89	30,78	2,70	38,30	100
Intercambistas	709	185	251	26	372	1.543
% Perfil do Município	14,38	10,53	4,97	7,26	5,88	8,37
% Intercambistas	45,95	11,99	16,27	1,69	24,11	100
Feminino	2.801	979	2.775	58	3.618	10.231
% Perfil do Município	56,80	55,72	54,96	16,20	57,16	55,53
% Feminino	27,38	9,57	27,12	0,57	35,36	100
Masculino	2.130	778	2.274	300	2.712	8.194
% Perfil do Município	43,20	44,28	45,04	83,80	42,84	44,47
% Masculino	25,99	9,49	27,75	3,66	33,10	100
Idade Média	37,37	37,33	40,21	41,33	37,42	38,27

Fonte: SGP, 30/09/2015

7.2 Quanto à cobertura da Estratégia Saúde da Família

Apesar da Estratégia Saúde da Família ter sido implantada em 1994 (à época, Programa Saúde da Família), o monitoramento de sua cobertura só teve início no segundo semestre de 1998. Desde então, a Saúde da Família vêm crescendo anualmente no país, no que concerne à adesão dos municípios, à ampliação do número de equipes e à cobertura populacional. Em 1999 a ESF estava presente em 499 municípios e após 16 anos apenas 2% dos municípios brasileiros não possuem equipes de Saúde da Família (Gráfico 6). No decorrer deste tempo, o crescimento médio do número de municípios cobertos foi de 10 pontos percentuais por ano, alcançando o maior registro entre 1999 e 2000; quase 60% de crescimento. Depois disso o crescimento médio anual foi progressivamente reduzindo, passando a registrar uma média inferior a 1% entre 2006 e 2015. Nota-se, portanto, que o maior período de evolução da cobertura municipal ocorreu no início da década passada, conforme demonstra o Gráfico 7.

Gráfico 6: Evolução do número de municípios cobertos pela ESF no Brasil

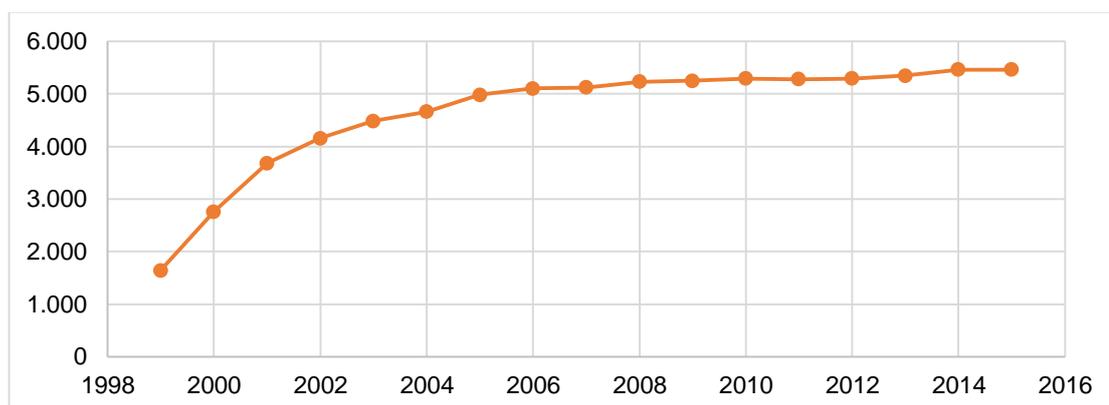
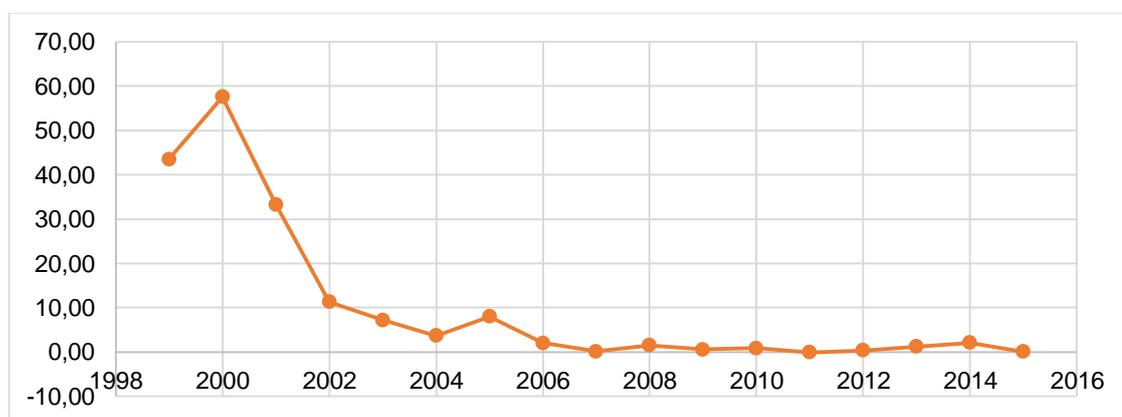


Gráfico 7: Evolução do percentual de crescimento anual dos municípios cobertos pela ESF no Brasil



A evolução do número de equipes implantadas, ilustrada pelo Gráfico 8, também apresenta um comportamento crescente ao longo dos anos. Se antes da virada do século havia 8,5 mil eSF em todo o país, em 15 anos este número aumentou quase cinco vezes, ultrapassando a marca de 40 mil equipes implantadas no Brasil. Em 16 anos, o percentual de crescimento anual médio das eSF foi de 16,7%, porém esta medida obteve os valores mais altos no início dos anos 2000, repetindo o padrão do crescimento anual da cobertura municipal. Entre os anos de 2006 e 2015, o crescimento anual das eSF implantadas no Brasil foi inferior a 5% (Gráfico 9)

Gráfico 8: Evolução do número de eSF implantadas no Brasil

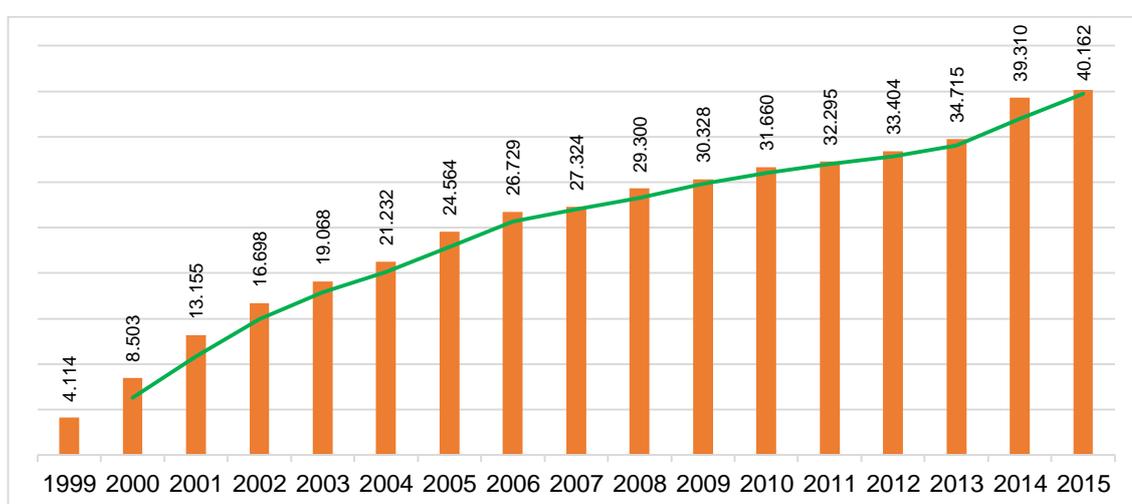
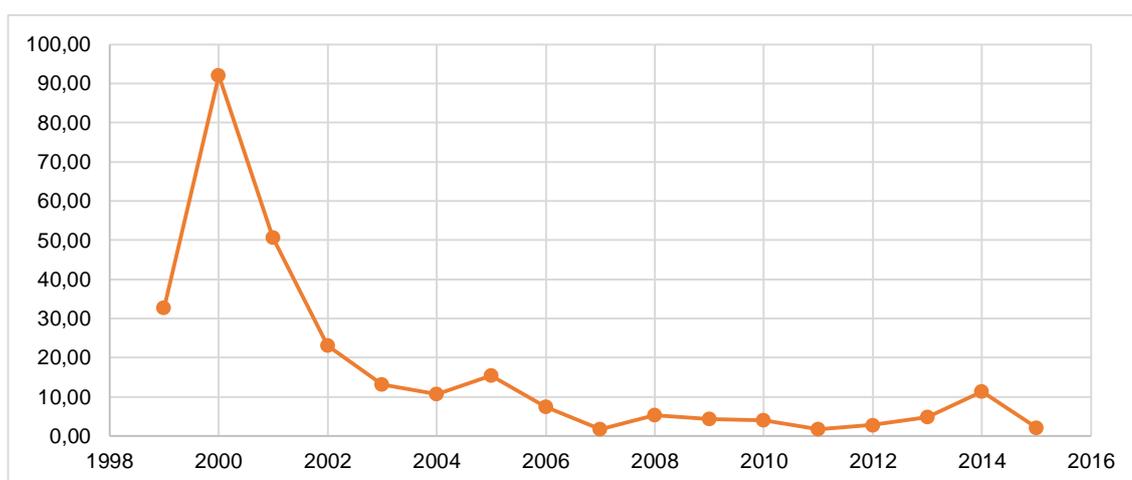


Gráfico 9: Evolução do percentual de crescimento anual das equipes de Saúde da Família implantadas no Brasil



Fonte: HCSF, 28/01/2016

Como consequência da ampliação do número de equipes de Saúde da Família implantadas, a cobertura populacional também foi ampliada ao longo dos anos. Seguindo o *boom* da expansão que ocorreu nos primeiros anos da década anterior, tanto no caso dos municípios aderidos, quanto no número de equipes implantadas, a proporção da cobertura populacional estimada também cresceu (Tabela 21). Entre os anos de 1999 e 2006 a média de crescimento anual superava os 5%, ao passo que nos nove anos subsequentes o ritmo de crescimento reduziu para 2% ao ano – ainda superior ao crescimento anual da população brasileira que é de 1,4%, segundo o IBGE (2015). Antes de entrar nos anos 2000, o Brasil possuía menos que 10% de sua população coberta pela Estratégia Saúde da Família e, decorridos 16 anos, este percentual chega próximo dos 70%.

Tabela 21: Evolução da cobertura populacional da ESF no Brasil

<u>Ano</u>	<u>População Total</u>	<u>População Coberta</u>	<u>Proporção População Coberta</u>	<u>Crescimento Anual</u>
1999	168.758.336	14.399.000	8,53	2,09
2000	171.154.499	29.760.500	17,39	8,86
2001	172.385.826	46.042.500	26,71	9,32
2002	174.632.960	58.443.000	33,47	6,76
2003	176.871.437	66.738.000	37,73	4,27
2004	181.581.024	74.312.000	40,92	3,19
2005	184.184.264	85.974.000	46,68	5,75
2006	186.770.562	93.551.500	50,09	3,41
2007	183.989.711	95.634.000	51,98	1,89
2008	189.612.814	102.550.000	54,08	2,11
2009	191.480.630	106.148.000	55,44	1,35
2010	190.747.855	110.810.000	58,09	2,66
2011	192.379.287	113.032.500	58,76	0,66
2012	193.946.886	116.914.000	60,28	1,53
2013	201.032.714	121.502.500	60,44	0,16
2014	202.768.562	137.585.000	67,85	7,41
2015	204.450.649	140.567.000	68,75	0,90

Fonte: HCSF, 28/01/2016

Dentre as regiões geográficas brasileiras, as curvas de crescimento das coberturas municipais apresentam comportamentos semelhantes entre si; todas demonstram ascendência intensificada na primeira metade da década passada e regressão no ritmo de crescimento a partir de 2005 (Gráfico 10). Atualmente, o Sudeste registra a 2^o maior quantidade de cidades cobertas em números absolutos, mas também a menor proporção dentre as regiões (89%). Norte e Centro-Oeste tem, cada um, somente uma cidade sem eSF implantadas, enquanto o Nordeste, que tem sete, é a região que conta com o maior número de municípios cobertos em termos absolutos. A região Nordeste também é a que possui a maior proporção de cobertura

populacional do país: 93,2%, contra 53,7% no Sudeste, que é a região que apresenta o menor resultado, como demonstra o Gráfico 11.

Gráfico 10: Evolução da cobertura municipal da ESF nas regiões brasileiras

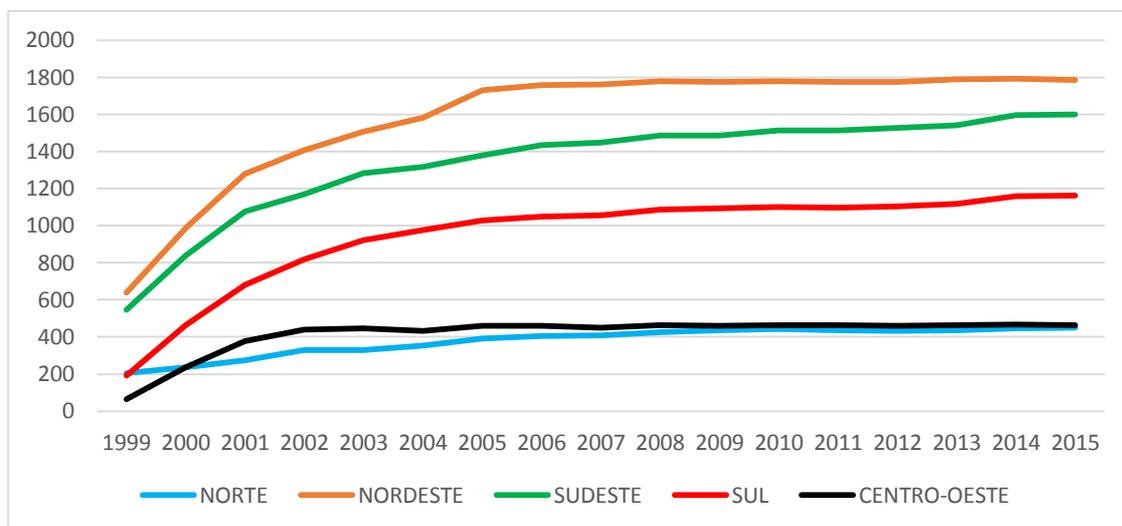
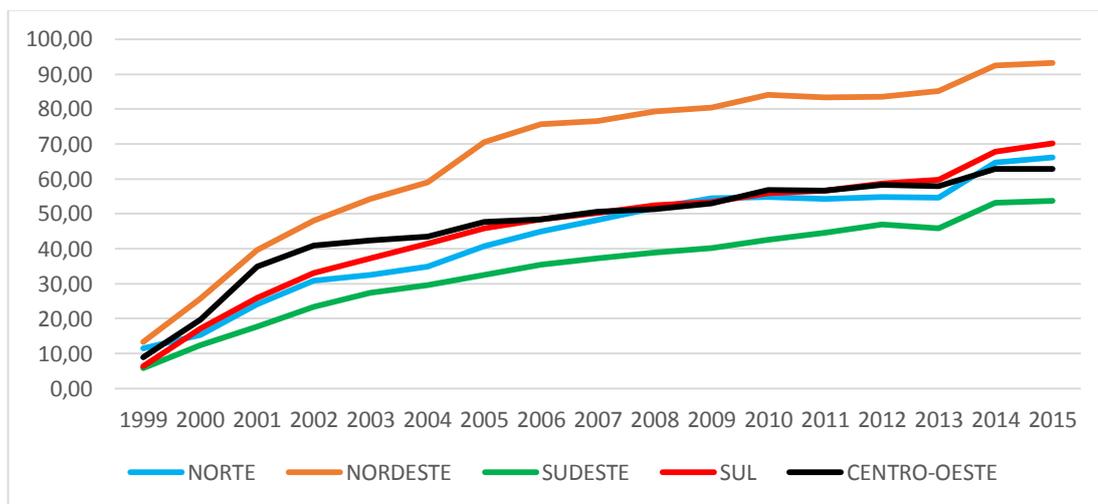


Gráfico 11: Evolução da proporção populacional coberta pela ESF por regiões



Fonte: HCSF, 28/01/2016

As tabelas e gráficos apresentados chamam a atenção para a marcante ascensão da Estratégia Saúde da Família na primeira metade dos anos 2000. Contudo, a virada entre 2013 para 2014 também merece destaque pelos resultados observados, pois se registrou um aumento de 7,4 pontos percentuais na cobertura populacional da ESF para este período. A última vez que um valor próximo a este ocorreu foi em 2002, quando houve um aumento de 6,8 pontos percentuais. Entre 2003 e 2013 a taxa de média de crescimento anual da cobertura populacional

estimada da ESF era de 2,4%, sendo que, se considerados os últimos cinco anos deste período, este valor reduz para 1,4% ao ano.

O ano de 2014 foi justamente quando os profissionais dos primeiros ciclos do Programa Mais Médicos começaram a ser devidamente lotados nas equipes de Saúde da Família e inseridos no sistema pelos gestores municipais. Muito embora mais de seis mil médicos tenham entrado no Programa nos dois primeiros ciclos, ocorridos em setembro e dezembro de 2013, 92% deles eram formados por intercambistas e cooperados e, desta forma, tiveram que passar algum tempo em período de formação e avaliação. Nos três ciclos seguintes, entre fevereiro e junho de 2014, mais 7.600 profissionais entraram no Programa, de modo que até o fim do ano já havia precisamente um total de 13.777 médicos atuando pelo PMM. Adicionando os 4.648 profissionais que ingressaram nos ciclos de 2015 (em março e agosto), chega-se exatamente ao número de 18.425 médicos.

A cobertura populacional da ESF no biênio 2014-15 cresceu 8,3 pontos percentuais, comparada ao ano de 2013. Isso corresponde a um aumento de 15,7% na população coberta, comparando os períodos pré e pós-Mais Médicos. Considerando que o parâmetro de cobertura é de uma equipe para cada 3.500 pessoas, a população beneficiada pela expansão da cobertura da ESF no período do PMM ultrapassa os 19 milhões de habitantes.

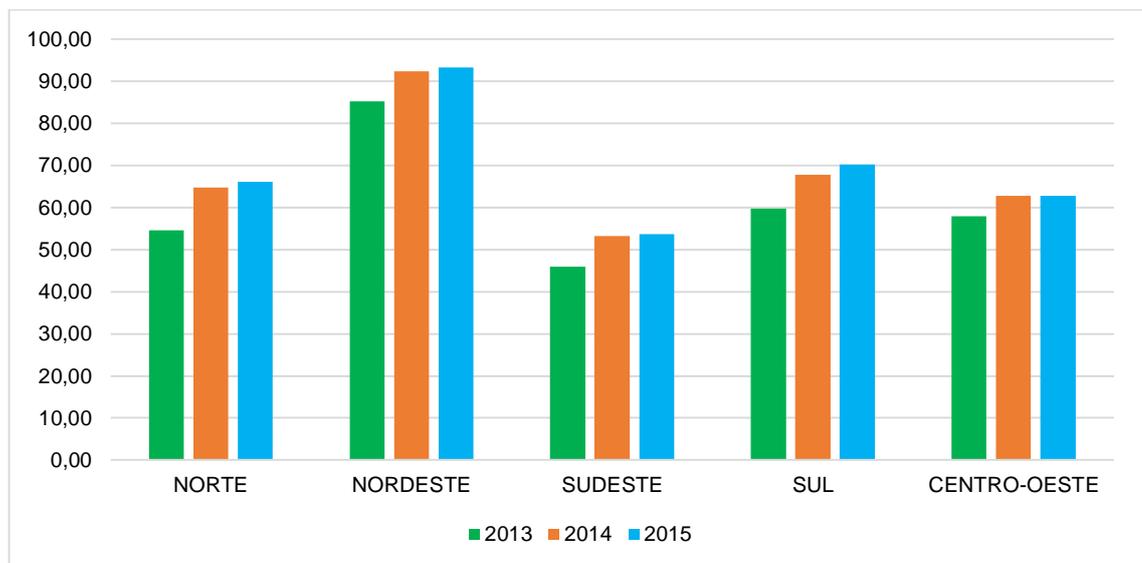
Efeitos positivos do PMM na cobertura da ESF também foram encontrados em todas as grandes regiões. Muito embora o Centro-Oeste tenha sido a região que registrou o menor aumento da cobertura entre 2013 e 2015 (inclusive sem apresentar crescimento em 2015), a expansão ocorrida superou em 4,2 pontos percentuais a taxa média de crescimento do biênio anterior. Aliás, vale ressaltar que entre os anos de 2006 a 2013 o crescimento médio de cobertura da ESF no Centro-Oeste foi de 1,3% ao ano, sendo que em 2011 e 2013 a cobertura decresceu.

Analisando a região Sul no mesmo período (2006-13), o crescimento médio anual era apenas 0,4 pontos percentuais superior ao da região Centro-Oeste. No entanto, a expansão da ESF no Sul foi maior que a região central do país, com um aumento de 10 pontos percentuais no período de atuação dos médicos do PMM. A região Sudeste, que historicamente apresenta as menores proporções de cobertura da ESF do Brasil, teve um incremento de 7,8 pontos percentuais na cobertura, comparando 2015 com 2013. A taxa média de crescimento anual entre 2006-13 é próxima da registrada na Região Sul para o mesmo período: 1,7, com decréscimo no ano de 2013, tal qual a região Centro-Oeste.

Norte e Nordeste foram as regiões que registraram os maiores aumentos na proporção estimada da cobertura de ESF. Apesar do Nordeste ter recebido o maior

quantitativo de médicos (6.571), foi o Norte que obteve o maior aumento na cobertura de sua população. A chegada de 2.251 profissionais no biênio 2014-15 contribuiu para elevar a cobertura em 11,6 pontos percentuais, depois de cinco anos com resultados estagnados na faixa dos 54%. Isso significa dizer que em dois anos a população nortista coberta foi ampliada em 25%.

Gráfico 12: Proporção da população coberta pela ESF nas regiões do Brasil entre os anos de 2013 a 2015



Fonte: HCSF, 28/01/2016

8. DISCUSSÃO

8.1 O Programa Mais Médicos sob a lupa da Teoria da Avaliação de Programas

A visualização de uma Política Pública num esquema ordenado por ciclos, tal qual propõem Secchi (2013) e Howlett *et al* (2013)²⁰, por mais que seja passível de críticas ou outras interpretações, possui ao menos um efeito didático para o exercício da interpretação dos processos de elaboração da mesma (*Policy-making process*). Baptista & Rezende (2011) indicam que a principal contribuição da ideia do ciclo da política seja a possibilidade de criar a percepção de que existem diferentes momentos no processo de sua construção, gerando a necessidade de observar as especificidades de cada momento, a fim de ampliar o conhecimento acerca da temática. O próprio Leonardo Secchi reconhece que, apesar do fato das fases do ciclo operarem de forma sequenciais e interdependentes, o ciclo raramente reflete a real dinâmica da Política, pois além de ser complexo estipular precisamente quando ela começa e termina, as fronteiras entre seus estágios não são tão nítidas.

Mesmo assim, o Programa Mais Médicos oferta elementos em seu curto processo histórico que se aproximam dos esboços traçados pelos autores que propõem um olhar cíclico para as Políticas Públicas. Por mais que Howlett e seus colaboradores denominem o primeiro estágio como “Montagem da Agenda”, enquanto Secchi chama este de “Identificação do Problema”, ambos os autores se alinham ideologicamente, pois aquele também afirma que esta etapa é disparada pelo reconhecimento e definição de um “Problema”. Esta afirmação corrobora com o modelo lógico proposto no desenho metodológico desta dissertação, adaptado de Mertens & Wilson (2012), onde o “Problema” (ou “Questão”) está localizado no centro da figura, juntamente com as “Necessidades da População”.

Praticamente, todos os documentos públicos que instituem e definem o Programa Mais Médicos, sejam eles de natureza legal ou normativa, evidenciam o problema da escassez e da desigualdade na distribuição de médicos pelo país. A constatação e o reconhecimento do problema público por parte do Governo Federal, amparados em estudos como o de Giradi *et al* (2010), que propõem a construção de um índice para caracterizar a escassez médica brasileira, foram feitos de modo a associar a “Questão” às necessidades da população, uma vez que a carência de

²⁰ Para melhor compreensão, as representações dos ciclos propostas por Secchi (2013) e Howlett *et al* (2013) podem ser visualizadas no Anexo VI.

profissionais de saúde está diretamente ligada a barreiras no acesso da população a serviços de saúde.

Imbuído pelo dever constitucional de assegurar ao cidadão brasileiro o exercício do direito à saúde de forma universal e igualitária, o Estado (na figura do Governo Federal) passa a estruturar os componentes relacionados à montagem da agenda. Secchi, *apud* Cobb & Elder (1983), define a agenda política como: “conjunto de problemas ou temas que a comunidade política percebe como merecedor de intervenção pública”. No modelo lógico *Theory-based* esta fase está associada aos “Fatores Influentes”, onde se encontram os componentes catalisadores para o agente público tomar iniciativas frente ao problema. As manifestações populares e o movimento “Cadê o médico?”, organizado pela Frente Nacional dos Prefeitos, se constituem em exemplos de fatores influentes na formação da agenda política e, neste caso, como prevê Tarrow (2004), funcionaram também na criação da oportunidade política para a intervenção do agente público.

Conforme abordado anteriormente, desde 1970 o Brasil já possuía Programas que visavam o combate à escassez médica com focos em regiões prioritárias, sendo que as últimas duas iniciativas (o abatimento da dívida do Fies e o PROVAB) foram elaborados já no governo da Presidenta Rouseff. Entretanto, conforme descrevem Oliveira *et al* (2015) estas medidas não atingiram a magnitude necessária para suprir toda a demanda identificada pelos gestores municipais, provocando os governantes a pensar em novas estratégias para lidar com o problema. Segundo Carvalho (2014), antes mesmo de anunciar publicamente o Programa Mais Médicos, já havia uma equipe no Governo Federal imbuída de formular novas alternativas de enfrentamento que, baseadas em experiências internacionais, utilizassem a força de trabalho médica de outros países, ao mesmo tempo que intervissem mais diretamente na regulação da formação profissional e no mercado de trabalho. Dentro do ciclo das políticas públicas, este contexto se encaixa na fase da “Formulação de Alternativas” (Secchi, 2013) ou da “Formulação da Política” (Howlett *et al*, 2013), fase esta que é análoga ao item “Suposições” no modelo lógico de Mertens & Wilson (2012).

Decorridos dois anos da criação do Programa Mais Médicos, o momento atual já pode ser encaixado na “Fase de Avaliação” do ciclo da Política, pois, segundo os autores supracitados, a “Implantação” finda à medida que iniciam os primeiros esforços avaliativos, que correspondem ao bloco dos “Resultados” no modelo lógico *Theory-based*. No livro comemorativo lançado para marcar os dois anos de existência do Programa (SGTES, 2015) o Governo Federal admite e explicita a necessidade de avaliar o PMM e tornar público seus resultados. O documento, inclusive, já traz as primeiras conclusões de pesquisas focadas nos três grandes eixos do Programa, além

de informações acerca das medidas diversas adotadas pelo governo para atingir os objetivos traçados.

Diferentemente do eixo da formação profissional, que tem por objetivo atingir o índice de 2,7 médicos/mil habitantes no ano de 2026 e de ofertar 1,34 vagas em cursos de Medicina para cada 10 mil habitantes já em 2018, os documentos que oficializaram a criação do PMM não definiram de forma precisa as metas para o eixo do provimento emergencial, apenas diretrizes gerais que se relacionam com a alocação de médicos em áreas prioritárias. Por mais que haja critérios para definir que áreas são estas, este autor não encontrou documentação publicamente disponível que aponte, por exemplo, quais são os resultados iniciais esperados na assistência direta à população. Diferentemente do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), que estipula metas claras para trabalhadores e gestores da Atenção Básica, o Programa Mais Médicos parece não ter preenchido esta lacuna. Todavia, a publicação comemorativa do biênio do Programa dedica uma parte inteira à explanação dos resultados alcançados dentro do eixo do provimento emergencial. Nela, o Ministério da Saúde não aborda somente a lotação dos médicos nas áreas de maior carência, mas também resultados relacionados: ao processo de trabalho das equipes; à satisfação de usuários, gestores e dos próprios médicos; à infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde; à expansão da cobertura da Estratégia Saúde da Família, e; à ampliação da oferta assistencial.

Consta também no documento que o relatório parcial produzido pelas Instituições imbuídas das pesquisas avaliativas do PMM alerta que do ponto de vista da análise de impacto nos indicadores de saúde, dois anos de existência de uma intervenção é muito pouco tempo para avaliar seu impacto. Esta afirmação contribui para amparar a decisão deste autor a utilizar o termo *output*, ao invés de *outcome*, como correlato de resultados iniciais. Outro alinhamento encontrado foi de categorizar a análise da cobertura da ESF como parte integrante destes *outputs* atingidos pela via do provimento emergencial dos médicos.

Também haveria sintonia, caso a análise das informações oriundas do SIAB não tivesse sido excluída deste trabalho. Optou-se, entretanto, pela retirada deste componente, não somente pelas diversas limitações e inconsistências encontradas no conteúdo e no manuseio das bases, mas principalmente pela fragilidade dos indicadores, no tocante à falta de coerência com os objetivos do trabalho e à validade do estudo.

O Ministério da Saúde parece discordar desta abordagem, pois menciona resultados que foram extraídos dos registros de produção dos médicos e de suas equipes. Consta no portal oficial do Programa (acessado em 15/12/2015), a menção

de um parecer do Tribunal de Contas da União (TCU) que reportou um aumento mensal de 33% no número de consultas médicas nos municípios participantes do Programa, enquanto nos demais municípios este aumento foi de 15%. O TCU, no entanto, contesta a seleção dos indicadores utilizados pelo Ministério da Saúde para verificar a implantação, os resultados e o impacto do PMM, afirmando que eles se referiam à evolução das consultas médicas e não contemplavam as repercussões do Programa sobre as internações por causas sensíveis à Atenção Básica. Outrossim, o relatório também lista as mesmas inconsistências do SIAB apontadas na Metodologia deste estudo.

Resgatando novamente o livro comemorativo de dois anos do PMM, este complementa que o número de consultas cresceu não somente porque existem mais equipes, mas também porque os profissionais do PMM oferecem mais consultas médicas e procedimentos coletivos em um mesmo dia de atuação. Ainda se referindo ao eixo do provimento emergencial, o MS aponta que houve redução perceptível no número de internações hospitalares por causas sensíveis à Atenção Básica em âmbito nacional e nas regiões geográficas. No âmbito municipal há dois cenários paralelos: um de tendência geral de redução das internações e outro que registra um aumento pontual nos municípios de maior vulnerabilidade, sugestivo da ampliação do acesso.

Toda a Teoria e os fundamentos da Atenção Primária à Saúde, tão bem elucidados na obra de Starfield (2002), vão ao encontro destes achados. Segunda a autora, e tantos outros pesquisadores da área, 80% dos problemas de saúde da população podem ser resolvidos no âmbito da APS, portanto, é de se esperar que o número de internações realmente diminua, à medida que a Atenção Básica se fortaleça, pois resultados neste sentido foram bem demonstrados em estudos como os de Guanais & Macinko (2009) e Ceccon *et al* (2014). Também há coerência na afirmação de que um aumento pontual no número de internações hospitalares em municípios vulneráveis possa ser explicado pelo acesso ampliado a partir da chegada dos médicos, pois localidades que sofrem dificuldade na fixação (ou retenção) de profissionais da Atenção Básica frequentemente costumam apresentar demandas reprimidas nos outros níveis de saúde (Vujicic *et al*, 2010).

Apesar de toda a fundamentação teórica, as afirmações são feitas de forma ampla e genérica, sem também explanar as metodologias utilizadas para chegar nestas conclusões. Ademais, quando os resultados são apresentados de forma objetiva e direta, como no caso do aumento de 33% no número de consultas, não se faz referência sobre quais eram as metas traçadas pelo Programa. Desta forma, não fica claro se este aumento é um resultado positivo, negativo ou neutro. Tampouco se produz associação com os possíveis efeitos gerados por este crescimento da oferta de

consultas médicas. Além do mais, o mesmo parecer do TCU que chegou a este resultado, também encontrou evidências que demonstraram uma diminuição na produção de consultas médicas em 25% dos municípios que foram auditados (TCU, 2014).

Demonstrar resultados de uma intervenção sem relacioná-las necessariamente ao que se esperava dela, ou mesmo sem haver definido com clareza os objetivos e metas, faz com que o processo de avaliação perca sentido prático ou forneça informações imprecisas para a tomada de decisões (Patton, 2011). Esta é uma situação bem comum em avaliações dentro um modelo organizacional classificado por March & Olsen (1984) como “modelo da lata de lixo”. Segundo os autores, as avaliações inseridas neste modelo não costumam seguir percursos lineares entre a identificação do problema até o apontamento dos resultados, levando a um desfecho comum de propor soluções antes mesmo da identificação do problema. Estas dificuldades, habituais no contexto brasileiro, surgem, em grande parte, como consequência de seguir “customizações” sem necessariamente o programa ter atingido o estágio de maturidade necessário (ou a fase precisa do ciclo), ou ainda pela ausência de análise prévia do grau avaliabilidade dos programas (Januzzi, 2011). Chen (2005), para além de corroborar com os autores acima, adiciona a reflexão acerca da importância de se formular um construto teórico coeso que seja capaz de inter-relacionar epistemologicamente causa e efeito, problema e solução (*Theory-driven Evaluation*).

O fato do eixo do provimento emergencial do PMM carecer de maiores definições acerca de seus objetivos e metas não quer dizer necessariamente que os resultados apontados não sejam verídicos ou ainda que não sejam consequência direta da sua ação. É que, segundo os fundamentos da Teoria da Avaliação de Programas (TAP), para atestar que um determinado efeito é causa da intervenção realizada, é preciso seguir uma série de medidas que necessariamente perpassam pela definição do que se prevê alcançar com esta intervenção (Funnel & Rogers, 2011). Sob este prisma, se excluídos os *outputs* assistenciais consequentes à chegada dos médicos (a exemplo do número de consultas), os resultados iniciais referentes ao provimento emergencial propriamente dito (e não ao “eixo” do provimento) ficam mais nítidos, pois seus objetivos são delimitados pela alocação dos médicos em áreas prioritárias previamente definidas. Esta afirmação é feita com base tanto nos resultados encontrados nesta dissertação, quanto por achados de outros autores que pautaram o componente do provimento médico emergencial do PMM.

8.2 Os objetivos do provimento emergencial foram atingidos?

A fusão dos dois programas de provimento do Ministério da Saúde (PROVAB e Mais Médicos) possibilitou que o número de inscritos ultrapassasse a quantidade de 18 mil profissionais. Esta quantidade ultrapassa em 28,5% a demanda de 14 mil vagas solicitadas pelos gestores municipais brasileiros no lançamento do Programa em 2013 (Pinto *et al*, 2014), sendo que em agosto de 2015 os profissionais do PMM representavam 85% do total de médicos inscritos em ambos os Programas. Os números demonstram que realmente foi necessária uma intervenção nova para superar os quantitativos que vinham sendo alcançados nas edições anteriores do PROVAB, conforme descrevem Oliveira *et al* (2015). Não fosse pelos 15.800 médicos do PMM acrescidos ao PROVAB (73,5% destes oriundos da cooperação com Cuba), somente 20% das vagas iniciais seriam preenchidas. Este percentual aumentaria para 37,6% se fossem incluídos os médicos do perfil CRM Brasil. Mesmo assim, haveria 13 mil vagas que não seriam preenchidas pela insuficiência de médicos formados em instituições de ensino brasileiras.

A estratégia de contar com a Força de Trabalho de profissionais graduados fora do Brasil foi, portanto, imprescindível para que o Programa atingisse o atual número de profissionais inscritos. Porém, mais do que mencionar a importância da força de trabalho estrangeira, é preciso enfatizar a representatividade dos médicos cubanos na amostra geral. Se a vinda de médicos estrangeiros ocorresse sem a cooperação internacional firmada com governo cubano, o PMM teria apenas 750 médicos a mais de outras nacionalidades²¹ (4% do total), deixando de contar com 11.620 cubanos que estão atuando em 86% dos municípios inscritos no Programa. Outro dado que merece destaque com relação aos cubanos é que eles foram massivamente lotados nas localidades mais vulneráveis: ocuparam 88% das vagas disponibilizadas nos Distritos Sanitários Indígenas e 71% nos municípios de extrema pobreza. Estas áreas, segundo Girardi *et al* (2011), apresentam historicamente os maiores índices de escassez médica no país e, portanto, não fosse pelos médicos cubanos, os seus habitantes muito provavelmente seguiriam desprovidos de assistência médica na Atenção Básica.

A iniciativa de recrutar médicos estrangeiros não é uma peculiaridade brasileira. Dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE, 2013) mostram que países desenvolvidos com sistemas universais de saúde, a exemplo do Reino Unido e do Canadá, também adotaram esta medida com o intuito de ampliar o acesso à saúde da população em áreas rurais e remotas e hoje contam

²¹ Os brasileiros formados no exterior, que formam o perfil dos intercambistas juntamente com os médicos de outras nacionalidades (excluindo a cubana), somam 793 e representam 4,3% do contingente total.

com 37% e 20% da sua força de trabalho médica total, respectivamente, formada por profissionais oriundos de outras nações. Austrália e Estados Unidos, por sua vez, possuem 26% e 28%, respectivamente, de médicos estrangeiros.

Os médicos que se inscreveram pela via do PROVAB apresentam características bem peculiares no que concerne à idade de seus representantes. Enquanto a média de idade geral foi de 38,3 anos (com desvio padrão de 9,54), o valor entre os médicos do perfil PROVAB foi quase 10 anos menor: 28,2 anos (DP=3,93). De acordo com o relatório da demografia médica do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2013), a média geral dos médicos é de 46,2 anos (DP=14,6), sendo que os indivíduos com até 39 anos de idade representam 40,6% dos médicos ativos no país, razão pela qual a base da pirâmide etária médica possui sua base expandida. No Programa Mais Médicos, a proporção de médicos registrada para esta faixa etária foi de 56%. O relatório ainda complementa que a projeção da pirâmide para o futuro é de um alargamento basal ainda maior, em virtude da combinação de duas tendências: aumento no número de egressos de Medicina pela expansão no número de vagas e cursos, e tendências na democratização do acesso ao nível superior.

Além de predominantemente jovens, os médicos do perfil PROVAB representam 43,4% dos médicos de nacionalidade brasileira em ambos os programas de provimento. Esta informação, aliada aos dados que atestam a tendência da *juvenização* médica no país, reforçam a ideia de que a escolha de oferecer a bonificação na prova de residência médica é uma boa alternativa para atrair médicos brasileiros, principalmente os mais jovens.

Diferentes mecanismos de atração tem sido amplamente utilizados tanto no Brasil (nas esferas estadual e municipal), quanto em outros países que também optaram por intervenções para lidar com o problema da falta de profissionais em determinadas regiões (Carvalho & Souza, 2013). Em estudo que avaliou a rotatividade dos médicos no Estado de São Paulo, Campos & Malik (2008) concluem que os incentivos financeiros são insuficientes para motivar os médicos a se apresentar para a contratação em áreas mais remotas ou com alto grau de vulnerabilidade social. Campos, Girardi & Machado (2009) reconhecem a importância do fator financeiro, complementando que os profissionais não se deslocam apenas por vocação ou idealismo, porém deixam claro que é preciso haver complementação de outros mecanismos como a oferta de educação permanente. Tal afirmação é reforçado pelo trabalho de Viscomi, Larkins & Gupta (2013) que, ao revisar os mecanismos de recrutamento de *General Practitioners* (generalistas) para atuar em áreas remotas da Austrália e do Canadá, concluíram que o fator que mais apresentou associação com a

atração do médico foi o incentivo à continuidade da formação através de bolsas de estudo.

Em relação à distribuição por sexo, à exceção de cenários específicos, as mulheres representam a maioria dos profissionais presentes no Programa Mais Médicos (55,5%). O sexo feminino também representa a maioria em todas as regiões geográficas analisadas separadamente, e em 22 das 27 Unidades Federativas do país. Entre as faixas etárias o padrão também se repete, à exceção dos indivíduos com 60 anos ou mais, onde os homens representam 67,3% dos 300 médicos registrados nesta faixa. Contudo, as mulheres são 61,3% dos médicos com menos de 30 anos, e 58,2% dos médicos até 39 anos. Considerando as proporções em cada perfil, as mulheres só não são maioria dentro dos perfis CRM Brasil (48,4%) e entre os médicos graduados em outros países (46,7%).

Estes achados corroboram com o trabalho de Machado *et al* (2006), que abordam o fenômeno da feminização do setor saúde e também com a análise da Demografia Médica (CFM, 2013), que aponta que desde 2009 as mulheres superam os homens no ingresso em cursos de Medicina no Brasil. Na década de 70 as mulheres representavam aproximadamente 40% dos médicos, enquanto que no caso dos enfermeiros e técnicos em geral, os percentuais eram de 95% e 77%, respectivamente. A participação das mulheres do setor saúde neste período era, portanto, concentrada nas profissões de nível técnico e na Enfermagem. (Machado *et al*, 2006). Progressivamente nas décadas seguintes, o contingente feminino passou a ter maior participação no nível superior em outras áreas no Brasil, incluindo a Medicina. Mário Scheffer, coordenador da pesquisa da Demografia Médica Brasileira (CFM, 2013), afirma que a feminização na Medicina é um fenômeno global e positivo, pois a igualdade entre homens e mulheres nas profissões é um indicador de desenvolvimento de uma nação.

Em artigo de opinião, Santos, Costa e Girardi (2015) ultrapassam a questão da desigualdade e pautam o Programa Mais Médicos como um ação efetiva para reduzir as *iniquidades em saúde*²². Contrapondo o artigo opinativo de Ribeiro (2015) intitulado: “Programa Mais Médicos: um equívoco conceitual”, os autores concluem que o PMM foi efetivo ao provisionar médicos para as regiões mais iníquas do país. Utilizando o índice proposto pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/UFMG), eles constataram que a distribuição dos médicos fez reduzir o número de municípios com

²² Segundo os autores, as iniquidades na saúde são resultado do fracasso em superar as desigualdades na forma de injustiça social ou infração aos direitos humanos; elas têm suas raízes fincadas na estratificação social.

escassez médica na APS em 53,5% entre março de 2013 e setembro de 2014, com resultados mais expressivos para as regiões Norte e Nordeste.

O presente trabalho encontrou resultados semelhantes ao estudo supracitado. De maneira geral, sem entrar no mérito dos critérios de prioridade ou do índice de escassez da ESPM/UFMG, as regiões com a maior proporção de seus municípios contemplados foram Norte (82%) e Nordeste (78%), ao passo que o quadro nacional mostra que o PMM alcançou 73% dos municípios brasileiros. Este é exatamente o percentual de cobertura municipal informado no Portal do Governo Federal (acessado em 15/12/2015), porém, com diferença no número absoluto: 18.240 médicos, de acordo com o Portal, e 18.425 na competência de agosto de 2015, segundo as bases consultadas.

Norte e Nordeste também foram as regiões que proporcionalmente mais receberam médicos, tomando como referência as populações de seus Estados. Considerando exclusivamente os médicos do PMM e adotando o método de cálculo do índice mundialmente utilizado para medir a quantidade de médicos numa determinada população, a região Norte teria 0,13 médicos para cada mil habitantes e o Nordeste, 0,12. Quando a análise é feita com base nos indicadores de renda domiciliar per capita e rendimento médio real do trabalho principal (MPOG, 2013), as duas regiões registram os piores resultados do país, porém, neste caso com a região nordeste tomando a frente do norte. Esta disposição se repete quando substituído o fator “renda” pelo Índice de Desenvolvimento Humano dos Municípios (IDHM), conforme demonstrou o Gráfico 4 na seção dos resultados.

Todos esses resultados, fortalecem a hipótese de que, de fato, o PMM se aproximou do objetivo de prover médicos para as regiões mais vulneráveis do país. A confirmação, porém, deve vir permeada pela ótica do provimento no âmbito municipal, uma vez que os critérios de prioridade foram definidos tendo como unidades de análise os municípios e as localidades mais vulneráveis das cidades brasileiras. Sob este olhar os resultados do PMM novamente demonstram alinhamento com os objetivos traçados. Entre todos os perfis prioritários, o que recebeu a menor proporção de médicos foi o dos “Demais municípios”, com 64,4% de seus municípios contemplados. Em todos os demais perfis o percentual foi superior a 80%, sendo para os Distritos Sanitários Indígenas, o resultado foi de 100% (o que confirma a informação repassada pelo Portal do Programa, de que todos os 34 DSEI receberam médicos).

Abre-se aqui um parêntese para comentar esta questão dos perfis prioritários. A base de dados fornecida pela SGTES no dia 30/09/2015 continha uma relação diferente da lista de municípios prioritários divulgada originalmente. Sabe-se que foram

feitas ao menos três revisões nesta relação por meio de portarias e editais, gerando alterações no enquadramento dos municípios por perfil. Com vistas a padronizar a lista e não gerar equívocos na análise dos dados, optou-se por utilizar os critérios estabelecidos pela Portaria 1.369 de 8 de Julho de 2013 e a relação original dos municípios, publicada no Edital nº 38, de 8 de Julho de 2013. Admite-se, portanto, a possibilidade dos resultados se diferirem de outros estudos ou de números divulgados pelo governo neste quesito.

Apesar destas discrepâncias, a tendência é que os resultados se aproximem cada vez mais do propósito central de prover médicos para as localidades mais vulneráveis, pois ao incluir outros critérios e referenciais para classificar os municípios por vulnerabilidade, os números mostram um quadro ainda mais positivo. Por exemplo, considerando a lista original, 59,5% de todos os municípios do Brasil foram enquadrados no perfil “demais municípios” (vide tabela 16). Ao incorporar os municípios contemplados pelo Programa e que estão na lista do grupo I do PAB Fixo ou que contenham áreas de alta concentração de pobreza, o percentual de municípios contemplados enquadrados fora das prioridades cai para 18,1%, que representa uma diferença significativa (vide tabela 19).

Mesmo com as evidências favoráveis, é preciso mencionar que, referenciando a lista original das prioridades, 15% dos municípios do perfil extrema pobreza e 18% das cidades localizadas nas regiões metropolitanas não contam com nenhum médico do PMM. Apesar do percentual ser maior no segundo caso, a situação que mais chama a atenção é a dos municípios com alta concentração de pobreza, pois a fixação de médicos nestas regiões é historicamente menor que nos centros urbanos (Maciel Filho, 2007). Araújo & Maeda (2013) em estudo que analisa mecanismos de recrutamento de médicos em países em desenvolvimento, constataram que localidades que apresentam baixos índices de renda per capita têm 14 vezes menos chances de manter um médico atuando no mesmo posto de trabalho por mais de um ano.

Por mais que a quantidade de municípios prioritários contemplados possa variar a partir do referencial utilizado, é válida a insistência em identificar os casos onde as lacunas assistenciais se apresentem de forma mais grave. Por exemplo, dados preliminares produzidos pela ESPM/NESCON/UFMG para pesquisa de avaliação de impacto do Programa Mais Médicos, mostram que existiam 281 municípios no Brasil no ano de 2014 que continuavam apresentando escassez médica mesmo após terem recebido médicos do PMM (disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Pesquisa_Andamento/Impacto_Programa_Mais_Medicos.pdf).

Em casos como estes, se é que eles ainda persistem, recomenda-se que as entidades responsáveis considerem a possibilidade de remanejamentos. Não obstante, mesmo adotando condutas conservadoras nas análises do provimento, é notório que a alocação dos médicos privilegiou as regiões e localidades mais vulneráveis do país. Destaca-se também que estes resultados não teriam ocorrido neste prazo, caso o Programa tivesse sido implantado sem o eixo do provimento emergencial, sobretudo pelo dispositivo que permite a atuação temporária de médicos formados em instituições estrangeiras e a cooperação com o governo cubano.

8.3 Que efeitos o provimento emergencial de médicos provocou na cobertura da Estratégia Saúde da Família?

O fato de 15.216 médicos (82,6%) terem sido alocados na ESF colabora com a premissa de que a Saúde da Família é a principal forma de organização da Atenção Básica no Brasil, reforçando assim a opção metodológica deste estudo em concentrar a avaliação dos resultados do PMM neste recorte. Ademais, a literatura revisada que pauta a AB no Brasil (seja nacional ou internacional) claramente dá destaque à ESF, em detrimento a outras formas e modelagens de organização.

Muito embora a pesquisa não tenha encontrado um parecer oficial do Ministério da Saúde, ou declaração que esclareça o porquê de 8,4% dos médicos não estarem devidamente registrados em nenhum estabelecimento de saúde, justifica-se a ênfase nestes achados, pois os mesmos abrem margem para possíveis descumprimentos de normas claras do Programa. Não foram encontradas evidências nas fontes pesquisadas que explicassem estes números, desta forma, é impossível afirmar aqui que este contingente esteja atuando fora das regras, pois a ausência da informação no sistema não significa necessariamente que estes médicos não estejam atuando na ESF ou mesmo na *Atenção Básica Tradicional*. Quanto aos 146 médicos comprovadamente cadastrados em estabelecimentos inválidos (fora do âmbito da Atenção Básica), para estes casos há uma urgência deflagrada em sanar os problemas para que a credibilidade do Programa não seja questionada.

Ao todo, foram encontrados 3.209 médicos fora de equipes de Saúde da Família, o que representa 17,4% da amostra global. No entanto, dentre estes, 1.510 (8,2%) estavam comprovadamente cadastrados em estabelecimentos de saúde válidos para o Programa. Se eles não estavam na ESF, mas estavam na Atenção Básica, logo, deduz-se que este quantitativo esteja atuando na *Atenção Básica Tradicional*.

Ressalta-se a importância dessa contextualização, pois nela há uma associação direta entre o PMM e a cobertura da ESF, já que, caso estes médicos estivessem atuando em equipes de Saúde da Família localizadas em áreas desassistidas, a população estimada coberta seria ampliada para mais de cinco milhões de habitantes²³.

No Portal do Governo Federal (acessado em 15/12/2015), consta a seguinte informação: “agora são 134 milhões de brasileiros atendidos pelo Saúde da Família”. Na verdade, de acordo com as análises deste estudo, este quantitativo é 4,5% maior, atingindo mais de 140 milhões de pessoas. Entretanto, é preciso avaliar outros elementos antes de determinar a causalidade do PMM no aumento da cobertura populacional da ESF.

Os registros históricos da ESF demonstram que seu período de maior expansão ocorreu na transição entre os séculos e durante o primeiro quinquênio dos anos 2000, quando a taxa média de crescimento anual da cobertura populacional no país era superior a 5%. Constata-se também que este crescimento foi inicialmente marcante nos municípios de pequeno e médio porte localizados, principalmente, na região Nordeste. Sousa *et al* (2014) e Machado (2007a) atribuem esta expansão a dois principais fatores: à regulamentação normativa da Saúde da Família (até então na forma de Programa), e a criação de mecanismos de transferência direta de recursos do governo federal para os fundos municipais de saúde.

Ao longo dos anos, além do aumento do valor nas formas de repasse existentes, outras modalidades de transferência de recursos da esfera federal para a municipal na Atenção Básica foram incorporadas. Segundo Mendes (2013), o grau de adesão dos municípios às políticas de âmbito nacional é fortemente influenciado, entre outros fatores, pela presença de incentivos financeiros. Castro & Machado (2010), reportam que estes incentivos, no período auge da expansão da ESF, correspondiam a cerca de 60% dos gastos municipais com a Atenção Básica, ou seja, o governo federal arcava com a maior parte das despesas na AB, mesmo ela estando sob o comando da gestão municipal. Com o passar dos anos esta relação se inverteu, até que em 2011 os municípios passaram a arcar com 64% dos gastos (Vieira & Servo, 2013)

Foi exatamente no ano de 2011 que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) passou por uma reedição, possibilitando novas formas de configuração das equipes da ESF com garantia de mais recursos financeiros. Dentre as novas incorporações, destacam-se o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (*Requalifica UBS*) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da

²³ Número obtido pela multiplicação entre o número de médicos lotados na AB Tradicional (1.510) e o parâmetro de cobertura média de cada equipe de Saúde da Família (3.500): $1.510 \times 3.500 = 5.285.000$.

Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) que, somados, representaram um incremento de 37% do orçamento federal da Atenção Básica em dois anos (Pinto *et al*, 2012).

Este incremento, projetado até 2014, seria capaz de reduzir o gasto municipal com AB em aproximadamente 25% (Vieria & Servo, 2013). Embora neste período o cenário da APS no Brasil tenha se reconfigurado a partir desse conjunto de ações previstas na PNAB de 2011, o aumento de recursos não foi convertido em um crescimento significativo do número de equipes implantadas, tal qual ocorreu 10 anos antes. Por mais que outras modalidades de equipes previstas na nova PNAB tenham ampliado o acesso à saúde para grupos específicos em situação de vulnerabilidade (a exemplo dos ribeirinhos e a população em situação de rua), para efeitos do cálculo que consta no Histórico de Cobertura da Saúde da Família, o crescimento foi inferior a 1% ao ano entre 2011 e 2013 (vide tabela 21).

Entre os anos de 2013 e 2015, na contramão da tendência, o crescimento da proporção estimada da população coberta pela ESF aumentou 8,3 pontos percentuais, que corresponde a um aumento de 15,7% em relação à população coberta em 2013. Isso significa dizer (em termos estimativos) que mais 19,06 milhões de brasileiros passaram a ser atendidos por 5.447 equipes de Saúde da Família que, ou foram criadas (novas equipes), ou foram recadastradas no sistema por estarem completas com a chegada do médico. Efeitos semelhantes foram constatados nas regiões geográficas, com destaque para as regiões Norte e Nordeste (vide gráfico 12).

Muito embora a ampliação da cobertura da ESF durante o período do Programa Mais Médicos tenha alcançado uma população que representa 13,5% de todos os habitantes do país, é preciso investigar mais a fundo outras variáveis que interferem nesta equação, pois o resultado pode variar a medida que mais elementos sejam incorporados. Por exemplo, se 15.216 médicos do Programa foram alocados na ESF, resta saber o porquê das 9.769 equipes que receberam médicos do PMM não se enquadrarem na expansão da estratégia.

Há várias hipóteses para explicar este achado de que 63,6% dos médicos que foram lotados em eSF não estão associados à expansão da cobertura. Este trabalho pretende abordar algumas destas possíveis explicações, levando em consideração tanto o embasamento teórico, quanto evidências levantadas a partir da lógica operacional de funcionamento do Programa. Não obstante, registra-se que é preciso fomentar novas investigações para aprofundar o tema de forma a contemplar uma análise mais precisa e consistente.

Antes de discorrer sobre as possíveis explicações, é preciso esclarecer que este aumento de 15,7% na população coberta é o mínimo possível (considerando as fontes

desta pesquisa). Existe uma considerável probabilidade da expansão da ESF ser ainda maior, já que 8,4% do total de médicos inscritos ainda não estavam cadastrados nem em estabelecimentos de saúde, nem em equipes de Saúde da Família - até a competência de agosto de 2015.

A primeira hipótese se fundamenta na suposição de que os médicos já estejam atuando na Saúde da Família, porém não tenham sido inseridos no sistema pelo gestor local. Esta suspeita é reforçada por três alternativas bem comuns dentro da lógica operacional de cadastramento das equipes (“Passo-a-Passo do DAB” – Departamento de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudopublicacoes/passo_a_passo_dab):

- 1) *Cadastramento de uma nova equipe*: para poder receber os incentivos providos pelo Fundo Nacional de Saúde destinados às equipes de Saúde da Família, o gestor municipal precisa receber uma autorização do Ministério da Saúde para implantar uma nova equipe. Porém, antes de enviar a solicitação para o MS a abertura desta equipe deve ser aprovada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). O MS avalia o pedido e, se o município estiver de acordo com estes critérios, a equipe é cadastrada no sistema e credenciada a receber os recursos. Todo este processo leva uma média de três meses para ser concluído;
- 2) *Recredenciamento de equipes*: equipes podem ser descredenciadas caso tiverem descumprido alguma das normas constantes na PNAB (2011), como, por exemplo, funcionarem sem médicos por mais de 90 dias consecutivos. Para recredenciar a equipe o gestor precisa comprovar que a equipe está completa novamente, inserindo o médico no sistema de informação (SCNES). Este processo costuma levar entre um a dois meses;
- 3) *Desconhecimento das normas por parte do gestor*: a alternância entre os gestores municipais é uma realidade no Brasil, bem como a escassez de cursos preparatórios ou processos de formação específicos na área (Fertonani *et al*, 2015), portanto, não é incomum que as equipes atendam à população durante um tempo sem estarem devidamente cadastradas no SCNES.

Levando em consideração que mais de 4 mil médicos ingressaram no PMM no 6º ciclo, ocorrido em Março de 2015 (vide tabela 1), e que eles passam um tempo em processo de formação antes de começarem a atender a população, é esperado que

haja *gaps* entre o início da atuação e a inclusão completa deste profissional no sistema.

A segunda hipótese está relacionada ao *turnover* ou rotatividade dos médicos. Campos & Malik (2008) relatam que a rotatividade é dos principais problemas para a efetivação da ESF, uma vez que o modelo é fortemente baseado no vínculo dos profissionais das equipes com os usuários. Afirmam também que a rotatividade no Brasil começa a atingir níveis preocupantes a partir da década de 1980, com um aumento na migração de profissionais para outras áreas. Este aumento migratório ao longo dos anos (descrito também por Connel & Walton-Roberts, 2015), contribuiu para o fato de haver um grande número de equipes que, ora contam com um médico, ora estão incompletas. Enquanto estes pesquisadores associam fortemente o problema aos índices de satisfação dos profissionais no trabalho, Maciel Filho (2007) atribui a alta rotatividade na ESF à diversidade dos vínculos, dos níveis salariais e dos direitos trabalhistas, apontando soluções intersetoriais e interfederativas para sanar o problema.

Medeiros *et al* (2010), concordando com os motivos expostos em ambos os trabalhos supracitados, descrevem que “*a rotatividade não é causa, mas a consequência de fenômenos localizados interna ou externamente à organização*”. Em estudo que titularmente rotula a rotatividade de médicos e enfermeiros a um impasse na implementação da Estratégia Saúde da Família, as autoras encontram uma tendência de aumento na rotatividade dos médicos à medida que são implantadas mais equipes de Saúde da Família ao longo dos anos, ou seja, quanto maior for a expansão da ESF, maior será a tendência de rotatividade.

Outro ponto de concordância entre Medeiros *et al* (2010) e Campos & Malik (2008) é que, em decorrência da escassez médicos para ocupar todos os postos de trabalho, os gestores “disputam” os poucos profissionais existentes através de subterfúgios como redução da jornada de trabalho sem implicações salariais. Como consequência, além de equipes sem médicos, existem equipes com “frações” de médicos.

Toda organização possui um grau de alternância de seus trabalhadores e, até determinado ponto, a troca de membros de uma equipe pode ter resultados benéficos (Medeiros, *et al*, 2010). Campos & Malik (2008), citam estudos que associam prejuízos financeiros e comprometimento da qualidade do serviço com níveis de rotatividade de trabalhadores superiores a 26%.

Todos estes trabalhos evidenciam historicamente a existência da rotatividade de médicos e seus impactos negativos para a Estratégia Saúde da Família. Desta forma, é plausível conjecturar que parte dos motivos para a cobertura populacional da ESF

não ter expandido ainda mais com a chegada dos profissionais do PMM possa ser creditada à questão da rotatividade dos médicos. Entretanto, vale ressaltar que, apesar do referencial bibliográfico pesquisado reforçar a hipótese da associação negativa entre rotatividade de médicos e a cobertura da ESF, são necessárias mais pesquisas para aprofundar o tema e calcular de forma mais precisa a magnitude do problema.

Por fim, é preciso também levantar alguns questionamentos acerca do próprio *Histórico de Cobertura da Saúde da Família*, disponibilizada de forma pública e aberta no sítio virtual do Departamento de Atenção Básica (DAB/MS). Por mais que a iniciativa de oferecer uma ferramenta de consulta e pesquisa com livre acesso seja extremamente louvável, este autor fortemente recomenda que sejam feitas revisões técnicas e de conteúdo, a fim de otimizar sua funcionalidade e atualizar os dados disponíveis. Além de estar desalinhada em relação aos dados populacionais do IBGE, o parâmetro de referência para a cobertura de cada equipe (parte essencial da fórmula de cálculo) apresenta variações entre os anos. Para realizar esta pesquisa as devidas correções foram feitas, porém estas sugestões propostas podem melhorar o uso e a aplicação da ferramenta, sobretudo para quem objetiva realizar consultas rápidas no sistema.

A sugestão de revisão no conteúdo diz respeito justamente ao parâmetro de cálculo de utilizado para a cobertura de cada equipe (1/3.500 habitantes). Consta na PNAB (2011) que cada equipe deve se responsabilizar por uma população de três a quatro mil pessoas. Nota-se, portanto, que atribuiu-se às equipes um parâmetro de cobertura baseado na média aritmética entre os extremos de cobertura determinados pela PNAB. No entanto, documentos outros utilizados pelo próprio Ministério da Saúde, tais como o *Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – 2013 a 2015* (SGEP, 2013), sugerem o parâmetro de 1/3.000.

Segundo Franco & Mehry (1999), a equipe de Saúde da Família possui adscrita a si, uma população específica de determinado território, de forma a articular fortemente a ideia do *vínculo*. Este, por sua vez, tem como princípio a constituição de referências dos usuários para com os trabalhadores ligados à equipe, devendo estes se responsabilizar pelo cuidado prestado à sua clientela. Desta forma, quanto menor for a população adscrita à equipe, maiores são as chances deste vínculo se formar, ser fortalecido e, conseqüentemente, do cuidado ao usuário apresentar maior qualidade.

Sabe-se também que o *mundo real* não obedece a cartilhas, normas e manuais. A dinâmica viva do território não segue cartesianamente os parâmetros estabelecidos pela PNAB, de forma que a população adscrita de cada equipe apresenta grandes

variações no Brasil (Lotta, 2010). Frequentemente encontram-se equipes que cobrem mais do que quatro mil usuários, sobretudo em municípios de baixa cobertura da ESF e/ou em grandes aglomerações urbanas. Nas áreas rurais e remotas, por sua vez, a população adscrita pode ser menor que os 3.000 padronizados pela PNAB. Dessa forma, sugere-se pela realização de trabalhos que aprofundem o tema em dois sentidos: (1) de buscar novas formas e metodologias de cálculo que aperfeiçoem a estimativa do número de pessoas cobertas (podendo confirmar ou refutar o método adotado pelo HCSF), e; (2) de se refletir sobre o parâmetro que se deseja induzir, considerando a importância do vínculo para a qualidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde.

Por mais que atuação dos médicos do PMM fora do âmbito da Estratégia Saúde da Família também repercute na atenção à saúde da população e igualmente careça de intervenções que busquem avaliar seus resultados, os estudos que exploram os impactos e os efeitos da ESF na população brasileira demonstram sua capacidade de alinhamento tanto com os atributos, fundamentos e diretrizes estabelecidos internacionalmente (Harris, 2011), quanto com os princípios constitucionais do SUS (Campos, 2010; Rocha & Caccia-Brava, 2009).

Trabalhos científicos reconhecidos internacionalmente como os de Aquino *et al* (2008), Guanais & Macinko (2009), Rocha & Soares (2009), Macinko *et al* (2010), Rasella, *et al* (2014), Ceccon *et al* (2014), demonstraram que a Saúde da Família, para além de ser um modelo que impacte positivamente na melhoria das condições de saúde da população brasileira, é também uma estratégia promotora de equidade social. Desta forma, faz sentido promover aqui seu “encontro” com o Programa Mais Médicos, pois, como argumentaram Santos, Costa & Girardi (2015), ele além de estar fundamentado em evidências das necessidades da população e nos pilares do Sistema Único de Saúde, também é uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As referências bibliográficas utilizadas nesta pesquisa provém suporte e evidências que apontam para a existência de um problema que não preocupa ou concerne somente aos *Policy Makers*. A escassez de médicos, seja ela causada pela insuficiência ou pela desigualdade na distribuição territorial, é um tema que toca também ao cidadão, ao ser humano. Não foi à toa que, em 2011, para 58% da população, a medida mais urgente que os governantes deveriam tomar na saúde é a contratação de médicos. Também não foi à toa que milhões de vozes se fizeram ouvir nas ruas do país inteiro, clamando por melhores condições na saúde do Brasil. A carência de médicos certamente é uma questão mais presente em regiões de maior vulnerabilidade, mas publicações e experiências internacionais mostram também que esta é uma pauta na agenda política global, seja em países de renda baixa ou média, seja em nações desenvolvidas ou em desenvolvimento.

Apesar das polêmicas, dos enfrentamentos das críticas negativas, das reações contrárias, das contestações e das tentativas de boicote, em outubro de 2015 o Programa Mais Médicos completou dois anos de implantação. Até o mês de agosto de 2015, o PMM contabilizava ao todo seis ciclos que juntos somavam: (a) 5.562 médicos que se formaram no Brasil; (b) 793 brasileiros graduados no exterior; (c) 11.620 médicos cubanos, e; (d) 750 médicos que migraram para o Brasil, vindos de outras 54 nações, localizadas em quase todos os continentes do planeta. Atualmente, estes 18.425 profissionais atendem milhões de brasileiros em 73% dos municípios do país.

Presenciou-se também nestes dois anos a fusão do outro programa de provimento do governo federal ao Programa Mais Médicos: o PROVAB. Mesmo demonstrando ter potencial de atração sobre jovens médicos brasileiros, o Programa atraiu apenas 15% de todo o efetivo existente atualmente. Não fosse pela criação do PMM em 2013, os 2.626 *provabianos* só preencheriam 20% das vagas abertas para os médicos. Sendo assim, se o governo federal adotasse a estratégia de continuar apenas com o PROVAB como programa de provimento, não haveria a menor possibilidade de suprir a demanda de vagas levantada pelas prefeituras

A avaliação do provimento emergencial do Programa conduzida nesta pesquisa demonstrou que, mesmo sob um olhar conservador e rigoroso acerca definição dos critérios e, conseqüentemente, dos municípios e localidades prioritárias, o PMM de fato provisionou médicos para áreas que combinam os mais altos índices de escassez médica e também de desigualdade social. Neste sentido, por mais que a participação dos brasileiros tenha aumentado progressivamente com o passar dos ciclos, há de se destacar a representatividade dos médicos cubanos (63% do total), mas, acima de

tudo, a imprescindibilidade deles no provimento para as localidades mais vulneráveis do país. Se o Programa foi capaz de atender a todos os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas do país é porque 88% dos médicos atuando nesses territórios são cubanos. São cubanos também 71% dos médicos do PMM que atendem nos municípios com 20% ou mais da sua população vivendo em extrema pobreza.

A análise do eixo do provimento emergencial segundo os perfis prioritários mostrou que foram privilegiados os municípios encaixados em algum critério de prioridade, em detrimento daqueles enquadrados nos “demais municípios”. Enquanto 64% dos “demais municípios” foram contemplados com médicos do Programa, todos os outros tiveram percentuais superiores a 82%. Muito embora este seja um achado positivo para o Programa, recomenda-se uma revisão minuciosa da lista de municípios e áreas prioritárias, com vistas a padronizar uma relação que esteja alinhada com critérios utilizados por outros órgãos do governo federal e, inclusive, do próprio Ministério da Saúde.

Por exemplo, o cruzamento entre: (1) a lista dos municípios que receberam médicos com; (2) a relação de cidades incluídas no estrato mais vulnerável do PAB Fixo e, (3) com a lista das áreas mais vulneráveis definidas no perfil “demais municípios”, produz uma relação final que reduz de 64 para 18% o percentual de cidades contempladas nos “demais municípios”, ampliando ainda mais o alcance do Programa nas localidades mais vulneráveis do país e, conseqüentemente demonstrando maior eficácia do eixo do provimento emergencial. Logo, no que concerne aos objetivos traçados para a ação do provimento emergencial, o Programa Mais Médicos comprovou ter alcançado os resultados esperados, demonstrando alinhamento com os construtos da Teoria da Avaliação de Programas.

Ainda que estes resultados atestem a eficácia do provimento emergencial, é preciso dar ênfase ao fato que 15% dos municípios enquadrados no perfil “extrema pobreza” (segundo a relação original de municípios prioritários) não receberam nenhum médico do Programa até agosto de 2015. Este percentual foi de 18% para os municípios das “regiões metropolitanas”. Tendo em vista a responsabilidade legal atribuída ao PMM em provisionar médicos de forma prioritária para estas localidades, os resultados do estudo permitem discernir que as entidades responsáveis considerem a possibilidade de remanejamentos.

Embora a ação “provimento emergencial” seja o componente central do eixo do provimento emergencial, este trabalho procurou buscar também resultados iniciais (outputs) que se aproximassem mais dos efeitos que a ação do provimento emergencial pudessem causar diretamente na população. Neste sentido, duas alternativas foram traçadas: (1) explorar as bases de dados do Sistema de

Informações da Atenção Básica (SIAB) para extrair indicadores relacionados ao processo de trabalho dos médicos, e; (2) analisar as informações geradas pelo Histórico de Cobertura da Saúde da Família (HCSF) para avaliar os possíveis efeitos do PMM na cobertura da Estratégia Saúde da Família.

Foi frustrada e abandonada a tentativa de avaliar o eixo de provimento emergencial do Programa a partir das informações extraídas do SIAB, pelos seguintes motivos:

- O SIAB apresentou significativas inconsistências. Para além das inconsistências encontradas nas conclusões da auditoria do Tribunal de Contas da União (repetição de dados em meses consecutivos e dados completamente destoantes das tendências verificadas), o SIAB é um sistema de informação desatualizado e que não permite a individualização dos dados, o que abre margem para o falseamento dos registros;
- Viesses nos indicadores. Apesar de seus relatórios gerarem muitas informações, e dessas informações terem seu valor de uso, há poucos campos de preenchimento exclusivo do médico no SIAB. Por mais que o preenchimento coletivo das informações estimule uma atuação em equipe, o fato de outros profissionais interferirem na geração dos dados não permite mensurar se os resultados ocorreram em função da atuação do médico;
- Incompatibilidade com o objeto da pesquisa. Mesmo selecionando exclusivamente os dados da produção médica, todos os indicadores elaborados seriam de processo, e não de resultado. Ao invés de fornecer informações sobre as condições de saúde da população, ter-se-iam os números de consultas médicas, solicitação de exames e encaminhamentos para outros níveis de atenção. De acordo com a literatura revisada, para obter os dados que estivessem alinhados com esta pesquisa, seria necessário explorar as bases Sistema de Internações Hospitalares (SIH), o que não foi possível em tempo hábil.
- Incompatibilidade com o método da pesquisa. O PMM não estipula metas claras e objetivas quanto aos resultados esperados para o eixo do provimento emergencial, no que se refere à assistência direta à população. Tampouco a literatura dá suporte à utilização das informações do SIAB para este estudo. Desta forma, é impossível avaliar este quesito sob a ótica da Teoria da Avaliação de Programas.

Para não adotar medidas que comprometessem a validade deste estudo, optou-se, portanto, em descartar a análise de informações do SIAB. Como é de conhecimento público que desde 2013 o Ministério da Saúde passou a ofertar aos gestores municipais um novo sistema de informação para a Atenção Básica que se propõe a sanar as inconsistências mencionadas (o *SISAB*), espera-se que esforços sejam feitos para acelerar sua implantação. Indica-se também que novos estudos sejam conduzidos no intuito de revisar os objetivos e metas assistenciais para o eixo do provimento emergencial.

No tocante à avaliação dos resultados iniciais que o provimento emergencial gerou na cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família, vale resgatar que a inclusão deste tema enquanto *output* do Programa Mais Médicos está alicerçada na premissa de que, embora não seja a única, a ESF é a forma de organização da Atenção Básica mais presente no Brasil. Mais que isso, ela é um exemplo de política pública efetiva, que contribuiu para a promoção da igualdade social no Brasil ao longo de sua existência. O referencial teórico utilizado demonstra evidências da redução significativa das iniquidades em saúde em regiões de alta cobertura da Estratégia Saúde da Família. Assim sendo, é factível a aposta de que os resultados do PMM a longo prazo (*outcomes*) serão mais efetivos, à medida que ele apresentar efeitos positivos na cobertura da ESF.

A análise dos dados contidos no Histórico de Cobertura da Saúde da Família demonstrou que houve um aumento de 15,7% da população coberta comparando os anos de 2015 e 2013. Esse percentual corresponde a mais de 19 milhões de usuários diretamente beneficiados com a expansão da ESF em todo o território nacional durante os dois anos de funcionamento do PMM.

A expansão da ESF nos anos de 2014-15 também foi observada em todas as regiões, sem exceção. A região que registrou o maior aumento na cobertura populacional foi o Norte, com uma taxa de crescimento de 24,7% no período analisado. Sul e Sudeste registraram 18,8% e 16,1%, respectivamente. As regiões Centro-Oeste e Nordeste, apesar de apresentarem resultados menores, também obtiveram percentuais de crescimento da cobertura de dois dígitos.

A pesquisa realizada levanta hipóteses que indicam razoáveis chances para a expansão da ESF ser ainda maior, pois algumas evidências apontam para a possibilidade de haver médicos em plena atividade profissional nas equipes, porém sem que os gestores tenham feito seu cadastro no sistema.

Registros como estes só haviam ocorrido na transição entre os séculos, período pelo os gestores municipais, motivados pelo aporte financeiro oferecido pelo Ministério da Saúde, implantaram várias equipes. Mesmo com novos incentivos criados em

2011, a partir da reedição da PNAB, a ampliação não retomou o ritmo de crescimento ocorrido dez anos antes.

Estes achados mostram indícios de um efeito positivo do eixo do provimento emergencial sobre a expansão da cobertura da Estratégia Saúde da Família. Muito embora o Governo Federal também não tenha estipulado metas precisas neste quesito, os referenciais teóricos comprovam uma associação positiva entre altas coberturas da ESF e melhorias nas condições gerais de saúde. É essencial, porém, aprofundar o tema com estudos que utilizem diferentes fontes e técnicas de pesquisa para confirmar os efeitos do eixo do provimento emergencial no cuidado à saúde da população.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, M.G.M. *et al.* **Fatores condicionantes para o acesso às Equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil.** Rev Saúde em Debate, v. 38 n. especial, 2014;

AMARAL, J.L.G; PÊGO-FERNANDES, P.M; BIBAS, B.J. **Mais médicos: melhor atenção à saúde da população?** Diagn Tratamento [Editorial]; 17(1):3-4, 2012;

ANDRADE, L.O.M. **Sistemas locais de saúde em municípios de pequeno porte: a experiência de Icapuí.** In: Sistema de Saúde do Brasil: normas, gestão e financiamento. São Paulo: Hucitec, 2002;

AQUINO, R; OLIVEIRA, N. F; BARRETO, M. L. **Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities.** American Journal of Public Health: Nov. 13, 2008.

ARAÚJO, E; MAEDA, A. **How to recruit and retain health workers in rural and remote areas in developing countries.** Disponível em: <http://www.cmamforum.org/Pool/Resources/Recruit-and-retain-health-workers-in-remote-areas-WB-2013.pdf>. Acessado em 21/11/2015;

AZEVEDO, A.L.M; BARBOSA, M.G.M.M; SANTOS, J.S. **Implantação do monitoramento e avaliação da qualidade das informações do SIAB – resposta à uma necessidade cotidiana na gestão da Atenção Primária à Saúde.** Rev Bras Med Fam e Com; 2(6): 93-99, 2006;

BAPTISTA, T.W.F.; REZENDE, M. **A ideia de ciclo na análise de políticas públicas.** In MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T.W.F. Caminhos para análise das políticas de saúde, p.138-172, 2011;

BARBETTA, P.A. **Estatística Aplicada às Ciências Sociais.** 315 p. 7^o ed. Editora UFSC. Florianópolis, 2007;

BRASIL. Ministério da Saúde **Portaria 2.488 de 21 de Outubro de 2011.** Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2011;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal do Programa Mais Médicos.** Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/mais-sobre-mais-medicos/5955-documentos> [vários acessos], 2015;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.377 de 13 de Junho de 2011**. Estabelece critérios para definição das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médicos, 2011;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 648/GM de 28 de Março de 2006**. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2011;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Conjunta nº 3, de 19 de Fevereiro de 2013**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2013;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 221, de 17 de Abril de 2008**. Publica a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Brasília, 2008;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: Avaliação da Implementação em Dez Grandes Centros Urbanos**. 2º ed. Editora MS. Brasília, 2005;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Passo a Passo das Ações do Departamento de Atenção Básica**. Brasília, 2015.

BRASIL. **Portaria Interministerial n. 1 de 21 de Janeiro de 2014**. Dispõem sobre o Modulo de Acolhimento e Avaliação de Médicos Intercambistas. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Brasília, 2014;

BRASIL. Portaria Interministerial. **Portaria 1.369 de 8 de Julho de 2013**. Dispõe sobre a Implantação do Programa Mais Médicos para o Brasil. Brasília, 2013;

BRASIL. Presidência da República **Decreto nº 8.040 de 8 de Julho de 2013**. Institui o Comitê Gestor e o Grupo Executivo do Programa Mais Médicos. Brasília, 2013;

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7.508 de 28 de Junho de 2011**. Regulamenta a Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Brasília, 2011;

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 12.781, de 22 de Outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos. Brasília, 2013;

BRASIL. Presidência da República. **Lei Orgânica do SUS – 8.080/90**: República Federativa do Brasil Constituição (1988). Brasília, 1990;

BRASIL. Presidência da República. **Medida Provisória nº 621 de 8 de Julho de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Brasília, 2013;

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de Informação do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB**. 1º edição atualizada. 4º reimpressão. Ministério da Saúde, 2003;

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual Instrutivo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Ministério da Saúde, 2011;

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria 1.602 de 9 de Julho de 2011**. Ministério da Saúde. Brasília, 2011;

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Retratos da Atenção Básica no Brasil. Satisfação dos Usuários da Atenção Básica**. Volumes 1 e 2. Ministério da Saúde, 2015;

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Edital nº 2 de 15 de janeiro de 2015**. Ministério da Saúde. Brasília, 2015;

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Edital nº 38 de 8 de Julho de 2013. Adesão do Distrito Federal e dos municípios no Projeto Mais Médicos para o Brasil**. Ministério da Saúde. Brasília, 2013;

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas e de Maior Vulnerabilidade – Relatório Síntese**. Ministério da Saúde Brasília, 2012;

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde. **Programa Mais Médicos – dois anos: saúde para os brasileiros**. Ministério da Saúde, 2015;

BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – 2013/2015. Orientações para o Processo de Pactuação**. Ministério da Saúde. p. 28, 2013;

BUYKX, P; HUMPHREYS, J; WAKERMAN, J; PASHEN, D. **Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote**

areas: Towards evidence-based policy. Australian Journal of Rural Health; 18: 102-09, 2010;

CAMPOS, C.V.A; MALIK, A.M. **Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do programa saúde da família.** Rev. Administração Pública; 42(2): 347-68, 2008;

CAMPOS, F.E; MACHADO, M.H; GIRARDI, S.N. **A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidade.** Divulgação em Saúde para Debate, n. 44; p.13-24, 2009;

CAMPOS, G.W.S **A saúde Pública e a defesa da vida.** São Paulo: Hucitec, 1994;

CAMPOS, G.W.S **Saúde Paideia.** São Paulo: Hucitec 2003 p. 46;

CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada.** Ed. Hucitec. SP 2010;

CARVALHO, F.C. **A Consolidação do Programa Mais Médicos na Opinião Pública e na Cobertura Jornalística.** Anais do XV Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sul. Santa Catarina, 2014;

CARVALHO, M.S.; SOUZA, M.F. **Como o Brasil tem enfrentado o tema do provimento de médicos?** Interface v. 17, n. 47 p. 913-26, 2013.

CASTRO, A.L.B; MACHADO, C.V. **A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal.** Cad. Saúde Pública [online]. vol.26, n.4, 2010;

CECCON, R.F; MENEGHEL, S.N; VIECILI, P.R.N. **Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da Saúde da Família: um estudo ecológico.** Revista Brasileira de Epidemiologia, 17(4): 968-77, 2014;

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Demografia médica no Brasil – Volume 2. Cenários e indicadores de distribuição.** Relatório de Pesquisa, 2013;

CFM. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Demografia médica no Brasil: dados gerais e descrição das desigualdades.** CFM, v.1. 2011;

CHAUÍ, M.S. **As manifestações de junho de 2013 na cidade de São Paulo.** Rev. Teoria e Debate, ed. 113. 27 de Junho de 2013;

CHEN, H.T. **Practical Program Evaluation – Assessing and Improving Planning Implementation, and Effectiveness.** Sage, US, 2005;

CHOPRA, M; MUNRO, S; LAVIS, J. N; VIST, G; BENNET, S. **Effects of policy options for human resources for health - an analysis of systematic reviews.** The Lancet; 371(9613): 668-74, 2008;

CONILL, E.M. **Ensaio histórico conceitual sobre Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup. 1: S7-S27, 2008;

CONNELL, J; WALTON-ROBERTS, M. **What about the workers? The missing geographies of health care.** Progress in Human Geography; 1-19; 2015;

CONTANDRIOPOULOS, A.; CHAMPAGNE, F; DENIS, J; PINEAULT, R. **A Avaliação na Área de Saúde: Conceitos e Métodos.** In: HARTZ, Z. M. A. Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas. Fiocruz p. 29-48, Rio de Janeiro, 2000;

COSTA, F.L.; CASTANHAR, J.C. **Avaliação de Programas Públicos: desafios conceituais e metodológicos.** RAP 37(5) p. 969-992, Rio de Janeiro, 2003.

CRUZ, M. M. **Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate.** In Mattos, R. A.; Baptista, T. W. F. Caminhos para análise das políticas de saúde [versão online], p.180-198.

DAB. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família.** Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. [vários acessos], 2015;

DAB. Departamento de Atenção Básica. **Portal do Departamento de Atenção Básica.** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php> [vários acessos], 2015;

DOURADO, I *et al.* **Trends in Primary Care-sensitive Conditions in Brazil – The Role of the Family Health Program.** *Medical Care*, v. 9, n. 6; 577-84, 2011;

DUBOIS, C.A; CHAMPAGNE, F.E BILODEAU, H. **Histórico da Avaliação.** In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.E.; CONTANDRIOPOULOS, A.; HARTZ, Z.M.A (Org.). *Avaliação: Conceitos e Métodos.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p: 19-39, 2011;

DUSSAULT, G; FRANCESCHINI, M.C. **Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce.** *Human Resources for Health*; 4:12, Disponível em: <http://www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-4-12.pdf> [Acessado em 19/11/2015]. May, 2006;

ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO (EPSM). **Dados Estatísticos sobre o impacto do Programa Mais Médicos no cenário de escassez de médicos em atenção primária no Brasil.** Belo Horizonte: EPSM/NESCON/ FM/UFMG; 2015 [acesado 2015 set 29]. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Pesquisa_Andamento/Impacto_Programa_Mais_Medicos.pdf;

FELISBERTO, E; FREESE, E; BEZERRA, L.C.A; ALVES, C.K.A; SAMICO, I. **Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(6):1079-1095, 2010.

FERTONANI, H.P; PIRES, D.E.P; BIFF, D; SCHERER, M.D.A. **Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira.** *Ciência & Saúde Coletiva*; 20(6): 1869-78, 2015;

FIGUEIRÓ, A.C; FRIAS, P.G; NAVARRO, L.M. **Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições.** In: SAMICO, I. *et al* (Org.) *Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais.* Rio de Janeiro: MedBook, 2010;

FNP. Frente Nacional dos Prefeitos. **G 100 – Municípios Populosos com Baixa Receita per Capita e Alta Vulnerabilidade Social.** Publicação da FNP. Aequus Consultoria, 2015;

FRANCO TB; MERHY, E.E. **PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial.** Campinas; 1999

FUNNEL, S.C.; ROGERS, P.J. **Purposeful Program Theory: effective use of theories of change and logic models.** Jossey-Bass/Wiley, 2011.

GERTLER, P.J; MARTÍNEZ, S; PREMAND, P; RAWLINGS, L.B; VERMEERSH, C.M.J. **La evaluación de impacto en la práctica.** Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial, 2011;

GÉRVAS, J; FERNÁNDEZ, M.P. **Atención Primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo.** Rev Bras Epidemiologia; 9(3): 384-400, 2006;

GHWA. Global Health Workforce Alliance. **Mid-level workers for delivery of essential health services – a global and systematic review and country experiences.** WHO, 2012;

GIL, C.R.R. **Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro.** Cad. Saúde Pública [online] vol.22, n.6, 2006;

GIOVANELLA, L.; ROMERO, R.V.; SILVA, H T.; ALMEIDA, P.F.; FERREIRA, G.R.; GOEDE, H.; RAMÍREZ, N.A.; OLIVEIRA.S. **Atención primaria de salud en Suramérica: ¿Reorientación hacia el cuidado integral?** In: Atención primaria de salud en Suramérica. Rio de Janeiro: Isags: Unasur, p. 23-59, 2015;

GIRARDI, S.N *et. al.* **Construção do Índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde.** Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) / Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina (NESCOM) / Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), 2010;

GIRARDI, S.N *et. al.* **Identificação de áreas de escassez de Recursos Humanos em Saúde no Brasil – Relatório Final.** Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) / Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina (NESCOM) / Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), 2012;

GIRARDI, S.N.; PIERANTONI, C.R.; DAL POZ, M. **Formação, regulação profissional e mercado de trabalho em Saúde.** In: A Saúde no Brasil em 2030: diretrizes para prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. 22.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.157-68, 2012;

GLOUBERMAN, S.; ZIMMERMAN, B. **Complicated and Complex Systems: What Would Successful Reform of Medicare Look Like?** Ottawa: Commission on the Future of Health Care in Canada, 2002;

GUANAIS, F. MACINKO, J. **Primary Care and Avoidable Hospitalizations. Evidence from Brazil.** J. Ambulatory Care Manage, 32(2): 115–122, 2009.

HARRIS, M.J. **Integrating primary care and public health: learning from the Brazilian way.** London Journal of Primary Care 4; 126-32, 2011.

HARTZ, Z.M.A. **Explorando Novos Caminhos na Pesquisa Avaliativa das Ações de Saúde.** In: HARTZ, Z. M. A (Org). Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas. Fiocruz p. 9-28, Rio de Janeiro, 2000;

HEIDMANN, T.S.B; ALMEIDA, M.C.P.; BOEHS, A.E.; WOSNY, A.M.; MONTICELLI, M. **Promoção à saúde: trajetória históricas de suas concepções** – Texto Contexto Enfermagem. Abr-Jun 15(2):352-8. 2006;

HOFFMANN, K; GEORGE, A; DORNER, T. E; SÜS, K; SCHÄFFER, W.L.A; MAIER, M. **Primary health care teams put to the test a cross-sectional study from Austria within the QUALICORP project.** BMC Family Practice 16:168 *Open Access*, 2015;

HOWLETT, M. *et al.* **Política Pública. Seus ciclos e subsistemas. Uma abordagem integral.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2013;

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção Populacional.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao>, acessado em 03/06/2015. Brasil, 2015;

IBM©. **SPSS Statistics 20 Core System User's Guide.** 466 p. Microsoft Corporation, 2011;

JANUZZI, P.M. **Avaliação de Programas Sociais no Brasil: repensando práticas e metodologia das pesquisas avaliativas.** Rev. Planejamento e Políticas Públicas n. 36. jan/jul, 2011;

JLI. Joint League Initiative. **Human resources for health. Overcoming the crisis.** Global Health Initiative/Harvard University Press, 2004;

LANDAU, S; EVERITT, B.S. **A Handbook of Statistical Analyses using SPSS.** 339p. Chapman & Hall/CRC Press, 2004;

LEHMANN, U; DIELEMAN, M; MARTINEAU, T. **Staffing remote rural areas in middle and low-income countries: A literature review of attraction and retention.** BMC Health Services Res. 8:19, 2008;

LOTTA, G.S. **Implementação de Políticas Públicas: o impacto dos fatores relacionais e organizacionais sobre a atuação dos Burocratas de nível de Rua no Programa Saúde da Família.** [Tese] Universidade de São Paulo, 2010;

MACHADO, C.V. **O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90.** *Cad. Saúde Pública* [online]. vol.23, n.9, 2007;

MACHADO, M.H. **Gestão municipal e contratação da força de trabalho: qual foco do debate?** *In: Divulgação em Saúde para o Debate.* Rio de Janeiro, n. 40: p.18-21, 2007;

MACHADO, M.H; WERMELINGER, M; TAVARES, M.F.L; MOYSÉS, N.M.N; TEIXEIRA, M; OLIVEIRA, E.S; **Análise da Força de Trabalho do Setor Saúde no Brasil: focalizando a feminização.** Observatório de Recursos Humanos, ENSP/FIOCRUZ. Ministério da Saúde, 2006;

MACIEL FILHO, R. **Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro** [tese] UERJ, Rio de Janeiro, 2007;

MACINKO, J et al. **Major Expansion of Primary Care in Brazil Linked to Decline in Unnecessary Hospitalization.** *Health Affairs* 29, n. 12: 2149-60, 2010;

MACINKO, J. **Analysis of the Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS 2007).** Draft Text. New York University. 2009.

MACINKO, J.; HARRIS, M.J. **Brazil's Family Health Strategy – Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System.** *The New England Journal of Medicine* 372;23 p. 2177-81, 2015;

MARCH, J.G; OLSEN, J.P. **The New Institutionalism: Organizational Factors in Political Life.** *The American Political Science Review*; 78(3): 734-49, 1984;

MARTINS, M.A; SILVEIRA, P.S.P; SILVESTRE, D. **Estudantes de Medicina no Brasil: Números atuais e projeções**. Projeto Avaliação das Escolas Médicas Brasileiras. Relatório I. Universidade de São Paulo, 2013.

MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T.W.F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. IMS - ENSP, 2011;

MEDEIROS, C.R.G *et al.* **A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia Saúde da Família**. Rev. Ciência & Saúde Coletiva 15(Suplem.1): 1521-31, 2010;

MELLO, G.A; FONTANELLA, B.J.B; DEMARZO, M.M.P. **Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde – Origens e Diferenças Conceituais**. Rev. APS; 12(2): 201-213, 2009;

MENDES, A. **A longa batalha pelo financiamento do SUS**. Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.4, p.987-993, 2013;

MENDES, E.V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2ª ed. Brasília. Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS/OMS, 2011;

MENDES, E.V. **O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: o Imperativo da Consolidação da Estratégia Saúde da Família**. 512 p. Organização Pan-Americana de Saúde, 2012;

MERTENS, D.M; WILSON, A.T. **Program Evaluation Theory and Practice: A Comprehensive Guide**. The Gilford Press, 2012;

MORAIS, I. et al. **Jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o Programa Mais Médicos?** Rev Esc Enfermagem USP; 48(2):112-20, 2014;

MOURA, L.B.A; VASCONCELOS, A.B. **Ensinagens criativas em desenvolvimento: um relato de experiência**. Revista Perspectivas do Desenvolvimento. v. 1, nº 1, 2013;

NOVAES, H.M.D.; **Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde**. Rev. Saúde Pública, 34(5) 547-59, 2000;

OCDE. ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. **Health at a Glance 2013: OCDE Indicators**, OCDE Publishing, 2013.

OLIVEIRA, F.P. et al. **Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional**. Rev Interface; 19(54): 623-34, 2015;

OMS. Organização Mundial da Saúde **Relatório Mundial da Saúde – Cuidados de Saúde Primários: Agora Mais do que Nunca**. OMS, 2008;

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Estatísticas sanitárias mundiais**. OMS, 2012;

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial da Saúde – Financiamento dos Sistemas de Saúde: o caminho para a cobertura universal**. OMS, 2013;

OPAS/OMS. **A Atenção à Saúde Coordenada pela APS: construindo as Redes de Atenção no SUS – Contribuições para o debate**. NAVEGADORSUS: Série técnica para os gestores do SUS sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS, nº2. Brasília, 2011;

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. **The Brazilian health system: history advances and challenges**. Lancet; 377-1778-97, 2011;

PAIM, J.S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008;

PATTON, M.Q. **Developmental Evaluation: applying complexity to enhance innovation and use**. The Guilford Press, 2011;

PAVLIC, D.R.; SEVER, M; KLEMENC-KETIS, Z; SVAB, I. **Process quality indicators in family medicine: results of an international comparison**. BMC Family Practice, 16:172, *Open Access*, 2015;

PINTO, H.A; KOERNER, R.S; CASTRO, D.A. **Prioridade se traduz em mais e melhores recursos para a Atenção Básica**. Disponível em: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2012/06>) Brasília, 2012;

PINTO, H.A; SALES, M.J.T; OLIVEIRA, F.P; BRIZOLARA, R; FIGUEIREDO, A.M; SANTOS, J.T. **O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica.** *Divulg. saúde debate*; 51:105-120, 2014;

PÓVOA, L; ANDRADE, M.V. **Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir do modelo locacional.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 22(8): 1555-1564, 2006;

RASELLA, D; HARHAY, D.O; PAMPONET, M. L; AQUINO, R; BARRETO, M.L. **Impact of primary care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data.** *British Medical Journal Open Access*, 2014;

RIBEIRO, R. C. **Programa Mais Médicos: um equívoco conceitual.** *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*; 20(2): 421-24, 2015;

ROCHA, J.S.Y; CACCIA-BRAVA, M.C.G.G. **A Atenção Básica na Construção da Saúde.** *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, 14(s1): 1336-45, 2009.

ROCHA, R; SOARES, R.S. **Evaluating the Impact of Community-Based Health Interventions: Evidence from Brazil's Family Health Program.** IZA Discussion Paper n. 4119, 2009;

RODRIGUES, P.H.A; NEY, M.S; PAIVA, C.H.A; SOUZA, L.M.B.M. **Regulação do Trabalho Médico no Brasil: impactos na Estratégia Saúde da Família.** *Revista de Saúde Coletiva*; 23(4): 1147-66, 2013;

RUSSEL, D; CHRISHOLM, M; HUMPHREYS, J; WAKERMAN, J. **Rural health workforce retention: strengthening the evidence base.** 11^o National Rural Health Conference. Perth, Australia, 2011;

SAGE. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica.** In: <http://189.28.128.178/sage/>. Ministério da Saúde, 2015;

SANTOS, L.M.P; COSTA, A.M; GIRARDI, S.N. **Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde.** *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, 20(11): 3547-52, 2015;

SANTOS, L.; ANDRADE, L.O.M. **Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. vol.16, n.3, 2011;

SARTI, T.D.; LIMA, R.C.D.; SILVA, M.Z.; MACIEL, E.L.N. **A institucionalização da avaliação na atenção básica - alguns aspectos para a construção de práticas democráticas no contexto da Estratégia Saúde da Família.** UFES, Rev. Odont. 10(1): 63-69, 2008;

SECCHI, L. **Políticas Públicas. Conceitos, esquemas de análise, casos práticos.** 2ª ed. São Paulo: CENGAGE, 2013;

SILVA, A.S; LAPREGA, M.R. **Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública; 21(6): 1821-28, 2005;

SILVA, L.M.V. **Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 1999, vol.4, n.2;

SILVA, L.M.V.; FORMIGLI, V.L.A. **Avaliação em Saúde: limites e perspectivas.** Cad. Saúde Pública 10(1), 2014.

SISSON, M.C. **Considerações sobre o Programa Saúde da Família e a Promoção de Maior Equidade na Política de Saúde.** Rev Saúde & Sociedade; 16(3): 85-91, 2007;

SOUSA, M.F.; FRANCO, M.S.; MENDONÇA, A.V.M. **Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro.** Campinas. Saberes, 2014;

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002;

TARROW, S. **Power in movement, Social Movements, Collective action and mass politics in the modern state.** Cambridge, Cambridge University Press, 1994;

TAYLOR-POWELL, E.; STEELE, S.; DOUGLAH, M. **Planning a Program Evaluation.** Cooperative Extension, Wisconsin, 1996.

TCU. Tribunal de Contas da União. **Auditoria Operacional: Programa Mais Médicos para o Brasil: avaliação da eficácia do Programa.**; TCU; TC n. 005.391/2014-8, 2014;

VIACAVA, F. *et al.* **Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise.** Rev. Ciências & Saúde Coletiva, 17(4) p. 921-934, 2012;

VIEIRA, R.S.; SERVO, L.M.S. **Estimativas de custos dos recursos humanos em atenção básica: Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB).** Nota Técnica nº 16/2013 IPEA Brasília, 2013;

VINCENS, N; STAFSTRÖM, M. **Income, Inequality, Economic Growth and Stroke Mortality in Brazil: Longitudinal and Regional Analysis 2002-2009.** PLoS ONE; 10(9), 2015;

VISCOMI, M; LARKINS, S; GUPTA, T. **Recruitment and retention of general practitioners in rural Canada and Australia: a review of the literature.** Can J Rural Med; 18(1):13-23, 2013;

VUJICIC, M; ALFANO, M; SHENGELIA, B. **Getting Health Workers to Rural Areas: Innovative Analytic Work to Inform Policy Making.** BIRD, Word Bank. HNP Discussion Paper, 2010;

WALTON-ROBERTS, M. **Migration: The Mobility of Patients and Health Professionals.** In: Handbook on Medical Tourism and Patient Mobility. Disponível em: <http://www.researchgate.net/publication/280491637>. Acessado em 14/10/2015;

WHO. World Health Organization. **Flawed but fair: Brazil's health system reaches out to the poor.** Bulletin of the World Health Organization. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/4/08030408/en>. [acessado em 10/10/2015], 2015;

WHO. World Health Organization. **Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention.** Global Diplomacy Recommendations; Disponível em: http://www.rcgp.org.uk/rcgp-near-you/faculties/~/_/media/AAFAE44879354F5CB6EAF68F75CF78A5.ashx [Acessado em 30/11/2015]. WHO, 2010;

WHOLEY, J.S; HATRY, H.P; NEWCOMER, K.E. **Handbook of Practical Program Evaluation**. 3rd ed. Wiley, 2010.

ANEXOS

ANEXO I

Descrição original dos perfis dos municípios e localidades prioritários para o Programa Mais Médicos, segundo a Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 8 de Julho de 2013

- P1: regiões censitárias 4 (quatro) e 5 (cinco) das **capitais**, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);
- P2: regiões censitárias 4 (quatro) e 5 (cinco) dos Municípios situados em **região metropolitana**, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);
- P3: Municípios que estão entre os 100 (cem) Municípios com mais de 80.000 (oitenta mil) habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública "per capita" e alta vulnerabilidade social de seus habitantes (**G100**);
- P4: Município com 20% (vinte por cento) ou mais da população vivendo em **extrema pobreza**, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS);
- P5: Município que está situado em área de atuação de **Distrito Sanitário Especial Indígena** (DSEI/SESAI/MS);
- P6: estar em regiões censitárias 4 (quatro) e 5 (cinco) dos **demais Municípios**, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

ANEXO II

Descrição das variáveis utilizadas, contidas na base de dados extraída do Sistema de Gerenciamento de Projetos (SGP), obtida através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) no dia 30/09/2015

Variáveis	Descrição
CPF	Identificação do médico no banco através do Cadastro de Pessoa Física
CICLO	Período de entrada do médico no Programa
PERF_MED	Designa se o médico de acordo com a via de entrada no Programa
DN	Data de Nascimento
IDADE	Anos de vida completados até o dia 30/09/2015
SEXO	Sexo
EST_CIV	Estado Civil
NAC	País de nacionalidade do médico
GRAD	País de Graduação do médico
IBGE_MUN	Código IBGE do município de lotação do médico
UF	Unidade Federativa de lotação do médico
REG	Região Geográfica de lotação do médico
PERF_MUN	Perfil do Município de acordo com as regras do Programa
PERF_MUN_COMP	Perfil do Município – Lista estendida de prioridades
CO_CNES	Código do CNES do estabelecimento de lotação do médico
CO_TP_UNID	Código do CNES do tipo de estabelecimento de lotação do médico
DS_TP_UNID	Descrição do tipo de estabelecimento de lotação do médico
CO_EQUIP	Código CNES da equipe de lotação do médico
TP_EQUIP	Código CNES do tipo da equipe de lotação do médico
DS_TP_EQUIP	Descrição do tipo da equipe de lotação do médico
CO_CBO	Código Brasileiro de Ocupações
DS_CBO	Descrição do Código Brasileiro de Ocupações

Fonte: SGP, 2015

ANEXO III

Descrição das variáveis contidas no Relatório PMA2 do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)

Variáveis	Descrição
QT_EXA_PATOL	Solicitação médica de exames complementares - Patologia Clínica
QT_EXA_RADIO	Solicitação médica de exames complementares - Radiodiagnóstico
QT_EXA_CITO	Solicitação médica de exames complementares - Citológico cervico-vaginal
QT_EXA_ULTRA	Solicitação médica de exames complementares - Ultrassonografia obstétrica
QT_EXA_OUT	Solicitação médica de exames complementares - outros exames
QT_ENC_ESPE	Encaminhamentos médicos - Atendimento Especializado
QT_ENC_HOSP	Encaminhamentos médicos - Internação Hospitalar
QT_ENC_URGE	Encaminhamentos médicos - Urgência/Emergência
QT_CONS_M1A	Quantidade de Consultas Médicas menor de 1 ano
QT_CONS_1A4	Quantidade de Consultas Médicas 1 - 4
QT_CONS_5A9	Quantidade de Consultas Médicas 5 - 9
QT_CONS_10A14	Quantidade de Consultas Médicas 10 - 14
QT_CONS_15A19	Quantidade de Consultas Médicas 15 - 19
QT_CONS_20A39	Quantidade de Consultas Médicas 20 - 39
QT_CONS_40A49	Quantidade de Consultas Médicas 40 - 49
QT_CONS_50A59	Quantidade de Consultas Médicas 50 - 59
QT_CONS_60EMAI	Quantidade de Consultas Médicas 60 anos e mais

Fonte: Relatório PMA2 do SIAB, 2015.

ANEXO IV

Denominação das equipes de Saúde da Família previstas na Política Nacional de Atenção Básica, onde foram lotados os médicos do Programa Mais Médicos – descritivas por código de equipe constante no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)

COD.	Descrição
1	Equipe de Saúde da Família;
2	Equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal Modalidade I;
3	Equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal Modalidade II;
8	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena;
9	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena na Amazônia Legal;
10	Equipe de Agentes Comunitários de Saúde com Saúde Bucal;
12	Equipe de Saúde da Família Ribeirinha;
13	Equipe de Saúde da Família Ribeirinha com Saúde Bucal Modalidade I;
14	Equipe de Saúde da Família Fluvial;
15	Equipe de Saúde da Família Fluvial com Saúde Bucal;
16	Equipe de Atenção Básica Tipo I;
17	Equipe de Atenção Básica Tipo II;
19	Equipe de Atenção Básica Tipo I com Saúde Bucal;
20	Equipe de Atenção Básica Tipo II com Saúde Bucal;
22	Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar;
24	Equipe de Saúde da Família Tipo I;
25	Equipe de Saúde da Família Tipo I com Saúde Bucal Modalidade;
39	Equipe de Saúde da Família Ribeirinha com Saúde Bucal Modalidade II.

Fonte: SCNES, 2015.

ANEXO V

Critérios utilizados pelo Departamento de Atenção Básica (DAB/MS) para classificar os municípios brasileiros em faixas, para efeito de repasse de fundos referentes ao Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo)

1) **PIB per capita:** refere-se ao ano de 2008, disponibilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Devido a enorme disparidade entre o menor e o maior valor, utilizou-se uma técnica de normalização para atribuir uma pontuação de 0 a 5 para a metade dos Municípios que recebem os menores valores do PIB per capita. A outra metade recebeu pontuação distribuída de 5 a 10 de acordo com o valor.

2) **Densidade demográfica:** também é disponibilizada pelo IBGE. Assim como no caso do PIB per capita, este indicador apresenta grande disparidade entre o menor e o maior valor. Foi necessário utilizar a mesma técnica de normalização para atribuir esta pontuação.

3) **Cobertura de Planos Privados de Saúde:** os dados referentes à cobertura da população de cada Município com planos de saúde são do ano de 2009 disponibilizados via Tabnet, no endereço eletrônico da Agência Nacional de Saúde (ANS). Estes dados não são desagregados por tipo de cobertura de plano, mas apenas como sendo de assistência médica ou odontológica. Cada município obteve uma pontuação de 0 a 10, de acordo com o percentual de pessoas com plano de assistência médica.

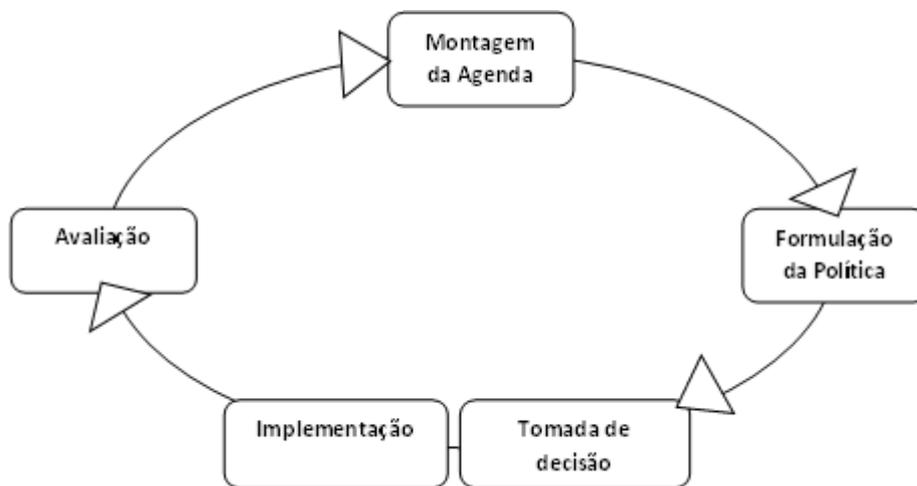
4) **Percentual da população em extrema pobreza:** foi disponibilizado pelo IBGE, com base no universo preliminar do Censo Demográfico 2010. Cada Município obteve uma pontuação de 0 a 10, de acordo com o percentual de pessoas que não estão nesta condição.

5) **Percentual da população beneficiária do Programa Bolsa Família:** foi consultado no endereço eletrônico do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, referente ao ano de 2010. Cada Município obteve uma pontuação de 0 a 10, de acordo com o percentual de pessoas que não estão nesta condição.

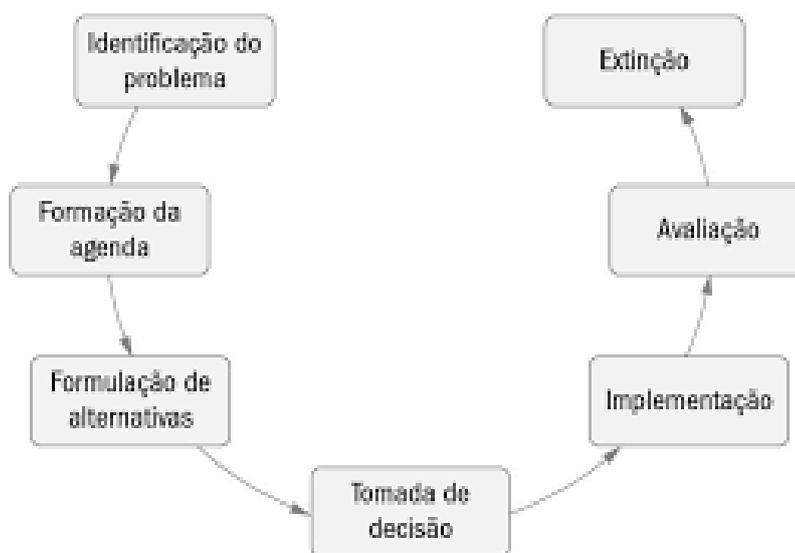
- Percentual da população com Bolsa Família ou percentual da população em Extrema Pobreza (peso 1)
- Percentual da população com Plano de Saúde (peso 1)
- Densidade demográfica (peso 1)

ANEXO VI

Representações dos ciclos das políticas públicas



Fonte: *Política Pública. Seus ciclos e subsistemas. Uma abordagem integral* (Howlett et al, 2013)



Fonte: *Políticas Públicas. Conceitos, esquemas de análise, casos práticos* (Secchi, 2013)