

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

JOÃO PAULO ALVES OLIVEIRA

Análise do provimento de médicos em municípios participantes do
Programa Mais Médicos entre 2013 e 2014.

Dissertação apresentada como requisito parcial para
a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva
pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientador: Dr. Mauro Niskier Sanchez

BRASÍLIA

2016

JOÃO PAULO ALVES OLIVEIRA

Análise do provimento de médicos em municípios participantes do
Programa Mais Médicos entre 2013 e 2014.

Dissertação apresentada como requisito parcial para
a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva
pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovado em 04/03/2016

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Mauro Niskier Sanchez

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de
Brasília
(Presidente)

Daphne Rattner

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de
Brasília

Ieda Maria Ávila Vargas Dias

Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília

Leonor Maria Pacheco Santos

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de
Brasília
(Suplente)

*Dedico este trabalho a minha avó Maria Carlos Damasceno
(in memoriam).*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao divino pela força, saúde e equilíbrio que me possibilitou concluir este curso.

Agradeço aos meus pais, Jorge e Lucimeire, que sempre me apoiaram e me deram suporte para ir em busca de meus sonhos.

Muito obrigado também a minha noiva, Ana Veloso, pela parceria e companheirismo.

Agradeço também aos meus amigos e colegas que torceram por mim.

Agradeço ao meu orientador Mauro Sanchez pela amizade e suporte no decorrer deste curso.

Obrigado também aos colegas de equipe da pesquisa Avaliação do Programa Mais Médicos/UnB, que contribuíram para as reflexões, discussões e apoio para a realização deste trabalho.

Um agradecimento especial a professora Leonor Pacheco, pelas oportunidades concedidas a mim, por acreditar em meu potencial e sempre me fazer acreditar que é possível.

Enfim, um muitíssimo obrigado a todos que direta ou indiretamente contribuíram para o êxito deste trabalho!

RESUMO

O provimento de profissionais de saúde em áreas remotas e rurais é um problema comum no mundo. O Programa Mais Médicos foi criado, entre outros objetivos, para diminuir a carência de médicos e reduzir as desigualdades regionais em saúde. Apresenta-se estudo descritivo sobre o provimento e a variação na concentração regional de médicos, entre 2013 e 2014. O Programa viabilizou o provimento de 14.168 médicos aos 3.785 municípios que aderiram. Destes, 1.408 (37,2%) não apresentavam critérios de prioridade ou vulnerabilidade explicitados nas normativas que regulamentaram a implementação a estratégia. Apresentam-se evidências da redução da carência de médicos, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste. Contudo, questiona-se a introdução de um perfil de elegibilidade que possibilitou alocar 3.166 médicos em municípios não prioritários, e gerou o aumento da concentração de médicos nas regiões do país. O cálculo do Índice Hoover demonstrou que em todas as regiões houve aumento na concentração de médicos. Em 2013, para que todos os municípios do Brasil apresentassem a mesma densidade médica era necessário redistribuir 61,0% dos médicos. Em 2014, esse percentual aumentou para 74,4%. Contudo, não quer dizer que todos os municípios apresentariam densidade médica igual ou maior ao mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde. Além disso, entre 2013 e 2014, o Coeficiente de Gini, calculado para verificar a concentração de médicos no Brasil, saltou de 0,178 para 0,343 ($p < 0,001$). A adesão de todos os municípios das áreas prioritárias poderia ter sido mais efetiva para a redução das desigualdades regionais em saúde. Com base na metodologia empregada conclui-se que a alocação dos médicos em municípios não prioritários e a não adesão de outros prioritários, prejudicou a capacidade de o Programa Mais Médicos reduzir as desigualdades regionais quanto à má distribuição de médicos.

Palavras-chaves: Programa Mais Médicos; Recursos Humanos em Saúde; Política Pública de Saúde; Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

The provision of health professionals in remote and rural areas is a common problem in the world. The “Mais Médicos” program was created, among other objectives, of diminishing the shortage of doctors and bridge the gap in health inequalities among regions in Brazil. This was a descriptive study on the provision of physicians between 2013 and 2014, using the Ministry of Health official database, analyzing municipalities' profiles according to current norms and regulations. The Project made it possible for the provision of 14,168 doctors to the 3,785 municipalities that adhered to the program. Among these, 1,408 (37.2%) did not present any of the priority criteria set forth in the norms of the program, nor the vulnerability situations defined afterwards. In this study, we present evidence of the reduction in physicians' shortage, mainly in the North and Northeast regions. Nevertheless, we question the introduction of an eligibility profile that allowed for the recruitment and provision of 3,166 doctors in 1,408 non-priority municipalities, and intensified the poor distribution of doctors among regions in the country. The Hoover Index indicated that the inequities in distribution of doctors increased in all regions. In 2013, Brazil had to redistribute 61.0% of its physicians to reach equality in this distribution. In 2014, this percentage increased to 74.4%. However, does not mean that all municipalities would present equal or greater medical density to the minimum recommended by the Ministry of Health. Furthermore, the Gini Coefficient, calculated to verify inequities in doctor's distribution in Brazil, went from 0.178 to 0.343 ($p < 0.001$). Based on the methodology adopted we conclude that the allocation of doctors in non-priority or non-vulnerable localities impaired the program's ability to tackle the regional inequities related to doctor distribution.

Keywords: More Doctors Program; Health Manpower; Public Policy Health; Health Evaluation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Gráfico explicativo do Coeficiente de Gini, quando há determinada concentração de renda.	31
FIGURA 2 - Ilustração da área do triangulo em uma situação hipotética de concentração máxima de médicos e Coeficiente de Gini é igual a 1.	31
FIGURA 3 - Distribuição dos municípios que receberam médicos do Programa Mais Médicos, sem critério de prioridade ou vulnerabilidade. Brasil 2013-2014.....	34
FIGURA 4 - Distribuição dos municípios brasileiros elegíveis para participar do Programa Mais Médicos e que não aderiram. Brasil 2013-2014.	34
FIGURA 5 - Gráficos da Curva de Lorenz antes e depois da implementação do PMM (Brasil 2013-2014).	40

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição de valores de medianas da densidade médica por mil habitantes, segundo regiões geográficas e categorias de porte populacional dos municípios com informação na pesquisa Demografia Médica (BRASIL, 2011).	29
TABELA 2 - Perfil de seleção dos municípios participantes do Programa Mais Médicos, por região geográfica do país (Brasil, 2013-2014).	33
TABELA 3 - Distribuição dos médicos participantes do Programa Mais Médicos, por região geográfica do país (Brasil, 2013-2014).	35
TABELA 4 - Perfil dos médicos participantes do Programa Mais Médicos por perfil de prioridade e vulnerabilidade dos municípios. Brasil 2013 2014.	36
TABELA 5 - Distribuição regional dos municípios participantes do Programa Mais Médicos por categorias de concentração médicos por mil habitantes, antes e depois da implementação do programa (Brasil, 2013-2014).	39
TABELA 6 - Variação percentual do número de municípios por categorias de concentração de médicos, nas regiões geográficas do Brasil, entre 2013 e 2014.	39
TABELA 7 - Valores cálculo do Índice de Hoover, por região geográfica cálculo do Coeficiente de Gini para o Brasil, antes e depois da Implementação do Programa Mais Médicos (Brasil, 2013-2014).	41

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Perfis dos municípios elegíveis ao Programa Mais Médicos, segundo a ordem cronológica de estabelecimento das prioridades e vulnerabilidades. Brasil, 2013-2014.	27
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CFM	Conselho Federal de Medicina
CNT	Confederação Nacional dos Transportes
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CRM	Conselho Regional de Medicina
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DSEI	Distrito Sanitário Indígena
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MP	Medida Provisória
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OTD	<i>Overseas Trained Doctors</i>
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e de Saneamento
PISUS	Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PMM	Programa Mais Médicos
PMMB	Projeto Mais Médicos para o Brasil
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RGPS	Regime Geral de Previdência Social

RMS	Registro Ministério da Saúde
SCTIE	Secretária de Ciência, Tecnológica e Insumos Estratégicos
SGTES	Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 GERAL	14
2.2 ESPECÍFICOS	14
3 REFERÊNCIAL TEÓRICO	15
3.1 CONTEXTO DA ESCASSEZ DE MÉDICOS	15
3.2 POLÍTICAS PARA PROVIMENTO E FIXAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NO BRASIL	19
3.3 CARACTERIZAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS	22
4 MÉTODOS	26
5 RESULTADOS	32
6 DISCUSSÃO	42
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS	50
APÊNDICE A - ARTIGO ORIGINAL	55
ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	78

1 INTRODUÇÃO

No inciso I, do artigo primeiro, da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos (PMM), se lê “Art. 1º É instituído o Programa Mais Médicos, [...] e com os seguintes objetivos: I – diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde; ”. Destaca-se que esta lei foi fruto da conversão da Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013.

Neste sentido, visando o alcance dos objetivos propostos, a partir do provimento emergencial de médicos, foi instituído, por meio da Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013, o “Projeto Mais Médicos para o Brasil”. A portaria dispõe sobre a implementação do projeto, a definição das regiões prioritárias para o SUS e o perfil dos médicos elegíveis para a participação.

Destaca-se que a adesão de municípios e médicos não foi obrigatória. No período de 2013 a 2014, o Ministério da Saúde realizou cinco ciclos de chamamento de municípios e médicos, por meio de editais para adesão ao programa. No mesmo período o programa contou com a participação de 3.785 municípios, que receberam ao todo 14.168 médicos.

Considerando que o PMM é uma política pública, constituída para enfrentar o problema da carência de médicos para atuar em áreas remotas e de difícil acesso, o objetivo desta pesquisa foi analisar o provimento emergencial de médicos contratados pelo programa.

Cada vez mais a avaliação de políticas públicas e programas governamentais se torna relevante. A modernização da Administração Pública e a adoção de princípios de gestão pública empreendedora impulsionam esta prática, sendo que em países desenvolvidos já é amplamente disseminada (CUNHA, 2006).

Para Akerman (2015) a avaliação envolve a sistematização de determinadas práticas, que acompanham critérios preestabelecidos, a fim de realizar um julgamento, dentre muitos possíveis, no que refere ao juízo

de valor sobre um ou outro aspecto, e que ao final deverá conferir subsídios para a tomada de decisão.

Por outro lado, Tanaka (2012) considera que a avaliação seria um conhecimento concebido no campo teórico-metodológico, que pode ser aplicado a um objeto definido quando confrontado a um juízo de valor, independente de como será usado seu resultado. Nesta abordagem a avaliação amplia seu campo de interação com a pesquisa.

Neste sentido, se destaca a avaliação da implementação de políticas, visto que descuidos nesta etapa podem colocar a perder proposições inovadoras quando de sua elaboração. Nesta perspectiva de análise, se avaliam os aspectos técnicos da operacionalização e desenvolvimento da política (LEMES DE SORDI, 2013).

A implementação de políticas públicas como campo de estudo, se relaciona com a possibilidade de compreender mais profundamente os processos político-administrativos e os problemas e serem enfrentados (LIMA, 2013). Na visão clássica do ciclo de política pública (*policy cycle*), a implementação é vista como a operacionalização administrativa das ações planejadas. O objetivo é alcançar as metas definidas na etapa de formulação da política.

Esta visão se ancora no *policy environment*, que se caracteriza por informação perfeita, recursos ilimitados, regras perfeitas e uniformes, legitimidade política e consenso quanto a política (SILVA, 2000). Contudo, ressalta-se que esta pesquisa não se limitou a analisar a implementação do PMM na perspectiva do *policy cycle*.

Existem outras perspectivas de análise, que conferem à política dimensões mais amplas, que se relacionam às variáveis do ambiente e dos atores contidos no contexto social. Estas concepções consideram, por exemplo, a necessidade de visão estratégica dos problemas de implementação, incorporando questões de viabilidade e coordenação (SILVA, 2000).

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar o provimento de médicos em municípios participantes do Programa Mais Médicos entre 2013 e 2014, e sua efetividade na redução da carência de médicos nas regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS) e na redução das desigualdades regionais em saúde.

2.2 ESPECÍFICOS

- i. Analisar o perfil dos municípios e médicos participantes do Programa Mais Médicos;
- ii. Analisar a distribuição regional dos médicos e municípios participantes do Programa Mais Médicos;
- iii. Analisar a densidade regional de médicos antes e depois do Programa Mais Médicos.

3 REFERÊNCIAL TEÓRICO

3.1 CONTEXTO DA ESCASSEZ DE MÉDICOS

O provimento adequado de serviços e profissionais de saúde é um problema para diversos países do mundo. Quando se trata de regiões remotas, pobres e periféricas, a situação é ainda mais grave. A escassez e má distribuição geográfica de profissionais médicos, principalmente, é uma situação difícil de ser solucionada.

Neste sentido, vários países com diferentes sistemas econômicos, políticos e níveis de riqueza em algum momento desenvolveram estratégias na tentativa de combater a carência de médicos. Contudo, ainda não foram suficientes para resolver definitivamente o problema (CAMPOS et al, 2009; OLIVEIRA et al, 2015).

A Argentina, a partir da década de 70 iniciou o desenvolvimento de políticas com foco na região da Patagônia, a fim de melhorar as condições de saúde da região. Sendo uma área remota e de baixo desenvolvimento socioeconômico, apresentava indicadores de saúde preocupantes, como por exemplo, de mortalidade infantil. Portanto, com recursos financeiros assegurados pelo orçamento público, implantou medidas a fim de reformular os currículos de medicina e preparar os médicos formados para atuar na atenção básica, além de incentivar o regime de dedicação exclusiva para 75 % dos profissionais de saúde que atuavam no setor público (MACIEL FILHO, 2007).

No Chile, na década de 1970, foi criada uma carreira pública no Sistema Nacional de Saúde, específica para médicos que atuavam em áreas remotas e rurais pelo país. Contudo, nos anos 80 o governo militar descentralizou aos municípios a responsabilidade pela atenção básica em saúde, fazendo com que a carreira se tornasse menos atrativa. Isso causou o aumento da rotatividade de profissionais, gerando escassez de médicos para ocuparem as vagas necessárias (MACIEL FILHO, 2007).

A Venezuela, com o Programa *Mission Barrio Adentr*, trouxe de Cuba mais de vinte mil médicos para trabalhar no *Sistema Público Nacional de Salud*, que se desenvolveu junto com a nova política social que se estabelecia, promovendo o atendimento médico a comunidades

das regiões mais pobres e remotas do país e que não dispunham de acesso aos cuidados da atenção básica. Além disso, o governo recebeu o reforço de 3.328 estudantes Venezuelanos que estudaram medicina em Cuba (BACKER, 2009).

O México é o país latino americano onde o serviço social obrigatório foi implantado há mais tempo, tendo sido iniciado em 1936. Foi instituído que para a obtenção da habilitação profissional o estudante deverá cumprir determinada carga horária de exercício profissional em comunidades de regiões de difícil acesso à atenção à saúde. Além do mais, a partir de 1983 foi criada uma comissão que regulava as bases do serviço social obrigatório, formada por universidades e serviços de saúde (MACIEL FILHO, 2007).

Na Austrália, por exemplo, que possui um sistema de saúde com financiamento público e privado para atrair médicos formados no exterior , o governo implementou o *Overseas Trained Doctors* (OTD). Esse programa envia médicos formados no exterior ou estrangeiros formados na Austrália para regiões remotas do país, sendo que eles recebem visto e registro profissional temporário e a possibilidade de participar de cursos para capacitação profissional.

O exercício profissional é supervisionado e a remuneração obedece a uma escala de incentivos, onde quanto mais remota for a região maior a remuneração. O contrato tem duração de 10 anos, sendo que ao longo desse tempo o médico passa a ter a possibilidade de progredir sua alocação podendo ir de uma região muito remota até uma cidade grande (OLIVEIRA, 2015; AUSTRÁLIA, 2015).

Embora os termos escassez, carência e privação sejam comumente utilizados como sinônimos, representam distintos significados. Neste sentido, o conceito de escassez se divide em duas classificações, a não econômica e a econômica. A primeira, conhecida também como escassez normativa, é aquela que impõe um valor padrão de médicos por número de habitantes de um território. A segunda classificação considera a escassez como efeito da relação entre oferta e demanda do mercado profissional de trabalho, seria como a falta do profissional em quantidade suficiente para satisfazer a todos os indivíduos nos níveis que eles

necessitam. A escassez pode se apresentar em diferentes graus e natureza (IPEA, 2014).

A carência é o conceito que define a situação onde as necessidades básicas ou essenciais não são atendidas. Mesmo não havendo a escassez do recurso, pode acontecer a ocorrência da carência induzida. Na privação, por sua vez, a população se encontra em uma condição de carências múltiplas, que determinam sua condição de vida e saúde (GIRARDI et al., 2011).

Há diferentes formas de se mensurar a escassez na perspectiva não econômica, como, por exemplo, a determinação da quantidade de profissionais por espaço geográfico ou população alvo tomado como unidade de análise para garantir a realização de procedimentos na atenção à saúde (IPEA, 2014).

Portanto, com base no que se verifica na literatura e documentos oficiais o Ministério da Saúde e os pesquisadores brasileiros especialistas em recursos humanos em saúde utilizam o conceito não econômico de escassez, quando se trata da densidade de médicos.

A Portaria nº 1.101/GM, de 12 de junho de 2002, por exemplo, estabeleceu durante 13 anos que a quantidade desejável de médicos nos municípios deveria ser de 1 por mil habitante. Ressalta-se que esta Portaria foi revogada pela Portaria nº 1.631/2015, que atualiza os critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, normatizando por parâmetros não econômicos de escassez.

Pesquisas já realizadas no país também utilizaram parâmetros baseados na definição não econômica da escassez. Neste sentido, os estudos analisaram a razão médico por habitante no diagnóstico da escassez aplicando diferentes conceitos relacionados com a organização espacial dos territórios e do sistema de saúde, no levantamento quantitativo e a localização dos profissionais.

Feldstein (1999) aponta dois problemas na utilização do conceito não econômico da escassez para profissionais da saúde. O primeiro considera que quaisquer mudanças na demanda pelos serviços de saúde são ignoradas. O outro problema é que prováveis ganhos de

produtividade, que podem induzir na redução na demanda por médicos, também são ignorados. Portanto, quando o diagnóstico é realizado a partir da abordagem não econômica, o que se verifica é a necessidade de aumentar a oferta de médicos para ao final aumentar a oferta de serviços de saúde.

No Brasil, a saúde passa a ser um direito social e universal garantido na Constituição Federal de 1988. A publicação da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 instituiu o SUS, que é o sistema público de saúde. Como outros Sistemas de Saúde públicos e universais do mundo, o SUS enfrenta o problema da permanente escassez e má distribuição de médicos dentro do território nacional, o que agrava as desigualdades regionais em saúde.

Na década de 90, enquanto o país possuía 3,0 leitos de internação por mil habitante disponíveis para o SUS, a região Norte e Nordeste dispunham de 2,1 e 2,8, respectivamente. Quanto à taxa de consultas médicas realizadas no SUS por cem habitantes, em 1999, as regiões Norte (1,48) e Nordeste (1,95) apresentaram valores menores que os verificados para o Sudeste (2,55), Sul (2,0) e Centro-Oeste (2,03) (PAIM, 2006).

Desde 1970, estudos já indicavam que a distribuição de médicos no Brasil estava relacionada com o nível de renda da população. Quanto maior a renda da população maior a densidade de médicos. Outra relação verificada foi municípios com agência bancária instalada e a presença de médicos, sugerindo que este era um fator que condicionava a escolha de local para atuação profissional (CAMPOS, 2009).

Em 2009, estimava-se que 7% dos municípios brasileiros não contavam com médicos com residência no território da municipalidade e 42% da população estava localizada em municípios com proporção de menos de um médico por quatro mil habitantes. Nas regiões Norte e Nordeste o caso era ainda mais grave.

O Norte com 8% da população brasileira contava com 4,3% do total de médicos e o Nordeste com 28% da população brasileira contava com 18,2% dos médicos (CAMPOS, 2009). Enquanto isso, na região Sudeste,

onde residia 42% da população, concentravam-se 60% de todos os médicos do país (GIRARDI et al., 2011).

A desigualdade gerada pela carência de médicos e a dificuldade para acessar os serviços de saúde acaba por potencializar a situação de vulnerabilidade das populações mais pobres que habitam regiões geográficas isoladas, agindo em sinergia com fragilidades socioeconômicas, tais como a insegurança alimentar e o analfabetismo (GIRARDI et al., 2011).

3.2 POLÍTICAS PARA PROVIMENTO E FIXAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NO BRASIL

A criação do SUS e o processo de municipalização do país contribuíram, entre outros aspectos, para a expansão dos postos de trabalho na saúde. A ideia de instituir um sistema de saúde descentralizado, com garantia de acesso universal com equidade, participação e controle social, com competências definidas para cada ente federado foi uma estratégia que impulsionou mudanças no sentido da redução da escassez de profissionais e estabelecimentos de saúde em regiões geográficas remotas do Brasil.

Para exemplificar os avanços, destaca-se que ao final dos anos 70 o país possuía 13.133 estabelecimentos de saúde, sendo que em 2005 esse número saltou para 77.004. Este avanço foi seguido pelo aumento do número de postos de trabalho no setor saúde, que foi de 573.629 trabalhadores em 1980 para 2.566.694 em 2005 (CAMPOS, 2009).

À expansão dos postos de trabalho na saúde pode se atribuída, além da criação do SUS, ao aumento do número de municípios no Brasil. Entre 1950 e 2013, o país mais que dobrou o número, passando de 2.763 para 5.570, o que acabou por demandar muito mais recursos humanos para a viabilização da prestação de serviços de saúde nos municípios (CAMPOS, 2009; IBGE, 2015).

Assim, na tentativa de reverter o problema, os governos ao longo do tempo colocaram em prática diferentes estratégias de ação. Entre 1970 e o início dos anos 2000 podemos citar algumas intervenções que visaram levar médicos aos rincões do país: durante a ditadura militar,

Projeto Rondon e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e de Saneamento (PIASS); e já no regime democrático o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS) e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) (CAMPOS, 2009).

O Projeto Rondon, criado pelo Decreto nº 62.927, de 28 de junho de 1968, tinha o objetivo de promover estágios para estudantes universitários, contribuindo para a participação dos jovens no processo de integração nacional e programas de desenvolvimento comunitário junto a população de regiões de difícil acesso. Seu caráter era voluntário e abrangia universitários de todos os cursos.

Naquela época o mundo vivia um momento de expansão das ideologias libertárias, em que manifestações públicas, protestos, conflitos e movimentos de massa, protagonizados principalmente por jovens, estavam acontecendo em vários países. No Brasil, antes que o movimento ganhasse força, o regime militar tratou de agir sobre jovens universitários, para conter a disposição em aderir ao processo. Portanto, foi neste contexto político- institucional que surgiu o Projeto Rondon e seu objetivo central era a integração da região amazônica ao restante do país. O projeto foi encerrado em 1989, logo após a queda do regime militar (MACIEL FILHO, 2007).

Em 1975, o relatório final da V Conferência Nacional de Saúde dizia que 50% da população estava em áreas remotas e rurais, em condições de vida precárias e dificuldade de acesso a serviços de saúde e saneamento básico. Além disso, por meio da Lei nº 6.229/1975 foi criado o Sistema Nacional de Saúde, que definiu responsabilidades para diferentes instituições públicas e entes federados.

Neste sentido, o PIASS foi instituído pelo governo militar, por meio do Decreto nº 78.307/1976 e veio como parte de uma série de ações para melhoria das condições de saúde, estipuladas nos Plano Nacional de Desenvolvimento II.

O objetivo era a expansão do número de unidades básicas de saúde, a construção de redes de abastecimento de água, esgoto e destinação do lixo em municípios com até 20 mil habitantes. Para tanto, o programa muito se utilizava de profissionais com nível fundamental e

médio de formação escolar para trabalhar sob a supervisão de outro com formação superior. A previsão inicial era de 4 anos de duração, mas se estendeu até 1985 (MACIEL FILHO, 2007).

O PISUS foi um programa criado em 1993 e organizado em quatro frentes de ação: “Unidades de Pronto Atendimento”; “Interiorização do Médico”; “Interiorização do Enfermeiro” e “Agente Comunitário de Saúde”. A primeira tinha o objetivo de promover aos municípios pelo menos uma unidade de saúde. A segunda pretendia promover a fixação de pelo menos um médico residente no município participando do programa. A terceira e quarta frentes do programa objetivaram garantir a presença de enfermeiros e agentes comunitários de saúde nos municípios.

Durante a execução do PISUS, o que não se esperava é que seria tão difícil alcançar as metas propostas. Inicialmente, o programa pretendia alcançar 398 municípios da região Norte e no futuro pretendia se que fosse expandido para outras regiões. Entretanto, em 1994, após as eleições para Presidente da República, o programa foi abandonado. Logo no início do governo do então Presidente Fernando Henrique Cardoso o PISUS extinto, com pouco mais de um ano de sua criação. Maciel Filho (2007) aborda que o fracasso pode ser atribuído ao fato do programa ter sido articulado junto aos Estados e não com os municípios, como verificado no Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF).

Além do mais, tivemos também o PITS, que foi um programa criado em 2001 com a intenção de melhorar a distribuição de médicos e enfermeiros no território nacional, aprimorando a formação destes profissionais para atuarem na atenção básica junto ao PSF (MOURA, 2005).

Neste sentido, os municípios para participarem deveriam estar localizados nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, em Minas Gerais e possuir população de até 20 mil habitantes, apresentar taxas elevadas de mortalidade infantil, malária, hanseníase, tuberculose e não possuir equipes de saúde da família. Contudo, ao longo dos três anos de duração do programa, os critérios de elegibilidade para municípios foram sendo modificados (MOURA, 2005).

Quanto aos profissionais, estes foram contratados para atuar nos municípios pelo período de um ano, podendo o contrato ser renovado por igual período, e sua remuneração era realizada via pagamento de bolsas. Médicos e enfermeiros ainda tiveram de participantes de cursos de aperfeiçoamento ofertados por universidades conveniadas, a fim de se qualificarem na prestação de atendimento no PSF (MACIEL FILHO, 2007).

Neste contexto, outro exemplo de estratégia implantada no Brasil para minimizar o problema da escassez e má distribuição de profissionais de saúde foi a criação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB, a partir da publicação da Portaria Interministerial nº 2.087/MS/MEC, de 21 de setembro de 2011. Este programa pretendeu estimular e valorizar o trabalho das equipes de atenção básica, em municípios de difícil acesso, onde vivem populações vulneráveis, ou seja, aqueles que tem mais dificuldade para atrair e fixar médicos.

O PROVAB não contratou apenas médicos, mas também enfermeiros e cirurgiões-dentistas. O profissional contratado firmava acordo para permanecer 12 meses no município. A carga horária semanal se divide em 32 horas para atividades práticas no serviço de saúde e 8 horas para realização de atividades do curso de especialização ofertado pelo Ministério da Saúde. Entretanto, os médicos que participaram do programa por pelo menos 12 meses passaram a ter o direito de elevar sua pontuação nas provas de residência médica (WEILLER, 2014).

Portanto, foi possível identificar diferentes estratégias implementadas pelo Brasil com o intuito de dar uma solução ao problema da escassez e má distribuição de médicos. Contudo, apesar dos resultados positivos apresentados pelos diferentes programas em tempo, nenhum foi capaz oferecer resposta na magnitude necessária.

3.3 CARACTERIZAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Com o processo de municipalização do país e da gestão do SUS, observou-se que os municípios, no geral, não têm infraestrutura para garantir a realização do direito universal à saúde, conforme determina a

Constituição Federal de 1988. Neste sentido, com a persistência da carência de profissionais de saúde e a precariedade da estrutura instalada, as necessidades da população não podem ser atendidas satisfatoriamente, pois a oferta dos serviços de saúde está comprometida.

Neste contexto, em que os municípios brasileiros convivem há décadas com o problema de carência e má distribuição de médicos, em 2013, dois episódios foram marcantes para a implementação de uma nova estratégia para o enfrentamento. O primeiro, foi o lançamento da campanha “Cadê o médico?” pela Frente Nacional de Prefeitos – FNP, que reivindicava a contratação de médicos, inclusive estrangeiros, para atuar na atenção básica em saúde (SANTOS, 2015). O segundo foi a onda de protestos pelas ruas do país, onde milhares de pessoas insatisfeitas com os serviços públicos no país exigiam mais investimentos em saúde, educação e segurança (ANTUNES, 2014).

Neste contexto político institucional é que em julho de 2013, a Presidenta da República publicou a Medida Provisória nº 621/2013, que posteriormente foi convertida na Lei nº 12.871/2013, instituindo o Programa Mais Médicos – PMM. Trata-se de um programa com duração prevista de três anos, com possibilidade de prorrogação, constituído em três dimensões de atuação: melhoria da estrutura física da rede de atenção básica em saúde; reformas educacionais das escolas de medicina e residência médica; e provimento emergencial de médicos em regiões prioritárias para o SUS (BRASIL, 2013a).

No âmbito do PMM, o município participante tem o prazo de cinco anos para adotar medidas para qualificar a estrutura dos serviços de atenção básica e é obrigatória a inscrição no Programa Requalifica UBS. Este programa é uma estratégia de fortalecimento da atenção básica, por meio da promoção de condições adequadas para a realização do trabalho em saúde, a partir do financiamento de reformas, ampliação e construção de novas Unidades Básicas de Saúde – UBS (BRASIL, 2011).

O PMM também se propôs a atuar sobre o aspecto da formação médica. Uma das barreiras para a solução do problema da escassez de médicos e a consolidação do SUS, como política de Estado, se refere à questão da formação dos médicos, pois muitas Instituições de Ensino

Superior – IES não harmonizam os currículos acadêmicos com as diretrizes do SUS, comprometendo ainda mais a inserção de novos profissionais no sistema público de saúde (WEILLER, 2014).

A Medida Provisória nº 621/2013 propôs entre outras coisas, alterações nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina. A proposta era atualizar a formação médica para o enfrentamento dos problemas contemporâneos da sociedade. As mudanças apontavam para a promoção de uma maior integração entre as práticas de ensino e serviço junto aos estudantes.

Apesar das várias alterações sofridas pelo texto editado na MP e aquele apresentado na Lei, o PMM manteve a proposta de ampliar o número de vagas e escolas de medicina, principalmente em municípios do interior, bem como a de aumentar o número de residências médicas. A perspectiva é que, entre 2013 e 2026, a proporção de vagas em cursos de medicina por habitante salte de 0,82 para 1,34 (BRASIL, 2015b).

Para fazer frente à carência de médicos foi instituído, a partir da publicação da Portaria Interministerial nº 1.369/2013, o Projeto Mais Médicos para o Brasil - PMMB. Seu objetivo é o provimento emergencial de médicos em municípios localizados em regiões prioritárias para o SUS e o aperfeiçoamento dos profissionais para atuarem na atenção básica.

A coordenação do projeto é dos Ministérios da Saúde e da Educação. O aperfeiçoamento dos médicos participantes ocorre por meio de curso de especialização oferecido por instituições públicas de ensino superior, que seguem regras definidas pelos referidos ministérios em ato conjunto (BRASIL, 2013a).

A participação dos médicos se condiciona ao cumprimento dos requisitos do projeto e a aprovação em avaliações periódicas do curso de aperfeiçoamento. Além dos médicos participantes, existem os supervisores, que são profissionais médicos responsáveis pela supervisão profissional dos médicos participantes, e também o tutor acadêmico, que é um docente médico responsável pela orientação acadêmica. (BRASIL, 2013a)

Neste sentido, para tentar reduzir o abandono por parte dos médicos estrangeiros, o Ministério das Relações Exteriores recebeu

autorização para conceder visto temporário para os dependentes e familiares dos participantes.

A participação no PMMB não se caracteriza como vínculo empregatício. Os participantes recebem mensalmente o pagamento via bolsa-formação, que são pagas pelo Ministério da Saúde. De acordo com a lei que instituiu o programa, o pagamento de bolsas não se caracteriza como uma contraprestação de serviço.

Os médicos participantes são considerados contribuintes individuais do Regime Geral de Previdência Social – RGPS, com exceção daqueles com cobertura securitária específica, oriundos de seleção por cooperação entre Brasil e organismos internacionais, e os que contribuem com a seguridade social em países que o Brasil mantém acordo internacional para este fim (BRASIL, 2013a).

Os critérios para o médico estrangeiro participar do projeto foram: diploma de médico; habilitação para exercício da medicina no país de formação; conhecimento da língua portuguesa, organização do SUS, protocolos e diretrizes clínicas de âmbito da Atenção Básica.

Para viabilizar o exercício profissional dos médicos estrangeiros, a Lei nº 12.871/2013, autorizou o Ministério da Saúde a emitir o Registro Ministério da Saúde (RMS) e a carteira de identificação, o que permite a estes exercer a medicina, no âmbito do projeto, por três anos, dispensada a revalidação de seu diploma. Estes médicos intercambistas, estão submetidos à fiscalização do Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde foram alocados.

Para os municípios que desejaram participar, bastou se inscrever nos editais de chamamento de interessados. A participação foi voluntária, mas os municípios deveriam se enquadrar em algum dos critérios de prioridade definidos nos instrumentos normativos do projeto. Aos municípios selecionados coube garantir, em contrapartida às bolsas pagas pelo Ministério da Saúde, garantir a moradia, alimentação e transporte aos médicos alocados em seu território.

4 MÉTODOS

O presente trabalho trata se de um estudo descritivo da implementação do provimento emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos, no período de 2013 a 2014, compreendendo o perfil de municípios e médicos que aderiram ao programa, bem como a variação da densidade de médicos durante o período.

Primeiramente, para a análise do perfil dos municípios e médicos foram utilizados dados oficiais fornecidos pela Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES, do Ministério da Saúde (MS), à coordenação do projeto de pesquisa “Análise da efetividade da iniciativa Mais Médicos na realização do direito universal à saúde e na consolidação das Redes de Serviços de Saúde”, financiado por meio da Chamada Pública MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT nº 41/2013.

Os dados analisados identificavam quantos municípios participaram, tiveram a inscrição cancelada, desistiram e não se inscreveram. O cancelamento foi considerado como a retirada da inscrição e, a desistência, a renúncia à aprovação da participação no programa.

Para fins desta pesquisa não foram considerados os 294 médicos alocados nos 34 Distritos Sanitários Indígenas – DSEI, pois os seus limites geográficos sobrepõem os limites dos municípios, que neste caso foi a unidade geográfica de análise. Além disso, uma das vantagens de se utilizar o município como unidade de análise é o fato de estes serem áreas com certo grau de autossuficiência na produção e consumo de serviços de saúde. Desse modo, a própria população, a partir de suas características socioeconômicas, demográficas, epidemiológicas e culturais é que demandam os serviços de saúde municipal (GIRARDI et al., 2011).

A análise da distribuição regional dos municípios participantes foi realizada com base nos critérios de prioridade e vulnerabilidade definidos nos atos normativos do PMMB, em vigência no período de 2013 a 2014. Foram considerados a Portaria Interministerial nº 1.369 de 8 de julho de 2013, o Edital nº 40 da SGTES/MS de 18 de julho de 2013 e Edital nº 22 da SGTES/MS de 31 de março de 2014, como descrito no Quadro 1.

Quadro 1: Perfis dos municípios elegíveis ao Programa Mais Médicos, segundo a ordem cronológica de estabelecimento das prioridades e vulnerabilidades. Brasil, 2013-2014

Perfil do Município	Descrição	Normativa
20% pobreza	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), disponíveis no endereço eletrônico www.mds.gov.br/sagi .	Portaria Interministerial nº1.369/2013 Mantido no Edital nº40/2013/ SGTES/ MS
G-100	Áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos 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 (G-100).	Portaria Interministerial nº1.369/2013 Mantido no Edital nº40/2013/SGTES/MS
Capital	Áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza das Capitais, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).	Portaria Interministerial nº1.369/2013 Mantido no Edital nº40/2013/SGTES/MS
Região Metropolitana	Áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos Municípios situados em região metropolitana, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).	Portaria Interministerial nº1.369/2013 Mantido no Edital nº40/2013/SGTES/MS
Demais Municípios	Áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos demais Municípios, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).	Introduzido pelo Edital nº40/2013/SGTES/MS
Situações de Vulnerabilidade	Municípios com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM baixo/muito baixo; das regiões dos Vales do Jequitinhonha - MG, Mucuri - SP e Ribeira – SP e PR; do Semiárido da Região Nordeste; com residentes em comunidades remanescentes de quilombos; demais municípios localizados nas Regiões Norte e Nordeste.	Introduzido pelo Edital nº22/2014/SGTES/MS no Item 2.2.3

A análise verificou ainda a distribuição dos médicos por região e por perfil dos municípios de alocação, considerando: a) Médico com registro no Conselho Regional de Medicina (CRM); b) Intercambista Individual, que são médicos formados no exterior, habilitados a exercer a profissão, sem CRM; e, c) Cooperante, que são os médicos contratados pelo Brasil via acordo de cooperação com Cuba, que foi intermediado pela Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS (BRASIL, 2013c).

Para a análise da densidade de médicos, calculou-se a densidade médica por mil habitantes antes e depois da implantação do PMM. A linha de base para definir a densidade médica foi a partir da pesquisa Demografia Médica, realizada pelos conselhos de categoria médica (CREMESP, 2013).

Para cobrir a falta de informação para 28% dos 5.570 municípios brasileiros nos dados da pesquisa Demografia Médica, foi realizado o processo de imputação. Para se extrapolar os dados para os municípios sem informação, foi realizada a imputação da mediana regional (Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste e Sul) com base em cinco grupos de município divididos por porte populacional (<5.000 habitantes; ≥5.000 a <10.000 habitantes; ≥10.000 a <20.000 habitantes; ≥20.000 a <50.000 habitantes, ≥50.000 habitantes).

Entre aqueles municípios sem informação da demografia médica, aproximadamente 50% se encontravam no grupo de municípios com até 5 mil habitantes e 25% no grupo de ≥5.000 a <10.000 habitantes. Para os municípios com informação de demografia médica disponíveis, 13,6% estavam no grupo <5.000 habitantes e 19,8% entre ≥5.000 a <10.000 habitantes.

A fim de se evitar valores extremos foram utilizadas as medianas de cada região e suas categorias de porte populacional (tabela 1), pois se verificou que a diferença na distribuição de municípios não era homogênea. No Centro-Oeste, por exemplo, 72% do municípios sem dado de demografia médica estava na categoria < 5.000 habitantes.

Tabela 1: Distribuição de valores de medianas da densidade médica por mil habitantes, segundo regiões geográficas e categorias de porte populacional dos municípios com informação na pesquisa Demografia Médica (BRASIL, 2011).

Categorias dos municípios por porte populacional	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul
< 5.000	0,454	0,326	0,462	0,404	0,497
≥5.000 a <10.000	0,368	0,184	0,220	0,379	0,415
≥10.00 a <20.000	0,486	0,148	0,170	0,550	0,509
≥20.000 a <50.000	0,892	0,180	0,162	0,941	0,969
≥50.000	1,463	0,418	0,290	1,820	1,620

Portanto, quando traçada a curva de tendência, com o uso da mediana, verificou-se que os dados imputados mantiveram a distribuição homogênea dos dados nas regiões. Além disso, salienta-se que, em decorrência da falta de informação disponível quanto à demografia médica se concentrar em municípios de até 10 mil habitantes e a mediana ter sido imputada com base no porte populacional e região, há a possibilidade do número de municípios com densidade <0,1 médicos por mil habitantes estar subestimado.

Após a imputação foi realizado o cálculo das densidades médicas por município, tendo como numerador o número de médicos, no caso da pesquisa Demografia Médica, ou o número de médicos da linha de base acrescido dos médicos do PMM, no caso depois da implementação do PMM. O denominador foi sempre a população do município de acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e suas projeções, 2011 e 2013, respectivamente; multiplicando por mil habitantes, a fim de se padronizar o coeficiente.

A análise da distribuição da densidade médica calculada foi realizada por categorias desta densidade. Para tanto, se considerou a Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002, que quando da criação do PMM definia que a densidade de médico por mil habitantes recomendável era de 1,0 médico por mil habitantes. Neste sentido, foram criadas cinco categorias, sendo que a primeira representa um décimo do valor mínimo preconizado (<0,1 (muito baixa); ≥0,1 e <0,4 (baixa); ≥0,4 e <0,7 (insatisfatória); ≥0,7 e <1,0 (limítrofe); ≥1,0 (adequada)). Para a análise supracitada utilizou-se o software SPSS® versão 21 teste.

Para analisar a significância da variação (antes e depois da implementação do PMM) da distribuição de municípios em categorias de razão de médico por mil habitantes, na redução das desigualdades regionais em saúde, a partir do aumento da concentração de médicos nos municípios que aderiram, utilizou-se o teste não paramétrico de Wilcoxon, a partir do software Stata versão 12.®.

A escolha se baseou no pressuposto da variável ser pareada (não independente) e escalonada em quintis. Além disso, se observou que a distribuição de municípios entre as categorias por região foi assimétrica.

O teste de Wilcoxon é do tipo não paramétrico (CALLEGARI-JACQUES, 2008). A concentração de médicos por mil habitante foi comparada entre os municípios participantes do PMM, controles de si mesmos. Para tanto, H_0 : a variação da concentração de médicos entre os dois períodos é igual zero. Ou seja, não provocou efeito, sendo que, para isso, a diferença entre as taxas antes e depois deveriam se anular.

Além disso, foi calculado o Índice de Hoover para se verificar a mudança entre um ano e outro na concentração de médicos. Este índice é amplamente utilizado para avaliar a tendência de concentração ou desconcentração da distribuição de uma dada população em evolução de um país ou região. O Índice de Hoover pode variar de 0 a 100 ($1 - a_s$), quanto mais próximo de 1 mais concentrado e vice-versa. Pode ser interpretado como o percentual da população, no caso médicos, que deve ser redistribuído para que se alcance a igualdade nas densidades verificadas nas regiões geográficas do país (ROGERSON et al, 2013). Para o cálculo foram considerados todos 5.570 municípios do Brasil.

Também se calculou o Coeficiente de Gini para o Brasil, que é uma medida estatística de desigualdade. O teste apresenta a concentração de médicos entre 2013 e 2014 no Brasil, indicando se houve redução ou não da concentração de médicos no país, antes e depois da implantação do PMM.

Para se calcular o Coeficiente de Gini deve se considerar um plano cartesiano, onde o eixo X dispõem os percentuais acumulados da população e no eixo Y os médicos, sempre em ordem crescente. Quando a concentração de médicos for igual a zero, 10% da população conta com

10% dos médicos, 20% da população 20% de médicos e assim por diante. Esta seria a situação ideal, onde se verifica no gráfico uma reta de 45 graus (NISHI, 2010).

Portanto, o cálculo do Coeficiente de Gini se baseia na Curva de Lorenz, medindo a distância entre a situação ideal e a real. Na figura 1, verifica-se a área amarela do gráfico, sendo que quanto maior a concentração, maior a área. O cálculo é simples: área de concentração dividida pela área do triângulo abaixo da reta de 45 graus quando existe concentração máxima, conforme figura 2 (NISHI, 2010). Nesse sentido, se não há concentração, o valor será igual a 0 e quanto mais próximo de 1 maior a concentração.



Figura 1: Gráfico explicativo do Coeficiente de Gini, quando há determinada concentração de renda.

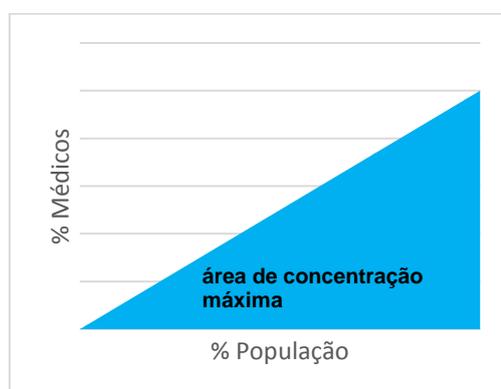


Figura 2: Ilustração da área do triângulo em uma situação hipotética de concentração máxima de médicos e Coeficiente de Gini é igual a 1.

5 RESULTADOS

No período entre 2013 e 2014, 3.785 municípios de todas as regiões do país receberam 14.168 médicos contratados por meio do PMM. Verificou-se ainda que 44 municípios tiveram sua adesão cancelada, 376 desistiram e 1.365 não se inscreveram. Portanto, dos 5.570 municípios do Brasil, aproximadamente 68% aderiram ao PMM.

Na tabela 2, é possível observar que entre os municípios que aderiram ao programa, 2.377 (62,8%) atendiam a algum dos critérios de prioridade ou vulnerabilidade e 1.408 (37,2%) não atendiam a nenhum critério, por isso foram considerados como “demais municípios” do programa.

Entre as Capitais, com exceção de Cuiabá, Mato Grosso-MT, todas receberam médicos inscritos no PMM. Quanto às regiões Metropolitanas, observou-se que o Sul foi a região com maior número de municípios participantes.

A região Nordeste foi a região com o maior número de municípios do G100, com 20% ou mais população vivendo em extrema pobreza e em situação de vulnerabilidade que aderiram ao PMM. Portanto, foi também a região com o maior número de municípios inscritos no PMMB.

Para os “demais municípios” que aderiram ao PMM, 83%, aproximadamente, se localizavam nas regiões Sudeste e Sul. No entanto, municípios não prioritários de todas as regiões geográficas do país receberam médicos pelo programa (Figura 3).

A análise mostrou também que 699 municípios elegíveis, ou seja, 22,7%, não se inscreveram ou cancelaram sua inscrição no PMM, sendo: 450 do Nordeste, 52 do Norte, 101 do Sudeste, 75 do Sul e 21 do Centro-oeste (Figura 4).

Tabela 2: Perfil de seleção dos municípios participantes do Programa Mais Médicos, por região geográfica do país (Brasil, 2013-2014).

Perfil do Município	Regiões geográficas do Brasil com número de município					Total (n)
	Centro-Oeste (n)	Nordeste (n)	Norte (n)	Sudeste (n)	Sul (n)	
20% pobreza	32	978	221	55	48	1.334
G-100	9	36	14	22	12	93
Capital	3	9	7	4	3	26
R. Metropolitana	21	39	5	113	198	376
Vulnerabilidade	27	222	107	147	45	548
Total de municípios prioritários e/ou vulneráveis	92	1.284	354	341	306	2.377
Demais municípios	203	34	9	592	570	1.408
Total geral de municípios	295	1.318	363	933	876	3.785

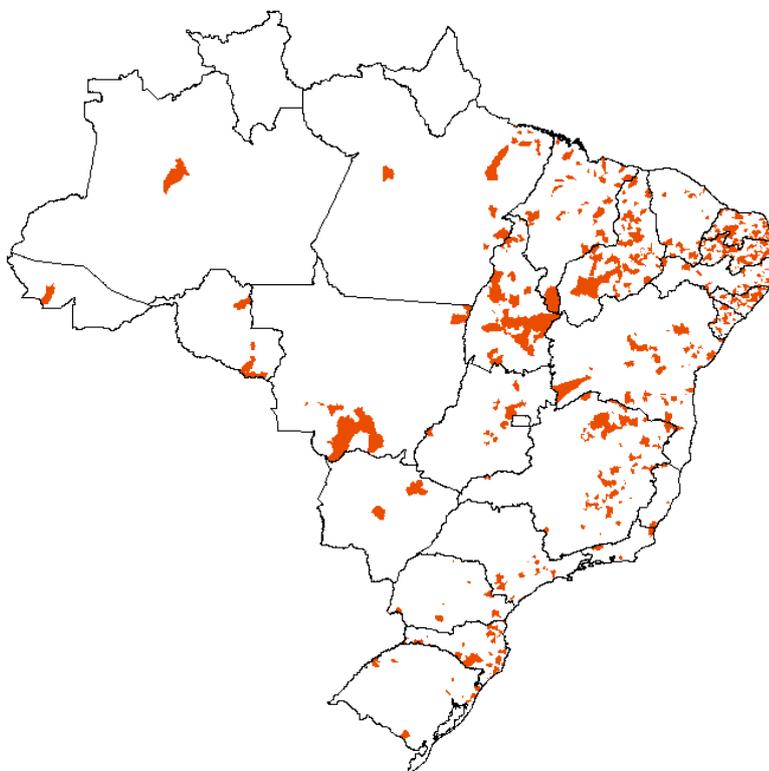
Fonte: banco de dados SGTES, 2014.

Entre 2013 e 2014 o PMM viabilizou o provimento de 14.168 médicos entre os municípios que aderiram ao programa. Os Médicos com registro no CRM optaram, principalmente, pela região Nordeste, que recebeu cerca de 50% dos profissionais com este perfil. Já os intercambistas individuais se direcionaram majoritariamente para as regiões Sul e Sudeste (Tabela 3). O PMMB contou com a participação de médicos de 47 diferentes nacionalidades.



Fonte: TabWin

Figura 3: Distribuição dos municípios que receberam médicos do Programa Mais Médicos, sem critério de prioridade ou vulnerabilidade. Brasil 2013-2014.



Fonte: TabWin

Figura 4: Distribuição dos municípios brasileiros elegíveis para participar do Programa Mais Médicos e que não aderiram. Brasil 2013-2014.

Entre todos os médicos contratados pelo PMM, verificou-se que mais de 11 mil foram cooperantes, fruto de acordo firmado entre o governo brasileiro e Cuba, representando cerca de 80% do total. A região Nordeste foi a que mais recebeu médicos cooperantes, seguida pelo Sudeste e Sul.

Tabela 3: Distribuição dos médicos participantes do Programa Mais Médicos, por região geográfica do país (Brasil, 2013-2014)

Perfil dos médicos	Regiões geográficas do Brasil e número de municípios					Total (n)
	Centro-Oeste (n)	Nordeste (n)	Norte (n)	Sudeste (n)	Sul (n)	
Médicos com registro no CRM	134	965	194	395	146	1.834
Intercambista Individual	96	194	130	346	418	1.184
Cooperante	660	6.694	1.388	3.595	1.813	11.150
Total	890	4.853	1.712	4.336	2.377	14.168

Fonte: banco de dados SGTES, 2014.

Conforme a Tabela 4, aqueles médicos com registro no CRM, que escolheram o município para atuação foram, principalmente, para aqueles com 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza. A maior parte dos cooperantes também foi alocada em municípios com este perfil.

Os médicos intercambistas individuais optaram, principalmente, pelas capitais e regiões metropolitanas e em último lugar pelos municípios em situação de vulnerabilidade. A minoria de médicos com registro no CRM também foi distribuída nos municípios em situação de vulnerabilidade.

Neste sentido, os 2.377 municípios prioritários e vulneráveis receberam 11.002 médicos. Os “demais municípios” receberam 3.166 médicos, sendo 2.825 cooperantes, que foram alocados pelo Ministério da Saúde. Entretanto, médicos com registro no CRM e intercambistas individuais também foram distribuídos em municípios não prioritários ou vulneráveis.

Tabela 4: Perfil dos médicos participantes do Programa Mais Médicos por perfil de prioridade e vulnerabilidade dos municípios. Brasil 2013 2014.

Perfil dos municípios	Perfil dos Médicos			Total (n)
	Médicos com registro no CRM (n)	Intercambista individual (n)	Cooperante (n)	
20% pobreza	574	149	3.538	4.261
G-100	264	149	780	1.193
Capital	324	301	858	1.483
R. Metropolitana	351	326	1.603	2.280
Vulnerabilidade	152	87	1.546	1.785
Total de municípios prioritários e/ou vulneráveis	1.665	1.012	8.325	11.002
Demais municípios	169	172	2.825	3.166
Total geral de municípios	1.834	1.184	11.150	14.168

Fonte: banco de dados SGTES, 2014.

Na tabela 5, que expõe quanto à distribuição regional de municípios por categoria de densidade de médicos por mil habitantes antes da implementação do PMM, se verificou que, no Centro-Oeste, entre os 295 municípios, 103 apresentaram densidade de médicos por mil habitantes limítrofe e baixa, respectivamente. Ademais, 56 municípios estavam com densidade adequada.

Por outro lado, depois da chegada dos médicos do PMM se verificou que nenhum município continuou a apresentar densidade de médico muito baixa. Além disso, houve redução no número de municípios com densidade baixa, com o aumento de municípios com a densidade limítrofe e adequada.

Na região Nordeste, antes do PMM, 941 municípios tinham a razão de médicos por mil habitantes baixa. Além disso, havia 61 municípios adequada densidade de médicos e 195 com a razão de médicos muito baixa. Depois da implantação do PMM o que se observou foi que houve aumento no número de municípios com densidade adequada e limítrofe. Verificou-se que dentre os 195 municípios com razão de médicos igual a $<0,1$, depois do PMM 13 ainda apresentaram densidade de médico muito baixa.

Neste sentido, para o Norte se observou que entre os 363 municípios que aderiram ao PMM, 58 apresentavam menos de 0,1 médico por mil habitantes e 204 se encontravam com baixa densidade de médico. Com o incremento dos médicos contratados pelo PMM verificou-se que houve uma redução de 58 para 2 no número de municípios com muito baixa densidade de médico e aumento no número de municípios com densidade limítrofe.

Já para o Sudeste, 264 e 262 municípios se encontravam com a razão de médicos por mil habitantes entre baixa e limítrofe, antes do PMM. Entre os 933 municípios desta região participantes do programa, 18 apresentavam menos de 0,1 médico por mil habitantes. Com a chegada dos médicos do PMM nos municípios da região, houve uma redução no número de municípios com concentração baixa e muito baixa, aumento nas demais categorias de densidade médica e se reduziu a zero o número de municípios com razão de médico igual a $<0,1$ (muito baixa).

Na região Sul, se observou a densidade de médicos insatisfatória em 361 municípios e em outros 16 municípios muito baixa. Depois da implantação do PMM houve redução no número de municípios com densidade insatisfatória, baixa e muito baixa, sendo que nesta última o número de municípios reduziu a zero.

A partir do teste de Wilcoxon verificou-se que a significância na distribuição dos municípios por região geográfica e as categorias, antes e depois da implementação do PMM, foi de $p < 0,001$. Ou seja, a variação na distribuição não ocorreu por acaso, o PMM gerou efeito sobre a situação observada.

A tabela 6, mostra o deslocamento do número de municípios em direção às categorias com maior concentração de médicos por mil habitantes. Destaca-se a redução no número de municípios com densidade muito baixa em todas as regiões do país.

Quanto à variação, para o Brasil se verificou que percentualmente a maior variação foi no número de municípios com a densidade de médicos limítrofe. Com exceção da região Nordeste, todas as outras regiões do país tiveram maior aumento nesta categoria.

O Sul foi a região que mais apresentou aumento no número de municípios com razão de médicos adequada (igual ou maior ao mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde), após a instituição do PMM. Por outro lado a região Nordeste foi a que obteve o menor aumento nesta categoria.

Tabela 5: Distribuição regional dos municípios participantes do Programa Mais Médicos por categorias de concentração médicos por mil habitantes, antes e depois da implementação do programa (Brasil, 2013-2014).

Número de municípios (n)	Número de municípios do Programa Mais Médicos por Região											
	Centro-Oeste		Nordeste		Norte		Sudeste		Sul		Total	
	295		1318		363		933		876		3785	
Categorias (médicos por mil habitantes)	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Muito baixo (<0,1)	7	0	195	13	58	2	18	0	16	0	294	15
Baixo ($\geq 0,1$ e <0,4)	102	42	941	723	204	165	294	123	216	103	1757	1156
Insatisfatório ($\geq 0,4$ e <0,7)	103	101	88	421	65	117	262	320	361	240	879	1199
Limítrofe ($\geq 0,7$ e <1,0)	27	76	33	92	12	45	92	173	111	281	275	667
Adequado ($\geq 1,0$)	56	76	61	69	24	34	267	317	172	252	580	748
p-valor (Sinais de Wilcoxon)	<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001	

Tabela 6: Variação percentual do número de municípios por categorias de concentração de médicos, nas regiões geográficas do Brasil, entre 2013 e 2014.

Categorias (médicos por mil habitantes)	Regiões geográficas do Brasil					
	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	Brasil
Muito baixo (<0,1)	-100,0	-93,2	-96,3	-100,0	-100,0	-94,9
Baixo ($\geq 0,1$ a <0,4)	-59,0	-23,1	-19,0	-58,1	-52,2	-34,3
Insatisfatório ($\geq 0,4$ a <0,7)	-2,0	376,1	79,9	22,1	-33,5	36,6
Limítrofe ($\geq 0,7$ a <1,0)	180,4	180,0	275,8	86,9	152,8	141,1
Adequado ($\geq 1,0$)	35,8	13,0	42,4	18,9	46,9	29,4

Na tabela 7, com o cálculo do índice de Hoover, se verificou que antes do PMM o Brasil precisava redistribuir 61% (0,610) dos médicos para que todos os 5.570 municípios do país apresentasse a mesma densidade de médicos. Depois da implementação do programa esse percentual aumentou para 74,4% (0,744). É importante dizer que os municípios apresentariam a mesma densidade, mas não necessariamente seria igual ou maior ao mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde ($\geq 1,0$).

Quando se analisa o resultado do Índice de Hoover por região, observa-se que entre os municípios das regiões Nordeste e Sul a desigualdade na densidade de médicos ficou maior. Contudo, houve aumento em todas as regiões do país.

O cálculo do Coeficiente de Gini também indicou que depois da implementação do PMM, a concentração de médicos no Brasil aumentou. Antes do PMM, o Coeficiente de Gini para o Brasil era igual a 0,178, passando para 0,343 depois do PMM. Na figura 5, verifica-se ainda a variação na área da Curva de Lorenz antes e depois da implementação do PMM.

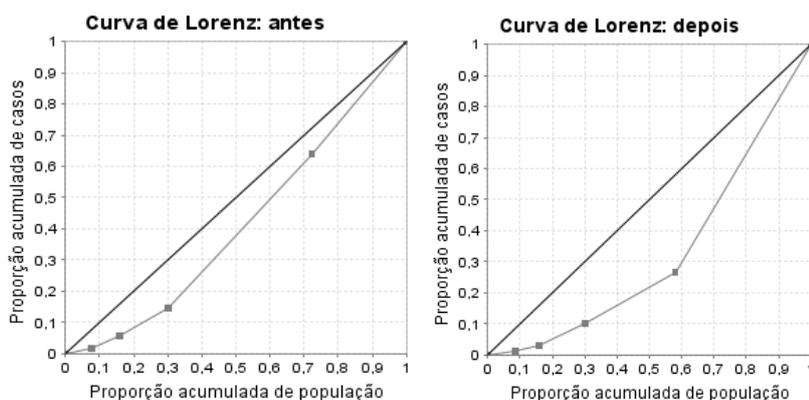


Figura 5: Gráficos da Curva de Lorenz antes e depois da implementação do Programa Mais Médicos (Brasil 2013-2014).

Tabela 7: Valores cálculo do Índice de Hoover, por região geográfica cálculo do Coeficiente de Gini para o Brasil, antes e depois da Implementação do Programa Mais Médicos (Brasil, 2013-2014).

Índices	Centro-Oeste		Nordeste		Norte		Sudeste		Sul		Brasil	
	Variação (%)		Variação (%)		Variação (%)		Variação (%)		Variação (%)		Variação (%)	
	Antes	Depois										
Índice de Hoover	0,543	0,607	0,566	0,737	0,564	0,678	0,589	0,712	0,543	0,720	0,610	0,744
Coeficiente de Gini											0,178	0,343

6 DISCUSSÃO

Considerou-se que o inciso I, do artigo primeiro, da lei que criou o PMM estabeleceu como objetivo a diminuição da carência de médicos em regiões prioritárias para a redução das desigualdades regionais em saúde. A definição de perfis para definir se o município era elegível ou não para participar do programa foi um arranjo para orientar a implementação do provimento emergencial de médicos.

Tal como Menicucci (2007), defende-se que a implementação promove efeitos retroalimentadores sobre o processo de formulação. Além disso, se reconhece que a formação da política acontece quando há integração entre os processos de formulação, implementação e avaliação dessa política (RAEDER, 2014).

Destaca-se a maior adesão de municípios prioritários do Norte e Nordeste, regiões onde a escassez de médicos reflete a grave condição socioeconômica vivida (GIRARDI et al, 2011). Há evidências de que o PMM promoveu a redução da carência de médicos em regiões prioritárias e vulneráveis, a partir da alocação dos 11.002 médicos. Sendo que isso foi possível, pois o PMM inovou com realização das chamadas internacionais para contratação de médicos. Uma inovação frente às outras estratégias implantadas até então no Brasil.

O reconhecimento das situações de vulnerabilidade nos municípios contribuiu para especificar outras áreas que deveriam ser priorizadas, devido à carência e à dificuldade de reter médicos, principalmente aqueles que integram as equipes de Estratégia Saúde da família (ESF).

Todavia, os resultados chamaram a atenção para possíveis falhas na implementação do PMM. A primeira trata da existência de um perfil que possibilitou a adesão 1.408 municípios não considerados prioritários, quando da formulação do projeto. Neste caso está se falando dos “demais municípios”.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, por meio da Nota Técnica nº 23/2013, corrobora o posicionamento de que apenas as Capitais, Regiões Metropolitanas, G-100, Municípios com 20%

ou mais de pobreza e com situações de vulnerabilidade são prioritários para fins do PMM.

Contudo, a participação dos 1.408 municípios não prioritários, que receberam 3.166 médicos, causou o aumento das desigualdades regionais, em relação à concentração de médicos. As regiões Norte e Nordeste, foram as únicas que não conseguiram zerar o número de municípios com densidade $<0,1$ médico por mil habitantes, por exemplo. Além disso, o cálculo do índice de Hoover demonstrou que em todas as regiões geográficas do país houve aumento da concentração de médicos, o que foi reforçado pelo resultado do cálculo do Coeficiente de Gini.

Segundo Paim (2006), algumas evidências indicam que houve redução das desigualdades na distribuição de recursos do SUS no Brasil. Contudo as regiões Norte e Nordeste ainda necessitam de uma redistribuição de recursos financeiros em seu favor.

Para Malta (2001), a equidade pode ser compreendida como a superação das desigualdades que podem ser evitadas, no contexto histórico e social. As iniquidades em saúde acontecem quando as condições em que as pessoas vivem em seu contexto social encontram-se desfavoráveis e como isso impacta sobre a saúde (GIRARDI et al, 2011).

A Política de Saúde, sendo uma política social, está voltada para os indivíduos e seus coletivos está sujeita a múltiplos determinantes e contraditórios. Ao longo do tempo, com a mudança na concepção do que é a saúde, as ações desenvolvidas passaram a ser operacionalizadas com base na situação de pobreza e vulnerabilidade social da população (NOGUEIRA, 2004).

Nesse sentido, políticas sociais universal ou focalizada não estabelecem relação apenas no campo da justiça. A política de cobertura universal pode ser uma estratégia pouco adequada para contextos de desigualdades, em que mesmo havendo garantia universal de direitos, o cenário não permite o acesso universal. Por outro lado, a focalização da política pode ser uma estratégia eficaz para a concepção de justiça social e promoção da equidade (TRIVELINO, 2006).

Neste sentido, o processo de implementação do PMM, no campo do provimento emergencial de médicos, não gerou os efeitos esperados. Supõem que se quando definidas as áreas prioritárias havia uma expectativa de que a adesão de todos os municípios prioritários seria importante para a redução das desigualdades regionais em saúde, a partir da redução da carência e má distribuição de médicos.

O'BRIEN (1999), considera que certo grau de discricionariedade por parte daqueles que estão a cargo da implementação pode ser desejável, pois eles têm mais conhecimento da realidade local, podendo inovar e adaptar o plano. Contudo, é importante manter o foco quantos aos objetivos da política, que foi formulada para atuar sobre uma situação previamente definida.

Quando da formulação do PMM, sabia-se que as desigualdades regionais em saúde no Brasil são grandes. Por exemplo, em 2011, a região Sudeste com 2,6 médicos por mil habitantes apresentava quase o triplo da concentração de médicos em comparação com a região Norte (0,98) (CREMESP, 2013).

Lima (2013), aborda que existem diferentes grupos de variáveis que podem influenciar os resultados do processo de implementação. Entre eles temos o grupo de variáveis relacionadas às normativas e a clareza com que o plano estrutura a implementação. Outro grupo compreende as variáveis de contexto político-econômico e derivam do apoio, resistência ou boicote à política, por parte dos atores sociais, que acabam por influenciar a disponibilidade de recursos essenciais para o sucesso da implementação.

Desde que foi anunciada a criação do PMM se iniciaram intensas disputas em seu entorno. Houve confronto acirrado entre diferentes atores sociais, mas principalmente representantes do governo, o Congresso Nacional e as corporações médicas. Entidades médicas chegaram a impetrar duas Ações Diretas de Inconstitucionalidade junto ao Supremo Tribunal Federal, na tentativa de provar que o Programa feria preceitos constitucionais (SILVA, 2015).

Por sua vez, a mídia leiga promoveu uma celeuma em torno do PMM, ampliando as teses de discussões, que nem sempre foram

retratadas de forma correta. Mas também, contribuiu para a realização de pesquisas de opinião. Em agosto de 2013 uma pesquisa Datafolha registrou que 54% da população entrevistada aprovava o “Programa Mais Médicos” (MORAIS et al., 2014). Pesquisas da Confederação Nacional dos Transportes (CNT) apontaram 49,7% de aprovação em julho de 2013, 73,9% em setembro e 84,3% em novembro do mesmo ano (BRASIL, 2013e).

Portanto, a visão ancorada no *policy environment* está mais próximo do campo do ideal. Na realidade, para se legitimar uma política é preciso encarar que as informações não são perfeitas, o consenso será construído progressivamente e os recursos são limitados.

Pelo fato dos municípios não serem obrigados a aderir ao PMM se aceita a alegação de que 100% dos municípios que aderiram foram atendidos. Contudo, deve se reconhecer também que na prática a demanda era maior. Foi admitido que 22,7% dos municípios prioritários para o SUS ficassem de fora da iniciativa, sendo 72% destes municípios das regiões Norte e Nordeste.

Os resultados encontrados nesta pesquisa contrastam bem a distribuição dos municípios não prioritários e aqueles elegíveis que não aderiram ao PMM. Essa seria a segunda falha da implementação. Portanto, com base nos dados disponíveis e na metodologia empregada para a realização desta pesquisa, observou-se que as falhas de implementação do PMM destacadas tem relação com o aumento da concentração de médicos.

Além disso, em relação ao número de médicos solicitados, estudo recente indicou que, na prática, a necessidade de médicos era maior. Os municípios que aderiram entre agosto de 2013 e julho de 2014 solicitaram 15.460 médicos e o programa atendeu 93,5% desta demanda (PEREIRA et al, 2016).

Nas regiões de difícil acesso do país e periferias das grandes cidades a população tem difícil acesso à saúde. Para atuar sobre esta realidade precisava-se de médicos para atuar junto com os outros profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família – ESF, que se encontravam limitados nas ações para a atenção integral da saúde. As

equipes compostas por enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde estavam desfalcadas.

Uma limitação da pesquisa foi que o banco de dados da pesquisa Demografia Médica de 2013 utilizada pode apresentar algum grau de variação no número de médicos por município. Como para se determinar o local de atuação profissional do médico o que se considerou foi o endereço de correspondência informado pelos próprios médicos, aquele que por ventura atua em mais de um município, independente da carga horária, foi contabilizado uma única vez.

Entretanto, a vantagem de se utilizar o banco de dados construído para esta pesquisa é que os dados sobre a demografia médica existentes foram fornecidos pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, órgão que tem por atribuição regular o exercício profissional de medicina, e consequentemente controla e atualiza as informações pessoais dos médicos habilitados como, por exemplo, o endereço, com boa frequência.

É importante que todos os municípios prioritários para o SUS sejam atendidos pelo PMM, para diminuir a carência de médicos, de modo a garantir à população o acesso aos serviços de saúde. Entre outras, a carência de oferta de médicos é característica que obstrui a capacidade de a população utilizar os serviços de saúde.

A desigualdade gerada pela carência de médicos e dificuldade de acesso a serviços de saúde acaba por potencializar a situação de vulnerabilidade das populações mais pobres que habitam regiões geográficas isoladas, agindo em sinergia com fragilidades socioeconômicas, tais como a insegurança alimentar e o analfabetismo (GIRARDI et al., 2011).

O Tribunal de Contas da União – TCU, em seu Relatório de Auditoria nº 005.391/2014-8, também apontou que o processo de provimento de médicos do PMM apresentou falhas. No documento o TCU destacou que até maio de 2014 o Ministério da Saúde havia deixado de fora do PMM 592 municípios prioritários para o SUS.

Além disso, infere que uma das causas para a má distribuição pode estar relacionada com a forma de seleção dos municípios participantes, visto que foi o próprio município que manifestou o interesse e indicou a

quantidade de médicos necessários. Desse modo, apesar de haver respeito à autonomia dos entes federados, aqueles municípios com mais capacidade de planejamento e gestão levaram vantagem em detrimento de municípios menos articulados.

Embora diversas iniciativas implementadas buscassem reduzir as iniquidades em saúde, ora combinando critérios técnicos de alocação de recursos, ora promovendo a realização de análises que pudessem auxiliar na formulação de políticas de saúde orientadas para a equidade, as evidências mostram que a qualidade de vida, lazer, a distância para as áreas centrais dos grandes centros e a renda média são mais significativas para explicar a presença do médico nos municípios (SCHEFFER, 2015).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta pesquisa foi um desafio técnico e metodológico. O Programa Mais Médicos foi recebido com muita expectativa pela sociedade brasileira e recebeu o apoio de diversos movimentos sociais. A intenção aqui foi realizar um trabalho com rigor técnico, não se deixando perder no viés político. Contudo, há de se reconhecer que, por parte deste autor, seus ideais são por uma sociedade com plena justiça social.

A instituição de políticas focalizadas, pautadas na pobreza, se propõe a atender a agenda de economia da saúde, de modo a tentar reduzir as desigualdades, promover a equidade nas ações e fortalecer a cidadania.

A busca pela equidade e redução das desigualdades não pode estar apenas no discurso dos governos. Nos últimos anos foi possível verificar que a saúde não estava na agenda dos políticos brasileiros. O que se viu, por exemplo, foi a abertura da saúde ao capital estrangeiro, a redução do financiamento e a Câmara dos Deputados arquivar o Projeto de Lei Saúde Mais Dez de iniciativa popular.

Nesse sentido, o interesse com o PMM foi saber se sua criação está gerando efeitos de modo a reduzir as iniquidades em saúde. É claro que acabar com a má distribuição de médicos não é uma tarefa fácil, nem tão pouco exequível em curto prazo. As soluções não são simples e o desenvolvimento em paralelo de diferentes estratégias pode apresentar resultados promissores.

Para o funcionamento das políticas públicas como instrumento de inclusão social é necessária a real implementação de mecanismos que aumentem a sua efetividade, eficácia e eficiência, entre eles: formação de capital social; efetiva avaliação das políticas públicas, com consequente utilização dos resultados.

As barreiras que impedem a população de ter acesso originam-se da disponibilidade e qualidade de recursos humanos, de tecnologia, de informação, da distribuição geográfica dos recursos, dos mecanismos de financiamento e o modelo assistencial do sistema de sistema de saúde.

O PMM possibilitou a ampliação do acesso às ações de atenção básica em milhares de municípios brasileiros. Contudo, a introdução do

perfil “demais municípios” que possibilitou a participação de municípios não prioritários e a não adesão de tantos municípios prioritários para o alcance dos objetivos do programa, gerou repercussões negativas sobre a concentração de médicos no país.

Entretanto, no futuro, com base em outros critérios, novos estudos poderão demonstrar que o Programa Mais Médicos contribuiu para a redução das desigualdades regionais em saúde, visto que, não menos importante que o provimento, a fixação dos profissionais nos municípios será determinante para a melhoria no acesso aos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União de 23.set.2013a

_____. Medida Provisória nº 621 de 8 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências, Diário Oficial da União 9.jul.2013b.

_____. Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Diário Oficial da União. 09.jul.2013c.

CUNHA, C. G. S. Avaliação de Políticas Públicas e Programas Governamentais: tendências recentes e experiências no Brasil. Trabalho elaborado durante o curso "The Theory and Operation of a Modern National Economy", ministrado na George Washington University, no âmbito do Programa Minerva, em 2006. Disponível em <http://www.ufpa.br/epdir/images/docs/paper29.pdf> Acessado em 28 de jan.2016.

AKERMAN, M. Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos / Marco Akerman, Juarez Pereira Furtado, organizadores. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

TANAKA, O. Y; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva* [online], vol.17, n.4, p. 821-828. 2012

LEMES DE SORDI, M R, Cavalcanti Vaz Mendes G d S. Metodologia de avaliação de implementação de programas e políticas públicas. *EccoS – Rev. Cient.*, São Paulo, n. 30, p. 93-111, jan./abr. 2013.

LIMA. L.L.; L.D.A. Implementação de Políticas Públicas: perspectivas analíticas. *Revista de Sociologia e Política*. v.21, nº48. P.101-110. Dezembro, 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v21n48/a06v21n48.pdf>> Acessado em 29 de jan.2016

SILVA, P. L. B.; MARCUS, A. B. O processo de implementação de Políticas Públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de Programas e Projetos. Ano 2000. Disponível em: <<http://www.ufpa.br/epdir/images/docs/paper46.pdf> > Acessado em 28-01-2016.

CAMPOS, F. E; MACHADO, M. H; GIRARDI; S. N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidade. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, n.44, p. 13-34. Rio de Janeiro, mai/2009.

OLIVEIRA, F.P; VANNI,T; PINTO, A. et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface* [online], vol.19, n.54. p.623-634. Botucatu, jul/set. 2015.

MACIEL FILHO, R. Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em Sistemas Nacionais de Saúde: o caso brasileiro. 2007, 262 f. Tese – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/observarh/publicacoes/arquivos/Tese_Romulo_Maciel.pdf> Acessado em: 29 de set. 2015.

BACKER, L. C.; MOLINA, A. Cuba and the Construction of Alternative Global Trade Systems: ALBA and Free Trade in the Americas. *Journal of International Economic Law*. Vol. 31, No. 3. p. 37-38. EUA, mai/2009.

AUSTRÁLIA. Australian Government Department of Health. OTD Scaling. Disponível em: <http://www.ruralhealthaustralia.gov.au/internet/rha/publishing.nsf/Content/OTD_Scaling> Acessado em: 22 de fev.2015.

IPEA. Instituto de pesquisa e estatística aplicada. Políticas Sociais: acompanhamento e análise. N.22, p.143-224, 2014. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/140930_bps22_cap3.pdf> Acessado em: 23 de nov.2014.

GIRARDI, S.N. et al. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: Pierantoni CR, Dal Poz MR, França T, organizadores. O trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ, ObservaRH; 2011. p. 171-86.

BRASIL. Portaria nº 1.101/ GM, de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, Brasil, 13.jun.2002.

_____. Portaria nº 1.631 de 1º de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasil, 2.out.2015a.

FELDSTEIN, P. J. Health care economics. 5th ed. Clifton Park: Delmar Cengage Learning, 1999.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasil, 20.set.1990.

PAIM. J.S. Desafios para a saúde coletiva no século XXI. Salvador. EDUFBA, 2006. 154 p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Curiosidades. Disponível em: <<http://7a12.ibge.gov.br/voce-sabia/curiosidades/municipios-novos>> Acessado em: 02 de dez.2015.

BRASIL. Decreto nº 62.927, de 28 de junho de 1968. Institui, em caráter permanente, o Grupo de Trabalho "Projeto Rondon", e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasil, 1.jul.1968.

_____. Decreto nº 78.307 de 24 de agosto de 1976. Aprova o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasil, 25.ago.1976.

MOURA. A.D.A., LIMA.G.G., BRAQUEHAIS.A.R. Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde – PITS: uma estratégia que deu certo. Rev. RENE. Fortaleza, v.6, n.2, p.47-54, maio/agosto, 2005.

BRASIL, Portaria Interministerial nº 2.087/MS/MEC, de 1º de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasil, 02.set.2011.

WEILLER, T. H; SCHIMITH, M. D. PROVAB: potencialidades e implicações para o Sistema Único de Saúde. *Journal of Nursing and Health*. p. 145-46. Santa Maria, 2014.

SANTOS, L. M. P.; COSTA, A. M.; GIRARDI, S. N. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 20, n. 11, p. 3547-3552, Rio de Janeiro, Nov. 2015.

ANTUNES, R. B, R. Os dias que abalaram o Brasil: as rebeliões de junho, julho de 2013. *R. Pol. Públ.*, número Especial, p.41-47, São Luís, jul/2014.

BRASIL. Portaria nº 2.206/GM/MS, de 14 de setembro de 2011 . Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma. Diário Oficial da União 19.set.2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília, 2015b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf > Acessado em: 26.jun.2015.

_____. Edital nº 40, de 18 de julho de 2013. Alteração do edital de adesão do Distrito Federal e dos municípios no Projeto Mais Médicos para o Brasil. D.O.U. 19.07.2013d.

BRASIL. Edital nº 22, de 31 de março de 2014. Adesão de municípios no Projeto Mais Médicos para o Brasil. D.O.U. 01.04.2014.

CREMESP, Demografia Médica no Brasil, v. 2 / Coordenação de Mário Scheffer; Equipe de pesquisa: Alex Cassenote, Aureliano Biancarelli. –

São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. Bioestatística: princípios e aplicações. Porto Alegre: Artmed, 2008. 255 p.

ROGERSON, Peter A., Plane, David. A. The Hoover Index of Population Concentration and the Demographic Components of Change: An Article in Memory of Isserman. *International Regional Science Review*. Vol.36. p.97-114. USA, 2013.

NISHI, L.F. Coeficiente de Gini: uma medida de distribuição de renda. Florianópolis, 2010. Disponível em: <http://ad.rosana.unesp.br/docview/directories/Arquivos/Cursos/Apoio%20Did%C3%A1tico/Guilherme%20Henrique%20Barros%20de%20Souza/OP/T/Apostila_Gini.pdf> Acessado em: 25 de mar. 2016.

MENICUCCI. T. A implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE M.; MARQUES, E. (Orgs.). Políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 303-325, 2007.

RAEDER. S. CICLO DE POLÍTICAS: uma abordagem integradora dos modelos para análise de políticas públicas. *Perspectivas em Políticas Públicas*. Vol.II, n.13. p.121-146. Belo Horizonte, jan/jun 2014.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Programa Mais Médicos – Nota Técnica 23/2013. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/Notas%20t%C3%A9cnicas%202013/NT%2023-2013%20-%20Programa%20Mais%20Me%CC%81dicos.pdf>> Acessado em: 30.nov.2015

MALTA, D. C. Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do Acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - DMPS/FCM/Unicamp. Campinas, 2001.

NOGUEIRA, V. M. R; PIRES, D. E. P. Direito à saúde: convite à reflexão. *Caderno de Saúde Pública*. p.753-760. Rio de Janeiro, 2004.

TRIVELINO, A.S. Ação afirmativa e política social: focalização como instrumento de justiça social. 2006. 131 f., il. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

O'BRIEN, K. J. & LI, L. Selective Policy Implementation in Rural China. *Comparative Politics*, v. 31, n. 2, p. 167-186, New York, jan/1999. Disponível em: <<http://polisci.berkeley.edu/sites/default/files/people/u3854/CP1999.pdf>> Acessado em: 29.jan.2016.

SILVA. S; L.M.P.S. Estudo das Ações Diretas de Inconstitucionalidade do Programa Mais Médicos. *Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.*, v.4, n.2, Brasília, abr/jun. 2015.

MORAIS, I. et al. Jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o Programa Mais Médicos? *Rev. esc. enferm. USP*, v. 48, n. spe2, p. 107-115, São Paulo, dez. 2014.

BRASIL. Agência Brasil de Comunicação. Apoio da população ao programa Mais Médicos alcança 84,3% na pesquisa CNT. 2013e. Disponível em: <<http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-11-07/apoio-da-populacao-ao-programa-mais-medicos-alcanca-843-na-pesquisa-cnt>> Acessado em 23.dez.2015.

PEREIRA. L.L; SANTOS, L.M.P; SANTOS, W; OLIVEIRA, A; RATTNER, D. Mais Médicos program: provision of medical doctors in rural, remote and socially vulnerable áreas of Brazil, 2013-2014. *Rural and Remote Health* (internet) 2016; 16: 3616.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Relatório de auditoria. TC n.005.391/2014-8. Relator: Benjamin Zymler. 4 mar. 2015c. Disponível em: <http://portal3.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/imprensa/noticias/noticias_arquivos/005.391-2014-8%20Mais%20M%C3%A9dicos.pdf> Acessado em 05.nov.2015.

SCHEFFER, M. et al, Demografia Médica no Brasil 2015. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2015, 284 p.

APÊNDICE A - ARTIGO ORIGINAL

Perfil dos municípios e dos médicos que aderiram ao Projeto Mais Médicos para o Brasil no período de 2013 a 2014

RESUMO

O provimento de profissionais de saúde em áreas remotas e rurais é um problema comum no mundo. O Projeto Mais Médicos para o Brasil foi criado com os objetivos de diminuir a carência de médicos e de reduzir as desigualdades regionais em saúde. Apresenta-se estudo descritivo sobre o provimento de médicos entre 2013 e 2014, a partir do banco de dados oficial do Ministério da Saúde, analisando os perfis dos municípios à luz das normativas. O Projeto viabilizou o provimento de 14.168 médicos aos 3.785 municípios que aderiram. Destes, 1.408 (37,2%) não apresentavam critérios de prioridade explicitados na Portaria que instituiu o Projeto, nem as situações de vulnerabilidade posteriormente introduzidas. Apresentam-se evidências da redução da carência de médicos, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste. Contudo, questiona-se a introdução de um perfil de elegibilidade que possibilitou alocar 3.166 médicos em municípios não prioritários. A adesão de todos os municípios das áreas prioritárias poderia ter sido mais efetiva para a redução das desigualdades regionais em saúde. Conclui-se que a alocação dos médicos em municípios não prioritários nem vulneráveis, impactou na capacidade de o Projeto Mais Médicos reduzir, de modo ainda mais significativo, as desigualdades regionais no acesso à atenção em saúde.

Palavras-chave: Projeto Mais Médicos; Recursos Humanos em Saúde; Avaliação em Saúde.

Title: Profile of Municipalities and Doctors from the Mais Médicos Project in Brazil - 2013 and 2014

Abstract: The provision of health professionals in remote and rural areas is a common problem in the world. The “Mais Médicos to Brazil” Project was created with the objective of diminishing the shortage of doctors and bridge the gap in health inequalities among regions in Brazil. This was a descriptive study on the provision of physicians between 2013 and 2014, using the Ministry of Health official database, analyzing municipalities’ profiles according to current norms and regulations. The Project made it possible for the provision of 14,168 doctors to the 3,785 municipalities that adhered to the program. Among these, 1,408 (37,2%) did not present any of the priority criteria set forth in the norms of the Project, nor the vulnerability situations defined afterwards. In this study, we present

evidence of the reduction in physicians' shortage, mainly in the North and Northeast regions. Nevertheless, we question the introduction of an eligibility profile that allowed for the recruitment and provision of 3,166 doctors in 1,408 non-priority municipalities. Adherence to the program could have been more effective in reducing regional health disparities. Allocation of doctors in non-priority or non-vulnerable localities had an impact in the ability of the Project to tackle the inequities aforementioned in a more significant way, with benefits related to better access to care by the population.

Key words: More Medical Project; Health Manpower; Health Evaluation

INTRODUÇÃO

O provimento e a distribuição adequada de serviços e profissionais de saúde são problemas em comum a diversos países do mundo. Quando se trata de regiões remotas, pobres e periféricas a situação é ainda mais grave. A má distribuição geográfica de profissionais de saúde, principalmente médicos, é uma situação difícil de ser solucionada. Os países, com diferentes sistemas econômicos, políticos e níveis de riqueza, já desenvolveram diferentes estratégias para combater o problema^{1,2}.

A Venezuela, em 2003, iniciou o Programa *Mission Barrio Adentro*, trazendo de Cuba mais de 20 mil médicos para trabalhar na atenção básica de saúde. Além disso, promoveu o retorno de 3.328 estudantes venezuelanos formados em Medicina Geral em Cuba ao longo do programa³.

Na Austrália, há décadas médicos australianos formados no exterior e estrangeiros formados na Austrália são enviados para regiões remotas. Eles são contratados por até dez anos com remuneração gradativa de acordo com a distância entre a região geográfica de atuação e o centro urbano mais próximo.

O México, tal como outros países da América-Latina, instituiu o serviço social obrigatório para profissionais de saúde. Os profissionais, antes de receberem o diploma, precisam cumprir um tempo de serviço obrigatório em estabelecimento de saúde localizado em região de difícil acesso e de baixo desenvolvimento socioeconômico⁴.

A desigualdade gerada pela carência de profissionais e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde acaba por potencializar uma situação de subdesenvolvimento de regiões remotas e isoladas, que são habitadas majoritariamente por população de baixa renda. Essa situação ocorre em sinergia com outras vulnerabilidades de caráter socioeconômico, tais como a insegurança alimentar e o analfabetismo⁵.

No Brasil, a saúde é direito universal garantido na Constituição Federal de 1988. Desde então, o Estado garante esse direito a partir do Sistema Único de Saúde – SUS, que como em outros sistemas de saúde do mundo, sofre com o problema da escassez e má distribuição de médicos no seu território.

Em 2009, estimava-se que 42% da população brasileira residia em municípios com proporção de menos de um médico por quatro mil habitantes. Nas regiões Norte e Nordeste o caso era ainda mais grave. O Norte com 8% da população total do país tinha 4,3% do total de médicos. Já o Nordeste com 28% da população brasileira contava com 18,2% do total de médicos¹. Enquanto isso, a região Sudeste, com 42% da população, concentrava 60% de todos os médicos do país⁵.

Entre 1970 e o início dos anos 2000, na tentativa de reverter o problema, diferentes programas foram implementados, como o Programa

de Interiorização das Ações de Saúde e de Saneamento - PIASS; o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde - PISUS e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde – PITS¹.

Foram verificados muitos avanços dentro deste período, como o aumento do número de estabelecimentos de saúde de 13.133 para 77.004 e no aumento do número de empregos no setor saúde indo de 573.629 trabalhadores em 1980 para 2.566.694 em 2005¹.

A criação do SUS e o processo de municipalização do país contribuíram, entre outros aspectos, para a expansão dos postos de trabalho na saúde. Contudo, as estratégias implementadas até então ainda não foram suficientes para resolver a constante escassez e má distribuição de médicos pelo país.

Em 2013, dois episódios foram marcantes: o lançamento da campanha “Cadê o médico?” pela Frente Nacional de Prefeitos – FNP, que reivindicava a contratação de médicos, inclusive estrangeiros, para atuar na atenção básica em saúde⁶. E o outro foi a onda de protestos pelas ruas do país, onde milhares de pessoas insatisfeitas com os serviços públicos no país exigiam mais investimentos em saúde, educação e segurança⁷. O Programa Mais Médicos – PMM foi instituído neste contexto político institucional.

Trata-se de um programa com duração prevista de três anos, com possibilidade de prorrogação, constituído em três dimensões de atuação: melhoria da estrutura física da rede de atenção básica em saúde; reformas educacionais das escolas de medicina e residência médica; e, o provimento emergencial de médicos em regiões prioritárias para o SUS⁸.

No inciso I, do artigo primeiro, da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos⁸, se lê “Art. 1º É instituído o Programa Mais Médicos, [...] e com os seguintes objetivos: I – diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;”. Destaca-se que esta lei foi fruto da conversão da Medida Provisória nº621, de 8 de julho de 2013.

Neste sentido, visando o alcance dos objetivos propostos, a partir do provimento emergencial de médicos, foi instituído, por meio da Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013, o “Projeto Mais Médicos para o Brasil” – PMMB. A portaria dispõe sobre a implementação do projeto, a definição das regiões prioritárias para o SUS e o perfil dos médicos elegíveis para a participação⁹.

Entre outras disposições, a portaria definiu quais seriam as regiões prioritárias para o SUS e o perfil dos médicos elegíveis para participação. Destaca-se que a adesão de municípios e médicos não foi obrigatória. Entre 2013 e 2014 do PMMB, o MS realizou cinco ciclos de chamamento de municípios e médicos, por meio de editais para adesão ao PMMB.

A partir dos editais de chamamento para seleção dos médicos foi estabelecida uma ordem de prioridade na contratação e ocupação das vagas ofertadas. Desse modo, o médico com registro no CRM teve prioridade sobre o médico intercambista individual, que por sua vez foi priorizado sobre o cooperante.

Destaca-se que cooperantes, até então não puderam escolher o município de atuação, pois foi o MS que definiu a alocação dos médicos

provenientes do acordo com Cuba, diferentemente dos outros, que indicaram preferência quanto aos municípios de atuação.

Outro aspecto normatizado nos editais foi a proibição à contratação de médicos intercambistas ou realização de acordos de cooperação no âmbito do PMMB, caso a razão médico por mil habitante seja menor que 1,8 no país origem da atuação profissional¹⁰.

Considerando que o PMM é uma política pública, constituída para enfrentar o problema da falta de médicos para atuar em áreas remotas e de difícil acesso, o objetivo deste trabalho foi analisar o provimento emergencial de médicos contratados pelo programa.

Cada vez mais a avaliação de políticas públicas e programas governamentais se torna relevante. A modernização da Administração Pública e a adoção de princípios de gestão pública empreendedora impulsionam esta prática, sendo que em países desenvolvidos já é amplamente disseminada¹¹.

A implementação de políticas públicas como campo de estudo, se relaciona com a possibilidade de compreensão mais profunda dos processos político-administrativos e dos problemas e serem corrigidos¹².

Na visão clássica do ciclo de política pública (*policy cycle*), a implementação é vista com a operacionalização administrativa das ações planejadas. O objetivo é alcançar as metas definidas na etapa de formulação da política. Esta visão ancora no *policy environment*, que se caracteriza por informação perfeita, recursos ilimitados, regras perfeitas e uniformes, legitimidade política e consenso quanto a política¹³.

No entanto, existem outras perspectivas de análise, que conferem à política dimensões mais amplas, que se relacionam às variáveis do ambiente e dos atores contidos no contexto social. Estas concepções consideram, por exemplo, a necessidade de visão estratégica dos problemas de implementação, incorporando questões de viabilidade de coordenação¹³.

MÉTODOS

Como fonte de dados para a análise foram utilizados dados oficiais fornecidos pela Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES, do Ministério da Saúde (MS), à coordenação do projeto de pesquisa “Análise da efetividade da iniciativa Mais Médicos na realização do direito universal à saúde e na consolidação das Redes de Serviços de Saúde”, financiado por meio da Chamada Pública MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT nº 41/2013.

Os dados analisados identificavam quantos municípios participaram, tiveram a inscrição cancelada, desistiram e não se inscreveram. O cancelamento foi considerado como a retirada da inscrição e, a desistência, a renúncia à aprovação da participação no projeto.

Para fins desta pesquisa não foram considerados os 294 médicos alocados nos 34 Distritos Sanitários Indígenas – DSEI, pois os seus limites geográficos sobrepõem os limites dos municípios, que neste caso foi a unidade geográfica de análise utilizada.

A análise da distribuição regional dos municípios participantes foi realizada com base nos critérios de prioridade e vulnerabilidade definidos

nos atos normativos do PMMB, em vigência no período do projeto. Foram considerados a Portaria Interministerial nº 1.369 de 8 de julho de 2013, o Edital nº 40 da SGTES/MS de 18 de julho de 2013¹⁴ e Edital nº 22 da SGTES/MS de 31 de março de 2014¹⁵, como descrito no Quadro 1.

Quadro 1: Perfis dos municípios elegíveis ao Projeto Mais Médicos para o Brasil, segundo a ordem cronológica de estabelecimento das prioridades e vulnerabilidades. Brasil, 2013-2014

Perfil do Município	Descrição	Normativa
20% pobreza	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), disponíveis no endereço eletrônico www.mds.gov.br/sagi .	Portaria Interministerial 1.369/2013 Mantido no Edital nº40/2013/ SGTES/ MS
G-100	Áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos 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 (G-100).	Portaria Interministerial 1.369/2013 Mantido no Edital nº40/2013/SGTES/MS
Capital	Áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza das Capitais, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).	Portaria Interministerial 1.369/2013 Mantido no Edital nº40/2013/SGTES/MS
Região Metropolitana	Áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos Municípios situados em região metropolitana, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).	Portaria Interministerial 1.369/2013 Mantido no Edital nº40/2013/SGTES/MS
Demais Municípios	Áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos demais Municípios, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).	Introduzido pelo Edital nº40/2013/SGTES/MS
Situações de Vulnerabilidade	Municípios com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM baixo/muito baixo; das regiões dos Vales do Jequitinhonha - MG, Mucuri - SP e Ribeira – SP e PR; do Semiárido da Região Nordeste; com residentes em comunidades remanescentes de quilombos; demais municípios localizados nas Regiões Norte e Nordeste.	Introduzido pelo Edital nº22/2014/SGTES/MS no Item 2.2.3

A análise verificou ainda a distribuição dos médicos por região e por perfil dos municípios de alocação, considerando: a) Médico com registro no Conselho Regional de Medicina (CRM); b) Intercambista Individual, que são médicos formados no exterior, habilitados a exercer a profissão, sem CRM; e, Cooperante, que são os médicos contratados pelo Brasil via acordo de cooperação com Cuba, que foi intermediado pela Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS⁹.

RESULTADOS

No período analisado, 3.785 municípios de todas as regiões do país receberam 14.168 médicos contratados por meio do PMMB. Verificou-se ainda que 44 municípios tiveram sua adesão cancelada, 376 desistiram e 1.365 não se inscreveram. Portanto, dos 5.570 municípios do Brasil, aproximadamente 68% aderiram ao PMMB.

De acordo com a tabela 1, é possível observar que entre os municípios que aderiram ao programa, 2.377 (62,8%) atendiam a algum dos critérios de prioridade ou vulnerabilidade e 1.408 (37,2%) não atendiam a nenhum critério, por isso foram considerados como “demais municípios” do projeto.

Entre as Capitais, com exceção de Cuiabá, Mato Grosso-MT, todas receberam médicos inscritos no PMMB. Quanto a regiões Metropolitanas, observou-se que o Sul foi a região com maior número de municípios participantes.

A região Nordeste foi a região com o maior número de municípios do G100, com 20% ou mais população vivendo em extrema pobreza e em

situação de vulnerabilidade que aderiram ao PMMB. Portanto, foi também a região com o maior número de municípios inscritos no PMMB.

Para os “demais municípios” que aderiram ao PMMB, 83%, aproximadamente, se localizavam nas regiões Sudeste e Sul. No entanto, municípios não prioritários de todas as regiões geográficas do país receberam médicos pelo projeto (Figura 1).

Tabela 1: Perfil de seleção dos municípios participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil entre 2013 e 2014, por região geográfica do país.

Perfil do Município	Regiões geográficas do Brasil com número de município					Total (n)
	Centro-oeste (n)	Nordeste (n)	Norte (n)	Sudeste (n)	Sul (n)	
20% pobreza	32	978	221	55	48	1.334
G-100	9	36	14	22	12	93
Capital	3	9	7	4	3	26
R. Metropolitana	21	39	5	113	198	376
Vulnerabilidade	27	222	107	147	45	548
Total de municípios prioritários e/ou vulneráveis	92	1.284	354	341	306	2.377
Demais municípios	203	34	9	592	570	1.408
Total geral de municípios	295	1.318	363	933	876	3.785

A análise mostrou também que 699 municípios elegíveis, ou seja, 22,7% não se inscreveram ou cancelaram sua inscrição no PMMB, sendo: 450 do Nordeste, 52 do Norte, 101 do Sudeste, 75 do Sul e 21 do Centro-oeste (Figura 1).

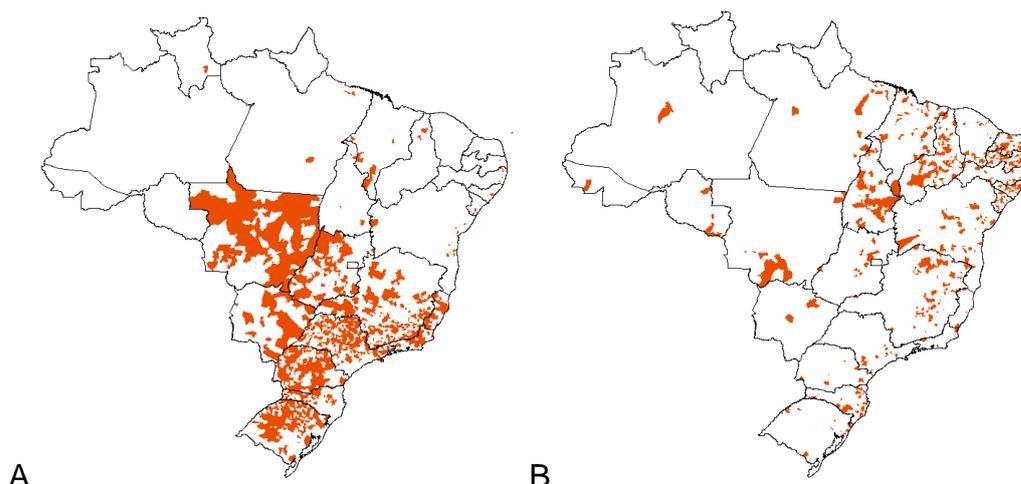


Figura 1: A - Distribuição dos municípios que receberam médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil, sem critério de prioridade ou vulnerabilidade. B - Distribuição dos municípios brasileiros elegíveis para participar do Programa Mais Médicos e que não aderiram. (2013-2014)

Entre 2013 e 2014 o PMMB viabilizou o provimento de 14.168 médicos entre os municípios que aderiram ao projeto. Os Médicos com registro no CRM optaram, principalmente, pela região Nordeste, que recebeu cerca de 50% dos profissionais com este perfil. Já os intercambistas individuais se direcionaram majoritariamente para as regiões Sul e Sudeste (Tabela 2). O PMMB contou com a participação de médicos de 47 diferentes nacionalidades.

Entre todos os médicos contratados pelo PMMB, verificou-se que mais de 11 mil foram cooperantes, fruto de acordo firmado entre o governo brasileiro e Cuba, representando cerca de 80% do total. A região Nordeste foi a que mais recebeu médicos cooperantes, seguida pelo Sudeste e Sul.

Tabela 2: Distribuição dos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil entre 2013 e 2014, por região geográfica do país.

Perfil dos médicos	Regiões geográficas do Brasil e número de municípios					Total (n)
	Centro-oeste (n)	Nordeste (n)	Norte (n)	Sudeste (n)	Sul (n)	
Médicos com registro no CRM	134	965	194	395	146	1.834
Intercambista Individual	96	194	130	346	418	1.184
Cooperante	660	6.694	1.388	3.595	1.813	11.150
Total	890	4.853	1.712	4.336	2.377	14.168

Conforme a Tabela 3, aqueles médicos com registro no CRM, que escolheram o município para atuação foram, principalmente, para aqueles com 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza. A maior parte dos cooperantes também foi alocada em municípios com este perfil.

Os médicos intercambistas individuais optaram, principalmente, pelas capitais e regiões metropolitanas e em último lugar pelos municípios em situação de vulnerabilidade. A minoria de médicos com registro no CRM também foi distribuída nos municípios em situação de vulnerabilidade.

Neste sentido, os 2.377 municípios prioritários e vulneráveis receberam 11.002 médicos. Os “demais municípios” receberam 3.166 médicos, sendo 2.825 cooperantes, que foram alocados pelo MS. Entretanto, médicos com registro no CRM e intercambistas individuais também foram distribuídos em municípios não prioritários ou vulneráveis.

Tabela 3: Perfil dos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil por perfil de prioridade e vulnerabilidade dos municípios. Brasil 2013 2014.

Perfil dos municípios	Perfil dos Médicos			
	Médicos com registro no CRM (n)	Intercambista Individual (n)	Cooperante (n)	Total (n)
20% pobreza	574	149	3.538	4.261
G-100	264	149	780	1.193
Capital	324	301	858	1.483
R. Metropolitana	351	326	1.603	2.280
Vulnerabilidade	152	87	1.546	1.785
Total de municípios prioritários e/ou vulneráveis	1.665	1.012	8.325	11.002
Demais municípios	169	172	2.825	3.166
Total geral de municípios	1.834	1.184	11.150	14.168

DISCUSSÃO

Considerou-se que o inciso I, do artigo primeiro, da lei que criou o PMM estabeleceu como objetivo a diminuição da carência de médicos em regiões prioritárias para a redução das desigualdades regionais em saúde. A definição de perfis para definir se o município era elegível ou não para participar do projeto foi um arranjo para orientar a implementação do provimento emergencial de médicos.

É importante ressaltar que este estudo não se limitou a analisar a implementação do PMMB na perspectiva da visão clássica do *policy cycle*. Neste caso, seria considerar que o ciclo é uma sequência de etapas rígidas e distintas¹⁶.

Tal como Menicucci (2007)¹⁷, defende-se que a implementação promove efeitos retroalimentadores sobre o processo de formulação.

Além disso, se reconhece que a formação da política acontece quando há integração entre os processos de formulação, implementação e avaliação da política¹⁶.

Há evidências de que o PMMB promoveu a redução da carência de médicos em regiões prioritárias e vulneráveis, a partir da alocação dos 11.002 médicos. Destaca-se a maior adesão de municípios prioritários do Norte e Nordeste, regiões onde a escassez de médicos reflete a grave condição socioeconômica vivida⁶.

O reconhecimento das situações de vulnerabilidade nos municípios contribuiu para especificar outras áreas que deveriam ser priorizadas, devido a carência e a dificuldade de reter médicos, principalmente aqueles que integram as equipes de Estratégia Saúde da família (ESF).

Todavia, os resultados chamaram a atenção para possíveis falhas na implementação do PMMB. A primeira trata da existência de um perfil que possibilitou a adesão 1.408 municípios não considerados prioritários, quando da formulação do projeto. Neste caso está se falando dos “demais municípios”.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, por meio da Nota Técnica nº 23/2013, corrobora com o posicionamento de que apenas as Capitais, Regiões Metropolitanas, G-100, Municípios com 20% ou mais de pobreza e com situações de vulnerabilidade são prioritários para fins do PMMB¹⁸.

O'BRIEN (1999)¹⁹, considera que certo grau de discricionariedade por parte daqueles que estão a cargo da implementação pode ser desejável, pois eles têm mais conhecimento da realidade local, podendo

inovar e adaptar o plano. Contudo, é importante manter o foco quantos aos objetivos da política, que foi formulada para atuar sobre uma situação previamente definida.

Quando da formulação do PMMB, sabia-se que as desigualdades regionais em saúde no Brasil são grandes. Por exemplo, a região Sudeste com 2,6 médicos por mil habitantes apresentava uma concentração de médicos 2,6 vezes maior em comparação com a região Norte (0,98)²⁰.

Lima (2013)¹², aborda que existem diferentes grupos de variáveis que podem influenciar os resultados do processo de implementação. Entre eles temos o grupo de variáveis relacionadas às normativas e a clareza com que o plano estrutura a implementação e outro onde as variáveis são de contexto político-econômico e derivam do apoio, resistência ou boicote à política, por parte dos atores sociais, que acabam por influenciar a disponibilidade de recursos essenciais para o sucesso da implementação.

Desde que foi anunciada a criação do PMM se iniciaram intensas disputas em seu entorno. Houve confronto acirrado entre diferentes atores sociais, mas principalmente representantes do governo, o Congresso Nacional e as corporações médicas. Entidades médicas chegaram a impetrar duas Ações Diretas de Inconstitucionalidade, junto ao Supremo Tribunal Federal, na tentativa de provar que o Programa feria preceitos constitucionais²¹.

Por sua vez, a mídia leiga promoveu uma celeuma em torno do PMM, ampliando as teses de discussões, que nem sempre foram retratadas de forma correta. Mas também, contribuiu para a realização de

pesquisa de opinião. Algumas pesquisas demonstraram que 54% da população apoiava o PMM e que os três entes federativos têm reponsabilidade sobre a garantia do direito à saúde²².

Portanto, a visão ancorada no *policy environment* está mais próximo do campo do ideal. Na realidade, para se legitimar uma política é preciso encarar que as informações não são perfeitas, o consenso será construído progressivamente e os recursos são limitados

Pelo fato dos municípios não serem obrigados a aderir ao PMMB se reconhece a propaganda de que 100% do que foi demandado foi atendido. Contudo, deve se reconhecer também que na prática a demanda era maior. Essa seria a segunda falha da implementação.

Foi admitido que 22,7% dos municípios prioritários para o SUS ficassem de fora da iniciativa, sendo 72% destes municípios das regiões Norte e Nordeste. Os resultados encontrados neste estudo contrastam bem a distribuição dos municípios não prioritários e aqueles elegíveis que não aderiram ao PMMB.

As iniquidades em saúde acontecem quando as condições em que as pessoas vivem em seu contexto social encontram se desfavoráveis e como isso impacta sobre a saúde⁶. Supõem que se quando definidas as áreas prioritárias havia uma expectativa de que a adesão de todas as aéreas era importante para a redução das desigualdades regionais em saúde, a partir da redução da carência de médicos.

Nas regiões de difícil acesso do país e periferias das grandes cidades a população tem difícil acesso à saúde. Para atuar sobre esta realidade precisava se de médicos para atuar junto aos profissionais das

equipes da Estratégia Saúde da Família – ESF, que se encontravam limitados nas ações para promoção integral da saúde. As equipes compostas por enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde estavam desfalcadas.

Neste sentido, é importante que todos os municípios do país que sejam prioritários para o SUS recebam médicos para suprir a carência de médicos e garantir o acesso à serviços e ações de saúde. Entre outras, a carência de oferta de médicos é característica que obstrui a capacidade de a população utilizar os serviços de saúde.

Ao longo do tempo, com a mudança na concepção de saúde, que passou a ser entendida como um direito, as ações desenvolvidas passaram a ser operacionalizadas com base na situação de pobreza e vulnerabilidade social da população²³.

As políticas de saúde, como política social, estão voltadas para os indivíduos e seus coletivos, sujeita a múltiplos determinantes e a contraditórios. A Política social universal e focalizada não estabelece relação apenas no campo da justiça. A focalização da política pode ser uma estratégia eficaz para a concepção de justiça social como equidade, bem como uma política de cobertura universal pode ser estratégica pouco adequada para em contextos de desigualdades, em que mesmo havendo uma garantia universal de direitos, o cenário não permite o acesso universal²⁴.

CONCLUSÃO

A instituição de políticas focalizadas, pautadas na pobreza se propõem a atender a agenda de economia da saúde, de modo a tentar reduzir as desigualdades, promover a equidade nas ações e fortalecer a cidadania.

A busca pela equidade e redução das desigualdades não pode está apenas no discurso dos governos. Nos últimos anos foi possível verificar que a saúde não estava na agenda dos políticos brasileiros. O que se viu, por exemplo, foi a abertura da saúde ao capital estrangeiro, a redução do financiamento e a Câmara dos Deputados arquivar o Projeto de Lei Saúde Mais Dez de iniciativa popular.

Neste sentido, a preocupação com o PMMB é saber se sua criação está gerando efeitos de modo a reduzir as iniquidades em saúde. É claro que acabar com a má distribuição de médicos não é uma tarefa fácil nem tão pouco exequível em curto prazo. As soluções não são simples e o desenvolvimento em paralelo de diferentes estratégias pode apresentar resultados promissores.

Para o funcionamento das políticas públicas como instrumento de inclusão social é necessária a real implementação de mecanismos que aumentem a sua efetividade, eficácia e eficiência, entre eles: formação de capital social; efetiva avaliação das políticas públicas, com consequente utilização dos resultados.

As barreiras que impedem a população de ter acesso originam-se das características dos próprios sistemas e serviços de saúde. A

disponibilidade e a qualidade dos recursos humanos, de tecnologia, de informação, a distribuição geográfica, os mecanismos de financiamento e o modelo assistencial do sistema, são características da oferta que afetam o acesso.

O PMMB possibilitou a ampliação do acesso às ações de atenção básica em milhares de municípios brasileiros. Contudo a introdução perfil “demais municípios” que possibilitou a participação de municípios não prioritários pode ter gerado repercussões negativas sobre os resultados do projeto. Conclui-se que a alocação de 3.166 médicos em municípios não prioritários nem vulneráveis, impactou na capacidade de o Projeto Mais Médicos reduzir, de modo ainda mais significativo, as desigualdades regionais no acesso à atenção em saúde.

Autores:

João Paulo Alves Oliveira¹

Mauro Niskier Sanchez²

Leonor Maria Pacheco Santos³

1. Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro, 70910-900, Brasília, DF, Brasil. E-mail: joapaulo.aoliveira@gmail.com

2. Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro, 70910-900, Brasília, DF, Brasil. E-mail: mauro.sanchez4@gmail.com

3. Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro, 70910-900, Brasília, DF, Brasil. E-mail: leopac@unb.br

Contribuições dos autores:

JPAO trabalhou na concepção, na pesquisa, na metodologia e na redação final.

MNS trabalhou na pesquisa, na redação final e revisão crítica.

LMPS trabalhou na concepção, na metodologia e revisão crítica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CAMPOS, F. E; MACHADO, M. H. & GIRARDI, S. N. (2009). A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidade. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, n.44, p. 13-34.
2. OLIVEIRA, F.P. et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)* [online]. 2015, vol.19, n.54. p. 623-634. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n54/1807-5762-icse-19-54-0623.pdf> Acessado em: 17.jan.2016.
3. BACKER, Larry Catá; Molina, Augusto. Cuba and the Construction of Alternative Global Trade Systems: ALBA and Free Trade in the Americas. *Journal of International Economic Law*. Vol. 31, No. 3, 2010. p. 37-38. Disponível em: <<http://ssrn.com/abstract=1407705>> Acessado em: 22.fev.2015.
4. MACIEL FILHO, R. Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em Sistemas Nacionais de Saúde: o caso brasileiro. 2007, 262 f. Tese – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: http://www.cpqam.fiocruz.br/observarh/publicacoes/arquivos/Tese_Romulo_Maciel.pdf Acessado em: 29.set.2015.
5. GIRARDI, S. N; CARVALHO, C. L; ARAUJO, J. F; FARAH, J. M; MAAS, L. W. D; CAMPOS, L. A. B. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. Disponível em: <http://www.observatoriorh.org/uruguay/sites/observatoriorh.org.uruguay/files/webfiles/fulltext/publicaciones/indice_de_escassez_de_medicos_no_brasil_estudo_exploratorio_no_ambito_da.pdf> Acessado em: 10.fev.2016.

6. SANTOS, Leonor Maria Pacheco; COSTA, Ana Maria; GIRARDI, Sábado Nicolau. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 11, p. 3547-3552, Nov. 2015
7. ANTUNES, R. B, R. Os dias que abalaram o Brasil: as rebeliões de junho, julho de 2013. **R. Pol. Públ.**, São Luís, número Especial, p.41-47, julho de 2014.
8. BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. D.O.U. de 23.10.2013a.
9. _____. Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. D.O.U. de 09-07-2013b
10. _____. Edital nº 39, de 8 de julho de 2013. Adesão de Médicos ao Projeto Mais Médicos para o Brasil. D.O.U 9-07-2013c.
11. CUNHA, C. G. S. Avaliação de Políticas Públicas e Programas Governamentais: tendências recentes e experiências no Brasil. Trabalho elaborado durante o curso "The Theory and Operation of a Modern National Economy", ministrado na George Washington University, no âmbito do Programa Minerva, em 2006. Disponível em <http://www.ufpa.br/epdir/images/docs/paper29.pdf> Acessado em 28.jan.2016.
12. LIMA. L.L; L.D.A. Implementação de Políticas Públicas: perspectivas analíticas. Revista de Sociologia e Política. v.21, nº48. P.101-110. Dezembro, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v21n48/a06v21n48.pdf> Acessado em 29.jan.2016.
13. SILVA, Pedro Luiz Barros; Marcus, André Barreto de. O processo de implementação de Políticas Públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de Programas e Projetos. Ano 2000. Disponível em: <http://www.ufpa.br/epdir/images/docs/paper46.pdf> > Acessado em 28-01-2016.
14. BRASIL. Edital nº 40, de 18 de julho de 2013. Alteração do edital de adesão do Distrito Federal e dos municípios no Projeto Mais Médicos para o Brasil. D.O.U. 19.07.2013.
15. _____. Edital nº 22, de 31 de março de 2014. Adesão de municípios no Projeto Mais Médicos para o Brasil. D.O.U. 01.04.2014.

16. RAEDER, S. CICLO DE POLÍTICAS: uma abordagem integradora dos modelos para análise de políticas públicas. *Perspectivas em Políticas Públicas*. Belo Horizonte. Vol.vII, n.13. p.121-146. Jan/jun 2014.
17. MENICUCCI, T. A implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE M.; MARQUES, E. (Orgs.). *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 303-325, 2007.
18. CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Programa Mais Médicos – Nota Técnica 23/2013. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/Notas%20t%C3%A9cnicas%202013/NT%2023-2013%20-%20Programa%20Mais%20Me%CC%81dicos.pdf>> Acessado em: 30.nov.2015.
19. O'BRIEN, K. J. & LI, L. 1999. Selective Policy Implementation in Rural China. *Comparative Politics*, New York, v. 31, n. 2, p. 167-186, Jan. Disponível em: <<http://polisci.berkeley.edu/sites/default/files/people/u3854/CP1999.pdf>> Acessado em: 29.jan.2016
20. CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades*. Coordenação: Mário Scheffer; Aureliano Biancarelli e Alex Cassenote. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina, 2011. p.34.
21. SILVA, S; L.M.P.S. Estudo das Ações Diretas de Inconstitucionalidade do Programa Mais Médicos. **Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.**, Brasília, v.4, n.2, abr/jun. 2015.
22. MORAIS, I. et al. Jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o Programa Mais Médicos? **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. spe2, p. 107-115, Dec. 2014
23. NOGUEIRA, V. M. R; PIRES, D. E. P. de. Direito à saúde: convite à reflexão. *Caderno de Saúde Pública*. 2004. p.753-760
24. TRIVELINO, A.S. Ação afirmativa e política social: focalização como instrumento de justiça social. 2006. 131 f., il. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da implementação do "Projeto Mais Médicos para o Brasil"

Pesquisador: leonor maria pacheco santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 21688313.9.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 399.461

Data da Relatoria: 10/09/2013

Apresentação do Projeto:

O Brasil assistiu a um crescimento do número de médicos, porém o fenômeno foi marcado por profundas desigualdades tanto na distribuição geográfica como na inserção nos setores público e privado da saúde. Atualmente pelo menos 700 dos 5.564 municípios brasileiros não contam com nenhum médico em atividade. Em 8 de julho de 2013 foi publicada a Portaria Interministerial No 1.369, que dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação. Esta pesquisa quali-quantitativa tem como objetivos realizar uma avaliação ex-ante da implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil; mapear a distribuição nacional dos médicos incorporados ao SUS pelo Projeto, segundo perfil epidemiológico e demanda estruturada dos municípios; analisar a evolução dos serviços de atenção à saúde prestados à população e o progresso de alguns indicadores de internações por condições sensíveis à atenção primária, nos municípios onde não havia médicos, num período de dois anos, empregando, como grupo controle, os municípios que continuarem sem médicos; estudar a motivação e o grau de aderência dos profissionais estrangeiros ao Projeto; avaliar in loco das condições de infraestrutura de trabalho em municípios selecionados que receberam os médicos estrangeiros; investigar a aceitabilidade e repercussão do Projeto junto aos usuários do SUS, Conselho Municipal de Saúde, profissionais de saúde e o gestor municipal nos municípios selecionados; analisar a forma e o

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 Fax: (61)3307-3799 E-mail: cepfs@unb.br



Continuação do Parecer: 399.461

conteúdo os marcos jurídicos e legais. A coleta de dados envolverá análises epidemiológicas de dados secundários referentes à linha de base e um período de seguimento de 24 meses; estudo de caso longitudinal com médicos selecionados na linha de base e que serão visitados em campo nos municípios onde estarão atuando até 24 meses após o início do Projeto; pesquisa documental para análise da estrutura normativa. É relevante planejar a avaliação ex-ante da implementação deste Projeto, considerando o estudo da linha de base e as repercussões da iniciativa, visando contribuir para o aperfeiçoamento desta política pública.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil no período de 2013 a 2015.

Objetivo Secundário:

1 - Mapear nacionalmente a distribuição de médicos brasileiros, intercambistas e cooperantes incorporados ao SUS gradualmente, em função do Projeto, segundo perfil epidemiológico e a demanda estruturada dos municípios

2 - Analisar a evolução dos indicadores de serviços de atenção à saúde prestados à população no âmbito da Atenção Primária após a implementação do Projeto nos municípios onde não havia médico

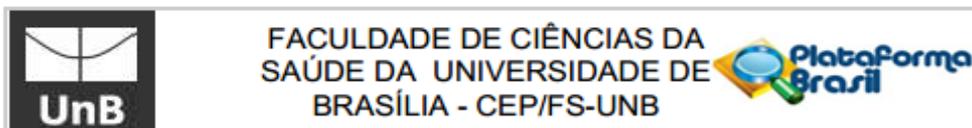
3 - Analisar a evolução de indicadores de internações por condições sensíveis à Atenção Primária entre a população dos municípios onde não havia médico após a implementação do Projeto

4 - Analisar a evolução dos indicadores de serviços de atenção à saúde e das internações por condições sensíveis à Atenção Primária entre a população, após a implementação do Projeto, empregando, como grupo controle, os municípios que continuarem sem médicos

5 - Analisar a motivação inicial da adesão dos médicos cooperantes ao Projeto

6 - Investigar o grau de aderência dos médicos cooperantes e a sua avaliação sobre as condições sociais, sanitárias e institucionais para o desempenho do trabalho pretendido ao Projeto e fatores determinantes por meio de duas visitas de seguimento em municípios participantes que receberam

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 Fax: (61)3307-3799 E-mail: cepfs@unb.br



Continuação do Parecer: 399.461

o grupo de médicos cooperantes incluídos no Estudo de Caso

7 - Avaliar in loco as condições de infraestrutura de trabalho em municípios participantes que receberam o grupo de médicos cooperantes incluídos no Estudo de Caso

8 - Investigar a aceitabilidade do Projeto junto aos usuários, Conselho Municipal de Saúde; profissionais de saúde locais e gestor municipal em municípios participantes que receberam o grupo de médicos cooperantes incluídos no Estudo de Caso.

9 - Analisar a forma e o conteúdo dos marcos jurídicos e legais do Programa e do Projeto

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apesar da pesquisador não referir riscos diretos, cabe salientar que deve haver cautela quanto ao sigilo, privacidade e confidencialidade nos procedimentos, salvo nas exceções previstas no protocolo de pesquisa.

Não há benefícios diretos aos voluntários. Há benefícios indiretos previstos, como o aperfeiçoamento do Programa Mais Médicos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os documentos solicitados pelo CEP-FS, em conformidade com as resoluções específicas. O TCLE está claro e em forma de convite. Todos os documentos estão devidamente assinados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASILIA
 Telefone: (61)3107-1947 Fax: (61)3307-3799 E-mail: cepfs@unb.br



Continuação do Parecer: 399.461

Considerações Finais a critério do CEP:

A plenária do CEP-FS reconhece a relevância do Protocolo de Pesquisa e encaminha pela aprovação do estudo.

BRASILIA, 18 de Setembro de 2013

Assinador por:
Natan Monsores de Sá
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 Fax: (61)3307-3799 E-mail: cepfs@unb.br