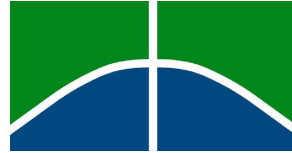


VANESSA CAROL DE SOUZA LIMA

INDICADORES DE MONITORAMENTO GERENCIAL PARA O PROJETO  
MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL: UMA PROPOSTA DE VALIDAÇÃO

BRASILIA – DF  
2019



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

VANESSA CAROL DE SOUZA LIMA

INDICADORES DE MONITORAMENTO GERENCIAL PARA O PROJETO  
MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL: UMA PROPOSTA DE VALIDAÇÃO

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.

Orientadora: Denise de Lima Costa Furlanetto

BRASILIA – DF  
2019

VANESSA CAROL DE SOUZA LIMA

INDICADORES DE MONITORAMENTO GERENCIAL PARA O PROJETO  
MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL: UMA PROPOSTA DE VALIDAÇÃO

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 08 de agosto de 2019.

BANCA EXAMINADORA

---

Denise de Lima Costa Furlanetto

(presidente)

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

---

Noemia Urruth Leão Tavares

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

---

Paulo de Martino Jannuzzi

Escola Nacional de Ciências Estatísticas - ENCE/IBGE

---

José Antonio Iturri (Membro suplente)

Faculdade de Ceilândia

Universidade de Brasília

Lima, Vanessa Carol de Souza  
Indicadores de Monitoramento Gerencial para o Projeto Mais Médicos para o Brasil: uma proposta de validação.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Brasília.  
Faculdade de Saúde. Departamento de Saúde Coletiva,  
2019.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Denise de Lima Costa Furlanetto.

1. Programa Mais Médicos; Projeto Mais Médicos para o Brasil; Monitoramento; Indicadores.

*Dedico este trabalho à minha mãe que tanto torce por mim,  
por sua entrega de vida a mim e meus irmãos, por seu imenso amor,  
a quem devo meus melhores ensinamentos.*

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais por me dedicarem amor e cuidados.

Ao meu marido Webster, meu maior incentivador para realização deste Mestrado, meu companheiro de muitos anos, de muitas conquistas, com quem divido muitos sonhos. Obrigada por todo apoio e amor.

Aos meus irmãos Adler, Nadja e Felipe pela certeza de que podemos contar uns com os outros mesmo a distância.

Aos meus sobrinhos Rodrigo, Maria Fernanda, Francisco e Adele, meus preciosos, pela pureza do amor de vocês.

A minha orientadora Denise Furlanetto, que foi fundamental na construção desta pesquisa, pela dedicação na orientação, por sua humildade, pelo respeito e por não me deixar desanimar diante das dificuldades.

A professora Leonor Pacheco por seus ensinamentos e todo apoio na construção desta pesquisa.

Aos especialistas que compuseram o painel para validação desta pesquisa.

Aos colegas do DEPREPS, em especial a Gal, Sidclei, Tiago, Cássia, Lia, Kiki, Mariana Vilela, Priscila, Fernanda, Luciana, Maria Pura, Fernando, entre outros, pelas trocas de experiências, pelo aprendizado coletivo na construção desta ousada política pública, na luta pelo SUS.

A Henrique, Carla, Amanda, Vinícius, Janaína, Lilianny, Kacilda, Sheila, Aline e Eder, por todos os momentos que compartilhamos para o desenvolvimento do Programa Mais Médicos, enquanto fui referência para o estado de Minas Gerais.

*“Renova-te.  
Renasce em ti mesmo.  
Multiplica os teus olhos, para verem mais.  
Multiplica os teus braços para semeares tudo.  
Destrói os olhos que tiverem visto.  
Cria outros, para as visões novas.  
Destrói os braços que tiverem semeado,  
Para se esquecerem de colher.  
Sê sempre o mesmo.  
Sempre outro.  
Mas sempre alto.  
Sempre longe.”  
(Cecília Meireles)*

*“Todas as vitórias ocultam uma abdicação.”  
(Simone de Beauvoir)*

## RESUMO

O Programa Mais Médicos foi implantado em 2013, com destaque para o eixo do provimento emergencial, denominado Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), criado para enfrentar, entre outros, o desafio de reduzir a insuficiência e má distribuição de médicos no Brasil. A escassez de médicos para atuarem, sobretudo, na Atenção Primária à Saúde compromete significativamente as gestões municipais do sistema de saúde há pelo menos uma década, com algumas tentativas governamentais de buscar soluções para essa questão, com visões diversas a respeito do tema e que disputam uma hegemonia no discurso e na prática. No âmbito da gestão, fica patente que as práticas de monitoramento e avaliação constituem-se num carreador de responsabilidades, e de ações rumo a objetivos definidos previamente, onde devem ser previstas decisões em meio a situações diversas e impostas por circunstâncias que os gestores e as equipes que os assessoram muitas vezes não escolhem, sendo necessário a instituição de mecanismos e estratégias que potencializem e consolidem a sua institucionalização. O uso de indicadores para o monitoramento contínuo das ações do Programa Mais Médicos, atrelado aos sistemas de informação, é estratégico para a institucionalização do acompanhamento sistemático dos objetivos do programa. Este estudo teve como objetivo desenvolver uma proposta de validação dos indicadores construídos para monitoramento gerencial do eixo de provimento do Programa Mais Médicos. Esta é uma pesquisa exploratória, do tipo mista, pois incorpora elementos de origem qualitativos e quantitativos, com predomínio de aspectos qualitativos. No presente estudo, o percurso metodológico foi dividido em três fases: estudo dos relatórios das auditorias operacionais realizadas pela Controladoria Geral da União (CGU) e pelo Tribunal de Contas da União que tiveram o objetivo de avaliar, sobretudo a eficácia do Projeto Mais Médicos para o Brasil por meio da verificação das atividades desenvolvidas; elaboração das fichas de qualificação dos indicadores apresentados pela SGTES à CGU e ao TCU; e, seleção e validação de 10 indicadores para monitoramento de aspectos cruciais e mais rotineiros para equipe gestora do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) por meio da análise de *trade-off* e da composição de um painel de especialistas por meio do método Delphi. O resultado desta pesquisa, com a proposta de validação e seleção de um painel com 10 (dez) indicadores prioritários, tem muito a contribuir para a sistemática do monitoramento do eixo de provimento do PMM, de forma a agregar valor no acompanhamento das prerrogativas legais e cumprimento de suas competências normativas. Os indicadores aqui propostos têm significância na operacionalização do imenso volume de dados e informações e trato dos mesmos pela equipe de gestão do Projeto, por constituírem ferramentas úteis que têm o potencial de subsidiar as ações de planejamento, monitoramento e avaliação do Projeto.

**Palavras-chave:** Programa Mais Médicos; Atenção Primária à Saúde; Monitoramento e Avaliação; Indicadores.



## ABSTRACT

The Mais Médicos Program was implemented in 2013, highlighting the axis of emergency provision, called the More Medical Project for Brazil (PMMB), created to address, among others, the challenge of reducing the insufficiency and bad distribution of doctors in Brazil. The shortage of physicians to work primarily in Primary Health Care has significantly compromised municipal health system management for at least a decade, with some governmental attempts to seek solutions to this issue, with different views on the subject and dispute a hegemony in discourse and practice. In the context of management, it is clear that monitoring and evaluation practices constitute a carrier of responsibilities, and of actions towards previously defined objectives, where decisions must be foreseen in diverse situations and imposed by circumstances that managers and teams that advise them often do not choose, and it is necessary to institute mechanisms and strategies that strengthen and consolidate their institutionalization. The use of indicators for the continuous monitoring of the Actions of the Medical Program, linked to the information systems, is strategic for the institutionalization of the systematic monitoring of the objectives of the program. The purpose of this study was to develop a proposal for the validation of the indicators built for managerial monitoring of the Most Medical Program. This is an exploratory research, of the mixed type, since it incorporates elements of qualitative and quantitative origin, with predominance of qualitative aspects. In the present study, the methodological approach was divided into three phases: a study of the reports of operational audits carried out by the Federal Comptroller General's Office (CGU) and the Federal Audit Court, whose objective was to evaluate, in particular, the effectiveness of the Mais Médicos Brazil through the verification of the activities carried out; preparation of the indicators for the qualification of the indicators presented by SGTES to the CGU and the TCU; and, selection and validation of 10 indicators to monitor crucial and more routine aspects for management team of the Medical Project for Brazil (PMMB) through trade-off analysis and the composition of a panel of experts through the Delphi method. The result of this research, with the proposal of validation and selection of a panel with 10 (ten) priority indicators, has much to contribute to the systematics of the monitoring of the MPM provision axis, in order to add value in the monitoring of legal prerogatives and their regulatory powers. The indicators proposed here are significant in the operation of the immense volume of data and information and treatment of the same by the project management team, as they are useful tools that have the potential to subsidize the actions of planning, monitoring and evaluation of the Project.

Key-words: More Doctors Program; Primary Health Care; Monitoring and Evaluation; Indicators.

## Lista de Ilustrações

### Figuras

Figura 1 – O ciclo de Política e Programas Públicos .....	20
Figura 2 – Índice de escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde (APS) .....	41
Figura 3 – Percentuais de distribuição de médicos por habitantes.....	42
Figura 4 – Representação da retroalimentação entre os processos através de indicadores sociais .....	52
Figura 5 – Exemplo de um modelo de avaliação de políticas públicas através de indicadores sociais .....	60
Figura 6 – Rampas de acessos ao método de oito passos para construção de indicadores .....	65
Figura 6 – Instrumento de validação dos indicadores .....	66

### Quadros

Quadro 1 – Relação médico por mil habitantes .....	36
Quadro 2 - Classificação dos indicadores utilizados para o cálculo do índice de escassez .....	40
Quadro 3 – Decisões metodológicas e operacionais envolvidas na especificação de um sistema de monitoramento .....	49
Quadro 4 – Considerações sobre monitoramento e avaliação .....	50
Quadro 5 – As atividades de monitoramento e avaliação são complementares .....	50
Quadro 6 – Classificação e descrição de indicadores .....	56
Quadro 7 – Checklist para a escolha do indicador social na pesquisa acadêmica ou na formulação de políticas .....	59
Quadro 8 – Constatações/informações e as respectivas recomendações da CGU relacionadas aos indicadores de monitoramento da SGTES .....	74
Quadro 9 – Indicadores de monitoramento do Programa Mais Médicos .....	79
Quadro 10 – Indicadores selecionados para compor a Matriz .....	99
Quadro 11 – Matriz de Sistemática de Monitoramento Gerencial .....	105

### Gráficos

Gráfico 1 – Resultados da análise da validação pelos especialistas.....	100
---	-----

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

- ABS – Atenção Básica à Saúde
- ACP – Análise de Componentes Principais
- APS – Atenção Primária à Saúde
- CBO – Código Brasileiro de Ocupação
- CEP – Comissão de Ética em Pesquisa
- CGU – Controladoria Geral da União
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- CRM – Conselho Regional de Medicina
- DEPREPS – Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde
- eAB – Equipe de Atenção Básica
- EqSF – Equipe de Saúde da Família
- ESF – Estratégia de Saúde da Família
- e-SIC – Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão
- FESF – Fundação Estatal Saúde da Família
- FORMSUS - Sistema para criação de formulários eletrônicos desenvolvido para processo de coletar e disseminar dados pela Internet para o SUS.
- FTS – Força de Trabalho em Saúde
- HPSA – Health Professional Shortage Area
- IPESPE – Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas
- MEC – Ministério da Educação e Cultura
- MFC – Medicina de Família e Comunidade
- MGFC – Medicina Geral de Família e Comunidade
- MS – Ministério da Saúde
- NESCON - Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e 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
- PPP – Plano de Providências Permanente

PROVAB – Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica

RIPSA – Rede Intergerencial de Informações para a Saúde

RM – Residência Médica

RMU – Residência Multiprofissional em Saúde

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

SIG - Sistema de Informações Gerenciais

SIGRESIDÊNCIAS – Sistema de Informações Gerenciais do Pró-Residências

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

TCU – Tribunal de Contas da União

UAP – Underserviced Area Program

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

UBS – Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. Apresentação</b> .....	13
<b>2. Introdução</b> .....	14
<b>3. Objetivos</b> .....	18
3.1 Geral .....	18
3.2 Específicos .....	18
<b>4. Referencial Teórico</b> .....	19
4.1O ciclo das Políticas Públicas .....	19
4.2 O SUS – uma das mais importantes políticas públicas no Brasil .....	23
4.3 Atenção básica/primária como nível de atenção estruturante para organização do SUS .....	24
4.4 A força de trabalho em saúde e as iniciativas para provimento de médicos no Brasil .....	28
4.5 Diagnóstico de escassez de médicos no Brasil .....	36
4.6 O Programa Mais Médicos .....	43
4.7 Monitoramento e Avaliação em Saúde .....	47
4.8 Indicadores de monitoramento .....	52
<b>5. Percurso Metodológico</b> .....	61
5.1 Primeira etapa .....	62
5.2 Segunda etapa .....	63
5.3 Terceira etapa .....	63
5.4 Quarta etapa .....	67
<b>6. Resultados e Discussão</b> .....	70
6.1 Levantamento dos resultados das fiscalizações dos órgãos de controle acerca do desenvolvimento do Programa Mais Médicos .....	70
6.2 Elaboração das fichas de qualificação dos indicadores .....	79
6.3 Proposta de validação da Matriz de Indicadores-chave .....	98
<b>7. Considerações finais</b> .....	108
<b>8. Referências Bibliográficas</b> .....	110
Apêndice I – Indicadores propostos pela SGTES .....	117
Apêndice II – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) .....	119
Apêndice III – Carta convite para o Painel de Especialistas .....	121
Apêndice IV – Matriz de Indicadores para validação pelos Especialistas .....	124
Anexo I – Parecer Consubstanciado do CEP .....	126

## 1. APRESENTAÇÃO

Minha experiência no Sistema Único de Saúde iniciou ainda na formação universitária, quando atuei como estagiária e em projetos nas comunidades de João Pessoa, pela UFPB, onde fiz graduação em Fisioterapia. Depois de formada, construí minha vida profissional na assistência e na gestão do SUS, tendo iniciado como Residente em Saúde da Família em Sobral-CE. Em seguida atuei na gestão municipal de João Pessoa. Por três anos atuei como apoiadora institucional pela Diretoria de Atenção Básica, na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Desde 2012 passei a atuar no Ministério da Saúde, mais especificamente na Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, inicialmente no Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho, e a partir de 2014 passei a compor a equipe técnica do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS), que fazia a gestão do Programa Mais Médicos.

Este trabalho é fruto da experiência na Área de Planejamento e Dimensionamento, do DEPREPS/SGTES/MS, onde pude vivenciar a criação de estratégias de fortalecimento do SUS, por meio da expansão da Atenção Básica com a implementação de um programa revolucionário para garantir acesso à saúde – Programa Mais Médicos. A maior parte do tempo estive envolvida com o planejamento e acompanhamento da entrada e a movimentação dos profissionais nos territórios.

O dimensionamento da necessidade real de médicos na Atenção Básica, por regiões, por estados e municípios ficou mais evidente com a implantação do eixo de provimento do Programa Mais Médicos, denominado Projeto Mais Médicos para o Brasil.

A motivação para esta pesquisa se deu pela necessidade de desenvolver estudos que contribuam para o desenvolvimento e desempenho do eixo de provimento deste programa, de modo a facilitar a gestão da informação e implementação da sistemática de monitoramento e avaliação, sob a gestão do Ministério da Saúde.

## 2. INTRODUÇÃO

O Programa Mais Médicos foi criado para enfrentar desafios que condicionavam a expansão e o desenvolvimento da Atenção Básica (AB), sobretudo, a insuficiência e má distribuição de médicos e o perfil de formação inadequado às necessidades da população. Um dos grandes problemas identificado era a redução da carga horária de trabalho pelos médicos associada à alta rotatividade das equipes, comprometendo sobremaneira a prestação dos cuidados e a qualidade da assistência na atenção primária<sup>1,2</sup>.

Dentre os eixos do Programa, destaca-se o de provimento emergencial, denominado Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), com finalidade de expansão do acesso à atenção básica à saúde, principalmente para os setores sociais mais vulneráveis: os mais pobres, moradores de regiões ribeirinhas, do semiárido, das comunidades quilombolas, assentamentos rurais, população indígena, e das periferias das médias e grandes cidades das regiões metropolitanas.

Segundo Campos<sup>3</sup>, o Programa Mais Médicos trouxe importante benefício imediato a milhões de brasileiros ao ampliar o acesso e garantir o direito à saúde.

Terra et al.<sup>4</sup> afirma que “o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM) representa para o Sistema Único de Saúde (SUS) um acúmulo político no longo amanhecer da conquista do Direito à Saúde no Brasil. O Programa levou médicas e médicos a áreas desprovidas de assistência à saúde. Essas localidades eram as mais remotas do país, de maior pobreza e vulnerabilidade social. Diante do déficit de médicos, o Programa também se propôs a melhorar qualitativamente a Atenção Primária em Saúde (APS) e, principalmente, promover mudanças na formação médica brasileira”.

Dentre as inúmeras pesquisas desenvolvidas sobre o Programa Mais Médicos, a que foi realizada pelo IPESPE (Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas), coordenada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), concluiu que o Programa Mais Médicos hoje é um muito bem avaliado pelos diversos atores envolvidos - população atendida, médicos e gestores – atingindo uma elevada nota e obtendo alto grau de satisfação. Neste sentido, representa um grande avanço na área da Saúde, que é

considerada pela população como prioritária e cujo problema mais urgente era a falta de médicos. Os resultados efetivos do Programa, a satisfação da população e o reconhecimento dos médicos desmistificam eventuais críticas, geram credibilidade e abrem caminhos para o aperfeiçoamento e ampliação do Mais Médicos<sup>5</sup>.

Os primeiros resultados da pesquisa realizada pela Universidade de Brasília, conduzida em municípios pobres das cinco regiões do Brasil com usuários do SUS, gestores e profissionais de saúde revelaram que entre os usuários existe um alto grau de satisfação nas dimensões de “tempo de espera para agendar a consulta” e “atendimento durante a consulta”, o que demonstra que Programa Mais Médicos deu importantes passos para viabilizar o direito à saúde para a população brasileira. A pesquisa com gestores e profissionais apontou que a integração do profissional médico ampliou a capacidade de diagnóstico de problemas locais, trazendo agilidade e continuidade ao tratamento do usuário<sup>6</sup>.

O Programa Mais Médicos pode ser considerado não apenas como um instrumento de provisão de profissionais médicos, mas principalmente um novo modo de organização da atenção básica e do fortalecimento das equipes de saúde no Brasil. O PMM teve um impacto positivo na redução da escassez de médicos em APS no Brasil, demonstrando um substantivo aumento na oferta de profissionais, sobretudo em áreas mais necessitadas, e uma redução das desigualdades distributivas<sup>6</sup>.

Acredita-se que são muitos os desafios para que ações a médio e longo prazo possam substituir medidas de curto prazo. O fortalecimento do sistema de saúde depende da continuidade da articulação interfederativa, de políticas regulatórias de estado, bem como, do constante monitoramento e aprimoramento do programa. A potência do Mais Médicos, entre outras, relaciona-se a uma proposta de mudança que não tem medo de procurar novos caminhos, que dialoga com experiências nacionais e internacionais e com todos os sujeitos envolvidos na ampliação do acesso e da melhoria da qualidade da atenção básica e do SUS<sup>7</sup>.

Concorda-se que estudar o PMM significa reconhecê-lo como uma política pública e, como tal, observar analiticamente três elementos que compõem seu processo histórico: as questões sociais tomadas como objeto



dessa política; os aparatos institucionais que expressam sua materialidade; e o Estado como a arena política decisória na qual aparecem as formulações e atuam forças sociais<sup>8</sup>.

Considerando que o Estado é responsável por um grande número de operações e projetos, é preciso quantificar e qualificar os parâmetros que permitam às equipes gerenciais, dirigentes, políticos e cidadãos conhecer, opinar e decidir acerca dos múltiplos e complexos arranjos governamentais, o que faz dos indicadores de desempenho instrumentos fundamentais para a gestão pública decididamente voltada para resultados<sup>9</sup>.

Avaliar e monitorar os resultados alcançados em relação à organização e provisão dos serviços e possíveis impactos na saúde da população são questões fundamentais em um cenário de grande investimento e expansão da Atenção Básica.

O desafio colocado à gestão de saúde pública constitui-se na utilização de ferramentas metodológicas de avaliação e monitoramento que permitam obter conhecimento sobre as políticas, programas e serviços, e que levem em consideração suas particularidades, já que poderão apresentar resultados diferentes quando implantado sob diferentes contextos<sup>10</sup>.

O Art. 8º da Portaria Interministerial nº 1.369<sup>11</sup>, de 8 de julho de 2013, que dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, diz que “compete à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil coordenar, monitorar e avaliar as ações pertinentes ao Projeto”.

Para Hartz<sup>12</sup>, tanto o monitoramento quanto a avaliação pressupõem a obtenção de informações. Uma das maneiras de obtê-las é através de indicadores. É possível entender os indicadores como “medidas-síntese” que contêm informações relevantes sobre determinados atributos e sobre o desempenho do sistema de saúde. Servem para o acompanhamento contínuo de ações e intervenções. Tem-se constatado um uso crescente, transformando-os em uma ferramenta estratégica para o estabelecimento de políticas e prioridades<sup>12</sup>.

O Monitoramento consiste no acompanhamento contínuo, cotidiano, por parte de gestores e gerentes, do desenvolvimento dos programas e políticas em relação a seus objetivos e metas. É uma função inerente à gestão dos programas, devendo ser capaz de prover informações sobre o programa para

seus gestores, permitindo a adoção de medidas corretivas para melhorar sua operacionalização. É realizado por meio de indicadores produzidos regularmente, com base em diferentes fontes de dados, que dão aos gestores informações sobre o desempenho de programas, permitindo medir se objetivos e metas estão sendo alcançados<sup>13</sup>.

Se forem gerados de forma regular e manejados em um sistema dinâmico, os indicadores de saúde constituem uma ferramenta fundamental para a gestão e avaliação da situação de saúde, em todos os níveis. Um conjunto de indicadores de saúde tem como propósito produzir evidência sobre a situação sanitária e suas tendências, inclusive documentando as desigualdades em saúde. Essa evidência deve servir de base empírica para determinar grupos humanos com maiores necessidades de saúde, estratificar o risco epidemiológico e identificar áreas críticas. Constitui, assim, insumo para o estabelecimento de políticas e prioridades melhor ajustadas às necessidades de saúde da população<sup>14</sup>.

Mediante a necessidade constante de produção de estudos que fortaleçam o SUS como política pública de Estado, e que o Programa Mais Médicos é uma política pública constituída para enfrentar o problema da carência de médicos nas regiões prioritárias a fim de reduzir as desigualdades, os esforços para avaliá-lo se revestem de grande importância<sup>15</sup>.

Assim, esse estudo tem como justificativa a necessidade de validar, junto a especialistas, um conjunto de indicadores que foram apresentados pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) à Controladoria Geral da União e Tribunal de Contas da União como metodologia para monitoramento e avaliação das atividades relacionadas ao PMM, a serem mensurados regularmente e propor uma matriz de indicadores para informações que pudessem avaliar o impacto da execução das ações do Programa, no intuito de auxiliar gestores na compreensão e escolha de medidas que de fato expressem os resultados esperados para o todo o ciclo de gestão desta importante política pública.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 GERAL**

Desenvolver e validar uma proposta para monitoramento gerencial do eixo de provimento do Programa Mais Médicos – Projeto Mais Médicos para o Brasil.

#### **3.2 ESPECÍFICOS**

- Estudar os relatórios de acompanhamento do Programa Mais Médicos pelos órgãos de controle – TCU e CGU;
- Caracterizar e qualificar o conjunto de indicadores selecionados para sistemática de monitoramento pela equipe de gestão do Programa Mais Médicos;
- Validar os indicadores de monitoramento do eixo de provimento do Programa Mais Médicos.
- Selecionar indicadores-chave para compor uma matriz de prioridades para sistemática de monitoramento do eixo de provimento do Programa Mais Médicos.

## 4. REFERENCIAL TEÓRICO

A revisão bibliográfica utilizada para compor a fundamentação teórica forneceu o suporte para todas as fases da pesquisa, auxiliando na escolha do tema, na definição da questão da pesquisa, na determinação dos objetivos, na formulação das hipóteses, na fundamentação da justificativa e na elaboração do relatório final<sup>16</sup>.

A revisão da literatura foi realizada no banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS (SciELO - Scientific Eletronic Library Online, MEDLINE – Literatura Internacional em Ciências da Saúde, LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e RIPSAs - Bibliografia em Indicadores da Saúde), com seleção de artigos e dissertações publicados utilizando as seguintes palavras-chaves: Programa Mais Médicos, Projeto Mais Médicos para o Brasil, formação médica, monitoramento em saúde, avaliação em saúde, indicadores de saúde.

### 4.1 O ciclo das Políticas Públicas

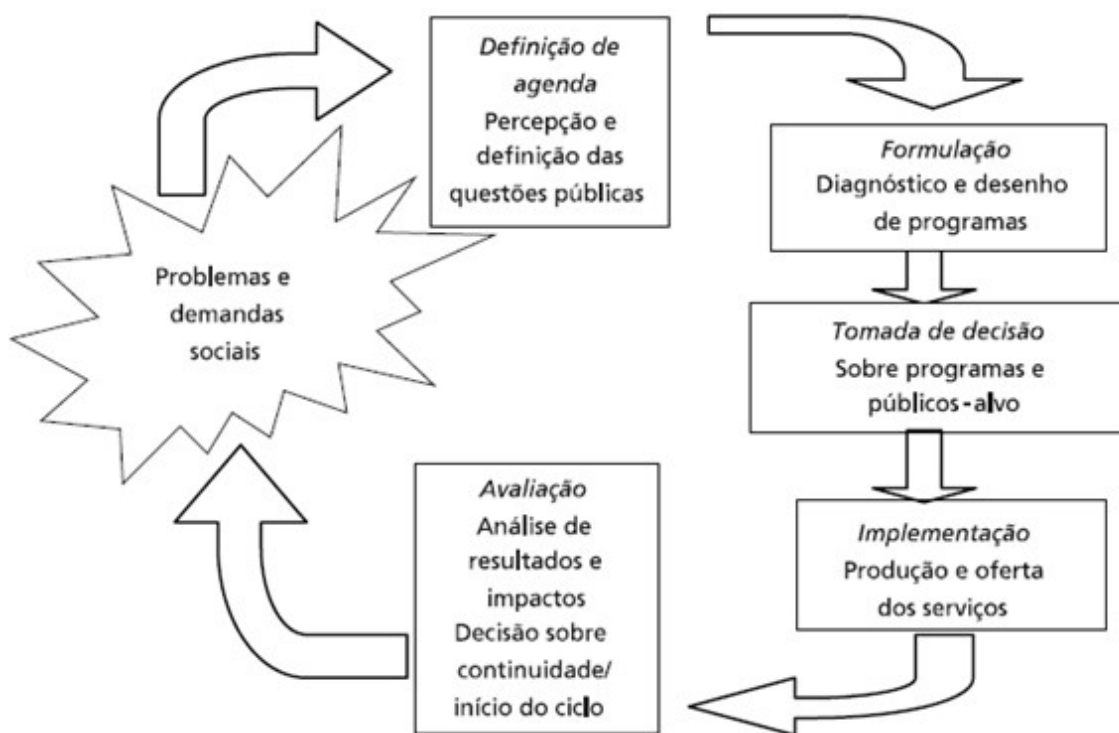
Não existe uma única, nem melhor definição sobre o que seja política pública. A definição mais conhecida continua sendo a de Laswell<sup>17</sup>: *“decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por que e que diferença faz”*. Esta autora resume a política pública como *“o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real”*.

Dentro do campo específico da política pública, alguns modelos explicativos foram desenvolvidos para se entender melhor como e por que o governo faz ou deixa de fazer alguma ação que repercutirá na vida dos

cidadãos<sup>15</sup>. O ciclo de políticas públicas se apresenta como uma ferramenta analítica que contribui para tornar clara e didática a discussão sobre o tema.

Nos registros dos manuais clássicos de Ciência Política, recorrentemente o processo de formulação de políticas públicas tem sido apresentado pelo ciclo de etapas sucessivas (Policy Cycle), com mais ou menos estágios. A Figura 1 apresenta de forma simplificada o processo político e sua veracidade empírica; a separação e etapas evidencia ênfases diferenciadas no planejamento, na operação ou na avaliação dos programas<sup>18</sup>.

**Figura 1 – O ciclo de Política e Programas Públicos**



Fonte: Jannuzzi, 2011.

Não se deve considerar as fases como rígidas etapas sequenciais, pois é possível que as sequências se alternem e as fases se misturem. Sendo assim, mais importante do que a sequência que o ciclo apresenta, é o entendimento de que a política pública é composta por estágios que possuem características específicas<sup>19</sup>.

O primeiro ponto destacado é a percepção do problema público, que possui um caráter intersubjetivo marcado pela percepção dos atores mais

relevantes. A definição ou delimitação do problema é o segundo ponto que envolve estabelecer quais os elementos constituintes da questão a ser solucionada. E, por fim, a avaliação da possibilidade de solução, que significa o reconhecimento de uma solução viável para o problema em perspectiva<sup>19</sup>.

Dentre os diversos problemas socioeconômicos que a sociedade apresenta, alguns deles são percebidos como mais prioritários e passíveis de resolução pelo sistema político. Esta é a questão central da etapa de definição de problemas, que é permeada tanto por critérios técnicos, marcados pela construção de indicadores que apontam a urgência de determinadas ações, como por circunstâncias decorrentes de situações de emergência (epidemias, catástrofes naturais, etc.)<sup>19</sup>.

A etapa 1, chamada de definição da agenda política/decisória, corresponde aos múltiplos caminhos e processos que culminam com o reconhecimento de uma questão social como problema público e da necessidade da ação governamental para sua solução; isto é, a legitimação desta questão na pauta pública ou na agenda das políticas públicas do país, em determinado momento<sup>20</sup>. Essa agenda pode ser entendida como um conjunto de problemas encarados como relevantes pelos atores envolvidos com a política.

O autor apresenta três tipos de agendas: (a) agenda política (ou sistêmica), é caracterizada por um conjunto de problemas que a comunidade política entende como merecedor de uma intervenção pública; (b) agenda formal (ou institucional), é aquela formada por problemas que o governo já decidiu enfrentar; (c) agenda da mídia, se refere aos problemas que recebem atenção dos meios de comunicação, que, em muitos casos, têm o poder de influenciar fortemente as demais agendas<sup>19</sup>.

Definidos os problemas que serão contemplados com soluções por meio de ações públicas, procede-se à formulação de políticas, programas e projetos que orientarão a execução das atividades.

A segunda etapa refere-se aos processos e às atividades relacionadas à construção de possíveis soluções, encaminhamentos e programas para lidar com a questão recém-legitimada na agenda. É preciso então, em sequência – na tomada de decisão técnica-política – escolher o rumo a seguir, de ação efetiva ou não, decidindo-se por uma ou algumas das alternativas formuladas<sup>20</sup>.

A próxima etapa – implementação de políticas e programas – corresponde aos esforços de efetivação da ação governamental na alocação de recursos e no desenvolvimento dos processos previstos nas alternativas e nos programas escolhidos anteriormente<sup>20</sup>.

A implementação da política é a concretização da solução dos problemas que foram definidos na agenda decisória, problemas que deverão ser tratados a partir dos critérios definidos na etapa anterior. Ponto importante na fase de implementação é o consenso sobre as metas e os objetivos entre aqueles que executam a política e os que a formulam<sup>19</sup>.

Em função da natureza do problema e da orientação geral de governo, os programas propostos se classificariam em ações de cunho distributivo, redistributivo ou regulamentatório<sup>21</sup>. Na realidade, essa fase não está tão desvinculada assim do cotidiano da política ou tão isolada das influências das propostas dos grupos de interesse, como se supõe. Muitas vezes as propostas de encaminhamento de soluções chegam com as pressões para introduzir a questão na agenda formal de governo. Se não, colocado o problema, há sempre atores com maior ou menor influência na formatação dos possíveis programas e ações<sup>22</sup>.

Por fim, é preciso analisar se os esforços empreendidos estão atuando no sentido esperado de solucionar o problema original (avaliação das políticas e dos programas). É necessário verificar se é preciso realizar mudanças nos programas implementados para garantir sua efetividade; descontinuá-los, se o problema deixou de compor a agenda; ou então adaptá-los a uma nova realidade, reiniciando o ciclo<sup>20</sup>.

A fase de avaliação pode ocorrer em três diferentes etapas da implementação da política: antes (ex ante), durante (in itinere) ou depois (ex post). Importante considerar que os parâmetros de avaliação devem ser claramente expostos, a fim de que esta etapa sirva adequadamente para a melhoria das atividades sem curso e para a formação dos envolvidos mais diretamente com a política. Desse modo, a avaliação pode ser embasada por diagnósticos que verifiquem os impactos das ações empreendidas, fornecendo aos executores das ações recursos informacionais preciosos para formação de quadros ou ajustes de rotas nos projetos. As avaliações encerram o ciclo da política pública, fornecendo subsídios para o início de um novo ciclo, voltado

para a resolução do problema não equacionado ou indicando a resolução completa das questões que a política objetivava resolver<sup>19</sup>.

O ciclo de políticas públicas contribui para uma análise integrada das políticas públicas, na medida em que é possível reconhecer, nos estágios propostos, os atores e processos sobre os quais se deseja aprofundar o conhecimento. Esforço importante neste sentido é a definição das escalas de análise que viabilizem o avanço da compreensão sobre a temática.

## **4.2 O SUS – uma das mais importantes políticas públicas no Brasil**

Do ponto de vista de Paim<sup>23</sup>, o Sistema Único de Saúde (SUS) corresponde a uma reforma setorial cuja origem não se encontra no Estado nem em governos, mas sim no interior da sociedade civil, a partir de movimentos sociais que combateram o autoritarismo desde os anos 1970, defendendo a democratização da saúde. Assim, uma das bandeiras de luta era: saúde é democracia, democracia é saúde.

O Brasil estabeleceu um sistema nacional de saúde com base na universalidade, integralidade e equidade para execução de sua política de saúde pública. O SUS tem como instrumento jurídico para sua instituição a Constituição Federal de 1988, a lei nº 8080/1990, e a lei nº 8142/90. É uma meta desafiadora para um país com cerca de 200 milhões de habitantes e com constantes enfrentamentos políticos, sociais e econômicos no seu processo de execução<sup>24</sup>.

Para Rizotto et. al.<sup>25</sup>, o grande desafio no processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido transpor os princípios doutrinários da universalidade, igualdade e integralidade da atenção à saúde dos textos legais para a prática cotidiana dos serviços de saúde. Esses princípios e a qualidade do atendimento deveriam configurar-se como prioridades dos governos em todos os níveis de gestão, com a criação de mecanismos e de estratégias que superem os nós críticos da organização e gestão da atenção à saúde. Os obstáculos vão desde o estabelecimento excessivo e centralizado de normas que dificultam o funcionamento das unidades locais; problemas de ordem



estrutural do sistema de saúde, como o financiamento insuficiente para a alocação de recursos adequados à prestação de serviços de saúde universais, integrais e resolutivos; até a disponibilidade e gestão da força de trabalho em saúde (FTS), considerada fator decisivo e crítico para a consolidação do sistema.

Santos<sup>26</sup> menciona algumas ‘mudanças funcionais’ no setor saúde, decorrentes da criação do SUS, como a grande inclusão social nos serviços públicos de saúde e a conseqüente elevação da produção, com ampliação do envolvimento dos municípios e participação de trabalhadores, gestores e representantes populares nas discussões políticas e técnicas do sistema, assumindo os seus valores e princípios doutrinários, delimitados no microprocesso de trabalho. No entanto, essas mudanças não conseguiram alterar substancialmente os interesses e estruturas do modelo hegemônico do ‘pré-SUS’, persistindo ainda a dependência do setor público em relação ao setor privado, no que se refere à oferta de serviços de média e alta complexidade, o subfinanciamento crônico do setor público e os problemas relativos à gestão do trabalho e da educação em saúde, ou seja, apesar dos esforços das últimas décadas, não se alterou significativamente o modelo de atenção de acordo com o proposto pelo Movimento de Reforma Sanitária.

#### **4.3 Atenção primária como nível estruturante para organização do SUS**

Atenção primária refere-se a um conjunto de práticas em saúde, individuais e coletivas. Nos dias atuais, a atenção primária à saúde é considerada internacionalmente a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham em seu centro o usuário-cidadão<sup>27</sup>.

Há uma frequente discussão acerca da terminologia ideal para designar o primeiro nível de atenção à saúde. No Brasil, esta discussão ganha contornos especiais. Durante o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), em contraste com a tendência internacional do uso de “Atenção Primária” (AP) o Brasil passou a denominar este nível de saúde de “Atenção Básica”<sup>27,28</sup>.

Do ponto de vista de Giovanella<sup>27</sup>, o emprego do termo “atenção básica à saúde” pelo Movimento Sanitário Brasileiro teria buscado uma diferenciação ideológica em relação ao reducionismo presente na ideia de atenção primária, com o objetivo de construção de um sistema público universal em uma concepção de cidadania ampliada.

Há autores que concluem que os termos “Atenção Básica”, “Atenção Primária” e “Atenção Primária à Saúde” podem ser utilizados como sinônimos, na maioria das vezes, sem que isto se torne um problema conceitual. Neste estudo, a maioria das citações faz referência ao termo Atenção Básica, que era adotada pelo Ministério da Saúde quando foi implantado o Programa Mais Médicos, porém, hoje a atual terminologia adotada por este órgão é Atenção Primária à Saúde.

O fato é que, os benefícios de sistemas de saúde sustentados por atenção primária à saúde de qualidade são reconhecidos internacionalmente, e há certo consenso entre formuladores de políticas de que a atenção primária deva ser fortalecida. No entanto, predominam imprecisões quanto ao seu significado e observam-se, na formulação e na implementação de políticas de atenção primária à saúde, abordagens em disputa. A prioridade da atenção primária à saúde é evocada sob discursos díspares e abarca iniciativas por vezes contrapostas. As imprecisões conceituais decorrem das diversas influências que incidiram sobre a atenção primária ao longo de décadas.

A concepção moderna da APS surgiu no Reino Unido, em 1920, no Relatório Dawson que teve como premissa a organização nivelar dos sistemas de atenção à saúde e que proporcionou um conjunto de ações que levaram a realização da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata no ano de 1978. A Conferência de Alma-Ata, foi fundamental na expansão e na construção da APS em nível mundial e definiu os cuidados primários<sup>29</sup>.

O relatório final da Conferência de Alma-Ata contempla três componentes essenciais na concepção de atenção primária à saúde: acesso universal e primeiro ponto de contato do sistema de saúde; indissociabilidade da saúde do desenvolvimento econômico-social, reconhecendo-se os determinantes sociais; e participação social – três componentes caros ao SUS<sup>30</sup>.

A atenção primária à saúde (APS) como estratégia para orientar a organização do sistema de saúde e responder as necessidades da população exige o entendimento da saúde como direito social e o enfrentamento dos determinantes sociais para promovê-la. A boa organização dos serviços de APS contribui para melhoria da atenção com impactos positivos na saúde da população e à eficiência do sistema<sup>31</sup>.

Na América Latina, nos anos oitenta, a abordagem seletiva de atenção primária foi preconizada por agências multilaterais, tornando-se hegemônica a implementação de uma cesta mínima de serviços, em geral de baixa qualidade. Recentemente, países da região vêm desenvolvendo políticas para fortalecer a APS como estratégia para organizar os serviços e promover a equidade em saúde renovando uma abordagem abrangente de APS. No Brasil, nos anos noventa, a concepção de APS também foi renovada. Com a regulamentação do Sistema Único de Saúde baseada na universalidade, equidade e integralidade e nas diretrizes organizacionais de descentralização e participação social, para diferenciar-se da concepção seletiva de APS, passou-se a usar o termo atenção básica em saúde, definida como ações individuais e coletivas situadas no primeiro nível, voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação<sup>31</sup>.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada o modelo de gestão de sistema mais adequado para lidar com o aumento da longevidade populacional, que tem como um de seus pilares a reorganização do processo de trabalho dos profissionais de saúde e inovações no relacionamento destes com a população<sup>32</sup>.

Bárbara Starfield<sup>33</sup> define como atributos da Atenção Básica: o primeiro contato, sendo porta de entrada do sistema e o acesso mais próximo da população; o segundo, a longitudinalidade ou vínculo, tendo a adscrição de clientela como mecanismo de responsabilizar pessoas ou famílias às equipes; o terceiro trata da abrangência ou integralidade; e o quarto entende-se como a coordenação das diversas ações e serviços.

Se estes processos acontecem no território, espera-se, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), resolutividade dos problemas de saúde da população no âmbito da Atenção Básica em torno de 80%<sup>34</sup>.

Quanto mais um sistema de saúde é orientado para a APS, melhores são os níveis de saúde da população e a satisfação dos usuários, e menores os gastos, determinando sistemas mais efetivos, equitativos, eficientes e de maior qualidade – além de possibilitar uma distribuição mais equitativa da saúde nas populações, melhorando a saúde global e reduzindo as diferenças de saúde entre os subgrupos populacionais<sup>1</sup>.

Importa ponderar que a Atenção Primária depende de radicais mudanças na formação em saúde e na educação médica, em particular, tradicionalmente voltadas para as especialidades. Implica em redefinir o papel dos hospitais e serviços especializados, instituir uso mais racional de medicamentos e procedimentos, além de induzir a população a utilizar o sistema de saúde segundo uma lógica diferente da tradicional em que o acesso dos usuários é controlado pelas possibilidades financeiras e não por uma equipe da Atenção Primária.

A Atenção Básica no Brasil deve acontecer – de acordo com a orientação oficial do Ministério da Saúde - desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas, objetivando ser o serviço básico e de referência inicial para o acolhimento e responsabilizando-se pelo cuidado longitudinal à saúde dos usuários, com práticas voltadas a atenção individual e coletiva, com foco na integralidade e na autonomia dos sujeitos implicados a ela, tendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como seu principal instrumento para consolidação. A efetivação da Atenção Básica como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde tem forte relação com a capacidade destes serviços serem resolutivos<sup>35,36</sup>.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) configura-se como a principal modalidade de atuação da Atenção Básica. Seus princípios são: atuação no território através do diagnóstico situacional, enfrentamento dos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, integração com instituições e organizações sociais e espaço de construção da cidadania<sup>37</sup>.

A ESF constitui uma das intervenções de maior visibilidade e impacto no campo das políticas de saúde no Brasil. Iniciado em 1994, então chamado de Programa de Saúde da Família, com 328 equipes em 55 municípios com a

meta de cobrir cuidados básicos de saúde para cerca de um milhão de pessoas, encontra-se presente hoje em mais de 5.470 municípios do país, contando com mais de 42.970 equipes com uma cobertura de cerca de 133 milhões de pessoas, em torno de 63,83% de cobertura<sup>38</sup>.

#### **4.4 A força de trabalho em saúde e as iniciativas para provimento de médico no Brasil**

No que concerne à legislação, está sob responsabilidade do SUS a orientação da formação dos recursos humanos em saúde. Esta competência está presente no art. 200 da Constituição Federal “III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” e, também, no art. 15 da Lei 8080/90 que diz que uma das atribuições do SUS é a “Participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. Com base nessa responsabilidade, algumas estratégias foram desenvolvidas para fortalecer a gestão do trabalho e da educação em saúde no SUS. Desde as formulações sobre tema nas Conferências Nacionais de Saúde, passando pela NOB-RH/2002 e a criação pelo Governo Federal em 2003 da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) no âmbito do Ministério da Saúde<sup>36</sup>.

As preocupações em torno da gestão do trabalho e da educação em saúde se fazem presentes nas análises das políticas de saúde no Brasil. Os estudos sugerem a presença constante do tema nos espaços de construção das políticas, embora as limitações do ensino e as inadequações do perfil profissional frente às necessidades de saúde da população já lograrem-se evidentes desde a segunda metade dos anos 70<sup>39</sup>.

A importância de conhecer e planejar a força de trabalho em saúde reside na necessidade de assegurar que, de fato, o sistema atenda às necessidades e aos direitos dos cidadãos de terem acesso às ações de promoção, proteção, atenção e recuperação da saúde de forma integrada, de acordo com os preceitos legais conquistados há mais de duas décadas. Para isso, é preciso investir nos trabalhadores de saúde qualificando-os e comprometendo-os com a melhoria dos serviços de saúde no momento e lugar

requeridos. O propósito do planejamento da força de trabalho em saúde é encontrar o equilíbrio entre a composição, distribuição e número de trabalhadores de saúde com processos adequados de formação e educação permanente<sup>25</sup>.

O Relatório Mundial da Saúde demonstrou que há o que se convencionou chamar de crise global da Força de Trabalho em Saúde (FTS), caracterizada pelo déficit global estimado em mais de 4 milhões de profissionais de saúde e a desigualdade regional, nacional e subnacional na distribuição e acesso à FTS. Tal desigualdade de distribuição afeta quase todos os países, inclusive o Brasil, com déficit de pessoal de saúde qualificado, particularmente nas regiões rurais, periferias urbanas ou de difícil acesso<sup>40</sup>.

Um dos componentes críticos para garantir um sistema de saúde em padrões de excelência é o de recursos humanos em saúde (RHS). Neste contexto, países enfrentam a escassez de profissionais médicos, na qual a disponibilidade desses profissionais em número suficiente, e alocados nas regiões necessárias, é um importante desafio<sup>24</sup>.

No caso da demanda por assistência à saúde, especificamente de médicos, a escassez remete a situações de carência e privação que são incompatíveis com os estados democráticos, uma vez que descrevem desigualdades no acesso a recursos sociais que podem impactar o curso de vida das pessoas<sup>6</sup>.

O problema da escassez de médicos veio se agravando ao longo da primeira década do século XXI em todo o mundo. Cerca de 50% da população mundial vive em áreas rurais e remotas, que por sua vez são servidas por menos de 25% da força de trabalho médica. À escassez de médicos se somam as dificuldades de retenção destes profissionais nas regiões mais isoladas, mais pobres e vulneráveis e vários estudos atestam o constante esforço dos países em investigar o problema e propor estratégias para sua solução<sup>6</sup>.

Observa-se que as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, ocasionadas pela carência e má distribuição geográfica e social de profissionais de saúde, muito especialmente médicos, têm sido apontadas como um problema grave, persistente ao longo do tempo e resistente às mais variadas estratégias adotadas para o seu enfrentamento na maioria dos países do mundo. Em geral, as áreas geográficas isoladas e remotas e os segmentos

pobres e desprotegidos das populações são mais vulneráveis à insegurança assistencial acarretada pela falta ou escassez de profissionais de saúde. A natureza global do problema e a necessidade da avaliação das variadas estratégias para o seu enfrentamento, adotadas pelos diversos países, colocaram a questão na agenda internacional<sup>41</sup>.

A má-distribuição caracterizada pela concentração urbana e déficits rurais não é privilégio de nenhum país em particular, pois quase todos os países sofrem esses desequilíbrios. Ao examinar a demografia médica no Brasil, chama a atenção “o acirramento das desigualdades na distribuição ou mesmo a falta localizada de profissionais em determinadas circunstâncias”. Estudo do Ministério da Saúde sobre a necessidade de médicos especialistas mostrou que existem desequilíbrios regionais na oferta de especialistas, suboferta/escassez de algumas especialidades, novas necessidades decorrentes da transição sociodemográfica/epidemiológica, dificuldades no recrutamento de médicos especialistas e distribuição inadequada de vagas de Residência Médica no país. A diferença entre a oferta e a demanda de médicos tem aumentado na última década, aquecendo consideravelmente esse mercado de trabalho, ao contrário do que ocorre com os enfermeiros e dentistas<sup>40</sup>.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) demonstram em 2011 a disparidade existente na proporção de médico para cada 1.000 habitantes, quando comparados os países que possuem sistemas de saúde públicos e universais, como o Brasil com 1,8; Canadá com 2,0; Reino Unido com 2,7; Portugal com 3,9; Espanha com 4,01. O descompasso é observado também na concentração do médico em grandes centros urbanos e tecnológicos; ao passo que metade da população mundial habita áreas rurais, sendo atendida por menos de  $\frac{1}{4}$  do número total de médicos<sup>5</sup>.

Iniquidades na saúde envolvem mais que meras desigualdades e implicam num fracasso para evitar ou superar essas desigualdades que infringem as normas de direitos humanos, ou são injustas; elas têm suas raízes na estratificação social. A falta de acesso à atenção primária abrangente em saúde atingia grande parte da população brasileira de regiões longínquas, de difícil acesso e nas periferias das grandes cidades. Nestas situações, as Equipes de Saúde da Família (ESF) eram compostas por enfermeiros, técnicos

de enfermagem e agentes comunitários de saúde e não contavam com a participação do profissional médico, tornando-se consideravelmente limitadas no seu trabalho de promover atenção integral à saúde<sup>42</sup>.

A escassez de médicos quando ocorre no âmbito das ações de atenção primária em saúde é desestruturante, uma vez que esse modelo de atenção tem por objetivo ser a principal porta de entrada aos sistemas de saúde e é a estratégia mais eficaz da promoção da equidade no acesso às ações e serviços de saúde<sup>24</sup>.

O problema da falta de médicos para atuarem nos serviços públicos de saúde, sobretudo, na Atenção Básica à Saúde compromete significativamente as gestões municipais e estaduais do sistema de saúde há pelo menos uma década, com algumas tentativas governamentais de buscar soluções para essa questão, com visões diversas a respeito do tema e que disputam uma hegemonia no discurso e na prática<sup>43</sup>.

A carência de médicos e sua má distribuição geográfica geram o fenômeno do recrutamento internacional por países, com sistemas de saúde e aplicação de recursos distintos, ocasionando implicações na política pública de saúde dos países dos egressos, por meio da carência de profissionais qualificados e a desregulação das agências privadas de recrutamento<sup>24</sup>.

É consenso que, para ser eficaz e ter sucesso, um programa para recrutamento e a fixação de profissionais de saúde em zonas remotas ou rurais deve incluir quatro dimensões de intervenções articuladas (formação, regulação, incentivos, apoio profissional e pessoal): 1. políticas educacionais, como mudanças nos currículos da graduação e residência médica e incentivo do ingresso na formação especializada; 2. políticas de regulação, tais como serviço civil obrigatório em áreas vulneráveis e abertura de escolas médicas no interior incentivando a admissão de estudantes oriundos destas áreas; 3. incentivos monetários, tais como bolsas de estudo e salários atraentes; 4. incentivos não monetários, como extensão de visto de permanência para estrangeiros e supervisão com apoio entre pares. Estas intervenções precisam ser implementadas de forma articulada, combinando diferentes pacotes de intervenções de acordo com a variedade de fatores que influenciam a decisão do profissional de saúde para trabalhar em áreas rurais ou remotas, e fazer coincidirem as intervenções com as preferências e expectativas dos



trabalhadores de saúde, uma vez que as decisões de emprego do trabalhador de saúde são uma função dessas preferências”<sup>24,40</sup>.

Há vários mecanismos utilizados por vários países para prover profissionais de saúde, que vão desde as propostas mais voluntaristas até ações articuladas com incentivos, por exemplo, bolsa com auxílios alimentação e moradia, alguns propõem processos de educação continuada com envolvimento de instituições universitárias e em outros casos a atuação nessas áreas tornou-se pré-requisito para a obtenção de registro profissional, créditos educativos, abatimentos de dívidas contraídas pelos médicos durante a graduação e ingresso em especialidades médicas ou bolsas de pós-graduação. Além de serviços obrigatórios em áreas rurais e desassistidas, o recrutamento de médicos estrangeiros e a extensão de vistos de permanência para médicos estrangeiros. Ainda há outros que articulam carreira com provimento<sup>6,43</sup>.

No Brasil o cenário é semelhante. Há também a escassez de médicos, e especialmente nas regiões remotas, pobres e inseguras, esse é um problema crônico e persistente. Nas últimas décadas, o governo brasileiro lançou mão de diversas políticas e estratégias para enfrentar o problema. As políticas de extensão da cobertura e de interiorização da medicina, a implantação de internatos rurais nas graduações, a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o abatimento das dívidas contraídas para o financiamento do curso de graduação em medicina (Fundo de Financiamento Estudantil) constituem exemplos dessas políticas.

A maioria das iniciativas apresentadas pelo Brasil para o enfrentamento deste problema teve foco na distribuição dos profissionais e na interiorização da prestação de serviços médicos no país. A seguir, há um resgate histórico das principais iniciativas desenvolvidas para enfrentar o problema da escassez de médicos no Brasil consolidadas por Leônidas<sup>36</sup>.

Ainda durante a Ditadura Militar, em 1967 foi lançado o Projeto Rondon, o qual tinha como lema "integrar para não entregar", expressando um ideário desenvolvimentista articulado à doutrina de segurança nacional. O projeto promovia atividades de extensão universitária levando estudantes voluntários às comunidades carentes e isoladas do interior do país, onde participavam de atividades de caráter notadamente assistencial, organizadas pelo governo. Segundo os críticos do projeto, a iniciativa também cumpria funções de

cooptação do movimento estudantil. Foi um primeiro esforço no sentido de alcançar parte da população sem acesso aos serviços básicos de saúde. O programa foi extinto em 1989, e o projeto envolveu mais de 370 mil estudantes e professores de todas as regiões do País.

A segunda experiência foi o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), criado em 1976 para estruturar a saúde pública nas comunidades de até 20 mil habitantes. Esse programa expandiu a rede ambulatorial e o trabalho de pessoal auxiliar, não a fixação de médicos, e teve dificuldades para prestar serviços de qualidade na atenção à saúde. O cenário de redemocratização e a Constituição Federal de 1988 acabaram por extingui-lo.

Em 1993, foi proposto o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS), defendendo a interiorização de uma equipe mínima além do médico, visando à descentralização e à municipalização deste atendimento concebido enquanto direito universal. O Programa resistiu 11 meses, foi implantado no final do governo Itamar Franco e extinto no governo Fernando Henrique. Isso mostra o forte fator político dos programas, determinados então pela vigência dos governos.

Em 2001 houve esforço do governo para diminuição da desigualdade de distribuição dos médicos. Foi lançado pelo Ministério da Saúde o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS). O Programa propunha-se a estimular a ida de médicos e enfermeiros para os municípios mais carentes e distantes, por meio de incentivos financeiros e de formação profissional. Esse programa contou com 4.666 médicos inscritos para as seleções, porém apenas 469 médicos chegaram a trabalhar nos municípios, sendo os demais desistentes. Pretendia oferecer também curso preparatório, tutoria e supervisão, curso de especialização em saúde da família, condições para o desempenho da atividade (instalações, equipamentos e insumos), seguro obrigatório de vida e acidentes, além de moradia, alimentação e transporte fornecido pelo município. Em 2004, por não alcançar resultados satisfatórios, foi extinto.

Mais recentemente, cita-se o Programa de Valorização dos Profissionais na Atenção Básica (PROVAB), instituído pela Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011, com o objetivo geral de estimular e valorizar os

profissionais de saúde que atuam em equipes multiprofissionais da Estratégia de Saúde da Família dos municípios considerados como áreas de difícil acesso e provimento ou de populações de maior vulnerabilidade, definidos com base nos critérios fixados pela Portaria nº 1.377/GM/MS, de 13 de junho de 2011. Assim, foram priorizados no PROVAB periferias de grandes cidades e regiões metropolitanas, municípios em áreas mais remotas, como Amazônia Legal Brasileira e semiárido nordestino, e áreas com populações de maior vulnerabilidade, como indígenas, quilombolas, assentados e ribeirinhos.

Diante de todas estas ações realizadas pelo Ministério da Saúde em prover profissionais de saúde, em especial profissionais médicos em áreas desassistidas, podemos observar que as iniciativas eram restritas a aumentar a distribuição dos profissionais conforme suas características de expansão de serviços e de interiorização do trabalho, contudo as mesmas não observaram o componente do aumento da oferta em geral em contribuir para o aumento do número de vagas em cursos de medicina, reorganização da residência médica e aumento do número de profissionais estrangeiros.

E por último, o Programa Mais Médicos (PMM), lançado em 2013, que tem como ação prioritária o recrutamento de médicos brasileiros e estrangeiros, além da ampliação de vagas em cursos de medicina e alterações no processo de formação médica<sup>41</sup>.

Entre algumas características que diferenciam o Programa Mais Médicos de iniciativas anteriores, estão a atuação intersetorial e a construção de uma política com estratégias que objetivaram uma mudança da formação médica com planejamento a curto, médio e longo prazo.

No curto prazo, as medidas adotadas pelo Ministério da Saúde, como o Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (PROVAB) e o Mais Médicos, têm o mérito de enfrentar o problema do déficit agudo em determinadas regiões do país, mas deixam muitos problemas pelo caminho, a começar pela sua focalização numa única categoria profissional (médicos), o conflito com as entidades profissionais, o desconhecimento da desarticulação dos diferentes níveis de assistência e a gravíssima situação de subfinanciamento do SUS em todos os seus níveis<sup>40</sup>.

Pode-se sugerir que, de todas as iniciativas de políticas e programas, como o Projeto Rondon, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e

Saneamento (PIASS) e o Programa de Interiorização do SUS (PISUS) e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), o Programa Mais Médicos seja, talvez, a de maior abrangência e mais potencialmente geradora de impactos para o setor criados pelos governos brasileiros para enfrentar o problema do provimento de profissionais de saúde<sup>44</sup>.

Embora o Estado tenha se esforçado para instituir políticas de provimento ao longo de todos estes períodos, sendo estas responsáveis pela inserção de vários profissionais nesta experiência, Carvalho<sup>43</sup> cita que essas medidas não foram suficientes por si só para enfrentar o problema da má distribuição de médicos no País e, conseqüentemente, da fixação. Alguns fatores influenciam nesse processo, entre eles, o fator econômico e social, como importantes fatores impeditivos de fixação, as condições de trabalho e a possibilidade de formação e capacitação.

Ao lado de tais iniciativas em nível federal, os gestores municipais adotam diversos tipos de incentivos na contratação de médicos. Estudo realizado com secretários municipais de saúde em municípios brasileiros com ESF demonstrou que, em 2012, 89,6% utilizavam como estratégia de atração de fixação de médicos a melhoria nas condições de trabalho; 77,4% ofereciam a flexibilidade na jornada de trabalho; 50,5%, vínculos de trabalho estáveis; 45,8%, o aumento de salários; 23,3%, plano de carreira; e 12,5%, auxílio moradia<sup>41</sup>.

O número de médicos no Brasil tem aumentado, mas sua distribuição foi marcada por profundas desigualdades na inserção dos profissionais nos setores público/privado e nas unidades federativas. Evidências apontam marcantes desigualdades no acesso aos cuidados integrais à saúde entre os habitantes das regiões brasileiras, sendo Norte e Nordeste as mais afetadas por escassez grave de médicos<sup>24</sup>. Talvez o exemplo mais bem-sucedido de expansão da cobertura de médicos no território nacional seja a Estratégia de Saúde da Família, apesar de não ter sido planejada especificamente com esse objetivo.

O grande aumento do número de postos de trabalho, com a aguda expansão de cobertura assistencial da Atenção Básica, produzida pela progressiva implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), torna a temática estratégica não apenas na perspectiva de propor estratégias de provimento e

de fixação profissionais de saúde, mas também aponta a necessidade de investir no processo de formação médica e de educação permanente dos trabalhadores do SUS de acordo com o modelo assistencial centrado no cuidado em saúde<sup>43</sup>.

#### 4.5 Diagnóstico da escassez de médicos no Brasil

O Brasil é o único país do mundo com uma população maior que 100.000 milhões de habitantes e que possui um sistema universal de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS). Porém ainda tem convivido com grandes vazios assistenciais caracterizados, em especial, pela carência de profissionais médicos.

Segundo as estatísticas da Organização Mundial de Saúde de 2012, o Brasil possui 1,8 médicos por mil habitantes, índice menor que o da Argentina (3,2), do Uruguai (3,7), do Reino Unido (2,7), de Portugal (3,9) e Espanha (4). O quadro 1 apresenta dados referentes à relação de médicos por mil habitantes em países das Américas e países com Sistema Universal de Saúde.

**Quadro 01 – Relação médico por mil habitantes.**

<b>PAÍS</b>	<b>PERCENTUAL MÉDICO/MIL HAB</b>
Peru	0,9
Chile	1,0
Paraguai	1,1*
Bolívia	1,2*
Colômbia	1,4*
Equador	1,7
Brasil	1,8
Venezuela	1,9*
México	2,0
Canadá	2,0
Estados Unidos	2,4
Reino Unido	2,7
Austrália	3,0
Argentina	3,2*
França	3,5
Alemanha	3,6
Uruguai	3,7
Portugal	3,9
Espanha	4,0
Cuba	6,7

Fonte: Estatísticas Sanitárias Mundiais, OMS/2012

\*Estatísticas Sanitárias Mundiais, OMS/2011

Apesar de não existir parâmetros que estabeleçam uma proporção ideal de médico por habitante, reconhecido e validado internacionalmente, estudos apontam que existe uma relação direta entre o acesso ao profissional médico e taxas de mortalidade infantil e materna, expectativa de vida ao nascer e outros indicadores de saúde<sup>5</sup>.

De acordo com Maciel<sup>45</sup>, a configuração do mercado de trabalho e da formação médica desenhada na década de 60, aliada ao crescimento populacional, trouxe conseqüências para a distribuição desses profissionais em relação à população das diversas regiões brasileiras. As conseqüências do modelo de intervenção do Estado tiveram efeito imediato e algumas delas ainda hoje se mantêm:

“[São] distorções decorrentes da forma como foi montada a estrutura de serviços de saúde, no Brasil, dos anos 70. Estas distorções resultaram de um quadro onde, as estratégias de financiamento, a estrutura do mercado de bense serviços do setor e os interesses privados, definiram as políticas de saúde e, em particular, de formação e distribuição de recursos humanos para o setor.[...]”

O passado ensinou que, a submissão das políticas de saúde e, em particular, da formação, desenvolvimento e distribuição de recursos humanos, aos sistemas de custeio, pagamento e lucratividade, foram os principais ingredientes responsáveis pela descoordenação, inadequação, multiplicidade de esforços e má distribuição dos recursos humanos em saúde, hoje, existentes no Brasil<sup>45</sup>.

As conseqüências dessas distorções na distribuição de médicos, puderam ser constatadas desde 1970, quando cerca de 80% dos médicos do país concentravam-se nas regiões Sudeste e Sul, embora nelas residissem aproximadamente 60% da população. A região Norte, que já comportava cerca de 4% da população total não contava sequer com 1% dos médicos disponíveis. A mesma relação de precariedade foi constatada na região Nordeste, que com quase 30% da população brasileira, dispunha de pouco mais de 17% dos médicos disponíveis no país. Isto se verificava não apenas entre as regiões do país, mas também entre a área urbana e a rural, mesmo

nas regiões mais favorecidas, assim como entre capital e demais municípios de um mesmo estado<sup>45</sup>.

Contudo, graves desigualdades sociorregionais na distribuição da força de trabalho médica podem ainda ser observadas. Ao lado da saturação de médicos nas grandes cidades e regiões mais ricas do país coexistem severas carências. Estima-se que em torno de 7% dos municípios brasileiros não contam com médicos residindo em seus limites, e em torno de 25% contam com a razão de um médico para mais de 3.000 habitantes. Do ponto de vista regional, observa-se que as regiões Norte e Nordeste, com 8% e 28% da população do país, concentravam no mesmo período, 4,3% e 18,2% dos médicos, respectivamente, enquanto o Sudeste, com 42% da população, concentrava 60% dos médicos<sup>46</sup>.

Segundo pesquisa realizada pela Estação de Pesquisa em Sinais de Mercado da UFMG<sup>47</sup>, os conceitos de escassez, carência e privação embora utilizados de forma intercambiável se referem a estados distintos. O conceito de escassez, na economia, é usualmente reservado com referência a situações nas quais os recursos disponíveis são insuficientes para atender as satisfações. A escassez de um bem ou recurso refere-se à não existência do mesmo em quantidade suficiente para satisfazer a todos os indivíduos nos níveis que dele necessitam. A intensidade da escassez pode variar em grau (forte/fraca) e natureza podendo ser considerada artificial nos casos em que os governos poderiam, caso decidissem fazê-lo, tornar o recurso em questão disponível para todos ao nível da satisfação.

Já o conceito de carência normalmente se refere a situações nas quais necessidades básicas ou essenciais não se vêm atendidas e nem sempre pela inexistência ou escassez de recursos que podem existir, mas não são acessíveis a todos, por variadas razões, nos níveis que dele necessitam. A privação, por seu turno, costuma revelar uma situação mais grave, de carências múltiplas, a que as pessoas se vêm acometidas. Carências interligadas, que se potencializam e acometem o curso de vida das pessoas, caracterizam estados de privação essencial intoleráveis moralmente<sup>47</sup>.

Nesta linha, entende-se que quando combinadas com outras desvantagens socioeconômicas e situações de altas necessidades de saúde, a escassez de profissionais de saúde agrava o estado de privação essencial. Em

países como o Brasil, que tem constitucionalmente assegurado o direito à saúde como dever de Estado sob os princípios da universalidade e equidade de acesso, a existência de situações que não asseguram o acesso a um mínimo de assistência e serviços de saúde para suas populações constituem situações políticas geradoras de problemas de governabilidade além de serem moralmente inaceitáveis<sup>47</sup>.

Experiências internacionais, a exemplo da designação de Underserved Area Program (UAP) e das Health Professional Shortage Area (HPSA), respectivamente, pelos governos federais do Canadá e dos Estados Unidos, revelaram-se bastante úteis na orientação dos processos de alocação de recursos (profissionais e programas) destinados a aliviar as situações de carência das comunidades, e definição de prioridades de acordo com a intensidade do problema por elas vivenciado. No caso brasileiro, defende-se que a identificação de áreas geográfico-populacionais carentes e a medida dessa carência, em muito poderia contribuir para apoiar a distribuição racional de recursos, estratégias e programas no âmbito de uma Política Nacional de Promoção de Segurança Assistencial no SUS<sup>48</sup>.

O estudo do NESCON<sup>47</sup> representou um esforço inicial para identificação das áreas e teve seu foco na identificação de municípios com escassez de médicos. A partir da proposição de critérios, indicadores e fontes de informação pertinentes, confiáveis e oportunas foram identificados municípios com privação de médicos e foi construído um índice para medir a intensidade dessa escassez, como demonstrado no Quadro 2. O trabalho teve como propósito orientar a alocação territorial de recursos (lotação de profissionais, programas e projetos) para apoiar sistemas locais de saúde que vivenciam situações de carência no enfrentamento de severas dificuldades no recrutamento, provimento e retenção de profissionais, conforme o caminho trilhado e os resultados encontrados descrito nos próximos parágrafos:

O primeiro passo para a identificação de áreas com escassez de força de trabalho em saúde foi a delimitação do espaço geográfico/população alvo tomado como unidade de análise, como demonstrado na Figura 2. O segundo passo foi a própria definição de carência/escassez.

A construção do índice de escassez foi feita em dois modelos analíticos. Em primeiro lugar optou-se pela contagem de médicos “pura”, isto é, pelo



número total de médicos, independente do tipo de serviço prestado e do tempo de trabalho dedicado. O segundo leva em consideração apenas o número de horas no trabalho ambulatorial em especialidades de atenção primária. Os dois modelos também se diferenciam pela técnica empregada, enquanto no primeiro utiliza-se a Análise de Componentes Principais (ACP), no segundo procedemos à atribuição de pesos aos indicadores e ao posterior somatório desses pesos.

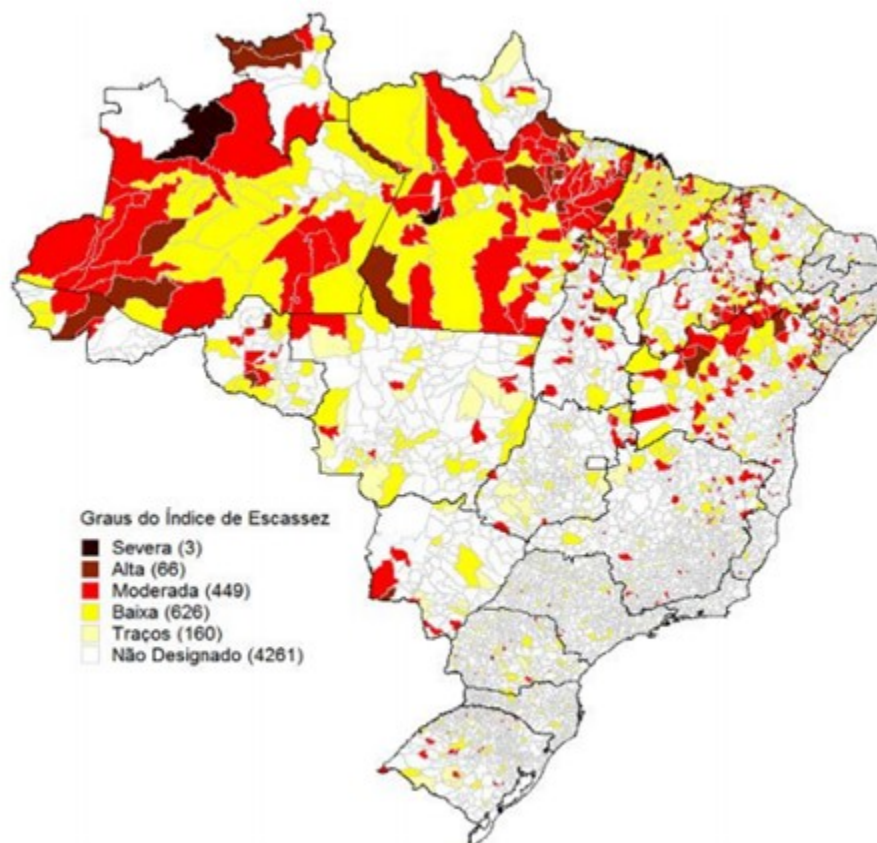
O estudo da UFMG<sup>48</sup> identificou que na distribuição de médicos em todo o território nacional, 22 estados da federação estavam abaixo da média nacional e cinco deles possuíam um índice menor que 01 médico por mil habitantes - Acre (0,94), Amapá (0,76), Maranhão (0,58), Pará (0,77) e Piauí (0,92). Mesmo em estados com maior relação de médicos por habitantes, como é o caso de São Paulo (2,49), havia regiões com relação muito menor, como por exemplo Registro (0,75), Araçatuba (1,33) e Franca (1,43).

**Quadro 2 – Classificação dos indicadores utilizados para o cálculo do índice de escassez**

Nome do indicador	Graus	Nome das categorias
Número de habitantes por médico em Atenção Primária equivalente a tempo integral (40 horas) - <i>Full Time Equivalent</i>	0	1 médico 40 horas para até 3.000 habitantes
	1	1 médico 40 horas para mais de 3.000 até 4.000 habitantes
	2	1 médico 40 horas para mais de 4.000 até 5.000 habitantes
	3	1 médico 40 horas para mais de 5.000 até 10.000 habitantes
	4	1 médico 40 horas para mais de 10.000 até 15.000 habitantes
	5	1 médico 40 horas para mais de 15.000 habitantes
Taxa de Mortalidade Infantil (TMI)	0	TMI abaixo da média nacional
	1	TMI até 10% acima da média
	2	TMI mais de 10% até 25% acima da média
	3	TMI mais de 25% até 50% acima da média
	4	TMI mais de 50% até 100% acima da média
	5	TMI mais de 100% acima da média
Proporção de municípios elegíveis ao Programa Bolsa Família em 2006 - com renda domiciliar <i>per capita</i> de até R\$137,00	0	Menos de 10% de domicílios pobres
	1	De 10% a menos de 20% de domicílios pobres
	2	De 20% a menos de 30% de domicílios pobres
	3	De 30% a menos de 40% de domicílios pobres
	4	De 40% a menos de 50% de domicílios pobres
	5	50% ou mais de domicílios pobres

Fonte: Estação de Pesquisa de sinais de Mercado EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2010.

**Figura 2 – Índice de escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde (APS)**



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/UFMG), 2012.

Além disso, mais de 1.900 municípios possuíam menos de 1 médico para cada 3.000 habitantes na atenção básica e 700 municípios não possuíam sequer um médico. Ficou evidente que um agravante na situação de saúde do Brasil, além da escassez de profissionais médicos era a má distribuição desses profissionais no território nacional, como mostra a Figura 3.

A situação das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste é que estas contavam com a metade dos médicos que estavam concentrados no Sul e no Sudeste. Porém de forma geral, os cidadãos que moravam no interior dos estados contavam, em média, com duas vezes menos médicos do que aqueles que viviam nas capitais.

As desigualdades nas regiões eram reforçadas pelas capitais reforçam, pois 18 destas tinham mais de quatro médicos por mil habitantes.

Além disso, estudos mostram que há uma tendência de o médico fixar moradia e local de trabalho na cidade ou região onde fez sua graduação ou Residência<sup>41</sup>.

**Figura 3 – Percentuais de distribuição de médicos por mil habitantes.**



Fonte: SGTES / CRM

O estudo realizado pelo NESCON concluiu que existia uma necessidade premente de aumentar oferta de cursos de medicina e fazê-lo em regiões de vazios de formação, mas que possuíssem serviços de saúde e redes assistenciais compatíveis com o necessário para a formação médica.

Em fevereiro de 2011, o Ministério da Saúde realizou seminário para discutir formas de prover e fixar médicos em áreas com brechas assistenciais. Desde então, o Ministério da Saúde do Brasil vem desenvolvendo estratégias e programas que buscam solucionar essa questão, como o Programa Mais Médicos para o Brasil.

Segundo a pesquisa Demografia Médica no Brasil<sup>49</sup>, publicada em 2013, havia uma razão média de 1,95 médico por mil habitantes. Esse número, porém, contabilizava médicos com duplo registro e sem limite de idade.

Apesar da Organização Mundial de Saúde (OMS) não possuir um parâmetro específico, pois depende das condições econômicas, sociais, culturais, etc. de cada país, o Governo Federal utilizou como referência a proporção encontrada no Reino Unido (2,7 médicos por mil habitantes) - que depois do Brasil, tem o maior sistema de saúde público de caráter universal orientado pela atenção básica - traçou metas e definiu estratégias para ampliar

o provimento de profissionais médicos para atuação na atenção básica, visando atingir 2,7 por mil habitantes em 2026<sup>50</sup>.

#### **4.6 O Programa Mais Médicos**

A universalização do acesso à saúde, fruto do Movimento da Reforma Sanitária, ainda que represente um desejo popular, também é um desafio para gestores. A cronicidade dessa problemática ganhou maior visibilidade a partir da insatisfação dos brasileiros que foram às ruas nas manifestações populares de 2013 e da campanha “Cadê o médico?”, elaborada no mesmo ano pela Frente Nacional dos Prefeitos do Brasil, que reivindicava apoio do Governo Federal na contratação de médicos estrangeiros<sup>51</sup>.

Em resposta a essas demandas, o Governo Federal lançou, ainda naquele ano, o Programa Mais Médicos tentando, deste modo, prover de médicos as equipes de saúde da família (EqSF), especialmente em municípios isolados e remotos. O PMM é uma estratégia programática governamental que visa melhorias na qualidade dos serviços de ABS por meio da ampliação de acesso aos profissionais médicos na ABS, e, conseqüentemente, aumentar a capacidade de integralidade e resolutividade das redes de atenção. Esse programa agrega um conjunto de medidas que visa combater as desigualdades de acesso aos serviços básicos de saúde. Para isso, ele conta com três eixos de ação: melhoria da infraestrutura da rede de Saúde; ampliação e reformas educacionais dos cursos de graduação em Medicina e residência médica; e provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis<sup>51,52</sup>.

O “Programa Mais Médicos” (PMM) foi lançado em julho de 2013 a partir da Medida Provisória Nº 621<sup>53</sup>, posteriormente convertida na Lei Nº 12.871<sup>54</sup>, em outubro de 2013, baseado em evidências que apontavam para um cenário de profunda escassez de médicos no país, sobretudo na Atenção Primária à Saúde (APS). Essas evidências apontavam para um número insuficiente de médicos por habitante, quando comparado a outros países, má distribuição no território brasileiro, dificuldade de atração e fixação de profissionais em regiões de necessidade e uma percepção social de que essa carência era o principal problema do Sistema Único de Saúde (SUS). Somavam-se a este quadro os

sinais relativos ao mercado de trabalho médico que, ao longo dos anos 2000 e início dos anos 2010, mostrou salários crescentes, formalização dos postos de trabalho, saldos positivos de empregos na economia formal, baixas taxas de desemprego e altas taxas de procura e aproveitamento das vagas nos cursos de formação<sup>6</sup>.

O PMM é uma iniciativa intersetorial, coordenada pelos Ministérios da Saúde e da Educação em nível nacional, e em nível estadual envolve as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e as instituições de ensino e supervisão.

Os objetivos do PMM, segundo a Lei Nº 12.871<sup>54</sup>, em outubro de 2013, que o instituiu são:

- a) Diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;
- b) Fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no país;
- c) Aprimorar a formação médica no país e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;
- d) Ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade de saúde da população brasileira;
- e) Fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino serviço por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhada pelos médicos;
- f) Promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;
- g) Estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

Para consolidar esses objetivos, foram previstas ações nos seguintes eixos:

- 1) Reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para a residência médica, priorizando as regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e que tenha estrutura de serviços de saúde para ofertar campo de prática para os alunos.

- 2) Estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no país.

No âmbito do Programa Mais Médicos, foi instituído o Projeto Mais Médicos para o Brasil, com o fim de aperfeiçoar médicos na atenção básica em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde, mediante a oferta de curso de especialização por instituição pública de educação superior e atividades de ensino, pesquisa e extensão, com componente assistencial mediante integração ensino-serviço.

Ao Ministério da Educação coube atuar em cooperação com os entes federativos, instituições de educação superior e organismos internacionais, no âmbito de sua competência, para execução do Projeto; monitorar e acompanhar as atividades executadas pelos médicos participantes, supervisores e tutores acadêmicos no âmbito do Projeto; coordenar o desenvolvimento acadêmico do Projeto; ofertar os módulos de acolhimento e avaliação aos médicos intercambistas; e, ofertar curso de especialização e atividades de pesquisa, ensino e extensão aos médicos participantes. Já ao Ministério da Saúde coube a celebração dos termos de adesão e compromisso firmados com Distrito Federal, Municípios e médicos participantes do Projeto e gestão compartilhada com os entes federados das questões administrativas com que envolvem os direitos e deveres dos gestores municipais e médicos participantes, para garantia dos objetivos do projeto de provimento emergencial.

O Programa Mais Médicos foi criado para construir medidas estruturantes para aprimorar a formação médica e universalizar o acesso da população aos serviços, respondendo à legislação do SUS quanto ao ordenamento de novas práticas. Estas demandam inovações e mudanças na formação dos profissionais da saúde nos diferentes níveis de formação, no ensino na saúde, na produção de conhecimento, na educação permanente e no modelo de atenção ofertado<sup>55</sup>.

O Programa Mais Médicos (PMM) foi planejado para integrar um conjunto estratégico de ações do governo federal para melhorar o acesso e a qualidade do SUS por meio de mudanças na formação médica, investimentos em infraestrutura das unidades básicas de saúde e provimento de médicos para atuação nas regiões subservidas, de grande vulnerabilidade social e sanitária, seja em municípios pequenos ou médios, seja na periferia dos grandes centros<sup>50</sup>.

Assim, para o cumprimento do estabelecido no Art. 200 da Constituição Federal, foi necessária a elaboração de estratégias de provimento e formação que permitissem o enfrentamento das condições atuais de falta de médico no SUS em quantidade e com adequada formação para contribuir na consolidação do modelo, sendo elas: aumento de vagas nos cursos de medicina, aumento de vagas de residência médica, a inclusão de 30% do internato médico na Atenção Básica e Serviços de Urgência e Emergência no SUS, o primeiro ano da Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade como obrigatória para o ingresso em outros programas de Residência Médica, com o objetivo de modificar o olhar para o processo de adoecimento da população, se destacando como mecanismo de transformação das práticas mediante a formação para o SUS.

No primeiro ano de implantação, de agosto de 2013 a setembro de 2014, houve o provimento de 14.462 médicos, sendo 1.846 médicos formados no Brasil, 1.187 intercambistas formados em outros países e 11.429 cooperados vindos de Cuba. O Programa atraiu médicos de 47 diferentes nacionalidades no período 2013-2014. Completados dois anos, em 2015, o projeto atingiu o auge e havia 18.240 médicos atuando em 4.058 municípios (73% dos municípios brasileiros) e nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas<sup>5</sup>. Se em um primeiro momento 85% das vagas demandadas pelos municípios foram preenchidas por médicos estrangeiros, a fase seguinte mostra um perfil com composição diferente, traduzindo a mudança de aceitação dos profissionais nacionais ao referido Programa, de início duramente criticado pelas entidades médicas. Dessa forma, os médicos com registro no Brasil, que em 2014 eram 6,5% dos participantes no Programa, passaram a representar 29% em 2015<sup>50</sup>.

A região Nordeste foi a que recebeu o maior número de médicos do programa, seguida do Sudeste. Apesar disso, o impacto relativo foi maior na primeira região, com uma participação de 18,1% em relação ao total de médicos em APS, contra 8,7% da segunda. A região Norte, mesmo recebendo um provimento inferior, era a que apresentava a maior participação de médicos do programa, 23,7%, destacando o efeito do direcionamento do provimento para as áreas de maior necessidade<sup>6</sup>.

Diversos estudos, que avaliaram o provimento de médicos pelo Programa, demonstraram que houve redução no número de municípios com

escassez de médicos, ocorreu uma expansão no acesso aos serviços de saúde nas regiões mais vulneráveis e houve redução nas internações por condições sensíveis à APS nos municípios participantes, com satisfação bastante positiva dos usuários e gestores<sup>50</sup>.

O PMM, segundo Campos<sup>3</sup>, evidencia “a clara impossibilidade dos municípios implementarem e gerenciarem redes de atenção básica com qualidade, sustentabilidade e cobertura, para 80% da população”. Na ausência da intervenção do Ministério da Saúde, não se teria observado o aumento de médicos no SUS em tão pouco tempo.

O Programa Mais Médicos não é um equívoco conceitual e, além de bem fundamentado em evidências das necessidades da população, é concernente aos princípios constitucionais do SUS. Diagnosticada a escassez, o Programa incide sobre a falta de médicos a curto e médio prazo, ao associar o provimento à ampliação e mudanças na formação do profissional<sup>42</sup>.

O PMM é considerado uma das políticas públicas mais abrangentes já adotadas pelo governo para lidar com a escassez de médicos que atinge grande parte da população, em particular a mais pobre e vulnerável<sup>6</sup>.

#### **4.7 Monitoramento e Avaliação em Saúde**

O Monitoramento e Avaliação é parte essencial de qualquer projeto, pois pode informar se um projeto está apresentando resultados e benefícios; pode identificar as áreas dos projetos que estão indo bem, ou os aspectos de um projeto que precisam ser ajustados ou substituídos. As informações obtidas a partir do Monitoramento e Avaliação podem ajudar na tomada de decisões sobre objetivos e investimentos no próprio ou em outros projetos. Além disso, pode demonstrar o quanto os investimentos estão dando resultado<sup>56</sup>.

Hartz<sup>12</sup> distingue o monitoramento de avaliação, embora lembre suas inter-relações. Para a autora, o monitoramento dos serviços de saúde está voltado para a análise continuada dos sistemas de informação, incentiva a produção e a qualificação dos serviços e o acompanhamento dos processos e resultados. Portanto, o monitoramento é a condição a priori da avaliação e esta última implica em emissão de juízo de valor.



No que concerne aos aspectos do monitoramento, Carvalho<sup>26</sup>, afirma ser um processo sistemático e contínuo que produz informações sintéticas em tempo eficaz, permitindo uma rápida avaliação situacional, propiciando uma intervenção oportuna. Pode ser entendido como uma ação que permite a observação, a medição e a avaliação contínua de um processo ou fenômeno.

Tamaki et al.<sup>57</sup> destacam que o conceito de monitoramento comumente utilizado refere-se ao acompanhamento rotineiro de informações relevantes. O monitoramento propõe-se a verificar a existência de mudanças, mas, não, as suas razões, e inclui a definição da temporalidade para coleta e sistematização de dados.

Monitoramento trata-se de um processo sistemático e contínuo de acompanhamento de indicadores de saúde, e da execução de políticas, ações e serviços, visando à obtenção de informações em tempo oportuno, para subsidiar tomada de decisões, a identificação, encaminhamento de solução e redução de problemas, bem como a correção de rumos<sup>57</sup>. O monitoramento contínuo permite, também, verificar se os insumos e recursos estão sendo utilizados com eficiência<sup>56</sup>.

Para o Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização<sup>58</sup>, do Ministério da Saúde, o monitoramento é habitualmente entendido como o processo de acompanhamento da implementação de determinadas ações, tomando-se como base o que um projeto (ou equivalente) estabelece como metas de sua implementação (planejamento). Refere-se ao acompanhamento, avaliação, monitoramento, de objetivos e metas alcançadas com uma intervenção (metas pré-estabelecidas, esperadas). É feito na rotina dos serviços, permitindo inclusive maior agilidade na correção de rumos. Para isso são utilizados indicadores que reflitam o alcance (ou não) dessas metas, indicadores esses que podem significar/representar os processos instalados e/ou produtos obtidos.

De acordo com Jannuzzi<sup>20</sup>, a boa gestão de programas requer, para além do Monitoramento Estratégico – baseado em medidas de desempenho relacionadas ao cumprimento da missão institucional – e do Monitoramento Gerencial – voltado ao acompanhamento de metas e prazos de ações –, esforços de disseminação da cultura de “Monitoramento Analítico” no corpo de técnicos e gestores envolvidos na operação do programa.

As características de um sistema de monitoramento dependem de escolhas metodológicas não triviais. Assim terá características diferentes em função de decisões quanto ao que deve ser monitorado, ao tipo de unidade organizacional acompanhada, fontes de dados usadas etc.<sup>20</sup>, conforme mostra o Quadro 3.

**Quadro 3 – Decisões metodológicas e operacionais envolvidas na especificação de um sistema de monitoramento.**

O que deve ser monitorado? Execução orçamentária, processos e atividades e/ou resultados?
Qual a unidade de monitoramento? Unidades organizacionais (quem faz)? Programas (o que se faz)? Projetos (o que é mais prioritário)?
Qual o escopo do monitoramento? Gerencial ou analítico?
Quais as fontes e a periodicidade das informações?
Como se dividem as responsabilidades para sua manutenção periódica? Qual o papel das unidades organizacionais temáticas e da área de informática?
Qual o nível de centralização e de acesso? Restrito, seletivo, aberto ao público?
Qual o nível de articulação do sistema às rotinas de tomada de decisão?

Fonte: Jannuzzi, 2011.

A avaliação por sua vez traz a visão de julgamento, prática de intervenções que auxiliam na tomada de decisão, ação capaz de subsidiar mudanças na construção e/ou na implementação de programas, projetos ou políticas de saúde. Cabe destacar que, segundo Figueiró et al., como uma área do conhecimento considerada emergente e jovem, a avaliação apresenta consensos e dissensos nas suas definições, referenciais teóricos e modelos<sup>59</sup>.

Segundo Felisberto<sup>60</sup>, o fomento da “cultura avaliativa” requer a qualificação da capacidade técnica nos diversos níveis do sistema de saúde, viabilizando uma efetiva associação das ações de monitoramento e avaliação como subsidiárias ou intrínsecas ao planejamento e à gestão, dando suporte à formulação de políticas e ao processo decisório e de formação dos sujeitos envolvidos.

A avaliação consiste em uma análise objetiva e sistemática do desenvolvimento de um programa ou projeto. Avalia a relevância, a eficácia, a eficiência, o impacto e a sustentabilidade do projeto<sup>59</sup>.

Os Quadros 4 e 5 mostram que o monitoramento e avaliação são complementares e descrevem os parâmetros que caracterizam estas etapas do processo de acompanhamento de projetos, programas ou políticas.

**Quadro 4 - Considerações sobre monitoramento e avaliação.**

PARÂMETROS	MONITORAMENTO	AVALIAÇÃO
<b>Frequência</b>	Contínuo, ao longo do projeto.	Em um momento determinado (ex post, em médio prazo, ou durante mudança de fase do projeto).
<b>Finalidade básica</b>	Orientar o projeto e fornecer informações oportunas sobre os progressos realizados.	Avaliar o desempenho do projeto e aprender com o passado para melhorar futuras programações.
<b>Foco de análise</b>	Coletar e analisar informações pertinentes sobre atividades, processos e produtos (sem esquecer o resultado final).	Avaliar a relevância, eficácia, eficiência, impacto e sustentabilidade do projeto.
<b>Responsáveis pela execução</b>	Equipe do projeto e contrapartes.	Equipe do projeto, contrapartes e outras partes interessadas (internas e externas).
<b>Público-alvo do relatório</b>	Gerentes de projeto, equipe do projeto, contrapartes, doadores.	Gerentes de projeto, equipe do projeto, contrapartes, doadores e outras partes interessadas (internas e externas).

Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde, 2016.

**Quadro 5 - As atividades de monitoramento e avaliação são complementares**

MONITORAMENTO	AVALIAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Torna mais claros os resultados do projeto.</li> <li>• Conecta as atividades e seus recursos aos objetivos.</li> <li>• Traduz objetivos em indicadores de desempenho e define metas.</li> <li>• Faz uma coleta de rotina desses indicadores, compara resultados atuais com as metas.</li> <li>• Informa sobre o progresso aos gestores, contrapartes e doadores, e os alerta de potenciais problemas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisa por que os resultados esperados foram ou não alcançados.</li> <li>• Identifica potenciais desvios para o alcance dos resultados.</li> <li>• Mede o impacto e a sustentabilidade dos resultados do projeto.</li> <li>• Explora novos resultados não esperados.</li> <li>• Fornece lições aprendidas, oferece recomendações para melhoria.]</li> <li>• Possibilita conhecer as conclusões do projeto e elaborar planos de ação.</li> </ul>

Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde, 2016.

Santos et al.<sup>61</sup>, afirmam que o monitoramento e a avaliação são ferramentas críticas para a gestão. O monitoramento é fundamental para o acompanhamento rotineiro de informações prioritárias, tanto para o processo

de implementação de um programa, isto é, para o acompanhamento de seu desempenho operacional, como para seu desempenho finalístico.

Apesar de o monitoramento facilitar a avaliação, os indicadores utilizados nos processos de monitoramento não devem necessariamente ser tratados como indicadores de resultados; daí a necessidade das chamadas pesquisas avaliativas, tomando as ações como objetos de avaliação, buscando dimensionar o seu alcance nas populações por elas beneficiadas, isto é, sua efetividade ou impacto. Os indicadores devem subsidiar o desenho de avaliações de desempenho e impacto, buscando associações entre ações e suas repercussões/efeitos<sup>58</sup>.

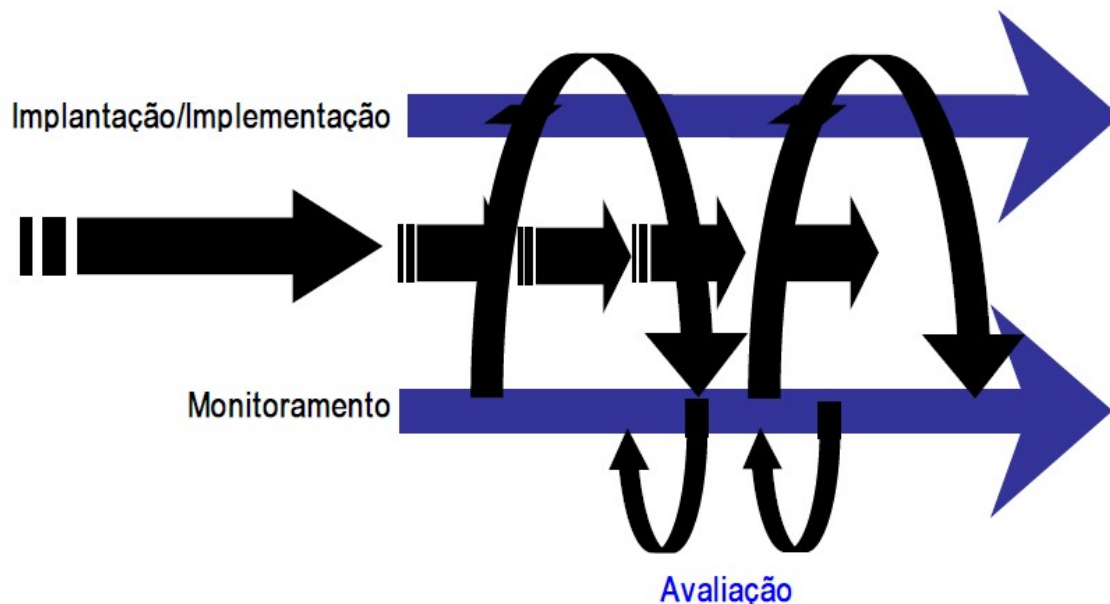
No âmbito da gestão, fica patente que as práticas de monitoramento e avaliação constituem-se num carreador de responsabilidades, e de ações rumo a objetivos definidos previamente, onde devem ser previstas decisões em meio a situações diversas e impostas por circunstâncias que os gestores e as equipes que os assessoram muitas vezes não escolhem, sendo necessário a instituição de mecanismos e estratégias que potencializem e consolidem a sua institucionalização<sup>62</sup>.

Considerando que a comunicação das conclusões e recomendações oriundas do Monitoramento e Avaliação tem um papel fundamental na concretização dos princípios da utilidade, da transparência e da aprendizagem, seus resultados devem ser divulgados por meio de uma comunicação eficaz e de forma clara e transparente. Isso permitirá um ambiente favorável para o intercâmbio de informação e de discussão para a tomada de decisões entre os diferentes atores<sup>56</sup>.

Afinal, monitoramento e avaliação são processos analíticos organicamente articulados, que se complementam no tempo, com o propósito de subsidiar o gestor público de informações mais sintéticas e tempestivas sobre a operação do programa – resumidas em painéis ou sistemas de indicadores de monitoramento – e informações mais analíticas sobre o funcionamento desse, levantadas nas pesquisas de avaliação. Não existe contraposição entre Monitoramento e Avaliação, mas complementaridade de esforços na produção de informações e conectividade nos resultados a que chegam<sup>20</sup>.

Na Figura 4 está representada a inter-relação entre os processos de monitoramento e de avaliação de uma política, um programa ou um projeto.

**Figura 4. Representação da retroalimentação entre os processos de planejamento, monitoramento (contínuo) e de avaliação (pontual e repetida).**



Fonte: Green L.W., Potvin L., 2002.

#### 4.8 Indicadores de monitoramento

Um indicador social é uma medida em geral quantitativa, usado para subsidiar as atividades de planejamento público e formulação de políticas sociais nas diferentes esferas de governo, possibilitam o monitoramento, por parte do poder público e da sociedade civil, das condições de vida e bem-estar da população e permitem o aprofundamento da investigação acadêmica sobre a mudança social e os determinantes dos diferentes fenômenos sociais. É um recurso metodológico, empiricamente referido, que informa algo sobre um aspecto da realidade social ou sobre mudanças que estão ocorrendo na mesma<sup>63</sup>.

A preocupação com a construção de indicadores de monitoramento da ação governamental é tão ou mais antiga que a própria avaliação de programas públicos, se forem consideradas as medidas de desempenho mais geral do setor público baseadas na entrega de obras e produtos e na

computação de indicadores de custos de serviços, a partir da execução orçamentária<sup>20</sup>.

O aparecimento e desenvolvimento dos indicadores sociais estão intrinsecamente ligados à consolidação das atividades de planejamento do setor público ao longo do século XX. Jaques<sup>64</sup> destaca que apesar do relato do uso de indicadores desde algum tempo, sua utilização ganhou corpo científico em meados dos anos de 1960. A partir da década de 1980, o emprego de indicadores cresceu entre gestores e tomadores de decisão devido à necessidade de planejamento para formulação e implementação das políticas públicas. Desde então, tem-se constatado um uso crescente, tornando-se uma ferramenta estratégica para o estabelecimento de políticas e prioridades. O uso de indicadores para o monitoramento contínuo das ações, atrelado a sistemas de informação, é estratégico para a institucionalização do acompanhamento sistemático dos serviços de saúde.

De acordo com Januzzi<sup>65</sup>, os indicadores sociais se prestam a subsidiar as atividades de planejamento público e formulação de políticas sociais nas diferentes esferas de governo, possibilitam o monitoramento das condições de vida e bem-estar da população por parte do poder público e sociedade civil e permitem aprofundamento da investigação acadêmica sobre a mudança social e sobre os determinantes dos diferentes fenômenos sociais. Para a pesquisa acadêmica, o indicador social é, pois, o elo de ligação entre os modelos explicativos da Teoria Social e a evidência empírica dos fenômenos sociais observados. Em uma perspectiva programática, o indicador social é um instrumento operacional para monitoramento da realidade social, para fins de formulação e reformulação de políticas públicas.

São os indicadores que estruturam processos formais de monitoramento, entendido, nas palavras de Garcia<sup>66</sup>, como “um processo sistemático e contínuo que, produzindo informações sintéticas e em tempo eficaz, permite rápida avaliação situacional e a intervenção oportuna que confirma ou corrige as ações monitoradas.

Sem dúvida, o conhecimento do significado, dos limites e potencialidades dos indicadores sociais pode ser de grande utilidade para os diversos agentes e instituições envolvidos na definição das prioridades sociais e na alocação de recursos do orçamento público. Se bem empregados, os

indicadores sociais podem enriquecer a interpretação empírica da realidade social e orientar de forma mais competente a análise, formulação e implementação de políticas sociais. Na negociação das prioridades sociais, esses indicadores podem contribuir no dimensionamento das carências a atender nas diversas áreas de intervenção<sup>63</sup>.

Como os indicadores são criados a partir de informações, é importante estar atento as limitações do processo informativo, pois informar é um processo dinâmico e complexo que envolve componentes políticos, econômicos, conceituais, ideológicos, tecnológicos, entre outros. Os indicadores são representações da realidade e não a realidade. Os dados utilizados para a construção destes representam eventos empíricos da realidade social e, dependendo de como os dados são utilizados, podem alterar a realidade, prejudicando a qualidade dos indicadores. A qualidade de um indicador depende dos componentes usados em sua formulação e da precisão dos sistemas de informação empregados<sup>63</sup>.

Em se tratando de saúde, podemos dizer que os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. São “instrumentos projetados e utilizados para avaliar a consecução de objetivos e metas; variáveis que permitem quantificar os resultados de ações, obter uma quantificação inicial para termos de avaliação no momento ou comparação posterior”<sup>58</sup>.

Para Jannuzzi<sup>67</sup>, a principal diferença entre dados coletados e indicadores construídos a partir deles é o conteúdo informativo presente no indicador, ou seja, o valor contextual da informação presente. Os indicadores representam muito mais do que um conjunto de dados, pois adicionam valores aos mesmos, convertendo-os em informações a serem usadas pelos tomadores de decisão. A escolha do indicador depende do que vai ser avaliado e de quem utilizará os resultados para a tomada de decisões. E esta deve ser pautada pela aderência deles a um conjunto de propriedades desejáveis e pela lógica estruturante da aplicação, que definirá a tipologia de indicadores mais adequada.

De acordo com a RIPS<sup>14</sup>, os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas. Em

termos gerais, os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer.

A qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação (frequência de casos, tamanho da população em risco) e da precisão dos sistemas de informação empregados (registro, coleta, transmissão dos dados). O grau de excelência de um indicador deve ser definido por sua validade (capacidade de medir o que se pretende) e confiabilidade (reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares). Em geral, a validade de um indicador é determinada por sua sensibilidade (capacidade de detectar o fenômeno analisado) e especificidade (capacidade de detectar somente o fenômeno analisado). Outros atributos de um indicador são: mensurabilidade (basear-se em dados disponíveis ou fáceis de conseguir), relevância (responder a prioridades de saúde) e custo-efetividade (os resultados justificam o investimento de tempo e recursos). Espera-se que os indicadores possam ser analisados e interpretados com facilidade, e que sejam compreensíveis pelos usuários da informação, especialmente gerentes, gestores e os que atuam no controle social do sistema de saúde<sup>14</sup>.

Para um conjunto de indicadores, são atributos de qualidade importantes a integridade ou completude (dados completos) e a consistência interna (valores coerentes e não contraditórios). A qualidade e a comparabilidade dos indicadores de saúde dependem da aplicação sistemática de definições operacionais e de procedimentos padronizados de medição e cálculo. A seleção do conjunto básico de indicadores – e de seus níveis de desagregação – deve ajustar-se à disponibilidade de sistemas de informação, fontes de dados, recursos, prioridades e necessidades específicas em cada região. A manutenção deste conjunto de indicadores deve depender de instrumentos e métodos simples, para facilitar a sua extração regular dos sistemas de



informação. Para assegurar a confiança dos usuários na informação produzida, é preciso monitorar a qualidade dos indicadores, revisar periodicamente a consistência da série histórica de dados, e disseminar a informação com oportunidade e regularidade<sup>14</sup>.

Esses indicadores podem ser taxas, proporções, médias, índices, distribuição por classe e também por cifras absolutas, não devem ser confundidos com estatísticas públicas que são informações em forma bruta e não inteiramente contextualizadas com a realidade ou política pública, mas que se constituem em ótimas fontes para construção de indicadores sociais<sup>68</sup>.

Resende<sup>68</sup> afirma que existem várias formas de classificar os indicadores sociais. A forma mais clássica é referente à área temática de dimensão social a que se referem, como indicadores de saúde, educação, segurança pública, renda e desigualdade, meio-ambiente etc. São inúmeras as classificações dos indicadores, e o Quadro 6 apresenta algumas dessas classificações de modo resumido.

**Quadro 6 – Classificação e descrição de indicadores.**

<b>Classificação</b>	<b>Descrição</b>
Indicador Quantitativo	Ocorrência concreta ou ente empírico da realidade social
Indicador Qualitativo	Medida construída a partir de avaliação dos indivíduos ou especialistas com relação a diferentes aspectos da realidade
Indicador Descritivo	Descreve características e aspectos da realidade empírica, não tendo muito significado de valor
Indicador Normativo	Reflete explicitamente juízos de valor ou critérios normativos com relação à dimensão social estudada
Indicador Simples	Construídos a partir de uma estatística social específica
Indicador composto (Sintéticos ou Índices Sociais)	Elaborados mediante a aglutinação de dois ou mais indicadores simples, referidos a uma mesma ou diferentes dimensões da realidade social.
Indicador de Insumo	Quantifica os recursos disponibilizados nas diversas políticas sociais uma vez que trata de medidas associadas à disponibilidade de recursos humanos, financeiros ou equipamentos alocados para um processo ou programa que afeta a realidade social
Indicador de Processo ou Fluxo	Traduz em medidas quantitativas, o esforço operacional de alocação de recursos humanos, físicos ou financeiros para obtenção de melhorias efetivas de bem-estar

Indicador de Produto ou Resultado	Estão mais vinculados à realidade vivida na sociedade, referidos às variáveis resultantes de processos sociais complexos, ou seja, retratam os resultados efetivos da aplicação das políticas
Indicador de Estoque	Medida de uma determinada dimensão social em um momento específico
Indicador de Performance	Abarca mudanças entre dois momentos distintos
Indicador de Avaliação de Eficiência	Medida da eficiência dos meios e recursos empregados
Indicador de Avaliação de Eficácia	Medida de eficácia no cumprimento das metas
Indicador de Avaliação de Efetividade	Medida da efetividade social do programa – avaliação dos efeitos em termos de justiça social, de contribuição para o aumento da sociabilidade e engajamento político

Fonte: Resende, 2013.

Além de diversos tipos de classificação de indicadores, há diferentes tipos de indicadores. A escolha do tipo de indicador a ser usado depende do que vai ser avaliado e de quem utilizará os resultados para a tomada de decisões<sup>69</sup>.

Se gerados de forma regular e manejados em um sistema dinâmico, os indicadores são instrumentos valiosos para a gestão e avaliação da situação de saúde, em todos os níveis. Um conjunto de indicadores se destina a produzir evidência sobre a situação sanitária e suas tendências, como base empírica para identificar grupos humanos com maiores necessidades de saúde, estratificar o risco epidemiológico e identificar áreas críticas. Constitui, assim, insumo para o estabelecimento de políticas e prioridades melhor ajustadas às necessidades da população<sup>14</sup>.

Além de prover matéria-prima essencial para a análise, a disponibilidade de um conjunto básico de indicadores tende a facilitar o monitoramento de objetivos e metas em saúde, estimular o fortalecimento da capacidade analítica das equipes e promover o desenvolvimento de sistemas de informação intercomunicados<sup>14</sup>.

A disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis, atualizados com regularidade e tempestividade, é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões

baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde. Para isso, devem estar interligados aos sistemas informatizados de gestão do programa<sup>14</sup>.

Vale ressaltar que um bom sistema de indicadores de monitoramento não é necessariamente composto de grande quantidade de informação, mas sim é um sistema em que a informação foi selecionada de diferentes fontes e está organizada de forma sintetizada e mais adequada ao uso analítico pelos diferentes gestores. Um sistema de monitoramento não é, pois, um conjunto exaustivo de medidas desarticuladas, mas uma seleção de indicadores de processos e ações mais importantes<sup>20</sup>.

Um bom sistema de monitoramento deve prover indicadores de insumo, processo, resultado e possíveis impactos do programa. Um bom conjunto de indicadores de monitoramento deve ser suficiente para prover indicações da “situação geral” do programa em seus componentes-chave, mas nem tão amplo que traga ambiguidade, redundância e perda de objetividade no que é fundamental analisar<sup>70</sup>.

Considera-se que, na prática, nem sempre o indicador de maior validade é o mais confiável; nem sempre o mais confiável é o mais inteligível; nem sempre o mais claro é o mais sensível; enfim, nem sempre o indicador que reúne todas estas qualidades é passível de ser obtido na escala espacial e periodicidade requeridas. Além disso, poucas vezes se poderá dispor de séries históricas plenamente compatíveis de indicadores para a escala geográfica ou o grupo social de interesse. Contudo, ainda que a disponibilidade de indicadores sociais para uso no diagnóstico da realidade social empírica ou na análise da mudança social esteja condicionada à oferta e às características das estatísticas públicas existentes, isto não dispensa o pesquisador ou formulador de políticas da tarefa de avaliar o grau de aderência dos indicadores disponíveis às propriedades anteriormente relacionadas<sup>3</sup>, conforme checklist apresentado no Quadro 7.

A implementação das políticas está sujeita ao papel crucial desempenhado pelos agentes encarregados de colocá-la em ação, que podem potencializar ou criar barreiras adicionais à sua efetivação. Como tem mostrado a experiência histórica, a resistência às mudanças, legítima ou não, pelos agentes implementadores e os embates corporativos ou político-partidários entre as diferentes esferas de poder público são elementos que não podem ser

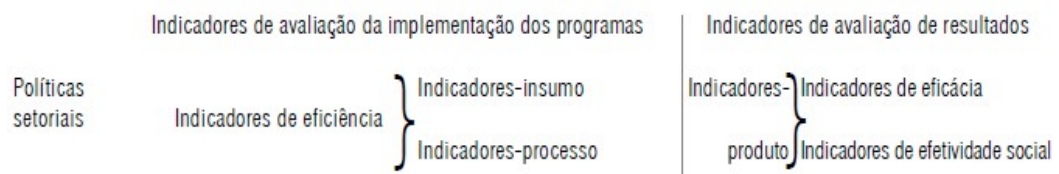
desprezados no processo de formulação e implementação de políticas públicas no Brasil<sup>61</sup>. A avaliação das políticas públicas é indispensável no ciclo destas e pode ser realizada através de indicadores, a exemplo do diagrama incluído na Figura 5.

**Quadro 7 – Checklist para a escolha do indicador social na pesquisa acadêmica ou na formulação de políticas.**

Qual o grau de aderência do indicador proposto às propriedades desejáveis de um indicador social?
Tem validade como medida de desenvolvimento social de uma sociedade?
É confiável em uma perspectiva comparativa inter-regional?
É comparável com outras medidas já existentes?
É sensível a esforços de políticas sociais?
Reflete mudanças específicas em um dos seus componentes?
A periodicidade com que é produzido é adequada a seus propósitos?
O esforço e custo para sua produção se justificam pelas suas aplicações?
O gasto necessário para sua produção e atualização não concorre com investimento em iniciativas mais importantes ou emergenciais?
O indicador pode ser desagregado em termos espaciais e/ou populacionais, para identificação dos grupos mais desfavorecidos?
A série histórica do indicador é comparável no tempo?
A metodologia de construção do indicador social é baseada em uma teoria social ou econômica mais abrangente?
É facilmente comunicável?
Afinal...é um indicador relevante?
Traz algo de novo, incorpora algo original que não se sabia?
Contribui, de alguma forma, para que as questões de exclusão social, pobreza e desigualdades sejam colocadas periodicamente na pauta da mídia, da opinião pública, dos políticos, dos governantes?

Fonte: Jannuzzi, 2002.

**Figura 5 – Exemplo de um modelo de avaliação de políticas públicas através de indicadores sociais.**



Fonte: Jannuzzi, 2002.

O uso de indicadores para o monitoramento contínuo das ações do Projeto Mais Médicos para o Brasil, atrelado aos sistemas de informação, é estratégico para a institucionalização do acompanhamento sistemático dos objetivos do programa. Um indicador é constituído por um conjunto de dados que informam sobre determinado fenômeno, tornando-se uma fonte de informação.

## 5. PERCURSO METODOLÓGICO

Como descreve Jacques<sup>64</sup>, o trabalho científico implica uma coerência entre o método proposto e o objeto de pesquisa.

Esta é uma pesquisa exploratória, do tipo mista, pois incorpora elementos de origem qualitativos e quantitativos, com predomínio de aspectos qualitativos.

As pesquisas exploratórias têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias, proporcionando uma visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Envolvem levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudos de caso<sup>71</sup>. Minayo<sup>72</sup> compreende que “fase exploratória da pesquisa é tão importante que ela em si pode ser considerada uma pesquisa exploratória”.

A exploração de artigos, dissertações, textos, documentos oficiais, capítulos de livros e relatórios de pesquisa disponíveis, entre outros, constituiu-se em base de fundamentação desta pesquisa, apoiando as reflexões e análises necessárias para descrever a construção de um conjunto de indicadores de monitoramento gerencial do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

De acordo com Creswell<sup>73</sup>, o design dominante e menos dominante é um modo de conduzir os estudos de natureza mista, no qual o estudo é dominado por um paradigma, mas o outro é também utilizado ainda que de maneira bem sutil. A vantagem do uso dessa abordagem é que ela apresenta um quadro consistente do estudo e ainda ajuda a coletar algumas informações que podem comprovar mais detalhadamente algum aspecto de um estudo. A pesquisa qualitativa possibilita partir-se de uma área mais ampla e à medida que é desenvolvida, permite focar melhor o problema, obtendo a resposta à questão da pesquisa. No entanto, a pesquisa quantitativa é utilizada para verificar o quão recorrente são algumas características ou atributos valorados pelos participantes.

Segundo a Lei que instituiu o Programa Mais Médicos, este programa tem três grandes componentes: I- Ampliação das vagas em cursos de medicina no Brasil; II- Reorganização da residência médica e da formação de especialistas e o III- Provimento emergencial de profissionais médicos para áreas desassistidas. E esta pesquisa trata sobre o terceiro componente.

No presente estudo, o percurso metodológico foi dividido em quatro etapas:

### **5.1 Primeira etapa**

Foram estudados os relatórios das auditorias operacionais realizadas pela Controladoria Geral da União (CGU) e pelo Tribunal de Contas da União que tiveram o objetivo de avaliar, sobretudo a eficácia do Projeto Mais Médicos para o Brasil por meio da verificação das atividades desenvolvidas.

Foi solicitado à CGU, via Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão (e-SIC), Protocolo 00075000103201914, acesso à relação de todos os Relatórios de Auditorias da Controladoria Geral da União (CGU) realizadas no Ministério da Saúde relacionadas ao acompanhamento das ações de monitoramento e avaliação do Programa Mais Médicos. Tais relatório incluem as respectivas recomendações da CGU e as respostas dadas pelo órgão competente.

Ao TCU, foi realizada a mesma solicitação de acesso aos relatórios de auditoria realizadas sobre o Programa Mais Médicos, porém via Ouvidoria deste Tribunal.

A pesquisa documental tem o levantamento de documentos como base. É uma valiosa técnica de coleta de dados qualitativos. Assemelha-se à pesquisa bibliográfica, a qual utiliza a contribuição fornecida por diversos autores sobre um determinado assunto, enquanto na pesquisa documental, a coleta de informações é realizada em materiais que não receberam qualquer tipo de análise crítica. Neste tipo de pesquisa, os documentos consultados são, geralmente, classificados como fontes primárias e fontes secundárias. No primeiro caso, são as fontes cuja origem remonta à época que se está pesquisando, ainda não analisadas e que, frequentemente, foram produzidas pelas próprias pessoas estudadas, tais como correspondências, diários, textos literários e outros documentos mantidos em órgãos públicos e instituições privadas de qualquer natureza; no segundo, correspondem às fontes cujos trabalhos escritos se baseiam na fonte primária, e tem como característica o fato de não produzir informações originais, mas, apenas, uma análise, ampliação e comparação das informações contidas na fonte original<sup>74</sup>.

## 5.2 Segunda etapa

Dentre os 36 (trinta e seis) indicadores construídos pela SGTES, foram escolhidos 18 destes para compor o rol de indicadores a serem monitorados conforme recomendações da CGU e TCU. Para os 18 (dezoito) indicadores, nesta pesquisa foram atribuídas as propriedades recomendadas por Jannuzzi<sup>65</sup> e pela RIPSA<sup>14</sup>, como proposição de validação destes.

Foram elaboradas as fichas de qualificação dos 18 indicadores apresentados pelo DEPREPS à CGU e ao TCU, como instrumento de orientação técnica de modo a contribuir com o detalhamento de seus conceitos, dimensões de acordo com os objetivos do Programa, interpretação, usos, limitações, fonte dos dados, método de cálculo e categorias sugeridas para análise.

## 5.3 Terceira etapa

Foi realizada a seleção e validação dos indicadores. Considera-se que o uso destes no processo de formulação e avaliação de políticas públicas deve ser pautado pela aderência deles a um conjunto de propriedades desejáveis e pela lógica estruturante da aplicação, que define a tipologia de indicadores mais adequada<sup>65</sup>.

Assim, as propriedades elencadas para a validação destes indicadores foram: 1) validade (se o indicador mede o que se propõe a medir e se é sensível a mudanças e específico ao tema); 2) confiabilidade (se os dados usados pelo indicador podem ser checados e verificados posteriormente); 3) mensurabilidade (se o indicador é quantitativo e os dados fáceis de conseguir); 4) comunicabilidade (se é compreensível e se possui o mesmo significado para diferentes pessoas) e 5) relevância (se é relevante para a agenda política de saúde) para definição do grau de excelência do indicador.

Conforme os referenciais teóricos estudados, um painel de indicadores é definido como um conjunto limitado de 7 a 10 indicadora-chave, para monitoramento de aspectos cruciais e mais visíveis dos programas, como passo preliminar para montagem de um sistema de indicadores de monitoramento.



A quantidade de indicadores depende, basicamente, da complexidade do Programa; das dimensões abrangidas pelo objetivo; e também do contexto analisado. Em razão da diversidade que essas variáveis podem assumir, não existe uma regra definida, a não ser restringir o número de indicadores ao mínimo aceitável, desde que não comprometa a detecção dos dados relevantes<sup>9</sup>.

Neste estudo optou-se por selecionar 10 (dez), dentre os 18 (dezoito) indicadores inicialmente escolhidos pela SGTES, como indicadora-chave para monitoramento de aspectos cruciais e mais rotineiros para equipe gestora do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) no Ministério da Saúde.

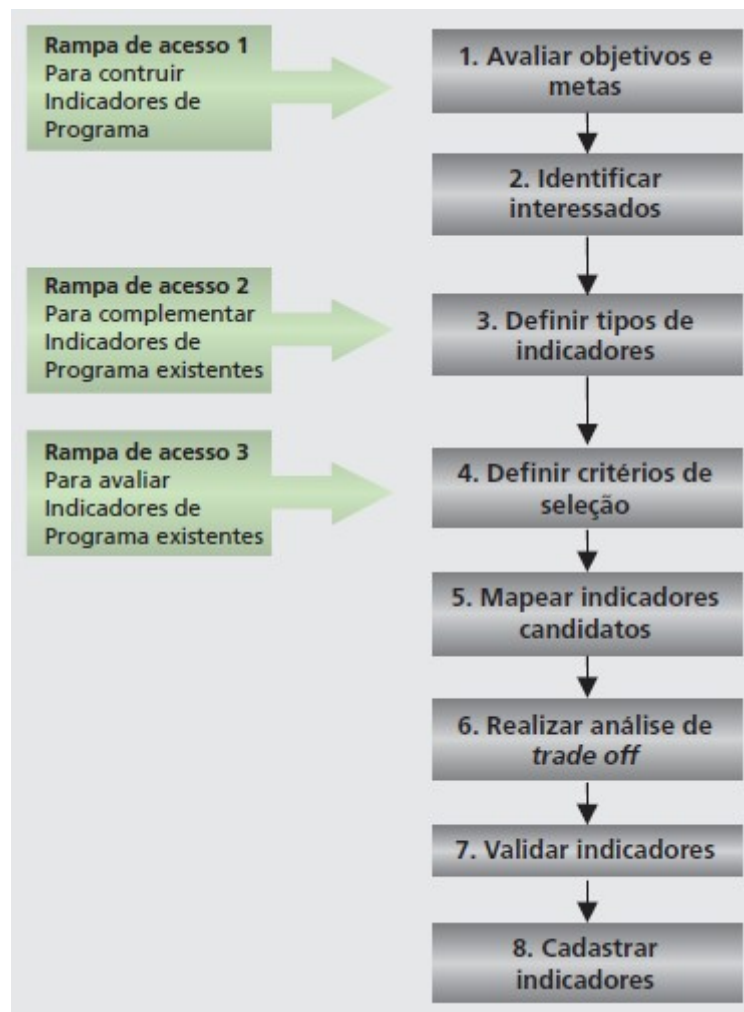
Sendo assim, foi realizada a análise de *trade-off* para a matriz de indicadores, baseada no Guia Metodológico para Construção de Indicadores de Programas do Ministério do Planejamento<sup>9</sup>. *Trade-off* é uma expressão em inglês que significa o ato de escolher uma coisa em detrimento de outra e muitas vezes é traduzida como "perde-e-ganha". Implica um conflito de escolha e uma consequente relação de compromisso, porque a escolha de uma coisa em relação à outra, implica não usufruir dos benefícios da coisa que não é escolhida.

Os principais critérios para a seleção de indicadores estão relacionados às recomendações da CGU quanto ao monitoramento do Programa Mais Médicos e ao Passo 3 do Método para Construção de Indicadores de Programas do Guia Metodológico<sup>9</sup>, que trata sobre avaliação de indicadores existentes, conforme Figura 6.

A etapa da proposta de validação dos indicadores foi adaptada do Guia Metodológico<sup>9</sup>, Método para Construção de Indicadores de Programas, e realizada pela pesquisadora

Para tanto, foi construído um instrumento, que se constituiu de uma planilha Excel, incluindo os indicadores do PMM e as propriedades para validação destes indicadores, totalizando assim 18 indicadores e 5 propriedades.

**Figura 6 – Rampas de acesso ao método de oito passos para construção de indicadores**



Fonte: Ministério do Planejamento, 2010.

As propriedades atribuídas aos indicadores foram classificadas em:

- Propriedades eliminatórias (validade e confiabilidade) – devem ser obrigatoriamente atendidas pelo indicador, do contrário o indicador deveria ser descartado. Para tanto, utilizou-se as seguintes medidas para o preenchimento das células que representam a interseção da linha do indicador com a coluna do critério eliminatório:

(0) - não atende

(1) – atende

- Propriedades classificatórias (mensurabilidade, comunicabilidade e relevância) - foram atribuídos pesos para estabelecer um ranking dos indicadores possibilitando uma análise ponderada que contribuiu para seleção

menos intuitiva das medidas de desempenho, organizados em duas colunas que representavam:

I - o grau de adesão do indicador as propriedades representados por:

(0) Nenhum

(1) Pouco

(2) Muito

II - o grau de importância da propriedade no contexto do Programa, atribuindo pesos representados por:

(3) baixa

(4) média

(5) alta

(6) muito alta

Na coluna “Total” obteve-se a soma ponderada dos pontos atribuídos para cada indicador. A soma dos pontos obtidos com os três critérios classificatórios foi multiplicada por cada um dos valores referentes aos critérios eliminatórios (quando pelo menos um dos critérios eliminatórios obteve zero a soma total foi igual a zero e o indicador foi descartado). Exemplificando, a fórmula de cálculo utilizada para o total de pontos alcançados pelo primeiro indicador (célula J4), cujo valor foi 0 (zero), foi a seguinte:  $=B4*C4*((D4*E4)+(F4*G4)+(H4*I4))$ .

**Figura 7 – Instrumento de validação dos indicadores**

1	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
		CLASSIFICAÇÃO DAS PROPRIEDADES									TOTAL
		ELIMINATORIAS		CLASSIFICATORIAS							
PR1	PR2	PR3	PESO	PR4	PESO	PR5	PESO				
4	1. Cobertura populacional estimada por médicos em equipes de Atenção Básica	0	1	2	5	2	5	2	6	0	
5	2. Cobertura potencial do PMM em relação à cobertura total	1	1	2	5	2	5	2	6	32	
6	3. Índice de médico geral por mil habitantes	0	1	2	5	2	5	2	6	0	
7	4. Índice de médico do PMM por mil habitantes	0	1	2	5	2	5	2	6	0	
8	5. Capacidade das UBS para receber novas equipes	1	0	1	5	1	5	2	6	0	
9	6. Número de médicos com acesso regular às ofertas educacionais do PMM	1	1	2	5	2	5	2	6	32	
10	7. Grau de desempenho dos médicos na especialização	0	1	1	5	1	5	1	6	0	
11	8. Tempo de permanência dos médicos no programa	1	1	2	5	2	5	2	6	32	
12	9. Número absoluto de vagas para reposição	1	0	2	5	2	5	1	6	0	
13	10. Percentual de ocupação de vagas	1	1	2	5	2	5	2	6	32	
14	11. Proporção de médicos intercambistas em atividade	1	1	2	5	2	5	2	6	32	
15	12. Proporção de médicos CRM Brasil em atividade*	1	1	2	5	2	5	2	6	32	
16	13. Internações por causas sensíveis a AB (Todos os 20 grupos de diagnósticos)	0	1	1	5	1	5	2	6	0	
17	14. Razão de vagas bloqueadas por processos administrativos	1	1	2	5	2	5	1	6	26	
18	15. Percentual de redução de equipes AB	1	1	2	5	2	5	1	6	26	
19	16. Proporção de municípios desistentes do programa	1	1	2	5	2	5	1	6	26	
20	17. Movimentação de médicos do programa	1	0	1	5	1	5	1	6	0	
21	18. Razão da movimentação dos médicos entre perfis de vulnerabilidade (perfil 1/2/3 versus 4/5/6/7) **	1	1	1	5	2	5	2	6	27	
22	<b>PROPRIEDADES</b>										
23	PR1 - VALIDADE	Capacidade de representar a realidade que se deseja medir e/ou modificar									
24	PR2 - CONFIABILIDADE	Ter origem em fontes confiáveis, que utilizem metodologias reconhecidas e									
25	PR3 - MENSURABILIDADE	Basear-se em dados disponíveis ou fáceis de conseguir									
26	PR4 - COMUNICABILIDADE	Indicadores analisados e interpretados com facilidade, e que sejam									
27	PR5 - RELAVÂNCIA	Responder a prioridades de saúde									
28	* Este indicador foi adaptado a realidade dos perfis de médicos em atuação no PMM atualmente										

#### 5.4 Quarta etapa

Por não existir dados históricos a respeito da validação destes indicadores e para aprofundar esta proposta de validação, o estudo finalizou com a composição de um painel de especialistas por meio do método Delphi, que é uma eficiente técnica de investigação, pois permite reunir um conjunto de opiniões de especialistas separados geograficamente, levando a resultados densos sobre temáticas complexas e abrangentes. Este método é definido como “um método para estruturar um processo de comunicação coletiva de modo que este seja efetivo, ao permitir a um grupo de indivíduos, como um todo, lidar com um problema complexo” de forma intuitiva e interativa<sup>75</sup>.

Outro fato a ressaltar é que a sistemática da participação de especialistas na área da pesquisa faz com que as questões propostas pelo pesquisador sejam analisadas pelos referidos especialistas, os quais as debatem, emitindo pareceres e opiniões de juízo. Este processo conduz a um enriquecimento de ideias ao tema proposto, além de facilitar a discussão de aspectos mais polêmicos. O anonimato favorece a livre colocação das ideias e opiniões, bem como incentiva o compartilhamento de conhecimentos e informações.

Este tipo de método possui pelo menos duas vantagens. A primeira é que a informação disponível está sempre mais contrastada que aquela da qual dispõe o participante melhor preparado, ou seja, do que a informação do especialista mais versado no tema, ou seja, baseia-se no fato de que ‘várias cabeças pensam melhor que uma única’. A segunda refere-se ao número de fatores considerado por um grupo ser maior do que o considerado por uma só pessoa. Cada especialista pode levar à discussão geral a ideia que tem sobre o tema debatido, a partir de sua área de conhecimento. Estas duas vantagens são essenciais para o enriquecimento da discussão sobre o tema, uma vez que a informação e o conhecimento vertem por diferentes canais que, por sua vez, são redistribuídos a estes mesmos canais, permitindo o repensar e o “reopinar” sobre o tema<sup>76</sup>.

A utilização da técnica Delphi deve se dar em função das características do estudo, entre estas a inexistência de dados históricos, a necessidade de abordagem interdisciplinar e as perspectivas de mudanças estruturais<sup>76</sup>.

Foram convidados 8 (oito) especialistas para composição do painel. Em relação à seleção, foi levado em consideração a experiência e a qualificação dos membros do painel, utilizando o critério de terem experiência na temática Programa Mais Médicos e/ou Indicadores de Monitoramento; e, publicar e pesquisar sobre os temas.

Com estes critérios de seleção de especialistas tentou-se garantir que todos os participantes por contato prévio e experiência com a temática fossem considerados adequados para fazer julgamentos qualificados sobre o objeto da pesquisa.

O instrumento com a seleção dos indicadores e uma carta da pesquisadora com as justificativas para o estudo e explicando os critérios para avaliação pelos especialistas foram encaminhados por via eletrônica (e-mail), juntamente com o link para assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), que foi disponibilizado por meio do FORMSUS (anexos).

Os participantes foram solicitados a contribuir para validar a análise de *trade-off* realizada pela pesquisadora para definir critérios de seleção dos 10 indicadores-chave e avaliar a proposta de MANTER ou ELIMINAR estes indicadores, de acordo com uma escala tipo Likert com cinco gradações, como demonstrada abaixo, com espaço para comentários.

- 1 – desaprovo totalmente
- 2 – desaprovo
- 3 – não desaprovo nem aprovo
- 4 – aprovo
- 5 – aprovo totalmente

Os especialistas trabalharam anonimamente e independentemente uns dos outros.

Baseada na pesquisa de Silva et al.<sup>77</sup>, que utilizou com método uma revisão sistemática aplicando o método Delphi modificada (sem perguntas abertas no primeiro turno) para chegar a um consenso entre Especialistas brasileiros que foram convidados a julgar a viabilidade de cada passo metodológico em escala Likert, utilizou-se nesta pesquisa o mesmo parâmetro para o alcance do consenso de no mínimo 70% de aprovação positiva entre os especialistas para considerar o alcançado do indicador como aprovado.

A pesquisa respeitou e atendeu aos preceitos éticos determinados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Brasília, por meio do Parecer de nº 2.715.801, CAAE nº 89325418.6.0000.0030, e o preenchimento ou aceitação, pelos participantes, do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) via FORMSUS, com as informações pertinentes à pesquisa e o caráter sigiloso quanto à identificação dos participantes e a origem das informações que constam do resultado do trabalho.

## 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 6.1 Levantamento dos resultados das fiscalizações dos órgãos de controle acerca do desenvolvimento do Programa Mais Médicos

Sendo o Programa Mais Médicos uma política de grande relevância para saúde da população brasileira, a Controladoria Geral da União (CGU) e o Tribunal de Contas da União (TCU) têm importante destaque no acompanhamento do alcance dos objetivos do referido programa.

A CGU tem como competência assistir direta e imediatamente o Presidente da República no desempenho de suas atribuições, quanto aos assuntos e providências que, no âmbito do Poder Executivo, sejam atinentes à defesa do patrimônio público, ao controle interno, à auditoria pública, à correição, à prevenção e ao combate à corrupção, às atividades de ouvidoria e ao incremento da transparência da gestão no âmbito da administração pública federal.

Em atenção à solicitação da pesquisadora quanto ao acesso aos relatórios das auditorias, a Controladoria Geral da União – CGU afirmou que no cumprimento da sua missão institucional, desenvolveu diversos trabalhos de auditoria no Programa Mais Médicos os quais se encontram publicados no sítio da CGU, podendo ser acessando pelo seguinte endereço eletrônico: <https://auditoria.cgu.gov.br/>.

A CGU informou que, nos trabalhos realizados sobre o Programa Mais Médicos, foram emitidas 141 recomendações, das quais 63 permanecem sob monitoramento deste órgão e 78 foram atendidas.

No documento de resposta, encaminhado pela CGU, foi informado ainda que as recomendações dirigidas às unidades auditadas, assim como as providências adotadas pelos gestores, compõem o Plano de Providências Permanente (PPP), o qual é um instrumento dinâmico de monitoramento contínuo, que registra o encaminhamento das recomendações, as providências adotadas pelos gestores e a análise, pela CGU, dessas providências, são, portanto, papéis de trabalho das auditorias. Os papéis de trabalhos compõem-se de documentos produzidos e informações colhidas durante as auditorias e fiscalizações realizadas pela CGU, incluindo o monitoramento das providências.

Outra fonte de informações sobre as ações da SGTES são os Relatórios de Auditoria Anual de Contas elaborados pela CGU para subsidiar o julgamento dos gestores responsáveis pelas Unidades, que é realizado pelo Tribunal de Contas da União (TCU).

Em atenção à demanda nº 314109, cadastrada na Ouvidoria, o TCU informou que já realizou diversos trabalhos no âmbito do Programa Mais Médicos, cujos acórdãos podem ser consultados na parte de jurisprudência do Portal do Tribunal, em [www.tcu.gov.br](http://www.tcu.gov.br)=> Sessões e Jurisprudência => Acórdãos.

O Tribunal de Contas da União (TCU) é o órgão de controle externo do governo federal e auxilia o Congresso Nacional na missão de acompanhar a execução orçamentária e financeira do país e contribuir com o aperfeiçoamento da Administração Pública em benefício da sociedade. É de sua responsabilidade a fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial dos órgãos e entidades públicas do país quanto à legalidade, legitimidade e economicidade.

Foram estudados, detalhadamente, os relatórios de Auditorias da CGU e do TCU a respeito das constatações e recomendações dirigidas à Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) a respeito do Programa Mais Médicos, com relação as atividades realizadas entre os anos de 2013 a 2015. Nesta pesquisa foi feito o recorte dos itens referentes às recomendações que deram origem à construção de uma matriz de indicadores de monitoramento do eixo de provimento do Programa Mais Médicos.

Os critérios fundamentais para a realização destas auditorias foram os preceitos da Lei nº 12.871/2013, que instituiu o Programa Mais Médicos. No intuito de avaliar a forma e o grau do avanço das atividades do projeto, utilizou-se como referência a Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369, de 8/7/2013, que dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

A definição da escolha do programa de governo para avaliação de sua execução pela CGU se dá por um processo de hierarquização de todos os programas constantes da Lei Orçamentária Anual, utilizando-se para esse fim critérios de relevância, materialidade e criticidade. A partir de então, são geradas ações de controle com objetivo de avaliar a efetiva aplicação dos



recursos destinados ao cumprimento da finalidade constante da ação governamental.

Na sequência, as constatações identificadas nas ações de controle são consignadas em relatórios específicos que são encaminhados ao gestor do programa para conhecimento e implementação das medidas nele recomendadas. Então, cada uma das medidas é acompanhada e monitorada pela CGU até a certificação de sua efetiva implementação.

É necessário destacar que o acompanhamento da execução de Programa de Governo pauta-se em metodologia própria da CGU que visa, a partir do mapeamento das políticas públicas afetas a cada ministério, da hierarquização e da priorização dessas políticas, elaborar estratégia específica para acompanhara execução de programas e ações.

Com relação à execução do Projeto Mais Médicos para o Brasil, a estratégia de acompanhamento pautou-se na avaliação dos controles internos administrativos do gestor federal para a execução do Projeto e dos mecanismos para o monitoramento de seu funcionamento e também se guiou na avaliação do cumprimento, pelos gestores municipais, supervisores e médicos participantes, das diretrizes definidas pelo Ministério da Saúde. Para tanto, a CGU atuou por meio de auditoria na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) e de fiscalizações em Secretarias Municipais de Saúde e em Unidades Básicas de Saúde.

Especificamente em relação às auditorias realizadas na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), estas consistiram em avaliar a adequação dos controles internos desta Secretaria quanto ao monitoramento e o atendimento dos critérios de adesão de profissionais e municípios ao PMMB; verificação dos mecanismos utilizados pelo Ministério da Saúde (MS) para o monitoramento do funcionamento do Projeto; e a conformidade das diretrizes na execução do Projeto pelos municípios e médicos participantes, com destaque para as seguintes questões estratégicas:

1. Em que medida os controles internos administrativos adotados pelo gestor federal estão adequados para monitorar o atendimento dos critérios de adesão de profissionais e municípios ao Projeto Mais Médicos para o Brasil?

- 1.1. A SGTES tem priorizado a alocação de médicos participantes do Projeto nos entes federativos, nos termos da Portaria Interministerial MS/MEC

nº 1.369/2013 e da Resolução DEPREPS/MS nº 1/2015, contribuindo para a redução das desigualdades regionais na área de saúde, conforme preconiza o inciso I do art. 1º da Lei 12.871/2013?

1.2 Em que medida a atuação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) é suficiente para garantir que a habilitação dos médicos participantes está sendo realizada em observância a critérios definidos na legislação relacionada ao Projeto?

1.3. A fundamentação legal para a execução do Projeto Mais Médicos está sendo atendida pelo gestor federal, com a oferta aos médicos participantes de cursos de especialização em Atenção Básica?

2. Os mecanismos utilizados pelo Ministério da Saúde para monitorar o funcionamento do Projeto Mais Médicos para o Brasil possibilitam a identificação e correção tempestiva de falhas na execução do Projeto?

2.1. Há rotina de acompanhamento junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) quanto à manutenção do número de equipes e profissionais preexistentes no Programa Saúde da Família?

2.2. O gestor federal adota as devidas providências quando da detecção de desvios na execução do Projeto?

2.3. Há indicadores suficientes para medir o impacto da política na saúde da população de forma a subsidiar a tomada de decisões por parte do gestor federal?

No Relatório de Avaliação da Execução de Programa de Governo nº 86 - Programa Mais Médicos, produzido pela CGU, a partir de auditoria realizada na SGTES, sobre o Projeto Mais Médicos para o Brasil PMMB, foram identificadas:

- Fragilidades dos controles internos quanto ao monitoramento dos critérios definidos nos processos de adesão de profissionais e de municípios para o Projeto;
- Insuficiência dos mecanismos de monitoramento do funcionamento do Projeto comprometendo a identificação e correção tempestiva de falhas em sua execução e provocando prejuízo financeiro e pagamentos antecipados; e
- Fragilidades quanto ao atendimento das diretrizes do Projeto pelos municípios e médicos.

O relatório de auditoria da CGU, que trata sobre os resultados do trabalho de acompanhamento da SGTES, que resultou em construção de indicadores de monitoramento do Programa foi realizado de acordo com os preceitos contidos na Ordem de Serviço n.º 201505115 e em atendimento ao inciso I do Art. 74, da Constituição Federal de 1988, de acordo com o qual cabe ao Sistema de Controle Interno: “I - avaliar o cumprimento das metas previstas no plano plurianual, a execução dos programas de governo e dos orçamentos da União”.

As principais recomendações emitidas trataram da adequação/melhoria dos normativos do Projeto; Instituição de melhorias nos controles dos sistemas utilizados pelo Ministério; aprimoramento dos mecanismos de monitoramento do Termo de Cooperação e dos instrumentos de prestação de contas; e adoção de medidas para a obtenção do ressarcimento de recursos indevidamente utilizados, conforme Quadro 8:

**Quadro 8 – Constatações/informações e as respectivas recomendações da CGU relacionadas aos indicadores de monitoramento da SGTES.**

CONSTATAÇÃO/INFORMAÇÃO	RECOMENDAÇÕES
Ausência de monitoramento do cumprimento das cláusulas do termo de adesão e compromisso do Projeto Mais Médicos para o Brasil no que se refere à infraestrutura das Unidades de Saúde.	Oficiar os municípios listados estimulando-os a aderir ao Programa Requalifica UBS ou a apresentar justificativas acerca da ausência de necessidade de aprimoramento da infraestrutura, sob pena de bloqueio de vagas nos próximos editais do Projeto.  Elaborar, em conjunto com a Secretaria de Atenção à Saúde, Plano de Priorização de Financiamento de Infraestrutura da Atenção Básica utilizando, dentre outras, as informações dos Relatórios de 1ª Visita dos Supervisores do Projeto.
Ausência de monitoramento da evolução quantitativa de médicos que atuam nos municípios participantes do Projeto.	Monitorar trimestralmente a evolução de médicos em atuação na atenção básica dos Municípios participantes do Projeto, de forma a identificar se o incremento de médicos é proporcional ao número de profissionais disponibilizados ao ente federativo.
Desenvolvimento de 2º. Ciclo Formativo da Especialização em Atenção Básica.	O Fundamento desse Projeto é uma atividade de ensino, pesquisa e extensão, conforme o art. 14 da Lei 12.871 e, assim sendo, a Portaria n.º 1.369, no art. 20 determina que as ações de aperfeiçoamento para os médicos participantes do Projeto são constituídas por curso de especialização, que será oferecido por instituições de educação superior brasileiras vinculadas ao UNASUS, e por atividades de ensino, pesquisa e extensão, que terá componente assistencial mediante integração ensino-serviço”.

<p>Inscrição dos médicos participantes do Projeto curso de especialização em saúde da família.</p>	<p>Trata-se de avaliar o cumprimento do disposto na Lei 12.871, de 22/10/2013, principalmente no que se refere ao disposto nos artigos 14 e 16, que estabelecem, como fundamento do Programa Mais Médicos - PMM, uma atividade de ensino, pesquisa e extensão, com um componente assistencial, mediante integração ensino-serviço.</p>
<p>Estrutura de aplicação de penalidades quando da detecção de desvios por parte dos médicos participantes.</p>	<p>A Portaria Interministerial n.º 1.369<sup>11</sup>, que trata da implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil - PMMB, elenca, nos seus artigos 24 e 25, deveres e vedações aos médicos participantes necessários para o atingimento dos objetivos do Projeto, conforme já foi tratado em outra parte deste Relatório, e, no sentido de coibir o descumprimento desses deveres, traz, nos artigos 26 a 30, penalidades às quais se sujeitam aqueles que os descumprirem.</p>
<p>Inconformidades na utilização dos critérios de priorização da alocação dos médicos nos entes federativos.</p>	<p>Elaborar normativo interno que: a) detalhe os critérios para a alocação de profissionais do Projeto Mais Médicos, de forma a, para um determinado conjunto de solicitações de profissionais, conhecendo-se as particularidades relevantes dos municípios envolvidos, as autorizações e implementações dessas solicitações sejam totalmente previsíveis; b) determine a utilização desses critérios e a publicação dos mesmos, de forma transparente, nos próximos Editais de Adesão de Médicos para o Projeto.</p>
<p>Avaliação dos indicadores considerados estratégicos pela Coordenação Nacional do Projeto.</p>	<p>Trata-se de avaliação com o objetivo de verificar se os indicadores utilizados pela Unidade são suficientes para medir o impacto da política na saúde da população e subsidiar a tomada de decisões por parte do gestor federal. Para isso, solicitou-se à Unidade Examinada apresentar os indicadores acompanhados pela Coordenação Nacional do Projeto para medir o impacto da política na saúde da população.</p>

FONTE: Adequação da própria autora com base no relatório nº 201505115 da CGU.

Na mesma linha dos trabalhos executados pela CGU, o Tribunal de Contas da União, por meio do Acórdão nº. 331/2015 - TCU – Plenário restringiu a avaliação somente à eficácia do projeto, o que foi feito pela análise do atingimento das metas anteriormente definidas, por meio da verificação das atividades desenvolvidas. Os objetivos desta fiscalização se refletiram nas seguintes questões formuladas na respectiva matriz de planejamento:

1ª) Houve o fortalecimento da prestação de serviços de atenção básica em saúde nos municípios participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil?

2ª) A distribuição dos profissionais considerou a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde?

3ª) Em que medida o Projeto Mais Médicos para o Brasil tem cumprido o seu papel de aperfeiçoar médicos na atenção básica em saúde em regiões prioritárias para o SUS?

4ª) Quais são os mecanismos de controle do Projeto exercidos pelo Ministério da Saúde e pela Coordenação Nacional do Projeto?

5ª) Os municípios visitados estão oferecendo aos médicos participantes moradia com condições mínimas de habitabilidade, bem como alimentação e água potável?

Foram constatadas fragilidades nas ações de avaliação e monitoramento dos impactos proporcionados pelo Projeto Mais Médicos para o Brasil.

Após analisar a distribuição dos médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil, a equipe de auditoria do TCU apontou a existência de falhas, caracterizadas pelo não atendimento de municípios carentes e por dificuldades para reter médicos integrantes das Equipes de Saúde da Família (ESF). A equipe de auditoria ressaltou os seguintes aspectos desse achado:

1) a forma como estava ocorrendo o processo de seleção dos municípios participantes podia ser apontada como uma causa para má distribuição dos médicos do projeto;

2) não atendimento e a preterição de municípios com carência e dificuldade de retenção do profissional médico;

Para tanto, recomendou ao Ministério da Saúde que, nos novos ciclos do Projeto Mais Médicos para o Brasil, utilizasse, como um dos critérios para a distribuição dos médicos, indicadores que refletisse a disponibilidade desses profissionais nos municípios, como, por exemplo, o número de médicos (SUS e não SUS) por habitante, registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

Ressaltaram que devia ser avaliado o cumprimento do disposto no art. 11 da Portaria Interministerial nº 1.369, em especial os seguintes pontos:

a) obrigatoriedade de os municípios não substituírem os médicos que já integravam equipes de atenção básica pelos participantes do Projeto;

b) dever de manter, durante a execução do Projeto, as equipes de atenção básica já constituídas com profissionais médicos não participantes do projeto;

c) compromisso de adesão ao Requalifica UBS em caso de infraestrutura inadequada para a execução das ações do Projeto.

O TCU, utilizando dados do sistema Tabnet/DATASUS e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, constatou a existência de casos em que o número de equipes cadastradas foi reduzido.

Em determinados casos, a redução na quantidade de equipes pode ser justificada por contingências diversas, mas é necessário que o Ministério da Saúde monitore essa questão, com vistas a garantir o cumprimento das normas que regem o Programa em tela.

Por esse motivo, recomendou à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil que criasse mecanismos de controle e monitoramento que contemplem análises específicas sobre os tópicos tratados no art. 11 da Portaria Interministerial nº 1.369/2013, inclusive no que concerne ao acompanhamento mensal do número de equipes de atenção básica que se encontravam em atividade em cada município contemplado, à proibição da substituição dos médicos que integram tais equipes por participantes do projeto e às obrigações municipais referentes à garantia de alimentação e à oferta de moradia adequada, que foram regulamentadas pela Portaria SGTES/MS nº 30, de 12/2/2014.

Cabe considerar ainda que, segundo consta dos parágrafos 11 a 20 da Exposição de Motivos da Medida Provisória nº 621/2013, o Projeto Mais Médicos Para o Brasil foi instituído em decorrência do quadro de extrema gravidade em que alguns estados se encontravam, quadro esse caracterizado por uma acentuada falta de médicos. Logo, era razoável avaliar e monitorar se a implementação desse programa alterou essa realidade.

A unidade técnica ressaltou ainda que:

a) não foi possível analisar a efetividade do programa sob comento, nem mesmo utilizando indicadores pontuais, tais como o que se refere à variação das internações sensíveis à atenção básica. Afinal, as medidas implementadas no âmbito do programa em tela tendem a apresentar efeitos positivos a médio e no longo prazo, considerando o tipo de atendimento oferecido, que inclui, além da abordagem curativa, a prevenção e a promoção da saúde;

b) As informações sobre o comportamento das internações em áreas sensíveis à atenção básica devem ser monitoradas, com vistas a identificar fragilidades e, se for o caso, promover o aperfeiçoamento do programa;

c) Ademais, coube recomendar à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil que, quando da avaliação do referido Projeto, utilize indicadores que mensurem os respectivos impacto e efetividade. Assim, por exemplo, pode ser monitorado, com base no Sistema de Informação Hospitalar Descentralizada, o número de internações em áreas sensíveis à atenção básica, nos termos da Portaria nº 221/2008 – SAS/MS, que estabeleceu a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária;

A equipe de auditoria constatou que alguns municípios visitados não estavam cumprindo adequadamente suas obrigações em relação ao fornecimento de moradia e alimentação aos médicos participantes do projeto.

Assim sendo, coube recomendar ao Ministério da Saúde que criasse um canal de comunicação que possibilite aos médicos participantes apresentar denúncias ou reclamações, especialmente em relação ao cumprimento das obrigações municipais, que foram estabelecidas nos normativos do projeto;

Recomendou, ainda, que a Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil criasse mecanismos de controle e monitoramento permanentes do cumprimento das respectivas obrigações pelos municípios participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, nos termos do art. 11 da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013 e dos arts. 3º, 4º e 5º da Portaria SGTES/MS nº 30, de 12/2/2014;

A implementação dessas duas recomendações permite a identificação, pelo Ministério da Saúde, de municípios que não estão cumprindo suas obrigações, de modo a possibilitar a adoção das providências cabíveis e o saneamento das falhas detectadas. Especificamente no que concerne aos casos de cumprimento inadequado das obrigações municipais acima relatados, foi proposto determinar à Coordenação Nacional do Projeto Mais Médicos para o Brasil para entrar em contato com os municípios envolvidos e adotar as providências cabíveis para garantir a alimentação e a oferta de moradia adequadas para os médicos do projeto. Adicionalmente, essa Coordenação deve acompanhar a regularização dessa situação.

Com fulcro nessas observações, foram propostas recomendações no sentido de aprimorar o processo de avaliação e monitoramento do projeto, inclusive com a melhoria dos indicadores utilizados.

Assim, com base em tais parâmetros, de modo a verificar a eficácia das ações de avaliação existentes, a unidade técnica solicitou ao Ministério da Saúde que encaminhasse os relatórios das atividades de coordenação, monitoramento e avaliação, bem como os indicadores utilizados.

## 6.2 Elaboração das fichas de qualificação dos indicadores

Em resposta às recomendações dos órgãos de controle sobre o monitoramento do Projeto Mais Médicos para o Brasil, em 2015 o DEPREPS definiu uma matriz de sistemática de monitoramento e acompanhamento do desempenho dos programas, com a definição de indicadores de avaliação e segundo as dimensões de Acesso, Eficiência, Continuidade, Efetividade e Aceitabilidade, relacionados ao Programa Mais Médicos na sua perspectiva global.

A matriz definida inicialmente foi composta por 36 indicadores (Apêndice I). O planejamento era que a partir do monitoramento integral e periódico do Programa, as metas de impacto fossem mais efetivas de forma a subsidiar as decisões e a gestão do Programa.

Quanto ao processo de acompanhamento, a SGTES priorizou análises de 18 indicadores, dentre os 36 definidos inicialmente, agrupados nas dimensões de acesso (5 indicadores), eficiência (2 indicadores), continuidade (5 indicadores) e aceitabilidade (3 indicadores), além de 3 indicadores de dimensão genérica, conforme o Quadro 9:

**Quadro 9 – Indicadores de Monitoramento PMM.**

DIMENSÃO	CONCEITO	INDICADORES
<b>Acesso</b>	Capacidade de ampliar o acesso da população às ações dos programas de provimento do MS	1. Cobertura populacional estimada por médicos em equipes de Atenção Básica
		2. Cobertura potencial do PMM em relação à cobertura total
		3. Índice de médico geral por mil habitantes
		4. Índice de médico do PMM por mil habitantes



		5. Capacidade das UBS para receber novas equipes
<b>Eficiência</b>	Relação entre o produto da intervenção da gestão e os recursos utilizados (financeiro, humano, material)	6. Nº médicos com acesso regular às ofertas educacionais do PMM
		7. Grau de desempenho dos médicos na especialização
<b>Continuidade</b>	Capacidade dos programas de prestar serviço de forma ininterrupta e coordenada	8. Tempo de permanência dos médicos nos programas
		9. Número absoluto de vagas para reposição
		10. Percentual de ocupação de vagas
		11. Proporção de médicos intercambistas em atividade
-	-	12. Proporção de médicos cooperados em atividade
		13. Internações por causas sensíveis a AB (Todos os 20 grupos de diagnósticos)
		14. Razão de vagas bloqueadas por processos administrativos
<b>Aceitabilidade</b>	Grau com que as ações/serviços de saúde ofertados estão de acordo com os valores e expectativas do público alvo dos programas (gestantes, participantes e população)	15. Percentual de redução de equipes AB
		16. Proporção de municípios desistentes do programa
		17. Movimentação de médicos do programa
		18. Razão da movimentação dos médicos entre perfis de vulnerabilidade (perfil 1, 2 e 3 x 4, 5, 6, e 7)

Fonte: Nota Técnica n. 59/2016 - DEPREPS/SGTES/MS.

Quanto à construção dos indicadores, a CGU verificou por meio de acompanhamento das recomendações que a SGTES adotou metodologia em concordância com o documento “Indicadores de Programas – Guia Metodológico”, buscando a escolha de indicadores diretamente relacionados com o desenho do Programa.

Considerando as informações apresentadas pela SGTES, bem como as análises realizadas pela CGU e TCU, estes órgãos concluíram que os indicadores estabelecidos são suficientes para medir o impacto da política na saúde da população e por consequência subsidiar a tomada de decisões por parte do gestor federal. Ressaltou apenas que os indicadores ainda não estavam sendo utilizados em decorrência de dificuldades para a definição de qual o impacto se almeja atingir, e que justificaria toda a estrutura e recursos utilizados no Projeto Mais Médicos.

Para cada um dos 18 indicadores apresentados pela SGTES aos órgãos de controle, após auditorias e recomendações para as falhas de monitoramento encontradas, neste estudo foram produzidas as fichas de qualificação que sistematizam elementos essenciais para compreensão do significado de cada um deles, com base nas fichas de qualificação da RIPSA.

A produção destas fichas tem como propósito a orientação técnica ao usuário, que esclarece os conceitos e critérios adotados para utilização dos indicadores.

Cada indicador foi definido em uma ficha de qualificação padronizada que dispõe sobre as seguintes características:

- a. **Conceituação/Interpretação:** informações que definem o indicador e a forma como ele se expressa, se necessário agregando elementos para a compreensão de seu conteúdo. Explicação sucinta do tipo de informação obtida e seu significado.
- b. **Usos:** principais finalidades de utilização dos dados, a serem consideradas na análise do indicador.
- c. **Limitações:** fatores que restringem a interpretação do indicador, referentes tanto ao próprio conceito quanto as fontes utilizadas.
- d. **Fontes:** instituições responsáveis pela produção dos dados utilizados no cálculo do indicador e pelos sistemas de informação a que correspondem.
- e. **Método de cálculo:** formula utilizada para calcular o indicador, definindo os elementos que a compõem.
- f. **Categorias sugeridas para análise:** níveis de desagregação definidos pela sua potencial contribuição para interpretação dos dados e que estão efetivamente disponíveis. Um dos objetivos é obter resultados do indicador para o território proposto (o estado, uma regional, um município, etc); comparar os resultados: com os outros estados, outras regionais, outros municípios, e com o Brasil.
- g. **Periodicidade:** frequência de atualização de produção dos indicadores. Com objetivo de observar a evolução dos resultados ao longo de um período de tempo (série histórica). A depender da disponibilização dos dados pelas fontes.

Aqui estão apresentadas as fichas de qualificação produzidas para os 18 indicadores apresentados à CGU e ao TCU:

<b>Indicador 1</b>	
<b>Nome do Indicador</b>	Cobertura populacional estimada por médicos em equipes de Atenção Básica
<b>Conceituação/ Interpretação</b>	Número médio mensal de médicos em equipes da atenção básica à saúde, para cada 3000 pessoas, em relação à população total residente no município e ano avaliado, para garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde.
<b>Usos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoramento do acesso aos serviços de Atenção Básica, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS).</li> <li>• Distribuição proporcional segundo o número de médicos em atuação nas Equipes de Atenção Básica (convencional + Estratégia de Saúde da Família), em determinado espaço geográfico, no ano considerado.</li> <li>• Acompanhar a capacidade de ampliar o acesso da população às ações do programa de provimento do MS.</li> </ul>
<b>Limitações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imprecisões no cadastro de médicos no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).</li> <li>• Eventuais falhas de cobertura na coleta direta de dados demográficos.</li> </ul>
<b>Fonte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde</li> <li>• e-Gestor Atenção Básica/Departamento de Saúde da Família (DESF)</li> </ul>
<b>Método de Cálculo</b>	<p>Cobertura AB: parâmetro calculado pelo Departamento de Saúde da Família, que consideram população de 3.000 hab./equipe, sendo que para equipes organizadas de outras formas, considera-se a carga horária médica na Atenção Básica de 60h/semanais para 3.000 hab. A estimativa para 3.450 hab./equipe é dada a partir dos percentuais de cobertura municipal multiplicados por 1,15, condicionados ao limite da população.</p> $\frac{N^{\circ} \text{ eSF} \times 3.450 + (n^{\circ} \text{ eAB param.} + n^{\circ} \text{ eSF equivalentes}) \times 3.000}{\text{Estimativa populacional}} \times 1000$
<b>Categorias sugeridas para análise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, municípios.</li> </ul>
<b>Periodicidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quadrimestral</li> </ul>

<b>Indicador 2</b>	
<b>Nome do Indicador</b>	Cobertura potencial do PMMB em relação à cobertura total da Atenção Básica

<b>Conceituação/ Interpretação</b>	Monitoramento do percentual de cobertura populacional estimada na Atenção Básica, pelos médicos que atuam pelo Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), com relação ao cálculo realizado para estimativa de cobertura total da Atenção Básica.
<b>Usos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dimensionar a população-alvo de ações e serviços.</li> <li>• Analisar variações geográficas e temporais na distribuição de médicos.</li> <li>• Orientar a alocação de recursos públicos.</li> <li>• Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS).</li> <li>• Estima o quantitativo de médicos do PMMB em atuação nos municípios que potencialmente podem prestar assistência a população adscrita no território de atuação.</li> </ul>
<b>Limitações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imprecisões no cadastro de médicos no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).</li> <li>• Eventuais falhas de cobertura na coleta direta de dados demográficos.</li> <li>• Imprecisões inerentes a metodologia utilizada na elaboração de cruzamento de dados entre os sistemas.</li> <li>• Para o cálculo do indicador é necessário aguardar o fechamento oficial da base do SCNES e dos parâmetros calculados pelo Departamento de Saúde da Família (DESF) para cobertura total.</li> <li>• Este indicador não tem o objetivo de mensurar a resolutividade da atuação dos médicos do PMMB (número de consultas, número de visitas, etc.)</li> </ul>
<b>Fonte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde:</li> <li>• SGP – Sistema de Gerenciamento de Programas</li> <li>• e-Gestor Atenção Básica/Departamento de Saúde da Família (DESF)</li> </ul>
<b>Método de Cálculo</b>	<p><u>Numerador</u>: N° de médicos do PMMB atuando em eAB + N° de médicos do PMMB atuando em eSF em determinado local e período (Fonte: SGP + SCNES) X Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica (Fonte: IBGE + e-Gestor)</p> <p><u>Denominador</u>: N° total de médicos atuando em eAB + N° total de médicos atuando em eSF em determinado local e período (SCNES)</p> $\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de médicos do PMMB atuando em eAB} + \text{N}^{\circ} \text{ de médicos do PMMB atuando em eSF em determinado local e período}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de médicos atuando em eAB} + \text{N}^{\circ} \text{ total de médicos atuando em eSF em determinado local e período}} \times \frac{\text{Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica}}{\text{Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica}} \times 100$
<b>Categorias sugeridas para</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, municípios e Distritos Sanitários Especiais Indígenas.</li> </ul>

<b>análise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo: masculino e feminino.</li> <li>• Idade</li> <li>• Tempo de formação; local de formação.</li> <li>• Perfil de médicos do PMMB.</li> <li>• Série histórica da cobertura, por ano/mês.</li> </ul>
<b>Periodicidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quadrimestral</li> </ul>

<b>Indicador 3</b>	
<b>Nome do Indicador</b>	Índice de médico geral por mil habitantes
<b>Conceituação/ Interpretação</b>	Número de profissionais graduados e habilitados para atuação como médicos para cada mil habitantes, residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
<b>Usos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompanhar o aumento de médicos em atuação por unidade geográfica.</li> <li>• Analisar variações geográficas e temporais na distribuição de médicos.</li> <li>• Orientar a construção de políticas públicas.</li> </ul>
<b>Limitações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imprecisões no cadastro de médicos no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).</li> <li>• Eventuais falhas de cobertura na coleta direta de dados demográficos.</li> </ul>
<b>Fonte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde:</li> <li>• CFM – Conselho Federal de Medicina</li> <li>• Tratamento interno da informação</li> </ul>
<b>Método de Cálculo</b>	<p><u>Numerador</u>: número de médicos ativos</p> <p><u>Denominador</u>: população</p> $\frac{\text{Nº de médicos ativos}}{\text{População}} \times 1000$
<b>Categorias sugeridas para análise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, municípios.</li> </ul>
<b>Periodicidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anual</li> </ul>

<b>Indicador 4</b>	
<b>Nome do Indicador</b>	Índice de médico do PMM por mil habitantes
<b>Conceituação/ Interpretação</b>	Número de médicos participantes do Programa Mais Médicos para cada mil habitantes, residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
<b>Usos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompanhar o aumento de médicos em atuação por unidade geográfica.</li> <li>• Analisar variações geográficas e temporais na distribuição de médicos.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar a alocação de recursos públicos.</li> </ul>
<b>Limitações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imprecisões no cadastro de médicos no Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP) e/ou no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).</li> <li>• Eventuais falhas de cobertura na coleta direta de dados demográficos.</li> <li>• Imprecisões inerentes a metodologia utilizada na elaboração de cruzamento de dados entre os sistemas.</li> </ul>
<b>Fonte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SCNES</li> <li>• SGP</li> <li>• Tratamento interno da informação</li> </ul>
<b>Método de Cálculo</b>	<p><u>Numerador</u>: médicos ativos do PMM</p> <p><u>Denominador</u>: população total</p> $\frac{\text{Nº de médicos ativos do PMM}}{\text{População}} \times 1000$
<b>Categorias sugeridas para análise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, municípios.</li> </ul>
<b>Periodicidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Semestral</li> </ul>

<b>Indicador 5</b>	
<b>Nome do Indicador</b>	Capacidade das UBS para receber novas equipes
<b>Conceituação/ Interpretação</b>	Entende-se a capacidade de expansão na UBS, como a capacidade do estabelecimento em instalar uma nova Equipe de Atenção Básica. Para isso o estabelecimento necessita de uma relação de entre número de consultórios e quantidade de equipes existentes na mesma UBS.
<b>Usos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar vagas potenciais para alocação dos participantes dos programas.</li> <li>• Determinar o limite de profissionais que o município pode receber, com relação à capacidade de suas Unidades Básicas de Saúde em acolher novas Equipes de Atenção Básica.</li> <li>• Avaliar o potencial físico e de recursos humanos de uma unidade de saúde com base em dados oficiais obtidos pelo censo PMAQ-AB do 1º ciclo e a avaliação do 2º ciclo do PMAQ-AB.</li> </ul>
<b>Limitações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eventuais falhas na coleta direta do censo.</li> <li>• Imprecisões inerentes a metodologia utilizada na elaboração de levantamento de dados.</li> <li>• Atualização do censo sem prazo definido.</li> </ul>
<b>Fonte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DESF - Departamento de Saúde da Família</li> </ul>

<b>Método de Cálculo</b>	<p><u>Numerador</u>: Número de consultórios X nº de turnos X 4 horas (*) parâmetro consulta.</p> <p><u>Denominador</u>: hora X dias úteis do mês.</p> $\frac{\text{Nº de consultas x nº de turnos x 4 horas x parâmetro consulta}}{\text{Hora x dias úteis do mês}}$
<b>Categorias sugeridas para análise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade geográfica: Distrito Federal, municípios.</li> </ul>
<b>Periodicidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A depender da realização do censo do Departamento de Saúde da Família/MS</li> </ul>

<b>Indicador 6</b>	
<b>Nome do Indicador</b>	Número de médicos com acesso regular às ofertas educacionais do PMM
<b>Conceituação/ Interpretação</b>	Número de médicos que estão em situação regular de acordo com a finalidade do programa de aperfeiçoar médicos na atenção básica em saúde em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS), mediante realização de curso de especialização por instituição pública de educação superior e atividades de ensino, pesquisa e extensão, com componente assistencial mediante integração ensino-serviço.
<b>Usos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar o número de médicos matriculados e com atividades regulares em cada ciclo/total de médicos participantes por ciclo, de acordo com as diretrizes do caráter educacional do Programa de Provisão de Médicos do Ministério da Saúde.</li> <li>• Acompanhar o aprimoramento da formação médica no Brasil, assegurando maior experiência no campo de prática sobre a realidade da saúde da população brasileira, nas políticas públicas de saúde do Brasil e na organização e funcionamento do SUS.</li> <li>• Garantir a formação ensino-serviço para todos participantes do programa, com a participação em curso de especialização e atividades de ensino, pesquisa e extensão.</li> </ul>
<b>Limitações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inconsistências no cadastro de médicos na Plataforma UNASUS e no Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP).</li> <li>• Imprecisões inerentes a metodologia utilizada na elaboração de cruzamento de dados entre os sistemas.</li> </ul>
<b>Fonte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SGP – Sistema de Gerenciamento de Programas</li> <li>• Plataforma UNASUS</li> </ul>
<b>Método de Cálculo</b>	<u>Numerador</u> : Número de médicos matriculados e com atividades regulares em cada ciclo.

	<p><u>Denominador</u>: Total de médicos participantes por ciclo.</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ de médicos matriculados e com atividades regulares em cada ciclo}}{\text{Total de médicos participantes por ciclo}}$
<b>Categorias sugeridas para análise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, municípios e Distritos Sanitários Especiais Indígenas.</li> <li>• Sexo</li> <li>• Idade</li> <li>• Perfil de médicos do PMMB.</li> </ul>
<b>Periodicidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Semestral</li> </ul>

<b>Indicador 7</b>	
<b>Nome do Indicador</b>	Grau de desempenho dos médicos na especialização
<b>Conceituação/ Interpretação</b>	<p>Indicador relacionado ao nível de desenvolvimento dos médicos com relação ao primeiro ciclo do eixo pedagógico do Projeto Mais Médicos para o Brasil. O Monitoramento de Desempenho dos profissionais participantes dos cursos ocorrerá considerando-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frequência e desempenho nos módulos</li> <li>• Apresentação do TCC</li> </ul> <p>As atividades educacionais dos cursos possuem como objetivo fazer com que os profissionais participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil possam vir a desenvolver conhecimentos, habilidades e competências necessárias ao melhor desempenho de suas funções, contribuindo, assim, para a qualificação da atenção à saúde prestada à população.</p>
<b>Usos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervir na permanência (renovação) dos médicos com mau desempenho no PMM.</li> </ul>
<b>Limitações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inconsistências no cadastro de médicos na Plataforma UNASUS e no Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP).</li> <li>• Imprecisões inerentes a metodologia utilizada na elaboração de cruzamento de dados entre os sistemas.</li> </ul>
<b>Fonte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UNASUS – Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde</li> <li>• SGP – Sistema de Gerenciamento de Programas</li> </ul>
<b>Método de Cálculo</b>	Depende de cada Instituição, pois as Universidades parceiras têm autonomia para organizar a forma de avaliação de desempenho.
<b>Categorias sugeridas para análise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, municípios e Distritos Sanitários Especiais Indígenas.</li> <li>• Sexo</li> <li>• Idade</li> <li>• Tempo de formação; local de formação.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perfil de médicos do PMMB.</li> </ul>
<b>Periodicidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Semestral</li> </ul>

<b>Indicador 8</b>	
<b>Nome do Indicador</b>	Tempo de permanência dos médicos no programa
<b>Conceituação/ Interpretação</b>	Acompanhar o quanto os médicos do programa estão estabelecendo vínculo com os municípios escolhidos de acordo com as regras dos editais, permanecendo nos mesmos por um período superior a 1 ano.
<b>Usos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar o tempo de permanência dos médicos participantes do PMM no mesmo município.</li> <li>• Observar se o PMM tem contribuído com a redução da rotatividade de médicos na AB (considerar o mínimo de 1 ano de atuação no mesmo município).</li> </ul>
<b>Limitações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inconsistências entre o cadastro de médicos no Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP) e o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).</li> <li>• Imprecisões inerentes a metodologia utilizada na elaboração de cruzamento de dados entre os sistemas.</li> <li>• Para o cálculo do indicador é necessário aguardar o fechamento oficial da base do SCNES.</li> <li>• Este indicador não tem o objetivo de mensurar a resolutividade da atuação dos médicos do PMMB (número de consultas, número de visitas, etc.)</li> </ul>
<b>Fonte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SGP (Sistema de Gerenciamento de Programas)</li> <li>• SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde</li> </ul>
<b>Método de Cálculo</b>	<p>Data de encerramento das atividades do médico menos a data de início das atividades no PMMB.</p> <p style="text-align: center;">Data de desligamento do médico – Data de entrada</p>
<b>Categorias sugeridas para análise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, municípios e Distritos Sanitários Especiais Indígenas.</li> <li>• Sexo</li> <li>• Idade</li> <li>• Tempo de formação; local de formação.</li> <li>• Perfil de médicos do PMMB.</li> <li>• Perfil de município.</li> </ul>
<b>Periodicidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trimestral</li> </ul>

<b>Indicador 9</b>	
<b>Nome do Indicador</b>	Número absoluto de vagas para reposição
<b>Conceituação/ Interpretação</b>	Quantidade de vagas autorizadas para alocação de médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil nos municípios que estão desocupadas em razão da desistência de participantes do Projeto, do fim das atividades de aperfeiçoamento dos participantes selecionados ou em razão do deferimento de processos administrativos ou em virtude de reprovação de participantes na especialização.
<b>Usos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar a quantidade de vagas em aberto para reposição a serem ofertadas para confirmação pelos municípios e escolha dos médicos em editais de chamamento público.</li> <li>• Orientar o planejamento da publicação de editais de reposição de médicos.</li> <li>• Orientar o planejamento do gasto com recurso público.</li> </ul>
<b>Limitações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imprecisões no registro de dados no SGP e monitoramento interno da Coordenação do PMMB.</li> </ul>
<b>Fonte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SGP – Sistema de Gerenciamento de Programas</li> <li>• Tratamento interno</li> </ul>
<b>Método de Cálculo</b>	<p>Número de vagas autorizadas menos o número de médicos ativos.</p> <p style="text-align: center;">vagas autorizadas - médicos ativos</p>
<b>Categorias sugeridas para análise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, municípios e Distritos Sanitários Especiais Indígenas.</li> <li>• Perfil de município</li> </ul>
<b>Periodicidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trimestral</li> </ul>

<b>Indicador 10</b>	
<b>Nome do Indicador</b>	Percentual de ocupação de vagas
<b>Conceituação/ Interpretação</b>	De todas as vagas autorizadas para alocação de médicos nos municípios aderidos ao Projeto Mais Médicos para o Brasil e disponibilizadas a cada edital de chamamento público, monitorar o percentual de vagas que foram ocupadas por médicos após finalização do certame.
<b>Usos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medir a disponibilidade de médicos do PMMB segundo localização geográfica.</li> <li>• Observar o potencial do município de ocupação das vagas após escolha no edital.</li> <li>• Dimensionar a necessidade de autorização de novas vagas para um</li> </ul>

	<p>determinado território.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisar variações geográficas e temporais na distribuição de médicos.</li> <li>• Orientar a alocação de recursos públicos.</li> <li>• Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS).</li> <li>• Cumprimento do objetivo do PMM, acompanhando a evolução do indicador.</li> </ul>
<b>Limitações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inconsistências no cadastro de médicos no Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP).</li> </ul>
<b>Fonte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SGP – Sistema de Gerenciamento de Programas</li> </ul>
<b>Método de Cálculo</b>	<p><u>Numerador</u>: Número de médicos ativos</p> <p><u>Denominador</u>: Número de vagas autorizadas – desistentes</p> $\frac{\text{Nº de médicos ativos}}{\text{Nº de vagas autorizadas – desistentes}} \times 100$
<b>Categorias sugeridas para análise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, municípios e Distritos Sanitários Especiais Indígenas.</li> <li>• Perfil de médicos do PMMB</li> <li>• Tempo de atuação nos municípios</li> <li>• Perfil de município.</li> </ul>
<b>Periodicidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por ciclo / Edital publicado</li> </ul>

<b>Indicador 11</b>	
<b>Nome do Indicador</b>	Proporção de médicos intercambistas em atividade
<b>Conceituação/ Interpretação</b>	Acompanhar a proporção de médicos brasileiros ou estrangeiros com formação e habilitação para o exercício da medicina no exterior, dentre o total de médicos em atuação no programa.
<b>Usos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tendência de transição de médicos formados no exterior para médicos CRM Brasil.</li> <li>• Observar a transição da cooperação pela expansão de médicos brasileiros nas regiões de fronteira.</li> </ul>
<b>Limitações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inconsistências entre o cadastro de médicos no Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP).</li> </ul>
<b>Fonte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SGP – Sistema de Gerenciamento de Programas</li> </ul>
<b>Método de Cálculo</b>	<p><u>Numerador</u>: Número de médicos intercambistas em atividade</p> <p><u>Denominador</u>: Total de médicos do programa</p> $\frac{\text{Nº médicos intercambistas em atividade}}{\text{Total de médicos do programa}} \times 100$

	Total médicos do programa
<b>Categorias sugeridas para análise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, municípios e Distritos Sanitários Especiais Indígenas.</li> <li>• Sexo</li> <li>• Idade</li> <li>• Tempo de formação; local de formação.</li> <li>• Perfil de município.</li> </ul>
<b>Periodicidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mensal</li> </ul>

<b>Indicador 12</b>	
<b>Nome do Indicador</b>	Proporção de médicos CRM Brasil em atividade
<b>Conceituação/ Interpretação</b>	Acompanhar a proporção de médicos brasileiros que estão aderindo aos Programas de Provisão de médicos do Ministério da Saúde, dentre o total de médicos em atuação no programa.
<b>Usos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tendência de transição de perfis de médico atuando no Programa</li> <li>• Observar a expansão da ocupação de vagas por médicos brasileiros nas regiões mais vulneráveis.</li> </ul>
<b>Limitações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inconsistências entre o cadastro de médicos no Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP).</li> </ul>
<b>Fonte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SGP – Sistema de Gerenciamento de Programas</li> </ul>
<b>Método de Cálculo</b>	<p><u>Numerador</u>: Número de médicos CRM Brasil em atividade</p> <p><u>Denominador</u>: Total de médicos do programa</p> $\frac{\text{Nº médicos CRM Brasil em atividade} \times 100}{\text{Total médicos do programa}}$
<b>Categorias sugeridas para análise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, municípios e Distritos Sanitários Especiais Indígenas.</li> <li>• Sexo</li> <li>• Idade</li> <li>• Tempo de formação; local de formação.</li> <li>• Perfil de município.</li> </ul>
<b>Periodicidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mensal</li> </ul>

<b>Indicador 13</b>	
<b>Nome do Indicador</b>	Internações por causas sensíveis a AB (Todos os 20 grupos de diagnósticos)

<b>Conceituação/ Interpretação</b>	<p>Demonstra a capacidade de resolução da Atenção Primária ao identificar áreas claramente passíveis de melhorias enfatizando problemas de saúde que necessitam de melhor prosseguimento e de melhor organização entre os níveis assistenciais.</p> <p>A análise das taxas de internações por causas sensíveis à Atenção Básica, conforme definidos no Art. 2º da Portaria 221/2008 – SAS/MS20, faz parte do objetivo de monitoramento da qualidade da atenção básica por meio de efeitos verificáveis em serviços de outras naturezas. Quando qualificamos as taxas de internação por causas sensíveis à atenção básica por 10 mil habitantes relacionada à presença do Programa Mais Médicos, podemos chegar a importantes resultados quanto à efetividade e impacto do programa.</p>
<b>Usos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar as internações por causas sensíveis a Atenção Básica e apoiar ações para melhoria da resolutividade da Atenção Básica de modo a prevenir essas hospitalizações.</li> </ul>
<b>Limitações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imprecisões inerentes a metodologia utilizada na elaboração de cruzamento de dados entre os sistemas.</li> </ul>
<b>Fonte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SIH/SUS - Sistema de Internação Hospitalar</li> </ul>
<b>Método de Cálculo</b>	<p><u>Numerador</u>: número de principais internações por causas sensíveis selecionadas à Atenção Básica, em determinado local e período</p> <p><u>Denominador</u>: Total de internações clínicas, em determinado local e período</p> $\frac{\text{Nº de internações por causas sensíveis selecionadas a Atenção Básica, em determinado local e período}}{\text{Total de internações clínicas, em determinado local e período}} \times 100$
<b>Categorias sugeridas para análise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade geográfica: Brasil, regiões, estados, Distrito Federal e municípios.</li> </ul>
<b>Periodicidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anual</li> </ul>

<b>Indicador 14</b>	
<b>Nome do Indicador</b>	Razão de vagas bloqueadas por processos administrativos
<b>Conceituação/ Interpretação</b>	Relacionado às sanções de bloqueio das vagas autorizadas de municípios/Distrito Federal que deixam de cumprir suas atribuições, estabelecidas conforme as regras do Programa e do Termo de Adesão e Compromisso, assinado com o Ministério da Saúde.
<b>Usos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medir a disponibilidade de médicos do PMMB segundo localização geográfica.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dimensionar a necessidade de análise das diversas situações que levaram ao bloqueio da vaga.</li> <li>• Orientar a alocação de recursos públicos.</li> <li>• Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS).</li> <li>• Cumprimento do objetivo do PMM, acompanhando a evolução do indicador.</li> <li>• Monitorar capacidade dos municípios de gerir as condicionalidades do PMM: inserir os médicos em equipes de atenção básica nas modalidades previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); fornecer condições adequadas para o exercício das atividades dos médicos, conforme exigências e especificações da PNAB; inscrever o médico participante do Projeto no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e identificá-lo na respectiva equipe de atenção básica em que atua; não substituir os médicos que já compõem as equipes de atenção básica pelos participantes deste Projeto; manter, durante a execução do Projeto, as equipes de atenção básica atualmente constituídas com profissionais médicos não participantes do Projeto; oferecer moradia, garantir alimentação adequada e fornecimento de água potável para o médico participante do Projeto, conforme critérios estabelecidos no edital.</li> </ul>
<b>Limitações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imprecisões inerentes a metodologia utilizada na elaboração de cruzamento de dados entre os sistemas.</li> </ul>
<b>Fonte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SGP (Sistema de Gerenciamento de Programas)</li> <li>• SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.</li> </ul>
<b>Método de Cálculo</b>	<p><u>Numerador</u>: Número de vagas bloqueadas por motivo</p> <p><u>Denominador</u>: Número de vagas autorizadas</p> $\frac{\text{Vagas bloqueadas por motivo}}{\text{Vagas autorizadas}}$
<b>Categorias sugeridas para análise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por categoria (descumprimento de contrapartida, redução equipe, etc)</li> <li>• Município</li> <li>• Perfil de município</li> </ul>
<b>Periodicidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mensal</li> </ul>

<b>Indicador 15</b>	
<b>Nome do Indicador</b>	Percentual de redução de equipes AB
<b>Conceituação/</b>	Monitoramento da evolução quantitativa de médicos que atuam nos

<b>Interpretação</b>	municípios participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, proporcional a quantidade de médicos recebidos pelos entes federados após adesão ao Projeto.
<b>Usos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar trimestralmente a evolução de médicos em atuação na atenção básica dos municípios participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, de forma a identificar se o incremento de médicos é proporcional ao número de profissionais disponibilizados ao ente federativo.</li> <li>• Comparativo entre a média do quantitativo de médicos na Atenção básica de cada município brasileiro e a situação da adesão ao PMMB.</li> <li>• Análise da evolução do quantitativo de médicos, FTE, em períodos anterior e posterior a implantação do PMMB.</li> </ul>
<b>Limitações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inconsistências no cadastro dos médicos no SCNES.</li> <li>• Falta de informações no Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP) sobre o número do CNES da Unidade de Saúde e INE – Identificador Nacional de Equipes (este quando houver) da equipe em que o médico atua.</li> </ul>
<b>Fonte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.</li> </ul>
<b>Método de Cálculo</b>	<p>Relação entre número de equipes existentes antes e após a adesão do município ao Programa MM</p> $\frac{\text{Nº equipes atual} - \text{Nº de equipes existentes antes}}{\text{Nº de equipes existentes antes}}$
<b>Categorias sugeridas para análise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal e municípios.</li> <li>• Perfil de município</li> </ul>
<b>Periodicidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trimestral</li> </ul>

<b>Indicador 16</b>	
<b>Nome do Indicador</b>	Proporção de municípios desistentes do programa
<b>Conceituação/ Interpretação</b>	Proporção de Municípios/Distrito Federal que estavam habilitados ao preenchimento de vagas para aperfeiçoamento de profissionais em suas unidades básicas de saúde, mas desistiram da participação dos Programas de Provisão de Médicos do Ministério da Saúde nos termos e condições do edital de adesão.
<b>Usos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dimensionar a população-alvo de ações e serviços.</li> <li>• Analisar variações geográficas e temporais na distribuição de médicos.</li> <li>• Orientar a alocação de recursos públicos.</li> <li>• Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação, com vistas ao</li> </ul>

	<p>fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar o número de desistências, e as justificativas, de municípios que aderiram ao programa.</li> </ul>
<b>Limitações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imprecisões inerentes a metodologia utilizada na elaboração de cruzamento de dados entre os sistemas.</li> </ul>
<b>Fonte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SGP (Sistema de Gerenciamento de Programas)</li> </ul>
<b>Método de Cálculo</b>	<p><u>Numerador</u>: Número municípios desistentes (total de vagas e número parcial de vagas).</p> <p><u>Denominador</u>: Total de municípios inscritos no PMM.</p> $\frac{\text{Nº de municípios desistentes (total e parcial)} \times 100}{\text{Total de municípios inscritos no PMM}}$
<b>Categorias sugeridas para análise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, municípios e Distritos Sanitários Especiais Indígenas.</li> <li>• Perfil de município.</li> <li>• Motivo da Desistência</li> </ul>
<b>Periodicidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mensal</li> </ul>

<b>Indicador 17</b>	
<b>Nome do Indicador</b>	Movimentação de médicos do programa
<b>Conceituação/ Interpretação</b>	Acompanhamento da entrada dos médicos no programa e as mudanças na alocação inicial, em decorrência de remanejamentos entre municípios, em que em que o médico participante, por motivo alheio à sua vontade, não puder cumprir com as obrigações decorrentes de sua participação no Projeto no município onde foi alocado inicialmente ou por vontade própria solicite alteração da alocação para outro município e for deferido pela Coordenação Nacional do Programa.
<b>Usos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Construir o histórico do caminho percorrido pelos médicos no PMM.</li> <li>• Optar pelo provimento de médicos em regiões prioritárias para o SUS: áreas de difícil acesso, de difícil provimento de médicos ou que possuam populações em situação de maior vulnerabilidade.</li> </ul>
<b>Limitações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imprecisões no cadastro de médicos no Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP).</li> <li>• Imprecisões inerentes a metodologia utilizada na elaboração de cruzamento de dados.</li> </ul>
<b>Fonte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SGP (Sistema de Gerenciamento de Programas)</li> </ul>
<b>Método de Cálculo</b>	<p>Número absoluto de alocações</p> <p>Número absoluto de remanejamentos</p>



<b>Categorias sugeridas para análise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, municípios e Distritos Sanitários Especiais Indígenas.</li> <li>• Perfil de médicos do PMMB.</li> <li>• Perfil de municípios.</li> </ul>
<b>Periodicidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mensal</li> </ul>

<b>Indicador 18</b>	
<b>Nome do Indicador</b>	Razão da movimentação dos médicos entre perfis de vulnerabilidade (perfil 1, 2 e 3 x 4, 5, 6 e 7)
<b>Conceituação/ Interpretação</b>	<p>Número de remanejamentos de médicos entre municípios em relação a classificação dos perfis de municípios de atuação.</p> <p>Para priorizar os municípios de alocação dos médicos, utilizou-se uma classificação de vulnerabilidade dos municípios segundo categorias delimitadas, primeiramente, pela Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC/2013, depois por outras áreas especiais de vulnerabilidade social (outros municípios de IDHM baixo e muito baixo, ou que sofrem de escassez na região Norte, ou outros da região do Semiárido, ou outros das regiões dos Vales do Jequitinhonha, Mucuri e Ribeira) e, finalmente, pelos municípios agrupados no Piso de Atenção Básica fixo (PAB fixo, Portaria nº 1.409/GM/MS) que não foram contemplados nas duas classificações anteriores. A partir dessa metodologia, foram os perfis que seguem uma ordem crescente de vulnerabilidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ PERFIL 1: áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios dos grupos III e IV do PAB fixo conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e disposto na Portaria nº 1.409/GM/MS, de 10 de julho de 2013, que não se encaixam nos demais perfis;</li> <li>▪ PERFIL 2: áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios do grupo II do PAB fixo conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e disposto na Portaria nº 1.409/GM/MS, de 10 de julho de 2013, que não se encaixam nos demais perfis;</li> <li>▪ PERFIL 3: áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza das Capitais e Regiões Metropolitanas, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);</li> <li>▪ PERFIL 4: áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema</li> </ul>

	<p>pobreza dos municípios do grupo I do PAB fixo conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e e disposto na Portaria GM/MS nº 1.409, de 10 de julho de 2013, que não se encaixam nos demais perfis;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perfil 5: 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;</li> <li>▪ PERFIL 6: áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios que estão em regiões de vulnerabilidade (Vale do Ribeira, Vale do Jequitinhonha, Vale do Mucuri, Municípios com IDH-M baixo ou muito baixo e Região do Semiárido), que não se encaixam nos demais perfis;</li> <li>▪ PERFIL 7: 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 <a href="http://www.mds.gov.br/sagi">www.mds.gov.br/sagi</a>.</li> </ul>
<b>Usos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer um parâmetro pelos médicos ativos, observar a linha de base e a curva.</li> <li>• Elaborar a curva de tendência e monitorar o êxodo para manter o equilíbrio e a interiorização dos programas;</li> <li>• Priorizar áreas que se enquadrem em pelo menos uma das seguintes condições: a) ter o Município 20% (vinte por cento) ou mais da população vivendo em extrema pobreza; b) estar 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; c) estar situado em área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS); ou d) estar em regiões censitárias 4 (quatro) e 5 (cinco) dos Municípios, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).</li> </ul>
<b>Limitações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imprecisões no cadastro de médicos no Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP).</li> <li>• Eventuais falhas de cobertura na coleta direta de dados demográficos.</li> <li>• Imprecisões inerentes a metodologia utilizada na elaboração de cruzamento de dados entre os sistemas.</li> </ul>
<b>Fonte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SGP (Sistema de Gerenciamento de Programas)</li> </ul>
<b>Método de Cálculo</b>	<p><u>Numerador</u>: Número de médicos nos perfis 1, 2 e 3</p> <p><u>Denominador</u>: Número de médicos nos perfis 4, 5, 6 e 7</p> <p style="text-align: center;">Nº de médicos nos perfis 1, 2 e 3</p>

	<hr/> Nº de médicos nos perfis 4, 5, 6 e 7
<b>Categorias sugeridas para análise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, municípios e Distritos Sanitários Especiais Indígenas.</li> <li>• Perfil de médicos do PMMB.</li> <li>• Perfil de municípios.</li> </ul>
<b>Periodicidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mensal</li> </ul>

Na construção destas fichas de qualificação levou-se em conta que ao monitorar um indicador o conhecimento que dispomos sobre ele e alguns questionamentos devem ser suscitados: Qual é o seu significado? Que informação nos fornece? Qual sua relação com resultados esperados na situação de saúde? Quais são suas limitações? É de pouco valor acompanhar resultados para um indicador que desconhecemos.

### 6.3 Proposta de validação da Matriz de Indicadores

A partir da produção das fichas com detalhamento de como são construídos os 18 indicadores, apresentados à CGU e ao TCU, foi necessário estabelecer um ranking destes possibilitando uma análise quantitativa ponderada para uma seleção menos intuitiva e definir os 10 indicadores para compor a matriz de prioridades.

O resultado da atribuição das propriedades aos indicadores realizada nesta pesquisa foi a seleção de dez indicadores-chave. Os indicadores selecionados para compor a matriz de prioridades foram o número 2, 6, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16 e 18 na mesma ordem da planilha acima, como demonstrado no Quadro 10.

**Quadro 10 – Indicadores selecionados para compor a matriz de indicadores-chave.**

<b>INDICADOR</b>
1. Cobertura potencial do PMM em relação à cobertura total
2. Nº médicos com acesso regular às ofertas educacionais do PMM
3. Tempo de permanência dos médicos no programa
4. Percentual de ocupação de vagas
5. Proporção de médicos intercambistas em atividade
6. Proporção de médicos CRM Brasil em atividade
7. Razão de vagas bloqueadas por processos administrativos
8. Percentual de redução de equipes AB
9. Proporção de municípios desistentes do programa
10. Razão da movimentação dos médicos entre perfis de vulnerabilidade (perfil 1, 2 e 3 x 4, 5, 6, e 7)

Fonte: Resultados da pesquisa.

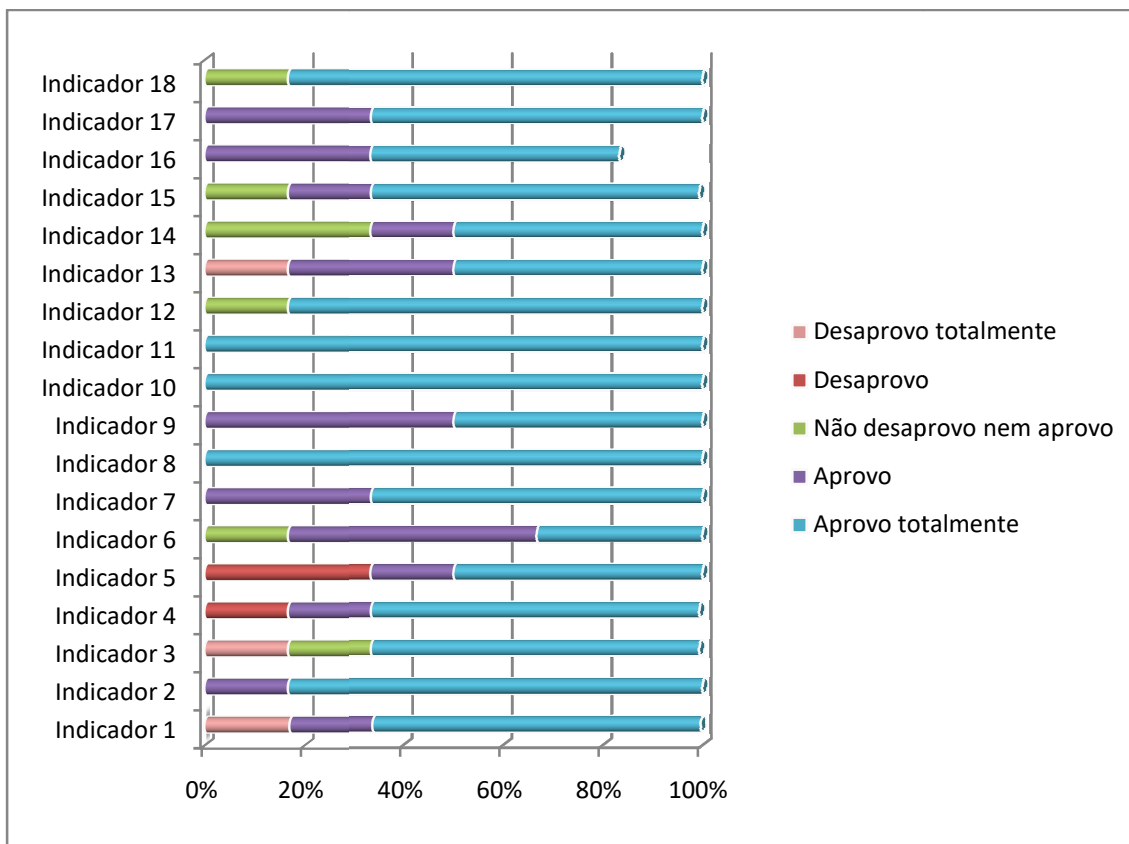
Após os resultados obtidos pela pesquisadora, os 18 indicadores foram submetidos ao painel de especialistas para análise de concordância, como parte do processo de validação.

Do total de oito especialistas convidados a compor o painel, sete fizeram assinatura eletrônica do TCLE, mas apenas seis encaminharam resposta por email com preenchimento do instrumento com análise da validação dos indicadores.

Inicialmente, estavam previstas duas rodadas para análise do instrumento de validação, mas o consenso foi aproximado entre os “painelistas” e por questões de temporalidade e disponibilidade dos participantes o processo ocorreu em uma rodada.

A partir dos resultados obtidos pelo Método Delphi, a maioria dos indicadores obteve um alto nível de concordância, por parte dos integrantes do painel de especialistas, a partir da comparação com a análise que foi realizada pela pesquisadora quanto a agregação de propriedades e a manutenção ou eliminação do indicador na matriz de sistemática de monitoramento, como demonstrado no Gráfico 1.

**Gráfico 1 – Resultado da análise da validação pelos especialistas.**



Fonte: Resultados da pesquisa.

#### Indicadores selecionados para manutenção:

- **Indicadores 8, 10 e 11:** tiveram 100% de concordância total dos especialistas com relação a sua manutenção como indicador-chave para inclusão na matriz de sistemática de monitoramento.

O indicador 8 foi “*considerado fundamental pela relevância de manter equipes estáveis em qualquer programa público. Trata-se de indicador que dimensiona a rotatividade de pessoal, fator crítico*”.

- **Indicadores 2, 6, 12, 15, 16 e 18:** tiveram no mínimo 80% de concordância dos especialistas quanto a inclusão na matriz de monitoramento.

Ressaltou-se quanto ao indicador 6 que “*monitorar a capacitação é muito importante, mas o indicador proposto poderia ser melhor, tal como % médicos capacitados no Curso Básico do PMM (com X horas de formação)*”.

A opinião de 16,7% dos especialistas é que o indicador 12 é dispensável frente aos outros apresentados, que já retratam a oferta ou falta de disponibilidade de profissionais do SUS. Entretanto a grande maioria aprovou a manutenção deste indicador.

Foi ratificado que o indicador 15 *“é importante para avaliar efeitos indesejados do programa, mas gerou a seguinte dúvida em um componente do painel de especialistas: O que estaria medindo nesse indicador - um desinvestimento do município nas ações da AB?”*.

Ressalta-se que o monitoramento deste indicador é importante para fazer cumprir o Art. 11, da Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013, que dispõe que para participação dos Municípios e do Distrito Federal na execução do Projeto, estes não podem substituir os médicos que já compõem as equipes de atenção básica pelos participantes deste Projeto; e, devem manter, durante a execução do Projeto, as equipes de atenção básica atualmente constituídas com profissionais médicos não participantes do Projeto.

Apenas o indicador 16 teve uma resposta em branco, o que representou 16,7% de ausência de resposta para este indicador.

O indicador 18 teve 83,3% de concordância para manutenção na matriz, confirmando que *“é importante para avaliação somativa do programa e também para monitoramento, já que permitiria resolver problemas durante a implementação”*.

- **Indicador 14:** teve concordância de 66,3% dos especialistas para sua manutenção na matriz de prioridades. No entanto, gerou dúvida em 16,7% dos especialistas: *“Como é calculado esse indicador? Não seria melhor ter um indicador que mostre, dentre o total de vagas disponíveis, quantas estão bloqueadas?”*. E houve avaliação de que *“pode ser um indicador importante para fins administrativos, mas nem tanto do ponto de vista do acompanhamento do programa (a menos que seja um problema recorrente)”*.

Como estes indicadores estão sendo discutidos para fins gerenciais, este é um problema que gera prejuízos à população caso não seja monitorado pela gestão do programa a fim de tomar providências em tempo hábil.

Indicadores para eliminação:

- **Indicador 1 e 3:** mais de 70% dos especialistas concordaram que estes são indicadores globais e por si só não representam ação direta do resultado do PMMB.

A respeito do indicador 1, um dos comentários dos especialistas foi que *“é importante manter o indicador de cobertura pela relevância em diagnosticar a potencial falta de médicos do SUS (Atenção Básica) no município. Acredito, inclusive, que esse indicador consta como critério de elegibilidade do município ao Programa”*.

Sobre o indicador 3, um dos especialistas fez o seguinte comentário: *“concordo que por si só o indicador não representa ação direta do resultado do PMMB; mas creio que deve ser mantido para que a SGTES possa usar este indicador como critério de prioridade; por ex. municípios com menos do que 0,1 médicos por mil (10 médicos por 10.000) devem ser prioritários para receber os médicos do PMMB pois este indicador sinaliza falta de acesso à saúde”*.

- **Indicador 4:** foi avaliado que a representatividade do cálculo desse indicador é irrelevante em alguns municípios, a depender da quantidade de vagas autorizadas do PMMB. Apesar de um percentual de 16,7% dos especialistas ter destacado que este *“é um indicador de oferta importante para retratar a eficácia do programa em garantir oferta de AB e que em uma avaliação somativa do programa seria interessante compará-lo com o índice de médicos geral por mil habitantes, para evidenciar a relevância do programa no município”*.
- **Indicador 5:** 66,7% dos especialistas concordaram com a eliminação deste indicador da matriz de monitoramento. Considerou-se que a propriedade confiabilidade não se aplica a este indicador porque depende de informações de terceiros, cuja metodologia de cálculo não é reconhecidamente validada. Como a confiabilidade foi uma das propriedades consideradas eliminatórias, já que não foi atribuída pontuação, o indicador foi eliminado da inclusão na matriz.

Houve alguns questionamento sobre a construção deste indicador: *“Como seria calculado esse indicador? Quais os aspectos seriam considerados para definir essa capacidade ou incapacidade? Seria possível calcular essa*

*informação a partir do web-portfólio? Há algum indicador alternativo que mediria essa capacidade?”.*

Por outro lado, também houve a defesa de 33,3% dos especialistas para que *“esforços sejam realizados para que esse indicador esteja disponível, pois dimensiona a capacidade de oferta de equipamentos para receber os médicos do programa. Por essa razão manteria, a despeito de problemas de confiabilidade atual”.*

- **Indicador 7:** os especialistas concordaram na eliminação, pois não há estudos que validem o grau de desempenho dos médicos na especialização correlacionando ao aumento da qualidade na assistência prestada pelos médicos do PMMB.

Mesmo assim, fizeram o seguinte questionamento: *“o desempenho pode ser medido pela conclusão do curso com aprovação?”.*

- **Indicador 9:** todos os especialistas concordaram na eliminação deste indicador, considerando que sempre há falhas no número absoluto de vagas, por uma série de fatores administrativos.
- **Indicador 13:** a maioria dos especialistas concordou com a eliminação deste indicador, pois considera-se que com relação ao monitoramento das ações do PMMB esse indicador não pode ser analisado isoladamente para representação da realidade associada ao Projeto.

Porém, um dos especialistas entende que *“esse é um indicador de contexto/diagnóstico relevante para acompanhamento do programa, ainda que reconheça sua limitação para captação de efeitos específicos do PMM. Contudo, talvez seja possível conseguir encontrar, dentre os 20 grupos de diagnósticos, um indicador mais sensível aos efeitos do programa”.*

- **Indicador 17:** todos concordaram na eliminação deste indicador, pois não existe metodologia definida para este indicador.

Alguns especialistas reforçaram que este indicador poderia ser excluído, pois a rotatividade e o indicador 18 já parecem dar indicações de problemas de implementação do PMM, tornando esse indicador dispensável para monitoramento, ainda que seja útil em uma avaliação mais somativa.

Houve uma proposta para *“criação de um indicador de resultado do programa, para além da cobertura do PMM por mil habitantes (indicador 3). É um indicador de atendimento mensal de AB e PMM no município. Ele seria um*



*indicador válido para medir o acesso aos serviços, mais específico e sensível que o de cobertura”.*

O instrumento final apresenta 10 indicadores contendo o ponto de vista da maioria dos especialistas, já que a principal premissa do método Delphi é baseada na suposição de que opinião do grupo é mais válida do que a opinião individual. Assim, após a análise e validação realizada pelo painel de especialistas, segue a proposta de indicadores:

Considerando o Quadro 11, pode-se considerar a pertinência dos indicadores selecionados, pois estes são válidos para expressar resultados que tem estreita relação com os objetivos do eixo de provimento do Programa Mais Médicos; são oriundos de fontes confiáveis; são mensuráveis; e, consideram a dimensão territorial, quando necessária; as limitações inerentes aos indicadores foram consideradas.

Quadro 11 - MATRIZ DE SISTEMÁTICA DE MONITORAMENTO GERENCIAL				
INDICADORES	CONCEITO / INTERPRETAÇÃO	FORMA DE CÁLCULO	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PERIODICIDADE
Cobertura potencial do PMM em relação à cobertura total	Monitoramento do percentual de cobertura populacional estimada na Atenção Básica, pelos médicos que atuam pelo Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), com relação ao cálculo realizado para estimativa de cobertura total da Atenção Básica.	<u>Numerador:</u> N° de médicos do PMMB atuando em eAB + N° de médicos do PMMB atuando em eSF em determinado local e período (Fonte: SGP + SCNES) X Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica (Fonte: IBGE + e-Gestor); <u>Denominador:</u> N° total de médicos atuando em eAB + N° total de médicos atuando em eSF em determinado local e período (SCNES)	SCNES; SGP; e-GESTOR	Quadrimestral
N° médicos com acesso regular às ofertas educacionais do PMM	N° de médicos em situação regular nas ofertas pedagógicas com a finalidade de aperfeiçoamento na AB em regiões prioritárias para o SUS.	<u>Numerador:</u> Número de médicos matriculados e com atividades regulares em cada ciclo. <u>Denominador:</u> Total de médicos participantes por ciclo.	SGP; Plataforma UNASUS	Semestral
Tempo de permanência dos médicos nos programas	Acompanhar o quanto os médicos do programa estão estabelecendo vínculo com os municípios escolhidos de acordo com as regras dos editais, permanecendo nos mesmos por um período superior a 1 ano.	Data de encerramento das atividades do médico menos a data de início das atividades no PMMB.	SGP; SCNES	Trimestral
Percentual de ocupação de vagas	De todas as vagas autorizadas para alocação de médicos nos municípios aderidos ao Projeto Mais Médicos para o Brasil e disponibilizadas a cada edital de chamamento público, monitorar o percentual de vagas que foram ocupadas por médicos após finalização do certame.	<u>Numerador:</u> Número de médicos ativos <u>Denominador:</u> Número de vagas autorizadas – desistentes	SGP	Por ciclo / Edital publicado

Proporção de médicos intercambistas em atividade	Acompanhar a proporção de médicos brasileiros ou estrangeiros com formação e habilitação para o exercício da medicina no exterior, dentre o total de médicos em atuação no programa.	<u>Numerador:</u> Número de médicos intercambistas em atividade <u>Denominador:</u> Total de médicos do programa	SGP	Mensal
Proporção de médicos CRM Brasil em atividade	Acompanhar a proporção de médicos brasileiros que estão aderindo aos Programas de Provimento de médicos do Ministério da Saúde, dentre o total de médicos em atuação no programa.	<u>Numerador:</u> Número de médicos CRM Brasil em atividade <u>Denominador:</u> Total de médicos do programa	SGP	Mensal
Razão de vagas bloqueadas por processos administrativos	Relacionado às sanções de bloqueio das vagas autorizadas de municípios/Distrito Federal que deixam de cumprir suas atribuições, estabelecidas conforme as regras do Programa e do Termo de Adesão e Compromisso, assinado com o Ministério da Saúde.	<u>Numerador:</u> Número de vagas bloqueadas por motivo <u>Denominador:</u> Número de vagas autorizadas	SGP; SCNES	Mensal
Percentual de redução de equipes AB	Monitoramento da evolução quantitativa de médicos que atuam nos municípios participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, proporcional a quantidade de médicos recebidos pelos entes federados após adesão ao Projeto.	Relação entre número de equipes existentes antes e após a adesão do município ao Programa MM	SCNES	Trimestral
Proporção de municípios desistentes do programa	Proporção de Municípios/Distrito Federal que estavam habilitados ao preenchimento de vagas para aperfeiçoamento de profissionais em suas unidades básicas de saúde, mas desistiram da participação dos Programas de Provisão de Médicos do Ministério da Saúde nos termos e condições do edital de adesão.	<u>Numerador:</u> Número municípios desistentes (total de vagas e número parcial de vagas). <u>Denominador:</u> Total de municípios inscritos no PMM.	SGP	Mensal

Razão da movimentação dos médicos entre perfis de vulnerabilidade (perfil 1, 2 e 3 x 4, 5, 6 e 7)	Número de remanejamentos de médicos entre municípios em relação a classificação dos perfis de municípios de atuação.	<u>Numerador</u> : Número de médicos nos perfis 1, 2 e 3 <u>Denominador</u> : Número de médicos nos perfis 4, 5, 6 e 7	SGP	Mensal
---	--	--	-----	--------

Fonte: Resultados da pesquisa.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em meio a intensos debates públicos o Programa Mais Médicos foi implantado pelo Governo Federal atendendo aos anseios de gestores municipais e da população para ampliar o acesso aos serviços de saúde por meio de equipes que necessitam da presença do profissional médico para serem constituídas.

Em razão da desaceleração, a partir da interrupção do Governo Dilma em 2016, das agendas que vinham sendo propostas pela Coordenação Nacional do Programa Mais Médicos para monitoramento e avaliação sistemática do eixo de provimento emergencial, denominado Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) é que surgiu a motivação para o desenvolvimento deste estudo.

Mesmo havendo o “sufocamento” do Programa Mais Médicos e a criação de um “programa substituto”, é de extrema importância que para cumprir adequadamente a sua missão institucional a Coordenação Nacional do Programa Mais Médicos desenvolva mecanismos adequados para monitorar o funcionamento do que ainda resta do PMMB, de forma a possibilitar a identificação e a correção tempestiva de falhas de execução e consequente melhoria da gestão do Projeto.

A construção de processo de monitoramento não é tão simples pois ainda é um grande problema a questão das bases de dados dispersas e não integradas; e, a dependência de censos e análise da situação de saúde por outras áreas.

Uma forma de garantir a qualidade de um indicador é utilizar métodos e, particularmente, critérios de escolha que sejam válidos e pertinentes. O gestor público deve ter em mente que o que se pretende com a utilização de indicadores de desempenho não é produzir números, mas aferir resultados.

Considerando as análises realizadas pela CGU e TCU, estes órgãos concluíram que os indicadores apresentados pela SGTES em 2015 já eram suficientes para medir o impacto da política na saúde da população e por consequência subsidiar a tomada de decisões por parte do gestor federal.

O resultado desta pesquisa, com a proposta de validação e seleção de um painel com 10 (dez) indicadores prioritários, tem muito a contribuir para a sistemática do monitoramento do eixo de provimento do PMM, de forma a agregar valor no acompanhamento das prerrogativas legais e cumprimento de suas competências normativas.

Os indicadores aqui propostos têm significância na operacionalização do imenso volume de dados e informações e trato dos mesmos pela equipe de gestão do Projeto, por constituírem ferramentas úteis que têm o potencial de subsidiar as ações de planejamento, monitoramento e avaliação do Projeto.

Mas, estes por si só não se constituem em instrumento completo para transpor a tendência imediatista e desestruturadora do cotidiano administrativo, estabelecendo uma ponte entre as ações de curto prazo e a visão de futuro materializada, dentre outras formas, no planejamento intersetorial em bases territoriais. É necessária a construção constante de análises das necessidades de produção de novos indicadores adequados a cada fase do provimento de médicos pelo Ministério da Saúde.

Os resultados aqui apresentados servem para monitoramento de qualquer programa de recrutamento de médicos que estejam acontecendo ou venham a acontecer no Brasil e que necessariamente devem prever o monitoramento gerencial.

A produção do conhecimento através da realização deste estudo contribuirá para o avanço da política de saúde ao que se refere à implementação do Programa Mais Médicos, conseqüentemente do aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA, Santos Neto, PM. A ampliação das Equipes de Saúde da Família e o Programa Mais Médicos nos municípios brasileiros. *Trabalho, Educação e Saúde*, 2017, 15(1), 131-145.
2. Pinto HA, Oliveira FP, Santana JSS, Santos FOS, Araujo SQ, Figueiredo AM et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1): 1087-101.
3. Campos GWS. Mais médicos e a construção de uma política de pessoal para a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 641-642, set. 2015.
4. Terra LSV, Borges FT, Lidola M, Hernández SS, Millán JIM, Campos GWS. Análise da experiência de médicos cubanos numa metrópole brasileira segundo o Método Paidéia. *Ciênc. saúde coletiva*, 2016 Sep; 21( 9 ): 2825-2836.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
6. Girardi SN, Stralen ACS, Cella JN, Wan Der Maas L, Carvalho CL, Faria EO. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, 2016 Sep; 21( 9 ): 2675-2684.
7. Oliveira FP et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 623-634, set. 2015.
8. Pinto HA et al. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, número especial, p. 358-372, out. 2014.
9. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos - SPI. Indicadores de programas: Guia Metodológico/Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos - Brasília: MP, 2010.
10. Martins LGT, Lacerda JT, Nickel DA, Traebert J. Proposta de um modelo de avaliação da atenção pública à saúde bucal da criança. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 32(3):e00006415, mar, 2016.
11. \_\_\_\_\_. 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.

12. Hartz ZMA, Silva LM. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador/ Rio de Janeiro: EDUFBA/ FIOCRUZ; 2005.
13. Vaitsman J, Rodrigues RWS, Paes-Sousa R. O sistema de avaliação e monitoramento das políticas e programas sociais: a experiência do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome do Brasil. Brasília: Organização das Nações Unidas Para a Educação, a Ciência e a Cultura; 2006.
14. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.
15. Oliveira JPA, Sanchez MN, Santos LMP. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. Ciênc. saúde coletiva. 2016, vol.21, n.9, pp.2719-2727. ISSN 1413-8123.
16. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 6ª ed. São Paulo, SP: Atlas, 2005.
17. Laswell HD. Politics: Who Gets What, When, How. Cleveland, Meridian Books. 1936/1958.
18. Nascimento B. A reforma universitária de 1968: origem, processo e resultados de uma política pública para o ensino superior. 1991. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1991.
19. Raeder ST. O Ciclo de Políticas: uma abordagem integradora dos modelos para análise de políticas públicas. Perspectivas em Políticas Públicas, Belo Horizonte, v. VII, n. 13, p. 121-146, jan./jun. 2014.
20. Jannuzzi PM. Avaliação de Programas Sociais no Brasil: repensando práticas e metodologias das pesquisas avaliativas. Planejamento e Políticas Públicas, n. 36, jan./jul. 2011.
21. Howlett M, Ramesh M. Studying public policy: policy cycles and policy subsystems. Don Mills: Oxford University Press, 2003.
22. Jann, W.; Wegrich, K. Theories of the policy cycle. *In*: Fischer, F. et al. (Ed.) Handbook of public policy analysis: theory, politics and methods. Boca Raton: CRC Press, 2007. p. 43-62.
23. Paim JS. A reforma sanitária brasileira eo Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2008.
24. Alves SMC, Oliveira FP, Matos MFM, Santos LMP, Delduque MC. Cooperação internacional e escassez de médicos: análise da interação entre Brasil, Angola e Cuba. Ciênc. Saúde coletiva, 2017 July; 22( 7 ): 2223-2235.



25. Rizzotto MLF, Gil CRR, Carvalho M, Fonseca ALN, Santos MF. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. *Saúde debate*, 2014 Oct; 38(spe): 237-251.
26. Santos NR. Sistema Único de Saúde – 2010: espaço para uma virada. *O mundo da saúde*, v.34, n.1, p. 8-19, 2010.
27. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 575- 625.
28. Mello GA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Atenção básica e atenção primária: origens e diferenças conceituais. *Rev APS* 2009; 12:204-13.
29. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: CONASS, 2012.
30. Giovanella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? Espaço Temático: Política Nacional de Atenção Básica. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(8):e00029818.
31. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR et al . *Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil*. *Ciênc. saúde coletiva*, 2009 June; 14(3): 783-794.
32. Shimizu HE, Carvalho JDA. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. *Ciênc. Saúde coletiva*, 2012 Sep; 17( 9 ): 2405-2414.
33. Starfield B. *Atenção Primária: equidade entre necessidade, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.
34. Who. *Family practice development strategies. Report on the third WHO meeting of expert network*. Turkey: WHO/Euro, 1978.
35. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Terceiro ciclo – (2015-2017)*. Brasília, 2017.
36. Leônidas FJA. *Mais médicos e mais cobertura? Efeitos iniciais do Projeto Mais Médicos na cobertura da atenção básica no Brasil*. 2014. [76] f., il. Monografia (Bacharelado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Ceilândia-DF, 2014.
37. Tanaka OY. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. *Saude soc.*, 2011 Dec; 20( 4 ): 927-934.

38. Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG / Faculdade de Medicina - FM / Núcleo de Educação em Saúde Coletiva - NESCON / Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado – EPSM. Monitoramento da Qualidade do Emprego na Estratégia Saúde da Família 2011. Belo Horizonte, 2013.
39. Dias HS, Lima LD, Teixeira M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Ciênc. Saúde coletiva*, 2013 June; 18( 6 ): 1613-1624.
40. Dal Poz MR. A crise da força de trabalho em saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2013 Oct; 29(10): 1924-1926.
41. Girardi SN, Carvalho CL, Maas LWD, Araujo JF, Massote AW, Stralen ACS et al. Preferências para o trabalho na atenção primária por estudantes de medicina em Minas Gerais, Brasil: evidências de um experimento de preferência declarada. *Cad. Saúde Pública*, 2017; 33( 8 ): e00075316.
42. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, 2015 Nov; 20(11): 3547-3552.
43. Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? *Interface (Botucatu)*, 2013 Dez; 17(47): 913-926.
44. Souza BPA. Projeto Mais Médicos para o Brasil em Pernambuco: uma abordagem inicial/ Bárbara Pinto Andrade de Souza. — Recife: [s.n.], 2015.
45. Maciel Filho R. Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro / Romulo Maciel Filho. – 2007.
46. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, 2009, n.44, p. 13-24.
47. Estação de Pesquisa em Sinais de Mercado (EPSM). Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2010.
48. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva – NESCON. Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. Identificação de áreas de escassez em recursos humanos em saúde: Relatório Final de Atividades, Belo Horizonte, 2012.
49. Conselho Federal de Medicina. 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.
50. Oliveira FP, Costa AM, Cardoso AJC, Trindade JS, Dias IMAV. Análise das emendas parlamentares ao Programa Mais Médicos: o modelo de

formação médica em disputa. *Saúde Debate* | Rio de Janeiro, v. 41, n. especial 3, p. 60-73, set 2017.

51. Herval AM, Rodrigues ET. Ampliação do acesso e mudança de modelo: experiência a partir do Programa Mais Médicos. *Interface* (Botucatu), 2017; 21(Suppl 1): 1325-1332.

52. Comes Y, Trindade JS, Pessoa VM, Barreto ICHC, Shimizu HE, Dewes D et al. A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. Saúde coletiva*, 2016 Sep; 21(9): 2729-2738.

53. \_\_\_\_\_. Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União. 2013b.

54. \_\_\_\_\_. Lei no 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera a Lei 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União. 2013a.

55. Cyrino EG, Pinto HA, Oliveira FP, Figueiredo AM. O Programa Mais Médicos e a formação no e para o SUS: por que a mudança? *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*; 19(1): 5-6, Jan-Mar/2015.

56. Organização Pan-Americana da Saúde. Manual de Monitoramento e Avaliação dos Termos de Cooperação da Representação da OPAS/OMS no Brasil – 1ª edição / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2016. 43p.: il.

57. Tamaki EM, Tanaka OU, Felisberto E et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(4):839-849, 2012.

58. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Monitoramento e avaliação na política nacional de humanização na rede de atenção e gestão do SUS: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

59. Figueiró AC, Frias PG, Navarro LM. Avaliação em saúde: Conceitos Básicos para as Práticas nas Instituições. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. *Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais*. Rio de Janeiro: Editora Medbook; 2010. p. 1-13.

60. Felisberto E. Análise da implantação e da sustentabilidade da política nacional de monitoramento e avaliação da atenção básica em saúde no Brasil no período de 2005 a 2008 (dissertação). Recife (PE): Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM/Fiocruz); 2008.

61. Santos EM, Cruz MM, Decotelli PV, Chispin PPM, Abreu DMF. Avaliadores in Situ(ação): reflexões e desafios sobre a institucionalização da prática avaliativa no PN DST/Aids. In: Onocko RC, Furtado JF, organizadores. Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde. Campinas: Editora Unicamp; 2011. p. 205-222.
62. Carvalho ALB, Souza MF, Shimizu HE, Senra IMVB, Oliveira KC. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012,17(4), 901-911.
63. Jannuzzi PM. Considerações sobre o uso, mau uso e abuso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais. *Revista de Administração Pública. Repositório FGV de Periódicos e Revistas*, v. 36, n. 1, 2002.
64. Jacques CC, Milanez BM, Costa RCO. Indicadores para Centros de Referência em Saúde do Trabalhador: proposição de um sistema de acompanhamento de serviços de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, 2012, vol.17, n.2, pp.369-378.
65. Jannuzzi PM. Indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas. *Revista Brasileira de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v.36(1):51-72, jan/fev 2002.
66. Garcia RC. Subsídios para organizar avaliações da Ação Governamental. *Textos para discussão*, Brasília, n. 776: IPEA, 2001.
67. Jannuzzi PM. Indicadores sociais no Brasil: conceitos, fontes de dados e aplicações. Campinas: Alínea; 2006.
68. Resende LM. Monitoramento e avaliação do Programa Nacional de Reestruturação e Aquisição de Equipamentos para Rede Pública de Educação Infantil – Proinfancia: uma proposta metodológica. *Dissertação (mestrado em Educação)*. Universidade de Brasília, 2013.
69. Santos IS, Victora CG. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. *Cad de Saúde Pública* 2004; 20 (2): 5337-5341.
70. Jannuzzi PM. Monitoramento Analítico como Ferramenta para Aprimoramento da Gestão de Programas Sociais. *Revista Brasileira de Monitoramento e Avaliação* | Número 1 | Janeiro-Junho de 2011.
71. Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
72. Minayo MCS (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
73. Creswell JW. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*; tradução Luciana de Oliveira da Rocha. - 2. ed. - Porto Alegre: Artmed, 2007. 248 p.

74. Marconi, Marina de Andrade e Lakatos, Eva Maria. Fundamentos de metodologia científica. 6<sup>a</sup> ed. São Paulo, SP: Atlas, 2005.
75. Marques JBV, Freitas D. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. *Pro-Posições*, 29(2), 389-415, 2018. <https://dx.doi.org/10.1590/1980-6248-2015-0140>.
76. Rozados HBF. O uso da técnica Delphi como alternativa metodológica para a área da Ciência da Informação. *Em Questão*, Porto Alegre, v. 21, n. 3, p. 64-86, set/dez. 2015.
77. Silva et al. Rapid response in health technology assessment: a Delphi study for a Brazilian guideline. *BMC Medical Research Methodology*, 2018. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0512-z>.

## **APÊNDICE I – Indicadores propostos pela SGTES**

1. Cobertura populacional estimada por médicos em equipes de Atenção Básica.
2. Cobertura potencial do PMM em relação à cobertura total.
3. Cobertura ANS.
4. Índice de médico geral por mil habitantes.
5. Índice de médico do PMM por mil habitantes.
6. Capacidade das UBS para receber novas equipes.
7. Proporção de médicos residentes em MGFC em eAB.
8. Nº de médicos atuando com CBO em cardiologia, ortopedia, oftalmologia (Mais Especialidades)/1.000 hab.
9. Nº médicos com acesso regular às ofertas educacionais do PMM.
10. Grau de desempenho dos médicos na especialização.
11. Quantidade de médicos sem cadastro no SCNES.
12. Percentual de residentes médicos cadastrados no SIG e médicos cadastrados no SISCNRM.
13. Percentual de residentes em área profissional cadastrados no SIG e médicos cadastrados no SISCNRM.
14. Percentual de bolsas ocupadas por residentes médicos ativos no SIGRESIDENCIAS.
15. Percentual de bolsas ocupadas por residentes em área profissional ativos no SIGRESIDENCIAS.
16. Tempo de permanência dos médicos nos programas.
17. Número absoluto de vagas para reposição.
18. Percentual de ocupação de vagas.
19. Proporção de médicos CRM Brasil em atividade modalidade SEM 10% de pontuação adicional nos processos seletivos de RM.
20. Proporção de médicos CRM Brasil em atividade modalidade COM 10% de pontuação adicional nos processos seletivos de RM.
21. Proporção de médicos intercambistas em atividade.
22. Proporção de médicos cooperados em atividade.
23. Número absoluto de Remanejamentos não concluído.
24. Número de vagas não ofertadas de RM com bolsa financiada pelo MS.

25. Número de vagas não ofertadas de RMU com bolsa financiada pelo MS.
26. Percentual de ocupação de vagas em MFC.
27. Número de médicos do programa fora de UBS.
28. Número de médicos do programa vinculados à unidades de saúde inválidas.
29. Internações por causas sensíveis a AB (Todos os 20 grupos de diagnósticos. Se precisar priorizar, começar por impactadas em estudo da rede governo: gastroenterites infecciosas e complicações; infecções respiratórias; hipertensão; Diabetes Mellitus; doenças relacionadas ao pré-natal e parto; Deficiências nutricionais).
30. Razão de vagas bloqueadas por processos administrativos.
31. Percentual de redução de equipes AB.
32. Número de residentes concluintes por especialidade médica, por ano
33. Número de residentes concluintes por área de concentração, por ano
34. Proporção de municípios desistentes do programa.
35. Movimentação de médicos do programa.
36. Razão da movimentação dos médicos entre perfis de vulnerabilidade (perfil 1, 2 e 3 x 4, 5, 6 e 7).

## APÊNDICE II - Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)

06/07/2019

FormSus



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

### ***Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE***

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa VALIDAÇÃO DE INDICADORES DE MONITORAMENTO GERENCIAL PARA O PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL, sob a responsabilidade da pesquisadora Vanessa Carol de Souza Lima, e orientação da prof<sup>a</sup>. Denise de Lima Costa Furlanetto. A pesquisa faz parte do projeto de Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UNB), como parte dos critérios para aprovação no Mestrado Profissionalizante.

O objetivo desta pesquisa é realizar um processo de validação dos indicadores construídos para monitoramento gerencial do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará como integrante de um painel de especialistas para validação da matriz de indicadores para monitoramento do Projeto Mais Médicos para o Brasil, cujas orientações serão dadas na sequência desse termo, caso aceite participar da pesquisa. Assim, o(a) senhor(a) poderá auxiliar na construção dos indicadores de monitoramento, de modo a contribuir para a agregação de propriedades que validam estes indicadores confirmando a qualidade dos mesmos para o que se propõem.

Os riscos envolvidos nesta pesquisa estão relacionados ao incômodo que esta possa acarretar aos participantes, na medida de sua compreensão e respeitadas suas singularidades, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos. Dentre estes podem ser considerados estão: um desconforto pelo tempo exigido; cansaço ou aborrecimento ao preencher o instrumento. O tempo estimado é de cerca de 30 minutos para sua realização.

No que diz respeito aos aspectos éticos da pesquisa são respeitados todos os critérios estabelecidos pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) com Seres Humanos, visto que o projeto foi submetido a aprovação para o desenvolvimento da pesquisa. A pesquisa respeita e atende aos preceitos éticos determinados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Todo o sigilo e anonimato é garantido aos participantes. Se você aceitar participar, estará contribuindo para o avanço da política de saúde ao que se refere a implementação do Programa Mais Médicos, conseqüentemente do aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a participar por qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e



ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor entrar em contato por telefone para: Vanessa Carol de Souza Lima, (61) 98226-1572, disponível inclusive para ligação a cobrar. Ou fazer contato via email: [vcslima@yahoo.com.br](mailto:vcslima@yahoo.com.br).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail [cepfs@unb.br](mailto:cepfs@unb.br) ou [cepfsunb@gmail.com](mailto:cepfsunb@gmail.com), horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso aceite o convite para participar da pesquisa, e se estiver de acordo com todos os termos e condições constantes neste Termo de Consentimento, peço que preencha seus dados e selecione a opção "Aceito" logo abaixo.

VANESSA CAROL DE SOUZA LIMA  
Pesquisadora Responsável

**\* Preenchimento Obrigatório**

**Atenção:** nos campos marcados com 'Visível ao público' não devem ser colocados dados de sua intimidade e privacidade. [Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.](#)

**Dados Pessoais**

Nome: \*

CPF: \*

**Dados Institucionais**

Nome da Instituição: \*

**Confirmação de participação na pesquisa**

A partir da leitura do TCLE, selecione uma das opções abaixo: \*

- Aceito  
 Não aceito



**Atenção:** Ao gravar aguarde a tela de confirmação. Somente se aparecer a mensagem de confirmação seus dados terão sido gravados. [Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.](#)

Página 1 de 1

## APÊNDICE III – Carta convite para o Painel de Especialistas

Prezado(a),

Meu nome é Vanessa Carol de Souza Lima, sou aluna do Mestrado Profissional na Universidade de Brasília (UNB) e trabalhadora do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS/SGTES/MS), e através desta carta, quero convidá-lo (a) a participar da minha pesquisa intitulada “Validação de Indicadores de Monitoramento Gerencial para o Projeto Mais Médicos para o Brasil”, na condição de **integrante de um painel de especialistas**.

Esta pesquisa tem por objetivo a validação de indicadores construídos pelo DEPREPS/SGTES/MS, no ano de 2015, fundamentados na legislação do Programa Mais Médicos e foram apresentados à Controladoria Geral da União e ao Tribunal de Contas da União, como resposta às auditorias operacionais realizadas no Programa Mais Médicos, no intuito de contribuir para a implementação do monitoramento gerencial, por meio destes indicadores, o que não está sendo realizado atualmente.

A metodologia proposta é a composição de um painel de especialistas, por meio do método Delphi, para validação de um painel composto por 18 (dezoito) indicadores, onde apenas 10 (dez) destes serão utilizados como indicadores - chave, para monitoramento de aspectos cruciais e mais rotineiros para equipe gestora do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) no Ministério da Saúde, como passo preliminar para implementação de um sistema de indicadores de monitoramento gerencial (pela equipe do DEPREPS). Estão previstas duas rodadas para coleta sistemática e agregação de julgamento em busca de um consenso nos itens apresentados.

Entendendo que a qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados, para validação destes indicadores foram utilizadas as seguintes propriedades: 1) validade (se o indicador mede o que se propõe a medir e se é sensível a mudanças e específico ao tema), 2) confiabilidade (se os dados usados pelo indicador podem ser checados e verificados posteriormente), 3) mensurabilidade (se o indicador é quantitativo e os dados fáceis de conseguir), 4) comunicabilidade (se é compreensível e se possui o mesmo significado para diferentes pessoas), e 5) relevância (se é relevante para a agenda política de saúde) para definição do grau de excelência do indicador (RIPSA, 2008; MPOG, 2010; Jamuzzi, 2011).

Para operacionalizar a aplicação dos critérios eliminatórios e classificatórios para composição do Painel de Indicadores-chave nesta pesquisa foram realizadas as análises de *trade-off*. Foi necessário estabelecer um ranking dos 18 indicadores

apresentados à CGU para medir o impacto da política, possibilitando uma análise quantitativa ponderada para uma seleção menos intuitiva e definir os 10 indicadores para compor o Painel.

As propriedades foram divididas em 2 tipos:

Eliminatórias (validade e confiabilidade) - deviam ser obrigatoriamente atendidas pelo indicador, do contrário deveria ser descartado. Para tanto, utilizou-se as seguintes medidas para o preenchimento das células que representam a interseção da linha do indicador com a coluna do critério eliminatório:

(0) não atende

(1) atende

Classificatórias (mensurabilidade, comunicabilidade e relevância) - foram atribuídos pesos para estabelecer um ranking dos indicadores possibilitando uma análise ponderada que contribui para seleção menos intuitiva das medidas de desempenho, organizados em duas colunas que representam:

I - o grau de adesão do indicador as propriedades representados por:

(0) nenhum, (1) pouco e (2) muito

II - o grau de importância da propriedade no contexto do Programa, atribuindo pesos representados por:

(3) baixa, (4) média, (5) alta e (6) muito alta

Na coluna "Total" obteve-se a soma ponderada dos pontos atribuídos para cada indicador. A soma dos pontos obtidos com os três critérios classificatórios foi multiplicada por cada um dos valores referentes aos critérios eliminatórios (quando pelo menos um dos critérios eliminatórios obteve zero a soma total foi igual a zero e o indicador foi descartado). Exemplificando, a fórmula de cálculo utilizada para o total de pontos alcançado pelo primeiro indicador (célula J4), cujo valor foi 0 (zero), foi a seguinte: =B4\*C4\*((D4\*E4)+(F4\*G4)+(H4\*I4)).

Em nenhum momento se tem a pretensão de que os indicadores propostos dêem conta de todas as ações desenvolvidas pelo PMMB, nem que todas as ações apontadas pelos indicadores sejam realizadas por todas as áreas do DEPREPS, mas sim, que representem parte deles. O que se pretende é que este se constitua como um passo dar subsídios aos gestores para tomada de decisão e correção de trajetória em tempo oportuno, contribuindo para o bom desempenho do PMMB.

Por meio do instrumento anexo, gostaria de solicitar sua contribuição para validar a análise de *trade-off* realizada para definir critérios de seleção dos 10 indicadores que poderão ser utilizados como chave para monitorar as atividades desenvolvidas no âmbito do PMMB. Em outras palavras, sua participação consiste em avaliar, de acordo com a escala abaixo (escala de concordância na planilha anexa), e fazer comentários se concorda ou não com a pontuação e pesos que foram dados para agregação das propriedades (colunas) a cada indicador (linhas).

- 1 – desaprovo totalmente
- 2 – desaprovo
- 3 – não desaprovo nem aprovo
- 4 – aprovo
- 5 – aprovo totalmente

Espera-se que sua compreensão acerca da necessidade e importância do estudo para sistematização dos indicadores de monitoramento gerencial para o Projeto Mais Médicos para o Brasil somado a sua participação, aumente as chances de sucesso desse estudo.

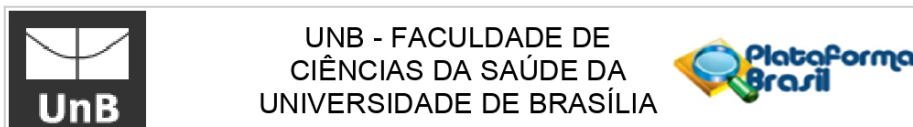
Desde já, agradeço sua participação.

Maiores esclarecimentos podem ser obtidos por meio do celular (61) 98226-1572 ou email: [vcslima@yahoo.com.br](mailto:vcslima@yahoo.com.br)

## APÊNDICE IV – Matriz de Indicadores para validação pelos Especialistas

INDICADORES ENVIADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE A CGU E AO TCU	CLASSIFICAÇÃO DAS PROPRIEDADES								TOTAL	DECISÃO e OBSERVAÇÕES	ESCALA DE CONCORDÂNCIA
	ELIMINATÓRIAS		CLASSIFICATÓRIAS								
	PR1	PR2	PR3	PESQ	PR4	PESQ	PR5	PESO			
1. Cobertura populacional estimada por médicos em equipes de Atenção Básica	0	1	2	5	2	5	2	6	0	ELIMINAR - Esse indicador é global e por si só não representa ação direta do resultado do PMMB	
2. Cobertura potencial do PMM em relação à cobertura total	1	1	2	5	2	5	2	6	32	MANTER	
3. Índice de médico geral por mil habitantes	0	1	2	5	2	5	2	6	0	ELIMINAR - Esse indicador é global e por si só não representa ação direta do resultado do PMMB	
4. Índice de médico do PMM por mil habitantes	0	1	2	5	2	5	2	6	0	ELIMINAR - A representatividade do cálculo desse indicador é irrelevante em alguns municípios, a depender da quantidade de vagas autorizadas do PMMB.	
5. Capacidade das UBS para receber novas equipes	1	0	1	5	1	5	2	6	0	ELIMINAR - Considerou-se que a propriedade CONFIABILIDADE não se aplica a este indicador porque depende de informações de terceiros, cuja metodologia de cálculo não é reconhecidamente válida.	
6. Número de médicos com acesso regular às ofertas educacionais do PMM	1	1	2	5	2	5	2	6	32	MANTER	
7. Grau de desempenho dos médicos na especialização	0	1	1	5	1	5	1	6	0	ELIMINAR - Não há estudos que validem o grau de desempenho dos médicos na especialização correlacionando ao aumento da qualidade na assistência prestada pelos médicos do PMMB.	
8. Tempo de permanência dos médicos no programa	1	1	2	5	2	5	2	6	32	MANTER	
9. Número absoluto de vagas para reposição	1	0	2	5	2	5	1	6	0	ELIMINAR - Sempre há falhas no número absoluto de vagas, por uma série de fatores administrativos.	
10. Percentual de ocupação de vagas	1	1	2	5	2	5	2	6	32	MANTER	
11. Proporção de médicos intercambistas em atividade	1	1	2	5	2	5	2	6	32	MANTER	
12. Proporção de médicos CRM Brasil em atividade*	1	1	2	5	2	5	2	6	32	MANTER	
13. Interações por causas sensíveis a AB (Todos os 20 grupos de diagnósticos)	0	1	1	5	1	5	2	6	0	ELIMINAR - Considerou-se com relação ao monitoramento das ações do PMMB <b>que</b> esse indicador não pode ser analisado isoladamente para representação da realidade associada ao Projeto.	
14. Razão de vagas bloqueadas por processos administrativos	1	1	2	5	2	5	1	6	26	MANTER	
15. Percentual de redução de equipes AB	1	1	2	5	2	5	1	6	26	MANTER	
16. Proporção de municípios desistentes do programa	1	1	2	5	2	5	1	6	26	MANTER	
17. Movimentação de médicos do programa	1	0	1	5	1	5	1	6	0	ELIMINAR - Não existe metodologia definida para este indicador.	
18. Razão da movimentação dos médicos entre perfis de vulnerabilidade (perfil 1/2/3 versus 4/5/6/7) **	1	1	1	5	2	5	2	6	27	MANTER	
PROPRIEDADES											
PR1 - VALIDADE		Capacidade de representar a realidade que se deseja medir e/ou modificar									
PR2 - CONFIABILIDADE		Ter origem em fontes confiáveis, que utilizem metodologias reconhecidas e transparentes									
PR3 - MENSURABILIDADE		Basear-se em dados disponíveis ou fáceis de conseguir									
PR4 - COMUNICABILIDADE		Indicadores analisados e interpretados com facilidade, e que sejam compreensíveis pelos usuários da informação									
PR5 - RELAVÂNCIA		Responder a prioridades de saúde									
* Este indicador foi adaptado a realidade dos perfis de médicos em atuação no PMM atualmente											
** Descrição dos perfis está na segunda aba desta planilha											
AVALIAÇÃO E COMENTÁRIOS											

## ANEXO I – Parecer consubstanciado do CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PROPOSIÇÃO DE INDICADORES DE MONITORAMENTO PARA O PROGRAMA MAIS MÉDICOS

**Pesquisador:** VANESSA CAROL DE SOUZA LIMA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 89325418.6.0000.0030

**Instituição Proponente:** FACULDADE DE SAÚDE - FS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.715.801

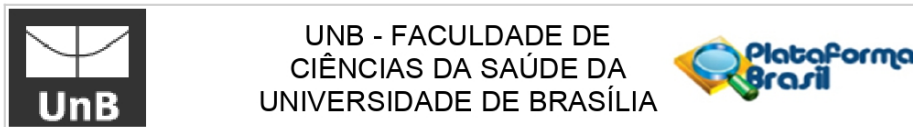
#### Apresentação do Projeto:

Conforme Projeto da Plataforma Brasil:

"Resumo:

O uso de indicadores para o monitoramento contínuo das ações do Programa Mais Médicos, atrelado aos sistemas de informação, é estratégico para a institucionalização do acompanhamento sistemático dos objetivos do programa. Esta pesquisa tem como objetivo geral descrever a construção de um conjunto de indicadores de monitoramento a serem utilizados pela equipe de gestão do Programa Mais Médicos. Propõe-se a discussão e validação de uma matriz de sistemática com os indicadores de monitoramento do PMMB em conjunto com técnicos do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão dos Profissionais de Saúde (DEPREPS), do Ministério da Saúde, assim como os coordenadores das Comissões de Coordenação Estadual (CCE) do PMM. A pesquisa proposta é uma investigação descritiva, do tipo mista, pois incorpora elementos de origem qualitativos e quantitativos, com predomínio de aspectos qualitativos. Os indicadores propostos neste estudo se enquadram como indicadores de monitoramento do eixo de provimento e formação do PMM distribuídos de acordo com as seguintes dimensões: acesso, eficiência, continuidade, efetividade e aceitabilidade. As propriedades serão agregadas a estes indicadores conforme indicadas por Januzzi (2012), a serem usadas na seleção e validação dos indicadores: validade (se o indicador mede o que se propõe a medir e se é sensível a mudanças e específico ao tema), confiabilidade (se os dados usados pelo indicador podem ser checados e

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

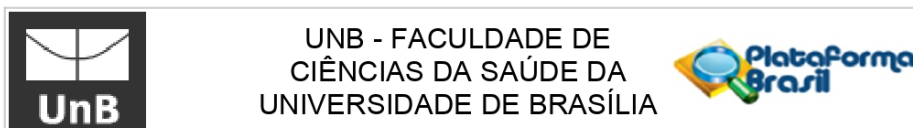


Continuação do Parecer: 2.715.801

verificados posteriormente), mensurabilidade (se o indicador é quantitativo e os dados fáceis de se conseguir), comunicabilidade (se é compreensível e se possui o mesmo significado para diferentes pessoas) e relevância (se é relevante para a agenda política de saúde). Os dados serão coletados via revisão de literatura e da legislação do Programa Mais Médicos e estudos sobre avaliação, monitoramento e indicadores de saúde, além da oficina para construção de indicadores com avaliação da aderência destes indicadores às propriedades desejáveis e da aplicação de instrumento de validação dos indicadores. Para análise de dados será utilizada a metodologia da Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (2011)."

"Hipótese: Após quase cinco anos de implantação do Programa Mais Médicos faz-se necessária a identificação de uma metodologia de construção de indicadores de desempenho do Programa, no intuito de auxiliar gestores na compreensão e escolha de medidas que de fato expressem os resultados esperados para o todo o ciclo de gestão desta importante política pública. De acordo com o manual Indicadores de programas: Guia Metodológico, publicado pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão em 2010, Indicadores de Programa medem os efeitos ou benefícios no público-alvo decorrentes dos produtos e serviços entregues pelas ações empreendidas no contexto do Programa, ou seja, expressam a resultante dos projetos e atividades implementadas pelo Programa. Assim, à luz do objetivo proposto, os indicadores são os principais instrumentos (mas não necessariamente os únicos) para verificar se os resultados do Programa foram satisfatórios ou insatisfatórios, daí a necessidade de uma boa definição do que se pretende entregar (ações) e alcançar (objetivo). O presente estudo será desenvolvido para proposição e validação de indicadores de monitoramento das ações desenvolvidas com relação as dimensões de Acesso, Eficiência, Continuidade, Efetividade e Aceitabilidade, relacionados ao Programa Mais Médicos na sua perspectiva global. Mediante a necessidade constante de produção de estudos que fortaleçam o SUS como política pública de Estado, e que o Programa Mais Médicos é uma política pública constituída para enfrentar o problema da carência de médicos nas regiões prioritárias a fim de reduzir as desigualdades, os esforços para avaliá-lo se revestem de grande importância (OLIVEIRA, SANCHEZ e SANTOS, 2016). Sendo assim, tem-se como questão de pesquisa: quais os indicadores de monitoramento mais relevantes que podem ser utilizados pela Coordenação Nacional e Comissões de Coordenação Estaduais (CCE) para avaliação das necessidades, do desenho, de processo, de resultados e eficiência dos eixos de Provimento e Formação do Programa Mais Médicos?"

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.715.801

**“Critério de Inclusão:**

Os critérios de inclusão para os participantes técnicos integrantes da Coordenação-Geral de Regulação e Gestão da Provisão de Profissionais de Saúde e da Coordenação Geral de Execução de Ações Pedagógicas do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão dos Profissionais de Saúde (DEPREPS), do Ministério da Saúde, será estar por no mínimo 3 anos na função que desenvolvem na Coordenação-Geral de Regulação e Gestão da Provisão de Profissionais de Saúde e dois anos na Coordenação Geral de Execução de Ações Pedagógicas. Em relação aos coordenadores das Comissões de Coordenação Estadual (CCE) do PMM, todos serão convidados a participar da pesquisa.

**Critério de Exclusão:**

Será excluído o coordenador, cuja comissão não esteja constituída e formalizada.”

**Objetivo da Pesquisa:**

Conforme Projeto da Plataforma Brasil:

” Objetivo Primário:

Descrever a construção de um conjunto de indicadores de monitoramento a serem utilizados pela equipe de gestão do Programa Mais Médicos.

Objetivo Secundário:

Revisar conceitos sobre o processo de construção de indicadores, englobando seus atributos, dimensões e categorias; Promover qualificação dos processos de monitoramento e avaliação através do uso de indicadores enquanto ferramenta de gestão do PMM; Discutir sobre a metodologia da matriz de sistemática de indicadores de monitoramento do Programa Mais Médicos agregando propriedades a estes indicadores; Contribuir na construção de instrumentos para medidas de desempenho do Programa.”

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

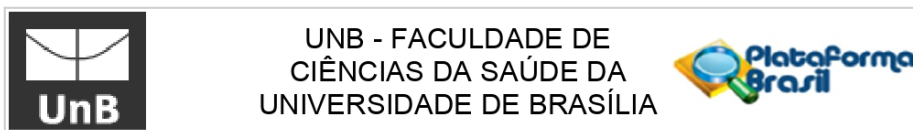
Conforme Projeto da Plataforma Brasil:

”Riscos:

Os riscos envolvidos nesta pesquisa estão relacionados ao incômodo que esta possa acarretar aos participantes, na medida de sua compreensão e respeitadas suas singularidades, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos. Dentre estes podem ser considerados: um desconforto

<b>Endereço:</b> Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
<b>Bairro:</b> Asa Norte <b>CEP:</b> 70.910-900
<b>UF:</b> DF <b>Município:</b> BRASILIA
<b>Telefone:</b> (61)3107-1947 <b>E-mail:</b> cepfsunb@gmail.com





Continuação do Parecer: 2.715.801

pelo tempo exigido ou até um constrangimento pelo teor dos questionamentos; cansaço ou aborrecimento ao responder questionários; constrangimento ao se expor durante a realização de oficina para construção dos indicadores; desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante gravações de áudio.

**Benefícios:**

Em relação aos benefícios, os técnicos do Ministério da Saúde e os coordenadores das CCE poderão se beneficiar dos resultados da pesquisa que tem o potencial de subsidiar as ações de planejamento, monitoramento e avaliação do Programa Mais Médicos."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um projeto de pesquisa de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública que será desenvolvido por Vanessa Carol de Souza Lima, sob a supervisão da Prof. Dra. Denise de Lima Costa Furlanetto.

A coleta de dados junto aos participantes está prevista para os meses de agosto a setembro de 2018, e contará com 42 participantes adultos sendo 15 Técnicos do Ministério da Saúde que participarão de Oficinas de revisão e avaliação dos indicadores atuais do Programa Mais Médicos; e 27 Coordenadores das Comissões Coordenacao Estadual que preencherão o instrumento de validação dos indicadores de monitoramento para o Programa Mais Médicos. Existem dois modelos de TCLE adequados para os respectivos grupos de participantes. O estudo prevê um único momento de coleta, e que a participação na pesquisa deve durar 60 minutos. A participação dos Coordenadores das Comissões Coordenacao Estadual será por meio de um formulário online.

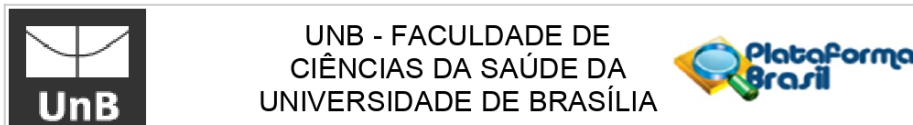
O orçamento do projeto, de Financiamento Próprio, prevê gastos no total de R\$ 3.280,00 envolvendo gastos com papelaria, informática, confecção de materiais necessários à pesquisa e outros. A participação dos voluntários não prevê deslocamento, nem ressarcimento.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Documentos analisados para a emissão do presente parecer:

1. Informações Básicas do Projeto - "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1084423.pdf", documento gerado automaticamente pela Plataforma Brasil em 10/05/2018.
2. Carta de encaminhamento ao CEP/FS informando tratar-se de projeto de Mestrado, em versão

<b>Endereço:</b> Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
<b>Bairro:</b> Asa Norte <b>CEP:</b> 70.910-900
<b>UF:</b> DF <b>Município:</b> BRASÍLIA
<b>Telefone:</b> (61)3107-1947 <b>E-mail:</b> cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.715.801

editável sem assinaturas - "cartaencaminhprojetoaoCEPFS.docx", postada em 10/05/2018, e em formato assinado e digitalizado - "cartaencaminhprojetoaoCEPFS.pdf" postada em 10/05/2018.

3. Termo de responsabilidade e compromisso assinada pela pesquisadora responsável informando ciência e cumprimento dos termos da Resolução CNS 466/2012 em versão editável sem assinaturas - "TermoRespCompromPesq.docx", postado em 08/05/2018; e em versão assinada e digitalizada - "TermoRespCompromPesq.pdf" postado em 08/05/2018.

4. Folha de Rosto assinada pela pesquisadora responsável, e pela vice-diretora da instituição proponente, a Faculdade de Saúde da UnB - "FOLHADEROSTO.pdf" postada em 10/05/2018.

5. Termo de Concordância da Instituição Co-participante, o Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, afirmando estar de acordo com o desenvolvimento da pesquisa, em formato editável e não assinado - "TermoConcordCoparticp.doc", e assinado pelo diretor da unidade e digitalizado - "TermoConcordCoparticp.pdf" postados em 08/05/2018.

6. Currículo da equipe de pesquisa responsável pelo projeto - "CurrículoLattesDenisedeLimaCostaFurlanetto.pdf, e CurrículoLattesVanessaCaroldeSouzaLima.pdf" postados em 09/05/2018.

7. Projeto Detalhado do projeto de pesquisa em formato editável - "Projetodetalhado.docx" e em formato PDF - "Projetodetalhado.pdf" postados em 08/05/2018.

8. Modelos de TCLE para os dois grupos de participantes em formato editável - "TCLE\_tecnicosMS.pdf e TCLE\_Coord\_CCE.pdf" postados em 04/05/2018.

9. Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz para fins de Pesquisa em formato editável - "TermoAutorizSom.doc" postado em 10/05/2018.

10. Planilha orçamentária do projeto, em versão editável - "Planilhaorcamento.doc" e em versão PDF - "Planilhaorcamento.pdf" postadas em 23/04/2018 e 04/05/2018, respectivamente.

11. Cronograma de atividade do projeto de pesquisa em formato editável - "CRONOGRAMA.docx" e em formato PDF - "CRONOGRAMA.pdf" postados em 08/05/2018.

#### Recomendações:

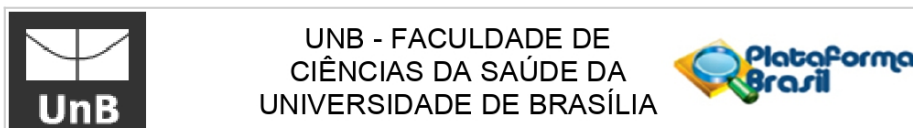
Não se aplicam.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as informações necessárias à apreciação do projeto foram apresentadas pela pesquisadora.

Não há óbices éticos para a realização do presente projeto de pesquisa.

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.715.801

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Conforme a Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1084423.pdf	10/05/2018 08:40:22		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoAutorizSom.doc	10/05/2018 08:39:48	VANESSA CAROL DE SOUZA LIMA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	10/05/2018 08:38:52	VANESSA CAROL DE SOUZA LIMA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	cartaencaminhprojetoaoCEPFS.pdf	10/05/2018 08:37:49	VANESSA CAROL DE SOUZA LIMA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	cartaencaminhprojetoaoCEPFS.docx	10/05/2018 02:59:31	VANESSA CAROL DE SOUZA LIMA	Aceito
Outros	CurriculoLattesDenisedeLimaCostaFurlanetto.pdf	09/05/2018 13:51:53	VANESSA CAROL DE SOUZA LIMA	Aceito
Outros	CurriculoLattesVanessaCaroldeSouzaLima.pdf	09/05/2018 13:51:26	VANESSA CAROL DE SOUZA LIMA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodetalhado.pdf	08/05/2018 21:50:25	VANESSA CAROL DE SOUZA LIMA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodetalhado.docx	08/05/2018 21:50:06	VANESSA CAROL DE SOUZA LIMA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoRespCompromPesq.pdf	08/05/2018 21:48:16	VANESSA CAROL DE SOUZA LIMA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoRespCompromPesq.docx	08/05/2018 21:48:02	VANESSA CAROL DE SOUZA LIMA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoConcordCoparticip.pdf	08/05/2018 21:47:30	VANESSA CAROL DE SOUZA LIMA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoConcordCoparticip.doc	08/05/2018 21:47:08	VANESSA CAROL DE SOUZA LIMA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	08/05/2018 21:46:39	VANESSA CAROL DE SOUZA LIMA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	08/05/2018 21:46:28	VANESSA CAROL DE SOUZA LIMA	Aceito

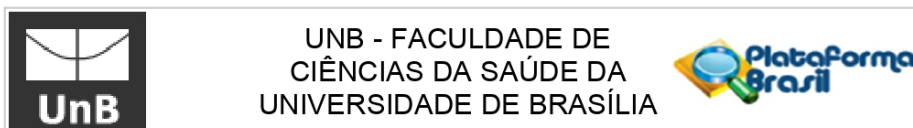
**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900

**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3107-1947

**E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.715.801

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_tecnicosMS.pdf	04/05/2018 15:13:59	VANESSA CAROL DE SOUZA LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Coord_CCE.pdf	04/05/2018 15:13:08	VANESSA CAROL DE SOUZA LIMA	Aceito
Orçamento	Planilhaorcamento.pdf	04/05/2018 15:11:36	VANESSA CAROL DE SOUZA LIMA	Aceito
Orçamento	Planilhaorcamento.doc	23/04/2018 18:50:31	VANESSA CAROL DE SOUZA LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_tecnicosMS.docx	23/04/2018 18:45:08	VANESSA CAROL DE SOUZA LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Coord_CCE.doc	23/04/2018 18:35:40	VANESSA CAROL DE SOUZA LIMA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 15 de Junho de 2018

---

**Assinado por:**  
**Marie Togashi**  
**(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 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com