

Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde

Mais Medicos Program:
an effective action to reduce health inequities in Brazil

Leonor Maria Pacheco Santos ¹
Ana Maria Costa ²
Sábado Nicolau Girardi ³

Abstract *The Program More Doctors (Programa Mais Médicos) aims to decrease the shortage of physicians and reduce the regional health disparities and involves three main strategies: i) more places and new Medical Courses based on the revised Curriculum Guidelines; ii) investments in the (re)construction of Primary Healthcare Units; iii) provision of Brazilian and foreign medical doctors. Until July 2014, the Program made the provision of 14,462 physicians to 3,785 municipalities with vulnerable areas. Evidence indicates a 53% reduction in the number of municipalities with physicians' shortage; in the North, 91% of the municipalities with physicians' shortage have been provisioned, with almost five physicians per municipality, on average. The professionals' integration in the Family Health Teams has strengthened and expanded the capacity of intervention, particularly in the context of adopting a healthcare model that encompasses different demands of health promotion, prevention, diagnosis and treatment of diseases and disorders, to face the challenge of the double burden of disease. The population is affected by obesity and non-communicable chronic diseases, alongside with infection, parasitic diseases and malnutrition remaining. The people of cities, rural areas and forests want more doctors, health perspectives and more social justice.*

Key words Program More Doctors, Human resources, Primary Health Care

Resumo *O Programa Mais Médicos objetiva diminuir a carência de médicos e reduzir as desigualdades regionais em saúde e envolve três frentes estratégicas: i) i) mais vagas e novos cursos de Medicina baseados em Diretrizes Curriculares revisadas; ii) investimentos na construção de Unidades Básicas de Saúde; iii) provimento de médicos brasileiros e estrangeiros. O programa efetuou, até julho de 2014, o provimento de 14.462 médicos em 3.785 municípios com áreas de vulnerabilidade. Evidências indicam redução em 53% no número de municípios com escassez de médicos; na região Norte 91% dos municípios que apresentavam escassez foram atendidos, com quase cinco médicos cada, em média. A integração dos profissionais nas Equipes de Saúde da Família fortaleceu e expandiu a capacidade de intervenção, especialmente na perspectiva da adoção de um modelo de atenção que englobe as diferentes demandas de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças e agravos, para enfrentar o desafio da dupla carga de doença. Prevalcem na população a obesidade e doenças crônicas não transmissíveis, lado a lado com as enfermidades infecciosas, parasitárias e carências nutricionais remanescentes. O povo das cidades, do campo e da floresta quer mais médicos e mais perspectivas de saúde e de justiça social.*

Palavras-chave Programa Mais Médicos, Recursos humanos, Atenção primária à saúde

¹ Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília. Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte. 70910-900 Brasília DF Brasil. leopac@unb.br

² Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal.

³ Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, Observatório de Recursos Humanos em Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais.

Apresentação

Os autores são integrantes da pesquisa “Análise da efetividade da iniciativa Mais Médicos na realização do direito universal à saúde” que se sentiram provocados a emitir sua Opinião, considerando os argumentos postos por Ribeiro¹, ao tratar o Programa como um equívoco conceitual. A partir de evidências e das primeiras experiências da pesquisa em campo, argumenta-se que o Programa Mais Médicos é uma ação efetiva para reduzir as iniquidades em saúde.

Este artigo estrutura-se em seis seções: i) Apresentação; ii) Bases para a implementação do Programa Mais Médicos, na qual se discutem questões conceituais das iniquidades em saúde e da transição epidemiológica; iii) Desigualdades regionais na oferta de médicos no Brasil; iv) Provisamento de médicos: evidências da contribuição do Programa para a redução da iniquidade de oferta; v) Investimentos na qualificação profissional e nas Unidades Básicas de Saúde; vi) Considerações finais.

Bases para a implantação do Programa Mais Médicos

Os determinantes sociais de saúde são condições em que as pessoas vivem e trabalham, as quais apontam tanto para as características específicas do contexto social que afetam a saúde, como para a maneira com que essas condições traduzem esse impacto sobre a saúde. Na visão de Solar e Irwin², os determinantes sociais em saúde passam necessariamente por uma avaliação de valores.

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^{3,4}. 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.

Almeida Filho⁵ afirma ser necessária mobilização política no sentido de promover igualdade na diversidade, fazendo com que se reduza o pa-

pel das diferenças de gênero, geração, étnico-raciais, culturais e de classe social como determinantes de desigualdades, e iniquidades econômicas, sociais e de saúde. O enfrentamento da determinação social da saúde requer atuação sobre os processos causais estruturais e ambientais^{6,7}, incluindo a organização dos serviços de saúde, dentre os quais o acesso ao cuidado médico é uma questão essencial para uma atenção integral.

Outro importante aspecto a ser considerado é o envelhecimento da população brasileira e as consequentes mudanças no perfil epidemiológico, que apontam a necessidade de redesenhar a assistência à saúde. O antigo modelo hospitalocêntrico precisa deslocar-se para a Atenção Primária à Saúde (APS), garantindo recursos de cuidados e de proteção integrados.

A participação dos profissionais médicos nas ESF fortalece e expande a capacidade de intervenção, especialmente na perspectiva da adoção de um modelo de atenção que englobe as diferentes demandas de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento, priorizadas para o território, assim como a realização de diagnósticos e tratamento executados de forma integrada. Dessa forma, o SUS poderá enfrentar o desafio imposto pelo estágio atual da transição epidemiológica, ou seja, a dupla carga de doença: obesidade e doenças crônicas não transmissíveis, por um lado e as enfermidades infecciosas, parasitárias e carências nutricionais remanescentes, por outro.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tornaram-se uma das prioridades em saúde no Brasil. Embora se tenha notado algum decréscimo anual nessa prevalência, 74% de todas as mortes no país foram atribuídas a essas doenças em 2012^{8,9}. As reduções ocorreram, sobretudo, em doenças respiratórias e cardiovasculares crônicas, com desigual distribuição dentre classes sociais; atribui-se este resultado positivo ao sucesso da implementação de políticas de saúde que levaram à diminuição do tabagismo e à expansão do acesso aos cuidados na APS⁹.

O aumento das DCNT vem atrelado à transição nutricional, derivada da adoção de um estilo de vida não saudável, marcado pelo sedentarismo e incorporação excessiva de alimentos industrializados e de alto valor calórico na dieta. É na APS que o excesso de peso e a obesidade adentram, de modo crescente, no rol das morbidades da população assistida pelas equipes de saúde¹⁰. Isto foi corroborado pelo Ministério da Saúde, que lançou em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças

Crônicas Não Transmissíveis 2011 – 2022⁸. Com abordagem multissetorial e interdisciplinar, o plano propõe, dentre outras ações, a ampliação de programas que viabilizam a realização da promoção de um estilo de vida saudável executados no âmbito da APS¹⁰.

Desigualdades regionais na oferta de médicos no Brasil

A concentração de profissionais de saúde, sobretudo médicos, nos grandes centros urbanos, afeta a maioria dos países. Experiências internacionais no provimento e retenção de profissionais em áreas de vulnerabilidade abrangem uma gama de estratégias, do incentivo à obrigatoriedade, tais como seleção, educação, serviço civil obrigatório, regulação, incentivos e apoio^{11,12}. Grande parte destas estratégias corresponde às recomendações elaboradas pela Organização Mundial de Saúde para melhorar a retenção de trabalhadores de saúde em áreas rurais e remotas¹³.

Evidências apontavam marcantes desigualdades entre os habitantes das regiões brasileiras no que diz respeito ao acesso e a cuidados médicos no país^{14,15}. A Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/UFMG) desenvolveu um Índice de Escassez de Profissionais de Saúde na Atenção Primária¹⁶ e demonstrou que as regiões Norte e Nordeste eram as mais afetadas por escassez grave de médicos¹⁷. As disparidades também eram acirradas ao comparar a disponibilidade nas capitais e no interior dos estados^{16,17}.

Outro desafio enfrentado para a organização da APS nos municípios brasileiros era a alta rotatividade dos profissionais de saúde, especialmente de médicos nas equipes. O fato compromete a execução de um cuidado longitudinal e continuado com a saúde do usuário, prática de fundamental importância para a prevenção e o tratamento de doenças crônicas¹⁸. O desafio da redistribuição de médicos tem sido alvo de diversas intervenções governamentais; apesar de atrair alguns profissionais para áreas remotas, estas não lograram alcançar a magnitude necessária para suprir as demandas dos municípios¹⁹⁻²¹.

Em decorrência da manutenção da escassez de médicos, em janeiro de 2013, a Frente Nacional dos Prefeitos do Brasil (FNP), lançou a campanha *Cadê o médico?* A Frente elaborou uma petição reivindicando do Governo Federal a contratação de médicos estrangeiros para atuar em municípios onde havia escassez.

A universalização do direito à saúde, consagrada pela Constituição Brasileira, é uma con-

quista da população, oriunda de uma mobilização conhecida como Movimento da Reforma Sanitária. Um dos empecilhos para resolver a má distribuição de médicos e a consolidação do SUS como política de Estado foi, e continua sendo, a formação dos profissionais de saúde. Desde 1976 se discute o desafio de formar os profissionais compatíveis às necessidades de saúde da população²².

As novas Diretrizes Curriculares aproximam o processo de formação de profissionais das necessidades de saúde da população e ao modo de operação do SUS. Entretanto, muitas Instituições de Ensino Superior (IES) não compatibilizavam os currículos acadêmicos com as diretrizes, comprometendo a inserção de novos profissionais no sistema público de saúde²¹. Outros autores reforçam este ponto, pois como Paim²³ afirma: *a crise da saúde pública no País é também uma crise de formação, pois os cursos na área de saúde, sobretudo de medicina, não conseguem formar profissionais capazes de compreender o SUS em toda a sua complexidade; o SUS passou a ser o espaço desprestigiado – não me refiro aqui aos seus problemas, que são graves – mas a um juízo prévio por parte dos alunos e seus professores.*

O Programa Mais Médicos foi criado pela Lei nº 12.871, de 22/10/2013²⁴ e elegeu três frentes estratégicas: i) i) mais vagas e novos cursos de Medicina baseados em Diretrizes Curriculares revisadas; ii) investimentos na construção de Unidades Básicas de Saúde; iii) provimento de médicos brasileiros e estrangeiros em municípios com áreas de vulnerabilidade. A última possui caráter de curto prazo para atender o problema imediato de carência de médicos, enquanto se aguardam os efeitos das medidas estruturantes. A provisão de médicos tem recebido maior visibilidade pública que as demais, suscitando mais controvérsias. Será, portanto, discutida em maiores detalhes na seção a seguir; já as outras duas iniciativas serão abordadas em conjunto mais adiante.

Provimento de médicos: evidências da contribuição do Programa para a redução da iniquidade de oferta

O Programa aprovou 14.462 médicos brasileiros e estrangeiros em 3.785 municípios (julho 2014). Ao analisar a distribuição destes médicos, observa-se que o número de municípios com escassez desses profissionais na APS passou de 1.200 em março de 2013, para 558 em setembro de 2014 (redução de 53,5%)²⁵. O

programa contribuiu para reduzir iniquidades, pois na região Norte 91,2% dos municípios que apresentavam escassez em 2013 foram atendidos, com provimento de 4,9 médicos por município, em média (a maior razão entre regiões). Em suma, o programa atendeu aqueles municípios mais necessitados, que tinham as piores razões de médico/habitante, em situação de extrema miséria e com altas necessidades de saúde²⁵.

Apesar de apontar falhas que precisam ser sanadas, o relatório de Auditoria Operacional do Tribunal de Contas da União (TCU), recém-divulgado, indica que após a implantação do Programa Mais Médicos houve crescimento de 33% no número de consultas realizadas e de 32% nas visitas domiciliares, indicando aumento na oferta de serviços de saúde²⁶.

Os resultados parciais do estudo de campo realizado por nossa equipe em municípios pobres das cinco regiões do Brasil revelam efeitos positivos do Programa. Observou-se junto a 263 usuários do SUS estudados, alto grau de satisfação nas dimensões “tempo de espera para agendar a consulta” e “atendimento durante a consulta”. A maioria relatou que sua privacidade foi respeitada, que os médicos ouviram com atenção suas queixas, deram as informações necessárias, explicaram de forma clara o tratamento e que eles compreenderam as orientações dadas. No caso de médicos intercambistas, a língua espanhola não foi impedimento para a comunicação. Resultados semelhantes constam no já citado relatório do TCU; dentre os 264 pacientes entrevistados 57% e 32% relataram “não ter nenhuma dificuldade” e “ter tido um pouco de dificuldade”, respectivamente, para entender o que o médico intercambista falava²⁶.

As entrevistas com os gestores e profissionais de saúde dos municípios pesquisados por nossa equipe apontou que a integração do profissional médico ampliou a capacidade de diagnóstico de problemas do território, bem como trouxe mais agilidade e continuidade no tratamento do usuário. O Programa agregou novas experiências e práticas de cuidado, que contribuem para a melhoria da APS, além de um apoio constante na organização dos serviços e do trabalho em equipe.

Exemplos da boa integração de médicos brasileiros participantes do Programa Mais Médicos foram recentemente publicados²⁷ mostrando como profissionais comprometidos com a saúde coletiva podem contribuir para a qualificação da APS. E chama atenção o fato de 90% das vagas do Edital Mais Médicos de 2015 terem sido ocupadas por médicos brasileiros²⁷.

Investimentos na qualificação profissional e nas Unidades Básicas de Saúde

O Programa intervém na qualificação profissional, com abertura de novas vagas em Cursos de Medicina sob a égide das novas Diretrizes Curriculares obrigatórias, as quais mudam o peso das disciplinas e prevêm a inserção precoce do estudante de medicina no SUS. Segundo a Lei, estes cursos serão localizados de acordo com os vazios de médicos no território nacional, em municípios nos quais haja redes de atenção à saúde do SUS adequadas para a oferta do curso de Medicina, incluindo: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde^{20,24,28}. O governo federal estabeleceu como meta criar, até 2018, 11,5 mil novas vagas de graduação em medicina e 12,4 mil de residência médica, com o foco nas áreas prioritárias para o SUS²⁸.

O Programa dá passos importantes para viabilizar o direito à saúde ao tornar obrigatória a adesão do município ao Requalifica UBS que envolve investimentos na (re)construção de Unidades Básicas de Saúde. Para obter os recursos financeiros, o município cadastra sua proposta de construção, reforma ou ampliação, a ser analisada pelo Ministério da Saúde. De 2011 a 2013, foram atendidas 6.375, 8.302, 8.373 propostas, respectivamente. Atualmente existem 23.050 obras do Requalifica UBS previstas, ou sendo desenvolvidas no Brasil. Segundo o Ministério da Saúde, para o período 2013-2014, o valor total previsto foi de R\$ 3,3 bilhões, para 4.811 municípios²⁹.

Considerações finais

Os argumentos aqui arrolados mostram que 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. O SUS ainda precisa de muito mais para garantir o direito universal à saúde, mas as evidências já indicam melhor distribuição de médicos e maior oferta de serviços, particularmente nos territórios remotos. O povo das cidades, do campo e da floresta quer mais médicos e mais perspectivas de saúde e de justiça social.

Outros membros do Grupo de Pesquisa Mais Médicos

Fernando Ferreira Carneiro - Fundação Osvaldo Cruz Ceará; Helena Eri Shimizu – Universidade de Brasília; Lucélia Luiz Pereira – Universidade de Brasília; Poliana de Araújo Palmeira – Universidade Federal de Campina Grande; Carlos André Moura Arruda – Universidade Estadual do Ceará; Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto – Fundação Osvaldo Cruz Ceará; Vanira Matos Pessoa – Fundação Osvaldo Cruz Ceará; Yamila Comes – Universidade de Brasília; Wallace dos Santos – Secretaria de Saúde do Distrito Federal; Josélia de Souza Trindade – Universidade de Brasília; João Paulo Alves Oliveira – Ministério da Saúde; Aimê Oliveira – Universidade de Brasília; Everton Nunes da Silva – Universidade de Brasília; Maria do Carmo Lessa Guimarães – Universidade Federal da Bahia; Sandra Maria Chaves dos Santos – Universidade Federal da Bahia.

Colaboradores

Os autores LMP Santos, AM Costa, SN Girardi e o Grupo de Pesquisa Mais Médicos realizaram a revisão bibliográfica, participaram da redação e da revisão final do artigo.

Agradecimentos

Ao CNPQ pelo financiamento no Edital nº 41 CNPQ/MCT/Decit, Processo número 40351/2013.

Referências

- Ribeiro RC. Programa Mais Médicos - um equívoco conceitual. *Cien Saude Colet* 2015; 20(2):421-424.
- Solar O, Irwin A. *Rumo a um modelo conceitual para análise e ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde*. Ensaio apresentado a Comissão de Determinantes Sociais em Saúde. Geneva: OMS; 2005.
- Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. *Challenging inequities in health from ethics to action*. New York: Oxford University Press; 2001.
- Graham H, Kelly MP. *Health inequalities: concepts, frameworks and policy*. London: Health Development Agency; 2004. (NHS Briefing Paper).
- Almeida Filho N. *O que é saúde? Coleção Temas em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
- Nogueira RP. A determinação objetiva da doença. In: Nogueira RP, organizador. *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 135-150.
- Breilh J. Las tres 'S' de la determinación de la vida; 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: Nogueira RP, organizador. *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 87-125
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil*. Brasília: MS; 2011.
- Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* 2011; 377(9781):1949-1961.
- Jaime PC, Santos LMP. Transição nutricional e a organização do cuidado em alimentação e nutrição na Atenção Básica em saúde. *Divulg. saúde debate* 2014; 51:72-85
- Wilson NW, Couper ID, De Vries E, Reid S, Fish T, Marais BJ. A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. *Rural Remote Health* 2009; 9(2):1060.
- Dolea C, Stormont L, Braichet JM. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bull World Health Organ* 2010; 88(5):379-385.
- Rourke J. WHO Recommendations to improve retention of rural and remote health workers - important for all countries. *Rural Remote Health* 2010; 10(4):1654.
- Tomasi E, Fachini LA, Thumé E, Piccini RX, Osorio A, Silveira DS, Siqueira FV, Teixeira VA, Dilélio AS, Maia MFS. Características da utilização de serviços de atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Cien Saude Colet* 2011; 16(11):4395-4404.
- Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulg. saúde debate* 2009; (44):13-24.
- Estação de Pesquisa de 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/UFGM; 2010 [acessado 2015 set 29]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2443.pdf>
- Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM). *Identificação de Áreas de Escassez de Recursos Humanos em Saúde no Brasil*. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM; 2012 [acessado 2015 set 29]. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Identifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20%C3%A1reas%20de%20escassez%20de%20RHS%20no%20Brasil.pdf
- Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do programa de saúde da família. *Rev Adm Pública* 2008; 42(2):347-368.
- Maciel Filho R. *Estratégias para Distribuição e Fixação de Médicos em Sistemas Nacionais de Saúde 2007* [tese]. Rio de Janeiro: UERJ; 2007.
- Pinto HÁ, Sales MJT, Oliveira FP, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos JT. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Divulg. saúde debate* 2014; 51:105-120.
- Weiller TH, Schimith MD. PROVAB: potencialidades e implicações para o Sistema Único de Saúde. *J Nurs Health* 2014; 3(2):145-146.
- Amancio A, Quadra AAF. Saúde, saber médico e recursos humanos. *Saúde em Debate* 1976; 1:48-49.
- Paim J. Se depender dos governos o SUS não avança. *Revista MUITO, Jornal A Tarde*; 2013 Jul 28; p. 9-13.
- Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981 e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2013; 23 out.
- Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM). Dados Estatísticos sobre o impacto do Programa Mais Médicos no cenário de escassez de médicos em atenção primária no Brasil. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM; 2015 [acessado 2015 set 29]. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Pesquisa_Andamento/Impacto_Programa_Mais_Medicos.pdf
- Tribunal de Contas da União (TCU). *Auditoria operacional: Programa Mais Médicos e Projeto Mais Médicos para o Brasil; avaliação da eficácia do programa*. TC nº 005.391/2014-8.
- Perez F. Sem vaga para os cubanos. *Revista ISTO É*; 2015 Mar 6; [acessado 2015 set 29]. Disponível em: http://www.istoe.com.br/reportagens/407830_SEM+-VAGA+PARA+OS+CUBANOS
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Mais Médicos. Abertas as inscrições de propostas para novos cursos de medicina*. Blog [internet]. Brasília, 2014 dez 29. [acessado 2015 set 29]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/34941-mais-medicosabertas-as-inscricoes-de-propostas-para-novos-cursos-de-medicina>
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Requalifica UBS* [Internet]. 2014 [acessado 2015 set 29]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/requalifica_ubs

Artigo apresentado em 09/04/2015

Aprovado em 19/06/2015

Versão final apresentada em 21/06/2015

Cooperação internacional e escassez de médicos: análise da interação entre Brasil, Angola e Cuba

International cooperation and shortage of doctors:
an analysis of the interaction between Brazil, Angola and Cuba

Sandra Mara Campos Alves ¹
Felipe Proença de Oliveira ¹
Mateus Falcão Martins Matos ²
Leonor Maria Pacheco Santos ¹
Maria Celia Delduque ¹

Abstract *The shortage of doctors, especially in remote areas, is a critical issue for the development of national health systems and has thus been the focus of a number of international cooperation projects. An exploratory and qualitative study was conducted to examine cooperation between Brazil, Angola and Cuba. A nonsystematic literature review was conducted of selected open access articles and official documents addressing relevant health cooperation initiatives. Previously selected characteristics of actions designed to redress the shortage of doctors were compared. It was concluded that the interactions between the three countries were fruitful and potentially beneficial for the health of the population of these countries. South-South cooperation between these countries showed positive results in the educational and regulatory dimensions and adopted a non-dependence perspective that seeks to strengthen endogenous capacity, which are important factors for evaluating the structural components of health systems.*

Key words *International cooperation, Human resources for health, Brazil, Angola, Cuba*

Resumo *A escassez de médicos, principalmente em áreas remotas, é tida como uma questão crítica para o desenvolvimento dos sistemas nacionais de saúde e tem motivado uma série de projetos de cooperação internacional. Este estudo possui caráter exploratório, de abordagem qualitativa, em que se analisaram casos de cooperação entre Brasil, Angola e Cuba. Foi realizada revisão não sistemática de literatura e selecionados artigos de livre acesso e documentos oficiais que abordavam experiências de cooperação em saúde. Foram comparadas características previamente selecionadas e que apontavam para ações de enfrentamento do tema da escassez de médicos. Concluiu-se que as interações entre os três países foram profícuas e potencialmente vantajosas para a saúde da população dos países analisados. As ações de cooperação Sul-Sul estabelecidas apresentaram resultados positivos nas dimensões das políticas de educação e regulatórias, além de atuar na perspectiva da não dependência internacional e do fortalecimento da capacidade endógena, pontos importantes para a avaliação dos componentes estruturante dos sistemas de saúde.*

Palavras-chave *Cooperação internacional, Recursos humanos em saúde, Brasil, Angola, Cuba*

¹ Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte. 70510-900. Brasília DF Brasil. smcalves@gmail.com

² Departamento de Saúde Global e Sustentabilidade, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo SP Brasil.

Introdução

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.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) demonstram 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 ¼ do número total de médicos².

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 saúde³.

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 distintas, 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 recrutamento⁴⁻⁶.

A literatura aponta que as estratégias para enfrentar a problemática de atrair e fixar médicos em áreas remotas inclui, pelo menos, quatro dimensões: 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 pares⁷⁻⁹.

Nesse sentido, a cooperação internacional se apresenta como importante ferramenta ao enfrentamento desse tema, não apenas por meio de transferência de tecnologia e provimento de

recursos humanos, mas primordialmente, pelo desenvolvimento de capacidades que possam fomentar o protagonismo e a autonomia, fortalecendo assim as diversas estruturas que compõem os sistemas de saúde dos países. Isso inclui a perspectiva de transformação da educação médica no sentido de fortalecer os sistemas de saúde nacionais, sendo que a cooperação entre países é uma das recomendações de uma comissão de especialistas sobre o tema cujo relatório foi publicado na revista *The Lancet*^{10,11}.

Uma vez que o modelo dominante de cooperação internacional em saúde (modelo Norte-Sul) não mais responde de modo satisfatório às atuais conformações geopolíticas, o processo de construção de um novo paradigma evoluiu até o modelo de Cooperação Sul-Sul, com base nos critérios de alinhamento, horizontalidade e autonomia. Os países situados no Hemisfério Sul e que apresentam dificuldades semelhantes, podem compartilhar as estratégias para seu enfrentamento, sem que esse apoio signifique subordinação¹².

Esse novo paradigma se contrapõe à imposição vertical de prioridades e objetivos de cooperação definidos pelos países doadores de recursos desconsiderando as especificidades e os projetos já realizados pelos países beneficiários, traz como consequências a sobreposição de ações e perda de recursos devido à descoordenação na sua aplicação¹³. Assim, o modelo de cooperação Sul-Sul passa a desempenhar papel de relevante análise no campo da saúde^{11,12}.

O objetivo deste artigo é identificar a disponibilidade de médicos nos sistemas nacionais de saúde de Angola, Brasil e Cuba e analisar casos de cooperação internacional estabelecida entre esses países para a atração e retenção desse profissional em áreas rurais e remotas. A motivação para estudar esses países é que apesar de apresentarem situação econômico-social e epidemiológica distintas, se encontram no âmbito das cooperação Sul-Sul e apresentam iniciativas de cooperação entre si.

Metodologia

Tratou-se de estudo de caso exploratório, de abordagem qualitativa, cuja pergunta de partida se fundamenta nas estratégias de cooperação internacional adotadas entre os países, principalmente sobre o contexto da Cooperação Sul-Sul para o fortalecimento do provimento e a retenção de médicos e diminuição das desigualdades.

Revisão não sistemática de literatura realizada nas bases de dados Scielo e PubMed, com recorte temporal de janeiro de 2010 a agosto de 2016, com os argumentos de pesquisa: *country e medical education; public health; health cooperation; human resource for health* e suas respectivas traduções para a língua portuguesa e espanhola. A busca retornou 73 artigos, mas alguns fora do escopo da pesquisa.

Foram selecionados 30 artigos de livre acesso, com relação direta ao objetivo do estudo, e abordavam experiências de cooperação em saúde nesses países no âmbito do provimento, fixação e formação médica. Também foram examinados documentos oficiais dos três países – relatórios técnicos, termos de cooperação, indicadores de saúde, demográficos e sociais, etc. – sobre as cooperações realizadas e os seus indicadores de saúde. De forma complementar, foram pesquisados ainda livros, dissertações e teses que abordavam o assunto.

Os resultados da leitura e análise foram estruturados de modo a permitir uma comparação de características previamente selecionadas, e que apontavam para ações de enfrentamento do tema da escassez de médicos.

O estudo encontra-se de acordo com as Resoluções do CNS nº 466/2012 e nº 510/2016, que aprovam as diretrizes para pesquisas em seres humanos. O caráter exploratório e de revisão de literatura, com a utilização de dados secundários, não ensejou a sua submissão ao sistema CEP/CONEP.

Resultados

Sistema de saúde, formação médica e cooperação em Angola, Brasil e Cuba

As diferenças e peculiaridades dos países analisados no que concerne a capacidade e dificuldade de enfrentamento da situação de saúde dos seus nacionais, se revelam em dados referentes à expectativa de vida, taxas de mortalidade materna e mortalidade infantil, relação médico/habitante e investimento em saúde (Tabela 1).

Brasil

O Brasil estabeleceu um sistema nacional de saúde com base na universalidade, integralidade e equidade para execução de sua política de saúde pública. O Sistema Único de Saúde (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 execução¹⁴.

O SUS oferta serviços assistenciais de saúde de forma descentralizada por meio de sua rede de unidades de saúde, hospitais e outras instalações, e por contratos com instituições privadas e sem fins lucrativos. O setor privado é composto pelo sistema de Saúde Suplementar (SS) financiado com o apoio de empresas, famílias, cooperativas médicas, planos e seguros de saúde individuais, e também pelo pagamento direto ao prestador de serviços pelo usuário¹⁵.

Tabela 1. Aspectos-chave da base normativa e constitucional dos sistemas de saúde, das condições de saúde e das escolas médicas de Brasil, Angola e Cuba.

	Brasil	Angola	Cuba
Sistema Nacional de Saúde (base constitucional e normativa)	CF/88 Lei nº 8080/1990 Lei nº 8142/1990	Lei nº 21-B/1992 CF/1992	CF/1976 (revisão em 1992) Lei nº 41/1983
Expectativa de vida*	75,0	52,4	79,1
Tx de mortalidade materna (por cem mil) *	44	477	39
Tx de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos) *	16,4	156,9	5,5
Médicos por 1.000 habitantes	1,8 ¹	0,17 ¹⁶	7,7 ¹⁷
% PIB gasto em saúde	6,7 ¹⁴	3,8 ¹⁸	9,7 ¹⁷
Número de escolas médicas (2015)	341 ¹⁹	8 ²⁰	15 ¹⁷

* Dados extraídos da referência 14.

Fonte: elaborado pelos autores.

A veloz transição demográfica e epidemiológica alterou o perfil de mortalidade. O país convive com uma tripla carga de doenças, onde coexistem as doenças infecciosas e parasitárias remanescentes e as doenças crônicas, com os seus respectivos fatores de risco; mais recentemente as causas externas (acidentes e violência) despontam como fatores importantes de morbidade e mortalidade. As principais causas de óbito no país são: doenças cardiovasculares, infecções do trato respiratório inferior, neoplasias²¹.

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 as Norte e Nordeste as mais afetadas por escassez grave de médicos^{22,23}.

A educação médica também passa por processos de reformulação para garantir a centralidade do SUS como orientador da formação de recursos humanos para a saúde, a partir das diretrizes curriculares de 2001, revistas em 2014. As mudanças sinalizam alteração do paradigma biomédico vigente que insiste em privilegiar as tecnologias em detrimento dos exames clínicos para os diagnósticos²⁴.

Essas alterações foram impulsionadas pela aprovação, em 2013, do Programa Mais Médicos (Lei nº 12.871/2013) que busca o aprimoramento da formação médica, e a expansão e interiorização das vagas nos cursos de graduação de medicina e de residência médica²⁵. Essas ações pretendem alterar a proporção de médicos por mil habitantes de 1,8 (em 2003) para 2,7 (até 2016)²⁶. Ao final de 2015 o Brasil contava com 341 escolas médicas, 200 públicas e 141 privadas, e tem aumentado nos últimos anos a presença de cursos de medicina no interior em virtude de ações do Programa Mais Médicos¹⁹.

A cooperação Sul-Sul estabelecida pelo Brasil prima pelos “princípios do respeito à soberania e da não intervenção em assuntos internos de outras nações”²⁷, sendo sem fins lucrativos e desvinculada de interesses comerciais. A cooperação técnica horizontal do Brasil pretende compartilhar êxitos e melhores práticas nas áreas demandadas pelos países parceiros, sem imposições ou condicionalidades políticas²⁷.

A partir de 2003, com o primeiro mandato do Presidente Lula, o governo brasileiro passou a buscar maior protagonismo nas discussões e foros internacionais. A cooperação internacional

ganhou ênfase na política exterior, com destaque para a cooperação Sul-Sul²⁸.

Dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)²⁷ apontam que a Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional, nas modalidades de assistência humanitária, bolsas de estudo, cooperação técnica e contribuições para organismos internacionais, praticamente dobrou no período entre 2005 e 2009. A saúde, a agricultura e a educação, são os setores prioritários de cooperação internacional. Especificamente sobre o setor saúde, as prioridades geográficas estabelecidas pelo governo brasileiro são: América do Sul, Haiti e África, especialmente os países africanos de língua oficial portuguesa (Palops)²⁸.

Angola

Angola possui situação peculiar devido ao processo recente de independência, datado de 1975, seguido de uma longa guerra civil que durou até 2002. O país ainda apresenta uma grande extensão de áreas minadas, notadamente no interior, e “suas instituições sociais, políticas e econômicas, basicamente não são funcionais”¹⁶. Apesar do fim da guerra civil e o aumento da estabilidade política, o país ainda apresenta dados de saúde e de desenvolvimento socioeconômico abaixo das médias globais.

O perfil epidemiológico é caracterizado pela prevalência de doenças transmissíveis, especialmente a malária, as doenças respiratórias agudas e as doenças diarreicas agudas, correspondendo a 86,1% do total de doenças notificadas¹⁸.

A evolução do sistema de saúde angolano passou por importantes marcos legais. Em 1975 foi criado o Serviço Nacional de Saúde, com princípios da universalidade e da gratuidade. Todavia, o sistema de saúde herdado do período colonial não era adequado, e com a guerra civil, muito de sua estrutura foi destruída¹⁸.

Em 1992, foi publicada a Lei de Base do Sistema Nacional de Saúde, que reestruturou os serviços nacionais de saúde, e dentro da nova lógica de financiamento, passou a prever a coparticipação dos usuários no financiamento dos serviços, por meio das taxas moderadoras, e permitiu a criação de parcerias público-privadas para os cuidados com a saúde²⁹. A Constituição angolana, promulgada em 2010, dispõe em seu art. 21, que é tarefa do Estado “promover políticas que permitam tornar universais e gratuitos os cuidados primários de saúde”³⁰.

No campo dos recursos humanos para a saúde, Angola enfrenta severas dificuldades na área

de capacitação institucional e humana, também como consequência do longo período de guerra civil. Além da escassez de profissionais de saúde, possui poucas instituições de capacitação para auxiliar no processo formativo do setor, e insuficiente corpo qualificado para atuar no processo de formação e supervisão desses novos profissionais^{16,31}. Apesar dos esforços do governo angolano para suprir os desafios de formação de recursos humanos em saúde, “os currículos e a formação dos professores são deficientes e a falta de recursos para materiais e assistência ao ensino constituem obstáculos à capacitação de qualidade”¹⁶.

Com relação especificamente ao médico, a distribuição geográfica também é desigual, com concentração na capital do país. Dados de 2009 demonstram que o setor público de saúde possui 2.956 profissionais, representando uma média de 0,17 médicos por 1.000 habitantes¹⁶. Não há dados acerca do número de médicos em atividades para o setor privado em Angola. Para sanar esse quadro, o governo estabeleceu cooperação internacional com Cuba para o provimento de 1.500 médicos.

A educação médica procurou adaptar-se às mudanças no sistema de saúde. Até o ano de 2005 havia apenas duas faculdades de medicina, na capital – uma pública e uma privada. Recentemente, foram feitos esforços para adaptar currículos médicos a uma nova visão de um sistema em que outros parceiros sociais surgem como prestadores de cuidados de saúde e como formadores de estudantes de medicina. Nesse contexto, nos anos de 2008 e 2009, seis novas escolas médicas foram criadas fora de Luanda, onde há também uma escola de medicina privada^{20,32} (Quadro 1).

O governo de Angola, nos últimos anos, tem firmado inúmeros projetos de cooperação com o objetivo de incrementar sua política de recursos

humanos em saúde, frente ao seu evidente quadro de escassez de profissionais e baixa qualificação técnica dos mesmos.

Cuba

Cuba possui um Sistema Nacional de Saúde que foi constituído na década de 1960 e tem as seguintes diretrizes: é único, integral, entendendo a saúde pública como de caráter estatal e social, acessibilidade e gratuidade dos serviços, orientação profilática com aplicação dos avanços da ciência e da técnica, participação da comunidade, enfoque intersetorial, universal, regionalizado com profunda concepção internacionalista e solidária¹⁷.

A Constituição de Cuba, publicada em 1976, e revisada em 1992, dispõe que todos têm direito à atenção e proteção da sua saúde, cabendo ao Estado garanti-la por meio de prestação de assistência médica e hospitalar gratuita³³. Em 1983, foi publicada a Lei nº 41 de saúde pública, que definiu o Sistema Nacional de Saúde como um conjunto de unidades administrativas, de serviços, com foco ainda na produção de ensino e pesquisa voltadas à atenção integral da saúde da população³⁴.

O Sistema Nacional de Saúde é fundamentado na estratégia de atenção primária, que é baseada no modelo da Medicina Familiar. A rede de serviços se distribui por níveis de atenção: a porta de entrada é o consultório do médico e da enfermeira de família em contato direto com a policlínica que organiza a atenção integral e busca garantir o incremento da capacidade resolutive da atenção primária¹⁷.

O planejamento e a formação de recursos humanos são garantidos a partir do próprio Sistema Nacional de Saúde, que possui 13 universidades

Quadro 1. Cursos de medicina em Angola, por província, ano de criação e tipo de instituição.

Universidade/Faculdade	Província	Data de criação	Instituição Público/Privada
Agostinho Neto	Luanda	1963	Pública
Jean Piaget	Luanda	2000	Privada
Instituto Superior Técnico Militar	Luanda	2008	Pública
Katiavala Bwila	Benguela	2008	Pública
11 de Novembro	Cabinda	2008	Pública
Lueji A'Nkonde	Malange	2009	Pública
José Eduardo dos Santos	Huambo	2009	Pública
Mandume ya Ndemufayo	Lubango	2009	Pública

Fonte: Adaptado da Referência 31.

com curso de medicina, duas faculdades independentes, a *Escuela Latinoamericana de Medicina* (ELAM) e a *Escuela Nacional de Salud Pública*. A educação superior em Cuba é um direito público e um dever do estado e deve ter correlação com o mundo do trabalho³⁵.

No ano letivo de 2014-2015 estavam matriculados 69.760 estudantes nos cursos de graduação em saúde, dos quais 60.247 de nacionalidade cubana e 9.513 estrangeiros. Desses, 52.235 cursavam medicina. Em Cuba já se graduaram cerca de 39 mil médicos de 121 países, entre os quais mais de 24.400 nos dez cursos de graduação em saúde da ELAM¹⁷.

O número de médicos por mil habitantes no ano de 2015 era de 7,7, correspondendo a um médico a cada 130 habitantes, tendo ainda um dentista para cada 671 habitantes e uma enfermeira para cada 123 habitantes. Com essa proporção foi possível no ano de 2014 garantir 7,4 consultas médicas por habitante¹⁷.

Neoplasias são a principal causa de mortalidade, seguida por problemas cardiovasculares, problemas respiratórios e causas externas. Em 2015 a OMS reconheceu que Cuba havia eliminado a transmissão vertical de HIV e sífilis¹⁷.

A lei de saúde pública cubana estabelece premissas para orientar a prestação dos serviços públicos de saúde e organização da saúde pública com destaque para a colaboração internacional. Contabilizando os dados desde a década de 1960, Cuba já teve cooperação internacional em 158 países, com mais de 325 mil trabalhadores atuando no exterior³⁶.

As modalidades de cooperação desenvolvidas por Cuba são:

- *Asistencia Técnica Compensada* (ATC): formato mais antigo de cooperação, entre os existentes atualmente, data da época chamada de “Período Especial”, que coincide com o fim da União Soviética e a importante crise econômica em Cuba. Nessa modalidade se estabelece acordo no qual o médico contratado recebe remuneração pelos serviços prestados, parte da qual é investida no Sistema Nacional de Saúde de Cuba e auxilia a manter o restante da colaboração médica. É o formato de cooperação com Angola.

- *Programa Integral de Salud* (PIS): criado após desastres naturais na América Central na década de 1990. Caracteriza-se pelo envio de profissionais a lugares remotos, de difícil acesso, com carência de recursos humanos. Os profissionais, nessa modalidade, recebem remuneração somente para sustento de necessidades básicas com contrapartidas de logística do governo par-

ticipante. Esse é o formato mais comum e atualmente é desenvolvido em 32 países.

- *Servicios Médicos Cubanos* (SMC): modelo que conta com o aporte de recursos do país beneficiado pela prestação de serviços médicos, a exemplo do que ocorre no Brasil com o Programa Mais Médicos e tem crescido em países do Oriente Médio.

- *Operação Milagro* (OM): vinculada basicamente a cirurgias oftalmológicas, tendo realizado 2.667.005 cirurgias de catarata desde 2004.

Adicione-se ainda um programa de cooperação especial, firmado com a Venezuela, *Misión Barrio Adentro*, que consistiu em provimento de grande número de médicos e enfermeiros cubanos para atuar, notadamente, na atenção básica.

No ano de 2014 a cooperação cubana estava presente em 67 países, sendo 31 da África (46,27%), 25 da América Latina e Caribe (37,31%), 10 na Ásia, Pacífico e Oriente Médio (14,93%) e 1 na Europa (1,49%). Venezuela, Brasil e Angola são os países com maior número de profissionais³⁶ (Tabela 2).

A cooperação internacional cubana também participa do desenvolvimento de faculdades de medicina em 11 países: Angola, Bolívia, Eritreia, Gambia, Guiana, Guiné Equatorial, Guiné-Bissau, Nicarágua, Tanzânia, Timor Leste e Venezuela³⁶.

Cooperações Sul-Sul entre Brasil, Angola e Cuba

As cooperações Sul-Sul entre esses países se dá de diferentes formatos, seja por meio da interlocução com a Agência Brasileira de Cooperação (ABC) no caso de Brasil e Angola, seja com a participação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPS/OMS) no caso de Brasil e Cuba e, finalmente, com a participação da *Unidad Central de Cooperación Médica* (UCCM) nas coopera-

Tabela 2. Modalidades de cooperação desenvolvidas por Cuba, e quantitativo por país.

Modalidades de Cooperação	Países	Percentual (%)
PIS	32	46,80
OM	3	4,40
ATC	17	24,80
SMC	16	22,60
Venezuela	1	1,4
Total	67	100

Fonte: Dados extraídos da Referência 36.

ções com participação cubana. Aqui destacamos três iniciativas desenvolvidas por esses países envolvendo a formação de recursos humanos, com enfoque na área médica.

A cooperação internacional entre Brasil e Angola possui destaque por meio da ABC, órgão vinculado ao Ministério das Relações Exteriores brasileiro, que entre os anos de 2006 a 2016 realizou conjuntamente com o governo de Angola projetos de Cooperação Sul-Sul para fins de capacitação, promoção da saúde e combate às doenças endêmicas no país. No âmbito da formação de recursos humanos, destaca-se o acordo de cooperação com vistas à capacitação do Sistema de Saúde de Angola³⁷.

Essa cooperação visa o fortalecimento da capacidade de formação em saúde pública, por meio da implantação da Escola Nacional de Saúde Pública de Angola, e das Escolas Técnicas de Saúde e do Instituto Nacional de Saúde Pública. As ações foram desenvolvidas sob a coordenação da Fundação Oswaldo Cruz, instituição vinculada ao Ministério da Saúde do Brasil, e que possui larga expertise no campo da saúde pública.

Em decorrência da cooperação o governo brasileiro realizou ações de capacitações e ofereceu estágios de curta duração para os quadros previamente indicados pelo governo angolano. O fomento ao desenvolvimento da capacidade técnica local também foi reforçado pela formação de docentes em saúde pública em Angola, por meio de um curso de mestrado em saúde pública, desenvolvido pela Fundação Oswaldo Cruz, por meio de sua Escola Nacional de Saúde Pública. O objetivo principal, para além do fortalecimento técnico, era apoiar à estruturação da Escola Nacional de Saúde Pública de Angola. Em maio de 2012, formou-se a primeira turma com 15 alunos²⁸.

A cooperação entre Brasil e Cuba, começou na década de 1990, quando médicos cubanos prestaram serviços em estados brasileiros com maior carência de médicos, a exemplo de Tocantins, por meio da ATC. No entanto, não havia cooperação da magnitude do Programa Mais Médicos. O PMM foi viabilizado pela triangulação feita pela OPS/OMS, que firmou, com o Brasil, o Termo de Cooperação nº 80/2013, e igualmente assinou termo com a *Unidad Central de Cooperación Médica*, para o provimento de médicos que atuariam no território brasileiro.

O PMM foi considerado pelo governo brasileiro, ao final dos dois anos de seu lançamento, como a maior iniciativa já realizada em território nacional para enfrentamento da escassez de mé-

dicos. Nesse sentido, foi essencial a cooperação estabelecida entre Brasil, OPS/OMS e Cuba para poder concretizar a dimensão de resposta imediata do PMM, qual seja o provimento de médicos aos serviços de Atenção Básica em áreas com maior necessidade e vulnerabilidade^{26,38}.

O PMM preencheu 11.400 vagas, em municípios brasileiros de todas as unidades federativas e Distritos Sanitários Especiais Indígenas, com médicos cubanos, que cursaram Especialização em Saúde da Família para compreender a organização do Sistema Único de Saúde e as características epidemiológicas locais²⁶. Ser formado há mais de 10 anos e ter pelo menos uma experiência internacional eram os pré-requisitos. Conforme avaliação da UCCM de Cuba, 29,8% tinha experiência internacional em mais de um país³⁶.

Cuba considera a cooperação com o Brasil, no PMM, como uma ação sem precedentes, por envolver uma série de ações dispostas na Lei nº 12.871/2013 que incluem o provimento emergencial de médicos de diversas nacionalidades e ao mesmo tempo a capacidade de contar com número maior de médicos formados no Brasil a médio e longo prazo³⁹.

A OPS/OMS também o considerou um projeto inovador, por gerenciar importante recurso financeiro para a contratação de 11.400 médicos, os mobilizar de um país como Cuba, que os tem em maior proporção que o Brasil, e pelo fato desses profissionais se integrarem ao SUS⁴⁰.

Estudos recentes de avaliação do Programa demonstraram que 94,6% das pessoas atendidas estavam com satisfação boa ou muito boa⁴¹, houve redução no número de municípios com escassez de médicos⁴², ocorreu expansão no acesso aos serviços de saúde nas regiões mais vulneráveis⁴³, redução nas internações por condições sensíveis à APS na Região Nordeste do Brasil⁴⁴, bem como um agregado de bons resultados em diminuição das internações e ampliação do acesso⁴⁵.

Contudo, dado o recente tempo de criação do Programa, avaliações acadêmicas e de órgãos independentes ainda se encontram em fase de elaboração, sendo a Rede de Atenção Primária à Saúde/Abrasco, em colaboração com a OPS/OMS, a principal interface de monitoramento de pesquisas relacionadas à temática. Mantém-se importantes aspectos do PMM a serem debatidos, como a necessidade de políticas permanentes de pessoal para o SUS e o formato de remuneração dos profissionais⁴⁶.

O terceiro exemplo é o da Cooperação entre Cuba e Angola, que se desenvolve desde 1975 e, de modo mais recente, por meio do Programa

de Assistência Técnica Compensada, que envolveu, em 2014, 1.893 profissionais cubanos. Essa cooperação abrange atividades assistenciais e formação de recursos humanos de níveis médio e superior e de gestão sanitária. Na parte de formação estão inclusos sete cursos técnicos e nove de graduação de medicina e enfermagem³⁶. Há também suporte de Cuba na organização do sistema de saúde angolano como no exemplo de projeto *Sistema Municipal de Salud*, atuando em todas as províncias no fortalecimento da gestão municipal e da atenção primária em saúde³⁶.

O governo de Angola reconhece a importância da cooperação para a formação médica e o papel decisivo para implantação dos novos cursos de medicina criados no interior do país. O currículo é administrado majoritariamente por professores cubanos, sendo desenvolvido em seis anos nos moldes da formação que já ocorre em Cuba, na ELAM⁴⁷.

Angola mantém ainda colaboração com instituições de ensino na área da saúde em Cuba, inclusive com programa de incentivo que fornece bolsas de estudos para que seus cidadãos possam ir ao país caribenho cursar medicina.

Discussão

A temática da cooperação internacional nos três países estudados apresenta importantes pontos de convergência sobre estratégias de recrutamento e fixação de profissionais médicos para áreas rurais e/ou de difícil acesso.

Angola e Brasil, por meio de ações de cooperação técnica estabelecida com Cuba, recrutaram médicos daquele país que possui reconhecimento internacional de sua política de formação de recursos humanos em saúde, com destaque para a necessidade de formação de uma parte significativa dos médicos na área de medicina geral e integral.

A política de formação de RHS em Cuba tem propiciado, ao longo dos anos, transformação na sociedade cubana, com indicadores de saúde que a comparam a países desenvolvidos. Os currículos das escolas médicas cubanas privilegiam a promoção, a prevenção e a reabilitação da saúde, não se restringindo à dependência tecnológica. Ademais, na formação médica o foco reside na saúde da coletividade, e não na doença dos indivíduos^{48,49}.

A educação médica apresentada em Cuba se distingue daquela praticada no Brasil até recentemente, fundada no paradigma biomédico, as-

sociada à expansão da tecnologia na área médica, com aparelhos, técnicas e medicamentos modernos, que passaram a substituir o bom exame clínico na definição dos diagnósticos, e a proliferação de especialidades. A formação biomédica, quando predominante, acaba também se constituindo como fator determinante para o baixo interesse dos médicos pela atenção básica⁵⁰.

No que toca à diretriz da colaboração internacional no campo da saúde, Cuba, há mais de 50 anos, atua nos campos da ajuda médica no caso de desastres naturais; ajuda médica solicitada no caso de confrontos militares; ajuda médica assistencial a países de terceiro mundo; assistência técnica compensada e formação em recursos humanos⁵¹.

Cuba entende que sua cooperação se mantém de acordo com alguns princípios básicos: é um eixo importante da política externa cubana; se direciona a governos centrais e locais e busca se desenvolver de forma sustentável; é feita a partir da soma das potencialidades dos países envolvidos, sem finalidade de lucro e considerando as diferenças existentes; envolve profissionais com enfoque na atenção primária, que não opinam em assuntos relativos à política interna ou costumes locais; busca beneficiar o maior número possível de pessoas, com ênfase em áreas remotas⁵². Destaca-se nesses casos o princípio da solidariedade internacional de Cuba, tido como elemento decisivo nas iniciativas desse país⁵³.

Nesse sentido se observa que as ações de cooperação internacional, no campo da saúde empreendidas pelo governo cubano, não se resumem à transferência de recursos humanos para suprir vazios assistenciais, mas compreendem também ações voltadas ao fortalecimento dos sistemas de saúde dos países que recebem a cooperação, como no caso de Angola.

Na análise do ponto de vista histórico das cooperações realizadas por Cuba, seus dirigentes consideram que houve uma evolução de ações inicialmente relacionadas basicamente com a assistência médica, para programas que cada vez mais priorizam a formação de recursos humanos, entendendo esse elemento como importante para a sustentabilidade e o desenvolvimento local⁵².

Além das questões pontuadas anteriormente, a cooperação desenvolvida pelo governo cubano se encontra no marco discutido por Akerman⁵⁴, de que há uma preocupação com o desenvolvimento local, de modo que se potencializam as estratégias do país que sedia a iniciativa e os processos são fortalecidos recorrendo ao planejamento integrado, de forma participativa e com a

difusão de informações por meio da viabilização de redes de apoio.

Nota-se que ao analisar a cooperação estabelecida entre Brasil e Cuba, no caso apresentado, a OPS/OMS teve papel fundamental, o que possibilitou a otimização dos recursos, o intercâmbio de experiências, de conhecimento e de tecnologias e a construção de um ambiente de diálogo para melhor compreensão da realidade dos países⁵⁵.

Avaliando o significado da cooperação desenvolvida pelo Programa Mais Médicos, entende-se como marco para a OPS/OMS, em virtude de ter agregado valor estratégico na redução das lacunas em matéria de igualdade de saúde ao mesmo tempo que potencializa a natureza única da experiência de cooperação Sul-Sul entre Cuba e Brasil, triangulada por meio da Organização⁴⁰.

A cooperação estabelecida entre Angola e Cuba teve como foco a formação médica como componente da reestruturação dos recursos humanos em saúde, e destaca-se como principal modelo de Cooperação Técnica Internacional observado entre esses países. A abertura de universidades no interior, a importação de professores médicos cubanos para Angola e o intercâmbio de alunos de graduação para Cuba constituem um dos principais modelos de fortalecimento estruturante e de longo prazo observados para enfrentamento da carência de médicos.

Documentos internacionais produzidos pela OMS e *Joint Learning Initiative* identificam Angola entre os países africanos com escassez crítica de médicos^{56,57}. Esse déficit está atrelado aos anos de guerra civil, ao reduzido número de escolas médicas e ao baixo potencial dessas escolas. Por conseguinte, a quantidade de alunos egressos não corresponde às necessidades do país, além de não estarem tecnicamente preparados²⁰.

Esse substancial incremento no número de escolas médicas em Angola, ocorrido ao longo dos anos 2000, está inserido como parte de uma política nacional de fortalecimento de RHS. Nesse sentido, Angola é destaque positivo, pois segundo dados da OMS⁵⁶, dos 46 países da região africana, 24 não possuem uma política nacional nessa seara.

Ademais, Angola, ao seguir o modelo de educação médica adotado em Cuba, que privilegia uma formação em medicina geral e integral e o raciocínio clínico em detrimento ao modelo biomédico, poderá ser capaz de formar profissionais aptos a enfrentar as condições de saúde específicas e a contribuir para a melhoria do desenvolvimento socioeconômico e epidemiológico no qual o país se encontra. Estudos futuros serão necessá-

rios para avaliar essa competência local que está sendo formada, vez que se tratam de ações com impacto de longo prazo.

O Brasil, por sua vez, contribuiu para o fortalecimento do sistema de saúde angolano em projetos de capacitação que se iniciaram em 2007, e que colaboraram para a construção e o fortalecimento da capacidade de ensino e pesquisa endógena, além de atuar na estruturação de instituições fundamentais para a estabilização do próprio sistema de saúde angolano.

Brasil e Angola estabeleceram uma cooperação estruturante em saúde, que propõe outro paradigma, no qual o desenvolvimento de capacidades é a pedra fundamental⁵⁸. Apresenta-se como uma proposta inovadora e que pode funcionar como novo modelo de cooperação, pois, a partir de seus eixos estruturantes que envolvem o aproveitamento de capacidades e recursos endógenos existentes no próprio país, articula intervenções concretas e o diálogo entre os atores de modo a fomentar o protagonismo e a autonomia, fortalecendo assim as diversas estruturas que compõem o sistema de saúde dos países⁵⁸.

Desse modo, a concepção de cooperação estruturante consegue contemplar os pilares do desenvolvimento de recursos humanos e organizacional, bem como o fortalecimento institucional, superando a transferência passiva de conhecimento e tecnologia comuns no modelo de cooperação tradicional.

A partir dessa cooperação técnica percebe-se a aproximação com países de língua portuguesa e a expertise do Brasil para atuar no processo de fortalecimento de Sistemas Nacionais de Saúde. A experiência de cooperação do Brasil com países lusófonos, a exemplo de Angola, é citada como destaque pela comissão de Educação Médica do *The Lancet*, evidenciando o papel da Fiocruz na criação de uma rede, entre os diversos países, de fortalecimento da capacidade institucional por meio de projetos que fortalecem o acesso universal e o treinamento de recursos humanos em saúde¹⁰.

A mesma comissão, ao discutir recomendações para reformas da educação médica que possibilitem a sinergia de suas ações com o desenvolvimento dos sistemas de saúde, coloca a preocupação com as desigualdades globais em saúde e a necessidade de reformas na formação que aponte mais para o desenvolvimento de competências locais do que a adoção de modelos de outros contextos que possam não ser relevantes¹⁰.

Parece-nos que é nessa perspectiva que foi desenvolvida a cooperação entre Cuba e Angola, no momento em que há participação deter-

minante dos professores oriundos do primeiro para viabilizar a abertura de seis novas escolas médicas no segundo, mas a partir de integração com programas como o do desenvolvimento de sistemas municipais de saúde, também presente na cooperação, observa-se o compromisso com o desenvolvimento local e uma formação de acordo com a realidade angolana.

Desse modo, as cooperações desenvolvidas apontam para o que é entendido como a terceira geração de reformas na educação médica, evoluindo de um primeiro modelo, fortemente influenciado pelo Relatório Flexner, em que os currículos são baseados no paradigma científico, passando por uma geração na qual as escolas adotam a formação baseada em problemas e chegando no modelo mais atual de sistemas de educação integrados com os sistemas de saúde, dialogando com a importância do desenvolvimento de competências locais que tenham um olhar global¹⁰.

No âmbito das recomendações internacionais quanto ao provimento e retenção de médicos em áreas remotas⁷⁻⁹, nos parece que as iniciativas destacadas dialogam com as dimensões das políticas educacionais e regulatórias, vez que os projetos de cooperação Sul-Sul tinham objetivos bem definidos de atuação nessas vertentes.

Nesse sentido, discorda-se em parte do estudo realizado por Carvalho *et al.*⁵⁹ sobre o Programa Mais Médicos, analisado a partir das recomendações da OMS, em que concluiu pelo êxito do PMM em 37,5% das 16 recomendações, sem considerar, todavia, que a iniciativa analisada não tinha como perspectiva incidir em situações como melhoria de infraestrutura em áreas rurais, restando, portanto, prejudicadas algumas das recomendações estabelecidas pela OMS, por não se situarem dentro do escopo da atuação. Considerando as quatro dimensões, avalia-se que as cooperações são exitosas nas dimensões em que se propuseram a atuar e que, por vezes, uma mesma ação apresenta características que perpassa por mais de uma dimensão.

Na cooperação estabelecida entre Angola e Cuba, as dimensões educacional e regulatória são percebidas por meio da ampliação do número de escolas médicas, pelo formato curricular adotado nesses cursos e pela regulação do acesso, vez que a política de expansão de escolas médicas empreendida pelo governo angolano possibilitou a instalação de cursos de medicina em áreas que anteriormente não contavam com essa possibilidade de formação.

No caso da cooperação entre Brasil e Cuba, por meio do PMM, a dimensão da regulação é

percebida quando se condiciona o exercício profissional de médicos estrangeiros em áreas avaliadas como de maior vulnerabilidade, obrigando a atuação dos profissionais efetivamente nos locais onde não havia assistência médica, a exemplo dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

E por último, no caso da cooperação entre Brasil e Angola, pelo aprimoramento da formação técnica dos profissionais de saúde, também é perceptível o imbricamento entre a dimensão da educação e da regulação, vez que houve uma preferência, quando da conformação das ações de cooperação, pelo modelo de formação de pós-graduação *stricto sensu*. Essa escolha demonstra a opção do governo angolano em investir em duas frentes: a ampliação de cursos de graduação, dentro de formatos curriculares específicos (Cooperação Angola e Cuba), mas também na formação continuada em níveis diferenciados, voltado ao fortalecimento e estruturação de instituições chaves para o sistema de saúde do país.

Após a análise das iniciativas apresentadas sobre o marco da importância das Cooperações Sul-Sul, e das estratégias apontadas pela literatura internacional para o enfrentamento do caso de escassez de médicos, também cabe avaliá-las no contexto das práticas internacionais de trânsito de profissionais, já que envolvem a ida de médicos cubanos para Angola e Brasil.

Marco importante nessa área é o Código de Prática de Recrutamento Internacional de Profissionais de Saúde, aprovado em 2010, durante a 63ª Assembleia Mundial da Saúde, da OMS. Trata-se de código de adesão voluntária, que tem por objetivo estabelecer um conjunto de princípios e práticas sobre o tema da contratação internacional de profissionais de saúde, considerando os direitos, as obrigações e as expectativas dos países envolvidos⁶⁰.

Apresenta ainda como princípio norteador, a necessidade de os Estados empreenderem esforços para constituir uma força de trabalho autossuficiente, abrangendo estratégias para formação, capacitação e manutenção desses recursos humanos em seus territórios, de modo a reduzir a necessidade de contratação externa⁶⁰.

Outra recomendação do Código, e pertinente ao tema em análise, é a de que os países envolvidos – os que recebem e os que perdem o capital humano – devem se beneficiar mutuamente, seja por meio do fomento ao desenvolvimento e capacitação de novos recursos humanos, seja pelo impedimento ético de recrutar profissionais originários de países em desenvolvimento ou com grave escassez⁶⁰.

Nesse contexto, as cooperações envolvendo Brasil, Angola e Cuba apontam para a observância dos objetivos traçados no Código, seja pelo fato de não implicarem na saída de profissionais em países com comprovada escassez (como no caso de Brasil e Angola), envolverem a oferta de médicos por um país que tem uma proporção importante de médicos por mil habitantes (Cuba, com o parâmetro de 7,7), bem como trabalharem na perspectiva de autossuficiência de profissionais para cada país.

Conclusão

O tema da escassez de médicos é sensível e precisa de uma orquestração de medidas e ações, nos planos nacional e internacional, para seu enfrentamento. Nesse sentido, a cooperação Sul-Sul se apresenta como um caminho possível, especialmente porque é estabelecida dentro de uma perspectiva de não dependência internacional e de fortalecimento da capacidade interna para gerenciamento de problemas domésticos.

Ações de curto, médio e longo prazo precisam ser estabelecidas e constantemente avaliadas, no sentido de observar a consolidação das mudanças, e não se perder de vista o horizonte que se pretende estabelecer. São fundamentais as iniciativas que se propõem a transformar a educação médica, no sentido de que a formação seja baseada no sistema de saúde e contribua para o desenvolvimento local.

As interações entre os três países foram profícuas e potencialmente vantajosas para a saúde da população dos países analisados. Por se tratar de estudo eminentemente descritivo, as limitações pertinentes a esse tipo de pesquisa devem ser observadas, especialmente quanto à seleção dos países e de experiências de cooperação internacional com o escopo de fortalecer ações de provimento e retenção de médicos.

Assim, pesquisas futuras sobre o mesmo tema devem ser empreendidas para possibilitar o acompanhamento, a comparação e o aprofundamento dessa importante questão sanitária de dimensão internacional.

Colaboradores

SMC Alves e FP Oliveira participaram da concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados e da redação do artigo. MFM Matos participou da análise e interpretação dos dados e da redação do artigo. LMP Santos e MC Delduque participaram da revisão do artigo e da aprovação da versão a ser publicada.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. Ginebra: OMS; 2012. [acessado 2015 maio 10]. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/es/
2. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Relatório Mundial da Saúde: Financiamento dos sistemas de saúde – o caminho para a cobertura universal*. Ginebra: OMS; 2009.
3. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
4. Chopra M, Munro S, Lavis JN, Vist G, Bennett S. Effects of policy options for human resources for health: an analysis of systematic reviews. *Lancet* 2008; 371(9613):668-674.
5. Buyck P, Humphreys J, Wakerman J, Pashen D. Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: towards evidence-based policy. *Aust J Rural Health* 2010; 18(3):102-109.
6. Dolea C, Stormont L, Braichet J. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bull World Health Organ* 2010; 88(5):379-385.
7. Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention. *BMC Health Serv Res* 2008; 8(19):1-10.
8. Chen LC. Striking the right balance: health workforce retention in remote and rural areas. *Bull World Health Organ* 2010; 88 (5):321-400.
9. Viscomi M, Larkins S, Gupta T. Recruitment and retention of general practitioners in rural Canada and Australia: a review of the literature. *Canadian Journal of Rural Medicine* 2013; 18(1):13-23.
10. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010; 376(9756):1923-1958.
11. Ooms G, Hammonds R, Decoster K, Van Damme W. *Global Health: What it has been so far, what it should be, and what it could become*. Antwerp: Institute of Tropical Medicine; 2011.
12. Santana JFNP. *Cooperação Sul-Sul na área da saúde: dimensões bioéticas* [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2012.
13. Buss PM, Ferreira JR. Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde. *RECHS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde* 2010; 4(1):93-105.
14. World Health Organization (WHO). *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva: WHO; 2016. [acessado 2016 out 15] Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/EN_WHS2016
15. Montekio VB, Medina G, Aquino R. Sistema de salud de Brasil. *Salud Pública de México* 2011; 53(Supl. 2):s120-s131.
16. Connor C, Averbug C, Miralles M. *Avaliação do Sistema de saúde de Angola 2010*. Bethesda: Abt Associates Inc.; 2010.
17. Ojeda RM. Cobertura Universal de Salud: Experiencia Cubana [editorial]. *Ciencias Médicas* 2015.
18. Angola. *Relatório Anual das Actividades Desenvolvidas*. Ministério da Saúde; 2013. [acessado 2015 jun 20] Disponível em: <http://docplayer.com.br/3681693-Republica-de-angola-ministerio-da-saude-ano-2013-relatorio-anual-das-actividades-desenvolvidas.html>
19. Brasil. *Número de escolas médicas*. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. [mimeo]
20. Fronteira I, Sidat M, Fresta M, Sambo MR, Belo C, Kahuli C, Rodrigues MA, Ferrinho A. The rise of medical training in Portuguese speaking African countries. *Human Resources for Health* 2014; 12(63):1-10.
21. Paim JS. *O que é SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.
22. Scheffer M, Biancarelli A, Cassenote A. *Demografia Médica no Brasil* 2015. São Paulo: DMPUSP, Cremesp, CFM; 2015
23. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulg Saúde Debate* 2009; (44):13-24.
24. Batista NA, Vilela RQB, Batista SHSS. *Educação médica no Brasil*. São Paulo: Cortez; 2015.
25. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981 e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2013; 23 out.
26. Brasil. *Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
27. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Agência Brasileira de Cooperação. *Cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional: 2005-2009*. Brasília: IPEA, ABC; 2010.
28. Fedatto MS. *A Fiocruz e a cooperação para a África no governo Lula* [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013.
29. Angola. Lei nº21-B, de 28 de agosto de 1992. Aprova a Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde. *Diário da República* 1992; 28 ago.
30. Angola. Constituição da República de Angola. *Diário da República* 2010; 5 fev.
31. Queza AJ. *Sistema de Saúde em Angola: uma proposta à luz da reforma do Serviço Nacional de Saúde em Portugal* [dissertação]. Porto: Universidade do Porto; 2010.
32. Ferrinho P, Sidat M, Fresta MJ, Rodrigues A, Fronteira I, Silva F, Mercer H, Cabral J, Dussault G. The training and professional expectations of medical students in Angola, Guinea-Bissau and Mozambique. *Human Resources for Health* 2011; 9(9):1-5.
33. Cuba. Constitución de la República de Cuba. *Gaceta Oficial de la República de Cuba* 1992; 12 jul.
34. Cuba. Ley nº 41. Ley de la Salud Pública. *Gaceta Oficial de la República de Cuba* 1983; 13 jul.
35. Sánchez YM, Machado OJD, Fernández AMT. Cuba y la cooperación solidaria en la formación de médicos del mundo. *Educ Med Super* 2010; 24(1):76-84.

36. Iglesias MS, Valido JAS, Bustillo FD. *Unidad Central de Cooperación Médica: Anuario*. Havana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.
37. Agência Brasileira de Cooperação. Projeto de Cooperação BRA/04/044-S083 [acessado 2016 out 10]. Disponível em: <http://www.abc.gov.br/Projetos/pesquisa>.
38. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, Matos MFM, Cyrino EG. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(54):623-634.
39. González JEC, Morales ECL, Ramos AD. Proyecto “Mais Médicos para Brasil”: nueva modalidad de colaboración cubana en el exterior. *Rev EDUMECENTRO* 2015; 7(1):171-177.
40. Molina J, Tasca R, Suárez J. Monitoramento e avaliação do Projeto de Cooperação da OPAS/OMS com o Programa Mais Médicos: reflexões a meio caminho. *Cien Saude Colet* 2016; 21(9):2925-2933.
41. Comes Y, Trindade JS, Shimizu HE, Hamann EM, Bargioni F, Ramirez L, Sanchez MN, Santos LMP. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. *Cien Saude Colet* 2016; 21(9):2749-2759.
42. Girardi SN, Stralen ACS, Cella JN, Maas LWD, Carvalho CL, Faria EO. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Cien Saude Colet* 2016; 21(9):2675-2684.
43. Lima RTS, Fernandes TG, Balieiro AAS, Costa FS, Schramm JMA, Schweickardt JC, Ferla AA. A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. *Cien Saude Colet* 2016; 21(9):2685-2696.
44. Gonçalves RF, Sousa IMC, Tanaka OY, Santos CR, Brito-Silva K, Santos LX, Bezerra AFB. Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. *Cien Saude Colet* 2016; 21(9):2815-2824.
45. Santos LMP, Oliveira A, Trindade JS, Barreto ICHC, Palmeira PA, Comes Y, Santos FOS, Santos W, Oliveira JPA, Pessoa VM, Shimizu, HE. Mais Medicos towards universal health coverage for deprived populations in Brazil: implementation study. *Boletim OMS*. No prelo 2016.
46. Campos GWS. Mais médicos e a construção de uma política de pessoal para a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu)* 2015; 19(54):641-642.
47. Ferreira AVL, Fresta M, Simões CFC, Sambo MRB. Desafios da educação médica e da investigação em saúde no contexto de Angola. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2014; 38(1):133-141.
48. Osa JA. Um olhar para a saúde pública cubana. *Estud. av.* 2011; (25)72: 89-96.
49. Cárdenas LG. La especialidad de medicina familiar en la formación de los recursos humanos en Cuba. *O mundo da saúde* 2010; 34(3):404-406.
50. Amoretti R. A Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2005; 29(2):136-146.
51. Torres NM. *La colaboración médica cubana en el siglo XXI: una propuesta para la sostenibilidad en Guinea Bissau* [dissertação]. Havana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2006.
52. Torres NM, Cruz EM. Evolución de la colaboración médica cubana en 100 años del Ministerio de Salud Pública. *Rev Cubana Salud Pública* 2010; 36(3):254-262.
53. Torres NM, Cruz EM. Experiencia cubana en Cooperación Sur-Sur. *Rev Cubana Salud Pública* 2011; 37(4):380-393.
54. Akerman M. *Saúde e Desenvolvimento Local: princípios, conceitos, práticas e cooperação técnica*. São Paulo: Hucitec; 2014.
55. Santos RF, Rodrigues CM. Cooperação Sul-Sul: experiências brasileiras na América do Sul e na África. *Hist. cienc. saude-Manguinho* 2015; 22(1):23-47.
56. World Health Organization. *The World Health Report: working together for health*. Genève: OMS; 2006.
57. Joint Learning Initiative. *Human resources for health: overcoming the crisis*. 2004 [acessado 2016 maio 15]. Disponível em: http://www.who.int/hrh/documents/JLI_hrh_report.pdf
58. Almeida C, Campos RP, Buss P, Ferreira JR, Fonseca LE. A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”. *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde* 2010; 4(1):25-35.
59. Carvalho VKS, Marques CP, Silva EN. A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. *Cien Saude Colet* 2016; 21(9):2773-2784.
60. Organização Mundial da Saúde. Código de práticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud 2010. [acessado 2015 nov 20]. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-sp.pdf

Artigo apresentado em 15/08/2016

Aprovado em 28/11/2016

Versão final apresentada em 13/02/2017

Percepções de gestores municipais de Saúde sobre o provimento e a atuação dos médicos do Programa Mais Médicos

Carlos André Moura Arruda^(a)Vanira Matos Pessoa^(b)Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto^(c)Fernando Ferreira Carneiro^(d)Yamila Comes^(e)

Arruda CAM, Pessoa VM, Barreto ICHC, Carneiro FF, Comes Y, Trindade JS, et al. Perceptions of city health managers about the provision and activity of physicians from the More Doctors Program. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1269-80.

In Brazil, the challenge of redistributing physicians has been the subject of several government interventions. The objective of this paper was to analyze the provision of physicians through the More Doctors Program, according to city health managers. This was a qualitative study carried out with 63 managers in 32 Brazilian cities. The interviews were submitted to content analysis using ATLAS.ti software. It is noteworthy to highlight the contributions of the program physicians to improvements in health care, humanized and differentiated clinical practices, and changes to health care networks after implementation of the program. The managers reiterated the importance of the program in providing and securing physicians in primary health care in vulnerable and hard-to-access cities.

Keywords: Primary Health Care Physicians. Health Management. Public policies. Primary Health Care.

No Brasil, o desafio da redistribuição de médicos foi alvo de diversas intervenções governamentais. Objetivou-se analisar o provimento de médicos do Programa Mais Médicos, segundo as percepções de gestores municipais de Saúde. Trata-se de um estudo qualitativo realizado com 63 gestores em 32 municípios do Brasil. As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo com a ajuda do *software* ATLAS.ti. Destacam-se as contribuições dos médicos do programa na melhoria da Atenção à Saúde, nas práticas clínicas humanizadas e diferenciadas e nas mudanças na rede de Atenção à Saúde, após a implementação do programa. Os gestores reafirmam a importância da implementação, no que concerne ao provimento e à fixação de médicos na Atenção Básica, em municípios vulneráveis e de difícil acesso.

Palavras-chave: Médicos de Atenção Primária. Gestão em Saúde. Políticas públicas. Atenção Primária à Saúde.

Josélia de Souza Trindade^(f)
Diego Dewes da Silva^(g)
Leonor Maria Pacheco Santos^(h)

^(a) Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual do Ceará. Avenida Dr. Silas Munguba, 1700. Campus do Itaperi. Fortaleza, CE, Brasil. 60.740-000. andrecaninde@yahoo.com.br

^(b,c,d) Fundação Oswaldo Cruz, Fortaleza, CE, Brasil. vanirapessoa@gmail.com; ivana.barreto@fiocruz.br; fernando.carneiro@fiocruz.br

^(e,f) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil. ycomes@gmail.com; joselia.trindade@gmail.com

^(g) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Psicologia. Porto Alegre, RS, Brasil. dewes.psyc@gmail.com

^(h) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil. leopac.unb@gmail.com

Introdução

O direito à saúde no Brasil está garantido constitucionalmente e regulamentado, embora existam alguns vazios normativos. Alguns autores nacionais e internacionais reconhecem o Sistema Único de Saúde (SUS) como a experiência brasileira mais bem-sucedida de implantação de uma política pública inspirada na social democracia e voltada para valorizar e implicar o usuário do sistema de saúde na organização da proteção social e pública universal, integral e intersetorial¹.

É preciso reconhecer que o SUS universal, equitativo e integral nasceu, desenvolve-se e se operacionaliza em um contexto de desigualdades e exclusão social como uma política do Estado Brasileiro, aí incluindo as esferas de Governos Municipal, Estadual e Federal, para garantir vigilância, promoção, proteção e atenção integral à saúde da população. Nesse cenário, diversos desafios têm sido priorizados pelo Ministério da Saúde, em conjunto com os estados e com os municípios. Em relação à organização dos serviços de saúde primários, o Brasil instituiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)², publicada em 2011, que é caracterizada como:

[...] conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma 'atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades'. (p. 19, grifo nosso)

No referido documento, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é apresentada pelo Ministério da Saúde (MS), pelo Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e pelo Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) como a proposta para reorganização da Atenção Básica à Saúde (ABS)²:

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País [...] como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por 'favorecer uma reorientação do processo de trabalho' com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. (p. 54, grifo nosso)

Por meio do processo de descentralização proposto na Constituição e nas normativas que a sucederam, nas décadas de 1990 e 2000, os municípios brasileiros tornaram-se, em conjunto com o Governo Federal e com os Governos Estaduais, gestores do SUS, ou seja, o Brasil passou a ter 5.561 gestores do sistema de saúde. Nesse processo, os municípios passaram a ser os principais responsáveis pela operacionalização da PNAB. A experiência brasileira é singular, do ponto de vista internacional.

Por meio dos espaços de gestão criados no SUS, ou seja, as Comissões Intergestoras Regionais, Bipartites Estaduais e Tripartite, o Estado Brasileiro entrou em consenso e criou a PNAB e estabeleceu a ESF como o seu principal formato³. A base organizacional da ESF são equipes compostas por médicos generalistas, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, cirurgiões-dentistas e técnicos de enfermagem e saúde bucal. Desde sua criação, em 1994, até 2012, foram implantadas milhares de equipes de Saúde da Família, e o processo de descentralização da Atenção à Saúde no Brasil levou os municípios a serem os empregadores de 69% dos profissionais de Saúde do país⁴. Em 2012, havia 32 mil equipes da ESF, das quais 21.279 possuíam equipes de saúde bucal.

Entre as evidências de efetividade da ESF no período de implantação, estão a redução de internações hospitalares por condições sensíveis à Atenção Primária em crianças⁵ e adultos⁶, a redução de consultas não urgentes nas emergências⁷ e a redução da mortalidade infantil⁸. Entretanto, outros problemas de saúde sensíveis à Atenção Primária permaneceram em patamares elevados, como a mortalidade materna, a sífilis congênita e o câncer de colo uterino, evidenciando a necessidade de aperfeiçoamento dessa estratégia.

Outro desafio enfrentado para a organização da APS nos municípios brasileiros era a alta rotatividade e, em muitas equipes de áreas vulneráveis e remotas, a ausência de profissionais de saúde – especialmente médicos – nas equipes. O fato comprometia a execução de um cuidado longitudinal e continuado com a saúde do usuário, prática de fundamental importância para a prevenção e o tratamento de doenças crônicas⁹.

Além dos desafios demográficos, epidemiológicos e da alta rotatividade dos médicos na APS, tem-se verificado a concentração de profissionais de saúde, sobretudo médicos, nos grandes centros urbanos. Experiências internacionais no provimento e na retenção de profissionais em áreas de vulnerabilidade abrangem uma gama de estratégias, do incentivo à obrigatoriedade, tais como seleção, educação, serviço civil obrigatório, regulação, incentivos e apoio^{10,11}, sendo que parte dessas estratégias correspondem às recomendações elaboradas pela Organização Mundial de Saúde¹².

No Brasil, o desafio da redistribuição de médicos foi alvo de diversos programas governamentais. Apesar de atrair alguns profissionais para áreas remotas, esses programas não alcançaram a magnitude necessária para suprir as necessidades dos municípios¹³⁻¹⁵.

O Ministério da Saúde e o Conselho Federal de Medicina (CFM) haviam identificado que a média nacional de médicos no país era de 1,8 por mil habitantes; mas que essa proporção é inferior à média nacional nas regiões Norte e Nordeste do país. Enquanto isso, outros países – como Argentina, Uruguai e Portugal – contam com mais de três médicos, e a Espanha ultrapassa quatro médicos por mil habitantes^{16,17}.

Em decorrência da escassez de médicos, a Frente Nacional dos Prefeitos do Brasil (FNP), em 4 de fevereiro de 2013, lançou a campanha “Cadê o médico?” e organizou uma petição reivindicando do Governo Federal medidas necessárias para a contratação de médicos estrangeiros que atuariam na Atenção Básica, em municípios onde houvesse escassez de médicos. Essa petição foi assinada por mais de 2.500 prefeitos, com 4.600 assinaturas e adesões de dezenas de entidades municipalistas de todo o país¹⁸.

Como resposta, o Governo Federal criou para o Brasil o Programa Mais Médicos (PMM), por meio de Medida Provisória que foi convertida na Lei nº. 12.871, de 22 de outubro de 2013, elegendo três frentes estratégicas: i) qualificação profissional, com mais vagas em cursos de Medicina e residência médica, orientados por novas diretrizes curriculares; ii) investimentos na reconstrução de Unidades Básicas de Saúde; e iii) provimento de mais de 15 mil médicos brasileiros e estrangeiros. A provisão de médicos recebeu maior visibilidade pública que as demais, suscitando muitas controvérsias, e será o enfoque do presente artigo, que discute a percepção dos gestores municipais sobre o processo.

Dessa forma, este estudo objetiva analisar o componente provisão de médicos do PMM, segundo a ótica e a percepção de gestores municipais de Saúde.

Metodologia

Como, neste estudo, a ênfase metodológica se voltou para a percepção de gestores da Atenção Básica de distintos municípios do Brasil, optou-se pela abordagem qualitativa. Assim, consoante Denzin, Lincoln e Giardina¹⁹, definir a pesquisa qualitativa é, antes de tudo, atuar dentro de um campo histórico complexo. Os autores também afirmam que ela, em si mesma, é um campo de investigação; porém, para esses autores, a pesquisa qualitativa “[...] é uma atividade situada que localiza o observador no mundo. Consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo” (p. 17).

A pesquisa foi realizada em 32 municípios, cuja escolha obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: 20% ou mais da população em situação de pobreza extrema, com inscrição no primeiro ou segundo ciclo do PMM, com menos de cinco médicos e menos de 0,5 médico por mil habitantes antes do Programa (junho de 2013). A seleção final dos municípios na amostra foi aleatória, com partilha proporcional ao número de municípios com as características anteriormente descritas em cada região do Brasil, resultando em 14 municípios no Norte, 12 no Nordeste, 3 no Sudeste, 2 no Centro-Oeste e 1 no Sul. Devido às características descritas, 98% dos médicos alocados pelo PMM nos municípios estudados eram oriundos da cooperação com Cuba.

Em cada um dos 32 municípios selecionados, foram entrevistados dois gestores, sendo eles, preferencialmente, o(a) Secretário(a) Municipal da Saúde e o(a) Coordenador(a) da Atenção Básica. Apenas em um município não foi possível entrevistar os dois gestores, devido à ausência de um deles no dia da entrevista. Dessa forma, foram incluídos 63 gestores de todos os municípios selecionados, uma vez que todos concordaram em participar do estudo.

Para fins específicos de obtenção do material empírico, foi utilizado um roteiro semiestruturado, que continha alguns elementos relativos à caracterização do informante (aspectos socioeconômicos), além de questões que nortearam a entrevista, tais como “estrutura da atenção à saúde no município”, “expectativas relativas ao componente provimento do PMM”, “contribuições da gestão para o PMM”, entre outras questões possíveis de serem desdobradas em novas perguntas, com base no conteúdo emergente nas falas dos entrevistados.

Sobre a entrevista, cabe lembrar que se constitui, como assinala Poupart²⁰, “[...] uma porta de acesso às realidades sociais [...]” (p. 215), ou seja, foi possível compreender e conhecer algumas questões relativas ao PMM a partir das percepções dos gestores.

Após a realização das entrevistas com os gestores, o material empírico foi transcrito e submetido ao *software* Atlas Ti. As 63 entrevistas transcritas (dos 32 municípios) foram categorizadas segundo um conjunto de 23 grupos semânticos, provenientes das principais questões levantadas durante o processo de entrevista, a partir das quais foram realizadas categorizações por pesquisadores experientes de termos semanticamente equivalentes e relevantes aos objetivos do estudo. 11 categorias de análise foram inseridas após a predefinição pelo grupo de trabalho, considerando assuntos emergentes em diversas entrevistas.

Ao lado disso, as entrevistas foram analisadas seguindo a teoria de Análise de Conteúdo²¹, com o auxílio do *software* ATLAS Ti, Versão 1.0.36²². Bardin²¹ assinala que essa análise:

[...] se define como o conjunto de técnicas de análise das comunicações, tendentes a obter indicadores (quantitativos e qualitativos) por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, permitindo a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (contexto social) dessas mensagens (p. 76)

A pesquisa obedeceu aos parâmetros e itens que regem a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas. Vale salientar que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado em conformidade com a referida Resolução, garantindo, assim, os princípios da Bioética. Este protocolo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília, sob o número 399.461/2013.

Resultados e discussão

Foram analisadas entrevistas de 63 gestores vinculados às Secretarias Municipais de Saúde, em 32 municípios selecionados para a pesquisa, distribuídos nas cinco macrorregiões do Brasil. Entre os entrevistados, 43 (60% do total) informaram ser do sexo feminino e 21 (40% do total), do sexo masculino, sendo 30 secretário(a)s de saúde (46,9%), 24 Coordenador(a)s da Atenção Básica (37,5%) e dez alocados em outros cargos de gestão (15,6%) – em geral, coordenações de vigilância e assessorias. Os indivíduos da amostra possuíam idade média de 36,8 anos (d.p. = 8,3), compreendidas entre 24 e 58 anos, estando, em 74% dos casos, abaixo de quarenta anos. Devido às características da amostragem de municípios, a maioria dos gestores entrevistados era originária das regiões Norte (43,8%; n = 28) e Nordeste (40,6%; n = 26). Em geral, os gestores respondentes estavam, em média, há 1,87 anos (d.p. = 1,63) no cargo, com tempo de permanência compreendido entre 14 dias até oito anos. Os secretários municipais de Saúde apresentaram, em média, 1,85 ano (d.p. = 1,54) de permanência no cargo, com tempo mínimo de 14 dias e máximo de seis anos.

A seguir, apresentaremos as categorias analíticas que emergiram de todo o material qualitativo processado.

“A gente vê uma diferença”: contribuições do provimento de profissionais do PMM para o município

Observa-se que os gestores apontam muitas contribuições do PMM para o município. Na fala deles, é unânime que, dentre essas contribuições, destaca-se o provimento de médicos no município que permitiu à população a ampliação do acesso relativo ao atendimento médico. Como os municípios se localizam no interior dos estados, os gestores avaliam que o PMM, ao garantir esse provimento, contribuiu para um fortalecimento da Atenção Básica. Ao lado disso, destacam o cumprimento da carga horária dos médicos do programa, situação antes não vivenciada em muitos municípios. É clara a satisfação dos gestores por ter um médico na Atenção Básica no município de segunda à sexta-feira.

[...] está fortalecendo a Atenção Básica, como eu falei; a questão de acesso, né? A gente tem um médico de segunda a sexta, porque antigamente o médico vinha trabalhar aqui com a gente só trabalhava três dias no máximo, né? O médico do Mais Médicos, ele passa realmente de segunda a sexta, ele tem um compromisso maior com o horário, o acesso da população está sendo maior, né? Ele faz muita visita domiciliar. Então é assim: fortaleceu demais a Atenção Básica principalmente na unidade que ele [médico PMM] trabalha, a gente vê uma diferença. (Gestor(a) de saúde)

Supriu essa necessidade da carência de médico aqui no interior [...]. (Gestor(a) de saúde)

Essa percepção por parte dos gestores é justificada, dado que, antes do PMM, evidências apontavam desigualdades importantes entre os habitantes das regiões brasileiras no que diz respeito ao acesso e aos cuidados médicos no Brasil²³. A Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/UFMG) desenvolveu um Índice de Escassez de Profissionais de Saúde na Atenção Primária²⁴ e demonstrou que as regiões Norte e Nordeste eram as mais afetadas por escassez grave de médicos²⁵. Até 2016, o PMM garantiu o provimento de 18.240 médicos, distribuídos em 73% dos municípios brasileiros, atingindo 63 milhões de brasileiros que não tinham atendimento médico²⁶.

Outra contribuição do PMM percebida pela maioria dos gestores foi a melhoria dos indicadores de saúde da Atenção Básica (como do pré-natal e da visita domiciliar) e da vigilância à saúde (como o aumento das notificações de diarreias e outras doenças de notificação compulsória).

A gente tem uma certa visão da realidade da nossa população, né? Baseado na vigilância em Saúde, na Epidemiologia a gente começou a trabalhar realmente o que é saúde pública e a questão dos casos de notificação, casos de investigação na data propícia [...] a contribuição foi essa: dos indicadores ter aumentado pela característica da médica ser de saúde pública mesmo. (Gestor(a) de saúde)

[...] acho que melhorou bastante alguns indicadores, assim, como o pré-natal e a visita domiciliar [...]. (Gestor(a) de saúde)

Embora a população brasileira tenha ampliado gradativamente o acesso à Atenção Básica à Saúde nas décadas de 1990 e 2000, um estudo avaliativo transversal, realizado nas regiões Sul e Nordeste do Brasil, em 2005, mostrou que, no máximo, 50% das mães realizaram o pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) da área de abrangência de seu domicílio, com proporções significativamente maiores na ESF do que no modelo tradicional nas duas regiões. O número médio de seis ou mais consultas de pré-natal foi alcançado por aproximadamente dois terços das mães que realizaram pré-natal na UBS de sua área, portanto, ainda havia um percentual significativo de gestantes que não tinham acesso ao pré-natal de qualidade²⁷.

Outro inquérito mais recente foi realizado em 2010 a 13.205 mulheres que fizeram o pré-natal e/ou parto no SUS, em 252 municípios prioritários para a redução da mortalidade infantil, localizados em 17 estados da Amazônia Legal e Nordeste. A adequação do pré-natal e parto analisou a conformidade

com indicadores de processo propostos pelo Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Entre as mulheres investigadas, 75,4% realizaram seis ou mais consultas de pré-natal, mas somente 3,4% tiveram acesso a um pré-natal classificado como adequado; a atenção ao parto foi considerada adequada para apenas 1% das entrevistadas. O estudo concluiu que as falhas na atenção ao pré-natal e parto contribuem para os precários indicadores de saúde materno-infantil na Amazônia Legal e no Nordeste do Brasil²⁸.

Outra percepção dos gestores foi a melhoria da qualidade da atenção médica prestada às pessoas de todas as faixas etárias, desde crianças a idosos, e particularmente a pessoas com doenças crônicas como hipertensão, diabetes e asma.

Uma assistência muito grande pra gente, no caso nossos pacientes, principalmente os pacientes crônicos de diabetes, hipertensão, asmáticos; eles estão sendo acompanhados pelas [médicas] cubanas como nunca com outros médicos. Não só os crônicos, mas também as crianças, puerpério, atende todo mundo desde criança a idoso. Elas são bem atuantes, são bastante preocupadas, são comprometidas, e fazem as coisas com qualidade. (Gestor(a) de saúde)

De fato, a literatura sobre a Medicina de Família e Comunidade no Brasil indica como características fundamentais para os médicos de família forte senso de responsabilidade para o atendimento total e permanente das pessoas e da família durante saúde, doença e reabilitação; interesse no amplo espectro da clínica médica, o que implica atender pessoas de diversas faixas etárias e apresentando problemas variados; e habilidades para gerenciar doenças crônicas²⁹.

“Fazendo do mínimo o máximo”: a prática clínica dos médicos do PMM na Atenção Primária à Saúde (APS)

A partir do fim da década de 1970, surgiram movimentos para mudança na prática clínica, que se expressaram em publicações internacionais e nacionais, criticando o que foi denominado de “modelo médico convencional” ou “biomédico”, por simplificar em excesso os problemas da condição de estar doente e por associá-los majoritariamente a processos puramente biológicos, que podem ser medidos. Esse modelo não deixa espaço, dentro de sua estrutura, para as dimensões sociais, psicológicas e comportamentais da doença³⁰.

Nas falas dos gestores, evidenciaram-se comentários sobre a prática dos médicos antes de existir o PMM. A prática clínica era baseada no modelo biomédico, centrada no indivíduo e sem uma preocupação com os determinantes sociais e ambientais da saúde. A prática clínica sofria pelo viés paternalista e biomédico da relação médico-paciente. Os gestores também relataram que os poucos profissionais médicos que eles conseguiam contratar nesses municípios assumiam múltiplos empregos e, conseqüentemente, sofriam de uma sobrecarga de trabalho e falta de tempo para realizar uma atenção de qualidade.

Na presente pesquisa, a grande maioria dos gestores avaliou positivamente o atendimento médico realizado. Entre os aspectos positivos mais referidos, estavam atendimento minucioso, com esforço para garantia da compreensão do usuário; dispêndio de tempo adequado para cada atendimento; realização de exame físico completo; utilização racional de medicamentos; respeito ao paciente; responsabilidade no acompanhamento dos casos atendidos; preocupação com a garantia do tratamento para o usuário e a resolução de seu problema; compromisso com o cumprimento do horário de trabalho; ênfase na Medicina preventiva; disponibilidade para realizar visitas domiciliares e atendimentos em lugares mais afastados, que exigiam deslocamentos demorados; integração de conhecimentos clínicos aos da situação de saúde da população local.

[...] a melhor possível, entendeu? Um atendimento adequado, minucioso que avalia tudo, [...] ela [a médica] examina tudo, um atendimento com atenção [...] é um atendimento muito humanizado. Ela [a médica] faz do mínimo o máximo, entende? (Gestor(a) de saúde)

[...] então eu vejo que melhorou muito, a qualidade do atendimento dela [a médica] é bom, assim, tudo bem registrado, ela se esforça com relação à comunicação então a gente não tem problema com relação a isso [...] ela orienta mais do que está prescrevendo. Tem muita orientação. Além disso, essas médicas cubanas nos dão suporte para gente em outras áreas, elas, por exemplo: temos um povoado aqui que nós temos que pegar barco para ir, que são praias onde a gente viaja três, quatro horas de barco [...] elas sempre estão disponíveis pra ir com a gente pra lá [...]. (Gestor(a) de saúde)

Considerando estudos que analisaram a assimetria da relação médico-paciente existente na ESF na década de 2000³¹, não é de se admirar que a maioria dos gestores demonstrasse tanta satisfação com a prática dos médicos do PMM, dado que perceberam, nos profissionais deste programa, a dedicação de tempo, o vínculo e a preocupação com a continuidade do cuidado ao paciente, a pontualidade e o compromisso com a qualidade que, frequentemente, não acontecia nas experiências do passado, com outros profissionais médicos.

Um outro aspecto analisado foi a prática clínica dos médicos do PMM. A maioria dos gestores afirmou que havia uma diferença positiva na prática clínica dos médicos do PMM, entre elas: maior dispêndio de tempo em cada consulta; maior meticulosidade na realização da anamnese e do exame físico; solicitação menos frequente de exames complementares; prescrição racional de medicamentos; mais proximidade e humanização no trato com o paciente e sua família; inserção na comunidade; realização mais frequente de visitas domiciliares; pontualidade nos horários de atendimento; preocupação com a continuidade do cuidado ao paciente; utilização de dados epidemiológicos do município; e prescrição de plantas medicinais. Essas diferenças na prática clínica podem ser atribuídas ao tipo de formação dos médicos em Cuba, na qual se enfatiza a “Educação em Valores”, que faz parte do currículo médico naquele país³².

Mas esta questão da consulta humanizada, da consulta da cabeça aos pés, por inteiro, sabe que as pessoas se sentem mais gente. Então para mim é um ponto muito positivo, muito positivo porque se tratarem diferente, a população chia, né? (Gestor(a) de saúde)

Assim, ele [o médico] te explica, ele quer conhecer, ele quer saber o que está acontecendo, ele se preocupa, ele tem esse diferencial também, ele se preocupa, assim, ele atendeu o paciente ele quer saber da continuidade e isso ele tem também essa característica [...]. (Gestor(a) de saúde)

Pode-se pensar um modelo de médico diferente na concepção da saúde e do sujeito, semelhante ao dos médicos cubanos, a partir da experiência com a formação baseada na educação no trabalho, em que os cenários de APS são os que modelam as práticas e a educação em valores, em que o humanismo é o princípio fundamental.

Em Cuba, os médicos são formados em centros de saúde e o seu primeiro contato com a teoria e a prática se dá relacionado com a saúde das pessoas, e não exclusivamente com as doenças. Desse modo, por meio da reforma curricular nos cursos de Medicina cubanos, ocorrida na década de 1980, uma das características principais é o que se denomina a “Educação em Valores”, que são conteúdos transversais na formação, baseados nos princípios da ética médica cubana que, na sua essência, expressa o seguinte³²:

Observar princípios ético-morais de profundo conteúdo humano, ideológico e patriótico, dedicar os nossos esforços e conhecimentos ao melhoramento da saúde das pessoas, trabalhar onde a sociedade requer, estar sempre disposto a prestar atenção médica necessária, dedicar os esforços à prevenção, recuperação, reabilitação e promoção da saúde humana, evitar a produção de danos às pessoas saudáveis ou doentes nos trabalhos de pesquisa. (Tradução nossa, p. 142)

Ao lado disso, em pesquisa realizada na ESF do Ceará, na qual foram observadas quatrocentas consultas médicas, Caprara e Rodrigues³¹ observaram que a média de tempo de uma consulta era de nove minutos, variando de dois a 24 minutos. Nesse mesmo estudo, foi verificado que um maior tempo da consulta estava associado a uma melhor qualidade do atendimento. Por fim, esse estudo realizado no Ceará, estado que foi reconhecido como tendo em média uma boa organização da ESF, demonstra o quanto a qualidade do atendimento médico era insuficiente nesses municípios.

A maioria dos gestores de saúde entrevistados neste estudo manifestou satisfação com a prática clínica dos médicos do PMM, dado que percebeu, nos profissionais do programa, a dedicação de tempo, o vínculo e a preocupação com a continuidade do cuidado ao paciente, o que não era frequentemente observado no passado recente.

“É muito cedo para dizer” versus “A mudança foi total”: alterações na Rede de Atenção à Saúde com a implantação do PMM?

O provimento de médicos por meio do PMM nesses dois de anos de existência trouxe inúmeras contribuições para o país, em especial, para os 4.058 municípios que receberam médicos do programa. Esse incremento contribuiu para mudanças na Rede de Atenção à Saúde, muito embora se tenha observado neste estudo que significativa parcela dos gestores relatou que o tempo de implantação no município era insuficiente para avaliar se haviam ocorrido mudanças nessa rede. Outros, simplesmente, afirmaram que não observaram mudanças.

[...] é muito cedo para dizer isso [se houve mudança na rede atenção]. (Gestor(a) de saúde)

Não, mesma coisa. (Gestor(a) de saúde)

Conforme nos assinala Mendes e Minas³³: “[...] as redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde [...], que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo [...], com a qualidade certa e de forma humanizada [...]” (p. 54).

Além disso, afirma-se também que as redes são capazes de impactar positivamente os níveis de saúde da população.

Ao lado disso, na visão da maioria dos gestores, os médicos do PMM realizam o seu trabalho conforme orienta a PNAB, priorizando ações preventivas e considerando os princípios da ESF. Nesse sentido, realizam ações extramuros, como visitas domiciliares e atividades com a equipe na comunidade. Participam ainda do cuidado aos pacientes vinculados aos programas e se disponibilizam a realizar notificações de agravos.

[...] eles [médicos PMM] orientam, trabalham muito com a prevenção, são focados em Saúde da Família [...] hoje a rede de atenção do município melhorou muito, os programas funcionam. (Gestor (a) de saúde)

Com certeza. A mudança [foi] total. Nós inclusive, nós montamos uma programação [...] para realizar saúde itinerante [...] vai disponibilizar uma equipe [...] para atender os ribeirinhos que precisam, talvez muito mais de quem está na sede. (Gestor(a) de saúde)

É importante destacar que ser médico de família é também propiciar a produção do cuidado e ser capaz de valorizar o sujeito e seu ambiente, utilizando uma escuta qualificada, a fim de perceber as necessidades desses sujeitos.

Cabe, ainda, ressaltar que os gestores relataram que, concomitantemente ao ingresso do médico na ESF, houve investimentos para a melhoria da infraestrutura e para a aquisição de novos equipamentos, inclusive de tecnologia da informação. Outra mudança registrada foi a contratação de outras

categorias profissionais – como fisioterapeutas e fonoaudiólogos – e de médicos especialistas, tendo sido citados pediatras e neurologistas.

As mudanças que foram feitas foram estruturais, mudanças físicas para trazer até mais conforto para o usuário, para chegar mais próximo nas comunidades ribeirinhas. (Gestor(a) de saúde)

As nossas unidades estão nascendo todas informatizadas com toda população adstrita daquela unidade cadastrada. [...] a gente está informatizando 100%. (Gestor(a) de saúde)

Tinham muitos pacientes acamados que eles [médicos do PMM] identificaram nas suas visitas, então, foi um fluxo que a gente teve que ver um fisioterapeuta. [...] convênio com a clínica de outro município para exames, de médicos especialistas, que não temos aqui (fonoaudiólogos, neurologista, pediatra). (Gestor/a de saúde)

As percepções sobre mudanças na Rede de Atenção à Saúde com a implantação do PMM foram divergentes; no entanto a maioria dos entrevistados apontou fatos positivos. Entre os aspectos negativos citados pelos gestores na organização das redes de saúde, estão circunstâncias locais (estágio de efetiva implantação do SUS no município), as distâncias das localidades rurais e remotas, as dificuldades para remoção de pacientes e os entraves nos mecanismos referência e contrarreferência.

Outra dimensão importante na percepção dos gestores foi o fortalecimento de elementos fundamentais da ESF, como o planejamento de ações de saúde; a busca ativa de pessoas com doenças crônicas, para garantir a continuidade do cuidado; e a ativação de cuidados especiais com grupos vulneráveis, como gestantes e crianças recém-nascidas por meio da “Rede Cegonha”.

[...] tivemos de organizar melhor o sistema para que ele pudesse funcionar melhor, de fato [...]. Algum período atrás, o sistema era muito desorganizado [...] nós nos organizamos melhor na rede de Atenção Básica, os cronogramas com metas para ser alcançadas. (Gestor(a) de saúde)

[...] a nossa mudança maior foi fazer com que o [Programa Saúde da Família] PSF funcione realmente como deve funcionar. [...] realmente colocamos para funcionar foi a ESF, com a busca ativa dos pacientes que estavam “abandonando” os programas, eles conseguiram buscar, trazê-los de volta à unidade para que pudessem realizar novamente ou então dar continuidade aos atendimentos que eram realizados mensalmente. (Gestor(a) de saúde)

Sobre o cuidado, é importante que seja visto como uma dimensão da vida humana, que se dá no plano da intersubjetividade. É importante que se perceba que existem várias formas de cuidar e, ainda, que há vários conhecimentos sobre esse cuidar³⁴. Dessa forma, a prática do médico do PMM, como se viu nos excertos dos gestores neste manuscrito, corrobora para um cuidado prudente, atento e que valoriza o “humano” dos usuários, por meio do respeito, do acolhimento e da atenção aos sofrimentos desses usuários.

Considerações finais

A grande rotatividade dos médicos na Atenção Básica nos municípios brasileiros, associada à total escassez em algumas localidades, comprometia o acesso e a continuidade do cuidado que, sobremaneira, tende a repercutir na qualidade dos serviços ofertados à população.

O desafio do país deve se centrar no esforço de priorizar políticas públicas que possibilitem o provimento e a fixação de profissionais da saúde, em especial médicos, para a atuarem com as equipes de Saúde da Família, a fim de garantir a consolidação do SUS, por meio da integralidade do cuidado e do acesso aos serviços que constituem a rede de Atenção à Saúde dos municípios brasileiros.

O provimento e a fixação de médicos na Atenção Básica por meio do PMM, conforme emana das narrativas dos gestores, vêm garantindo avanços importantes no que concerne a melhorias na Atenção à Saúde, no acesso à rede e à humanização do cuidado. No entanto, a sustentabilidade da garantia desse direito atrela-se às medidas estruturantes do PMM, tais como ampliação de vagas e criação de novos cursos de Medicina, políticas de cargos, carreira e salários para profissionais da saúde, melhorias na infraestrutura das unidades de saúde em cumprimento das diretrizes e estratégias contidas na PNAB.

O que aqui se aponta reafirma a importância do componente provimento no PMM no Brasil, ao mesmo tempo em que remete às expectativas de continuidade, no que tange aos anseios da população, que demanda atendimento médico com qualidade, humanização no cuidado, acesso a outros níveis de atenção e efetividade das ações desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família.

Colaboradores

Carlos André Moura Arruda elaborou a proposta do artigo, participou da coleta, categorização e análise do material qualitativo, revisão e redação final do artigo e aprovação da versão final do trabalho. Vanira Matos Pessoa e Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto participaram da concepção do artigo e do processamento e análise do material qualitativo. Yamila Comes e Josélia de Souza Trindade participaram na elaboração da introdução, metodologia e traduções dos resumos. Diego Dewes da Silva participou da categorização do material qualitativo e do perfil dos gestores e da normalização e formatação do artigo. Leonor Maria Pacheco Santos e Fernando Ferreira Carneiro coordenaram o campo e participaram da redação e revisão final do artigo.

Referências

1. Cotlear D, Gómez-Dantés O, Knauth F, Atun R, Barreto IC, Cetrángolo O, et al. Overcoming social segregation in health care in Latin America. *The Lancet*. 2014;14(9974):1248-59.
2. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica (DAB). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2011.
3. Andrade LOM, Barreto ICHC, Coelho LCA. A Estratégia Saúde da Família e o SUS. In: Rouquayrol MZ, Gurgel M. In: Epidemiologia e Saúde. 7a ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2013. cap. 31, p. 601-21.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária. Brasília; 2016 [citado 2016 Jan 20]; Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2009/ams2009.pdf>.
5. Victora CG, Aquino EM, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *The Lancet*. 2011; 6736(11):32-46.
6. Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RA, Barata RB, Rodrigues LC. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. *The Lancet*. 2011;6736(11):47-60.

7. Stein A, Harzheim E, Costa M, Busnello E, Rodrigues L. The relevance of continuity of care: a solution for the chaos in the emergency services. *Fam Prac.* 2002; 19(2):7-10.
8. Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. *J Epidemiol Commun Health.* 2006; 60(1):13-9.
9. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet.* 2011; 377(9781):1949-61.
10. Dolea C, Stormont L, Braichet J-M. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bull World Health Organ.* 2010; 88(5):379-85.
11. Wilson N, Couper I, De Vries E, Reid S, Fish T, Marais B. A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. *Rural Remote Health.* 2009; 9(2):1060.
12. Rourke J. WHO. Recommendations to improve retention of rural and remote health workers-important for all countries. *Rural Remote Health.* 2010;10(4):1654.
13. Maciel Filho R. Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro. Rio de Janeiro: IMS - Instituto de Medicina Social; UERJ; 2007.
14. Pinto HA, Sales MJT, Oliveira FP, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos JT. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da atenção básica. *Divulg Saúde Debate.* 2014; (51):105-20.
15. Schimith MD, Weiller TH. PROVAB: potencialidades e implicações para o Sistema Único de Saúde. *J Nurs Health.* 2014;3(2):145-56.
16. Ministério da Saúde (BR). Pacto Nacional pela Saúde Mais Médicos. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 29 Mar 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_nacional_saude_mais_medicos.pdf
17. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). Estudo de Projeção “concentração de Médicos no Brasil em 2020”. [Internet]. São Paulo: CREMESP; 2016 [Citado 29 Mar 2016]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=2528> .
18. Frente Nacional de Prefeitos. Petição Cadê o Médico? [Internet]. Brasília: FNP; 2013 [citado 25 Jan 2016]. Disponível em: <http://cadeomedico.blogspot.com.br/p/peticao.html>.
19. Denzin NK, Lincoln YS, Giardina MD. Disciplining qualitative research 1. *Int J Qual Stud Educ.* 2006;19(6):769-82.
20. Poupart J. A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires A. Organizadores. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes; 2008. p. 215-53.
21. Bardin L. Análise de conteúdo. Edições 70; 2011.
22. Muhr T. ATLAS.ti. Versão 1.0.36 (129). Berlin: Scientific Software; 2013.
23. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulg Saúde Debate.* 2009;1(44):13-24.
24. Estação de Pesquisa de 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: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, NESCON; 2010 [citado 18 Dez 2015]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2443.pdf>.

25. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado(EPSM). Identificação de áreas de escassez de recursos humanos em saúde no Brasil: Relatório final de atividades [Internet]. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG; 2012 [citado 18 Dez 2015]. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Identifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20%C3%A1reas%20de%20escassez%20de%20RHS%20no%20Brasil.pdf.
26. Ministério da Saúde (BR). Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. p. 128.
27. Tomasi E, Facchini LA, Thumé E, Piccini RX, Osorio A, Silveira DS, et al. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Cienc Saude Colet*. 2011;16(11):4395-404.
28. Leal MC, Theme-Filha MM, Moura EC, Cecatti JG, Santos LMP. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. *Rev Bras Saúde Materno-infantil*. 2015;15(1):91-104.
29. Lopes JMC. Princípios da Medicina de Família e Comunidade. In: Gusso G, Lopes JMC, Organizadores. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 1-11.
30. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-36.
31. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência Saúde Colet*. 2004; 9(1):139-46.
32. Bustamante Alfonso LM. La educación en valores en trabajadores de la atención primaria de salud en Cuba. *Rev Cuba Med Gen Integral*. 2010;26(1):138-46.
33. Mendes EV, Minas G. Os fundamentos para a construção e os elementos constitutivos das Redes de Atenção à Saúde no SUS. Minas Gerais Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Oficina I-Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte: ESPMG; 2009. p. 50-6.
34. Mattos RA. Cuidado prudente para uma vida decente. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC\UERJ, ABRASCO; 2006. p. 119-132.

Arruda CAM, Pessoa VM, Barreto ICHC, Carneiro FF, Comes Y, Trindade JS, et al. Percepciones de gestores municipales de Salud sobre la provisión y actuación de los médicos del Programa Más Médicos. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1269-80.

En Brasil, el desafío de la redistribución de médicos fue objeto de diversas intervenciones gubernamentales. El objetivo fue analizar la provisión de médicos del Programa Más Médicos, según las percepciones de gestores municipales de Salud. Se trata de un estudio cualitativo realizado con 63 gestores en 32 municipios de Brasil. Las entrevistas se sometieron a análisis de contenido con la ayuda del *software* Atlas.ti. Se subrayan las contribuciones de los médicos del programa en la mejora de la atención a la salud, en las prácticas clínicas humanizadas y diferenciadas y en los cambios en la red de atención a la salud, después de la implementación del Programa. Los gestores reafirman la importancia de la implementación del programa en lo que se refiere a la provisión y a la fijación de médicos en la atención básica en municipios vulnerables y de difícil acceso.

Palabras clave: Médicos de Atención Primaria. Gestión en Salud. Políticas públicas. Atención Primaria a la Salud.

Submetido em 10/08/2016. Aprovado em 22/05/2017.

Humanismo en la práctica de médicos cooperantes cubanos en Brasil: narrativas de equipos de atención básica

Yamila Comes,¹ Ximena Pamela Díaz-Bermúdez,¹ Lucélia Luiz Pereira,¹ Felipe Proença de Oliveira,² José Emilio Caballero González,³ Helena Eri Shimizu¹ y Leonor Maria Pacheco Santos¹

Forma de citar:

Comes Y, Díaz-Bermúdez XP, Pereira LL, Oliveira FP, Caballero González JE, Shimizu HE, et al. Humanismo en la práctica de médicos cooperantes cubanos en Brasil: narrativas de equipos de atención básica. Rev Panam Salud Publica. 2017;41:e130. doi: 10.26633/RPSP.2017.130

RESUMEN

Objetivo. *Mostrar las narrativas de miembros brasileños de los equipos de salud de la familia acerca del humanismo percibido en la práctica de los cooperantes cubanos del programa Mais Médicos.*

Métodos. *Estudio de caso descriptivo de corte transversal. Se aplicó una entrevista semiestructurada a miembros brasileños de los equipos de salud de la familia que trabajaran desde el inicio del programa con médicos cubanos en municipios seleccionados inscritos en el programa Mais Médicos, con 20% o más de su población en extrema pobreza, y menos de cinco médicos o una tasa de 0,5 médicos por 1 000 habitantes antes del programa. Se procesaron los datos mediante la técnica de análisis de contenido.*

Resultados. *Se entrevistaron 30 licenciados y 28 técnicos en enfermería, 1 técnico administrativo y 19 agentes sanitarios. Los entrevistados valoraron positivamente el trabajo de los médicos cooperantes cubanos y resaltaron su responsabilidad, ética y humanismo, así como la elevada calidad de las consultas médicas y sus buenas relaciones con los pares de la atención básica.*

Conclusiones. *Se constataron diferencias en los patrones de atención de los médicos cooperantes cubanos del programa Mais Médicos con respecto a los médicos que ejercieron en las comunidades estudiadas antes de la implantación de ese programa. Entre los rasgos diferenciales de los médicos cubanos resaltados más frecuentemente figuran el compromiso con la población —tanto en la consulta médica como en la solución de sus problemas—, la empatía, el respeto y, en general, el humanismo con el que tratan a los pacientes.*

Palabras claves

Atención primaria de salud; humanismo; educación médica; cooperación internacional; Cuba; Brasil.

En el Informe sobre Salud en el Mundo del año 2008 (1) se afirma que los sistemas de salud están creciendo en dirección contraria a la equidad y la justicia

social, y se recomienda alinear las políticas en materia de recursos humanos y su formación con valores que promuevan esas aspiraciones en la práctica médica.

La justicia social debería ser un contenido central de la formación ética en la carrera de medicina, ya que los médicos deben trabajar por el cambio en la sociedad para disminuir la inequidad. La protección de los derechos humanos mejora la calidad de los servicios de salud para todos (2).

¹ Universidad de Brasília, Brasil. Enviar la correspondencia a Yamila Comes. Correo electrónico: ycomes@gmail.com

² Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, Brasil.

³ Organización Panamericana de la Salud, Brasília, Brasil.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomendó en el 2010 incluir entre las competencias básicas que deben cumplir los egresados de la carrera de medicina la capacidad de “establecer relaciones de respeto y confianza para dialogar y negociar con los ciudadanos/comunidad, equipos/comunidades y otros sectores, respetando la diversidad cultural” (3). Por lo tanto, la formación en valores humanistas debería ser uno de los ejes centrales a considerar en la formación de los médicos, que debe incluir el conocimiento del hombre pero, sobre todo, la capacidad de entender al hombre/prójimo/paciente con sus valores (4).

En salud pública, el humanismo se define como el conjunto de valores, actitudes y prácticas que consideran al paciente como un semejante que sufre y solicita alivio, y se basa, según algunos autores, en el afecto, el apoyo, el respeto y la solidaridad (5). Por su parte, la Junta Estadounidense de Medicina Interna (*American Board of Internal Medicine*) define como cualidades humanistas la preocupación profesional, la integridad, el respeto, la compasión, la responsabilidad profesional, la cortesía y la sensibilidad hacia el paciente para su bienestar y apoyo (6). Otros autores se refieren al humanismo como el respeto por la dignidad de las personas (7).

La considerable preocupación sobre la necesidad de incorporar valores de humanismo en los estudiantes de medicina ha quedado refrendada por numerosos autores (5–11). Esta preocupación parte de la marcada deficiencia en la aplicación de esos valores en la práctica profesional (5, 6). La lógica del mercado, asumida por una parte de la práctica médica en las últimas décadas, hace que se promuevan otras pautas —ligadas al lucro, la aplicación de tecnologías y la competencia (6–8)— que no siempre respetan los valores más elementales del humanismo. El modelo biomédico, que “cosifica” al paciente, atenta contra la comprensión humana del prójimo. La deshumanización de la atención médica es un reflejo de la deshumanización de la sociedad en general, donde el individualismo y la exacerbación del lucro están por encima de los valores humanos (5).

Algunas características de la formación médica en Cuba y Brasil

En 1959, con el triunfo de la Revolución Socialista en Cuba, comienzan las transformaciones en el campo de la

educación y la salud, y se adopta el proyecto de construir el derecho a la salud con una perspectiva universal y gratuita. En 1961, se creó el Ministerio de Salud Pública y se institucionalizó el nuevo sistema de salud cubano, acompañado de un proyecto educativo basado en nuevos valores sociales. En la década de 1980, se inició una reforma curricular dirigida a reorientar la formación médica hacia la atención primaria de salud (APS). Este proceso se vio favorecido por el hecho de que las universidades de enseñanza médica pasaron a depender administrativa y metodológicamente del Ministerio de Salud Pública (12).

Desde entonces, alrededor de 13% del plan curricular está enfocado a la APS (12) y en el currículo de medicina se incluyeron objetivos específicos y educativos. Entre estos últimos se encuentran los valores propios de la llamada educación en el trabajo (12), que ocupa 60% de las 10 872 horas que componen el currículo de pregrado de la carrera de medicina en Cuba. En el marco de la educación en el trabajo, los estudiantes de medicina reciben como contenido transversal lo que denominan educación en valores —entre esos valores se incluyen la responsabilidad, la puntualidad, la comprensión y el respeto de los alumnos hacia los pacientes, apoyados en el ejemplo de los docentes—, así como contenidos específicos sobre ética médica (13).

En Brasil, la formación médica se inició en la época en que la monarquía portuguesa se trasladó a Río de Janeiro, en 1808, cuando se abrieron los cursos de cirugía y anatomía. Según Neves, en 1812 se realizó la primera reforma de la formación médica; no obstante, en ella no se incluyó la enseñanza de la ética, aun cuando se incorporó la medicina legal (14). No fue hasta octubre de 1969, con la aprobación de la Resolución 8 (15), que se introdujo la ética médica como disciplina en el currículo de la carrera de medicina. No obstante, la formación en esta materia continuó siendo teórica, poco humanista y basada en la especialidad, con un perfil individualista centrada en el hospital (14). Recién en el año 2013, a partir de la creación del programa *Mais Médicos*, se estableció la obligatoriedad de que los cursos de medicina se guiaran por las Directrices Curriculares Nacionales de la Carrera de Medicina (Ley 12.871, artículo 4) (16), con una declaración explícita de basar la formación médica en principios éticos y humanistas.

Según Muñoz y Muñoz, antes de los más recientes cambios curriculares del año 2014 en Brasil, el prestigio social de los médicos no había aumentado en la misma proporción que los avances en las ciencias médicas. Estos autores describieron los frecuentes reclamos presentados ante los consejos regionales de medicina, en el sentido de que las prácticas de estos profesionales eran poco humanas y carentes de una conducta digna (17).

El programa *Mais Médicos*

El Gobierno de Brasil creó el programa *Mais Médicos* el 8 de julio de 2013 y este quedó establecido mediante la Ley 12.871 de octubre de ese año (16). Su objetivo era ampliar la accesibilidad y la cobertura del Sistema Único de Salud (SUS) en las zonas del país con mayor carencia de profesionales y formar un contingente amplio de médicos mediante la apertura de nuevas plazas en las facultades de medicina.

Para que los médicos pudieran participar en el programa, la Ley 12.871 estableció criterios de prioridad que, aunque no eran excluyentes, debían ser atendidos. El Gobierno determinó que se daría preferencia a los médicos brasileños formados en Brasil y en el extranjero, y después a los médicos foráneos. Fruto de la cooperación internacional bajo la gerencia de la OPS, al programa se incorporaron 11 439 profesionales cubanos de la salud, que pasaron a formar parte de los equipos de la Estrategia de Salud de la Familia, que es la forma en que se organizó la APS en Brasil. Estos equipos están compuestos por un médico, un enfermero licenciado, un técnico de enfermería y agentes comunitarios, aunque algunos pueden tener también un dentista y un asistente dental. Cada equipo está adscrito a un centro de salud y atiende a la población que vive en el territorio específico asignado.

El presente estudio se enmarca en un proyecto más amplio denominado “Análisis de la efectividad de la iniciativa *Mais Médicos* en la realización del derecho universal a la salud y la consolidación de las redes de servicios de salud”, auspiciado por el Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq) y por el Departamento de Ciencia y Tecnología, del Ministerio de Salud de Brasil (DECIT/MS). El objetivo de este artículo es mostrar de manera sistematizada las narrativas de profesionales brasileños que trabajan en los equipos de salud de

la familia en Brasil acerca del humanismo percibido en la práctica de la atención primaria de los médicos cubanos del programa *Mais Médicos*.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio de caso descriptivo de corte transversal, basado en una metodología cualitativa (18). El trabajo de campo se realizó durante el año 2015.

La muestra para entrevistar se seleccionó en varias etapas. En primer lugar, se definió el número posible de municipios a visitar, del total de 3 785 municipios brasileños donde funcionaba el programa *Mais Médicos* en 2014, se escogieron 32; los criterios de inclusión de los municipios fueron: tener 20% o más de la población en extrema pobreza, estar inscrito en el primero o el segundo ciclo de la convocatoria del programa, y tener menos de cinco médicos o una tasa de 0,5 médicos por 1 000 habitantes antes de la implementación del programa en la zona. Se aplicó un muestreo aleatorio simple de los municipios que cumplían estos criterios en cada una de las regiones de Brasil. Una vez escogidos los municipios, se realizó un muestreo intencional para elegir los equipos que serían entrevistados, a partir de su disponibilidad. De cada equipo de salud de la familia seleccionado se entrevistaron al menos dos miembros de nacionalidad brasileña que trabajaran desde el inicio del programa con médicos de nacionalidad cubana.

Las entrevistas, basadas en un cuestionario semiestructurado, se grabaron y transcribieron. Las entrevistas cubrían siete grandes temas: la relación con el médico y el trabajo en equipo, la percepción de cambios en la consulta médica después de la implantación del programa, la percepción de cambios en la red de atención, los servicios diagnósticos, el equipo de apoyo profesional, las contribuciones que ellos creían que el programa *Mais Médicos* estaba dando a la comunidad y, por último, se pedía una evaluación sobre lo que podría mejorarse en el programa. Para el procesamiento de los datos se utilizó la técnica de análisis de contenido (19) mediante el ordenamiento de los datos en categorías y códigos, delimitados según la emergencia de los temas; el análisis se realizó por códigos. Dos investigadores codificaron los datos de manera independiente y llegaron a un criterio similar. Las pequeñas discrepancias que surgieron en la codificación del material se

dirimieron en una reunión del equipo de investigación.

Aunque las preguntas no estaban dirigidas explícitamente al humanismo del modelo de atención de los médicos cubanos y su comparación con el brasileño, en todas las entrevistas surgieron numerosas narrativas que apuntaban a esto, por lo que se utilizó como foco para el análisis.

Esta investigación recibió la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Brasilia (No. 399.461). Cada participante firmó una declaración de consentimiento libre e informado. Se tomaron medidas para garantizar la confidencialidad de los participantes.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se seleccionaron municipios de las cinco regiones de Brasil: 14 del nordeste, 12 del norte, 3 del sudeste, 2 del centro-oeste y 1 del sur. Se realizaron 78 entrevistas en total. Se entrevistaron 30 licenciados y 28 técnicos de enfermería, 1 técnico administrativo y 19 agentes sanitarios. La gran mayoría (80,8%) de los entrevistados eran mujeres.

Las narrativas de los miembros brasileños de los equipos de salud de la familia sobre el trabajo de los médicos cooperantes cubanos tienen un sentido positivo, contrariamente a las narrativas recogidas sobre los médicos brasileños actuantes en la región antes del programa. Estas diferencias se manifestaron en los relatos mediante frases como “los brasileños”, “los cubanos”, “el médico anterior” o “cuando teníamos médico”. Se concluyó que con esas frases se identificaban dos modelos de atención con valores humanistas diferentes. La desconstrucción de este discurso, sin generar estigmas, fue la base para la reflexión sobre los valores de humanismo que los miembros de los equipos de salud de la familia imaginan con carácter positivo para los usuarios y para el trabajo en conjunto.

Se presentan a continuación algunos tópicos expresados por los entrevistados, que se refieren a esas diferencias.

Uno de los problemas enfrentados por las poblaciones que participan del programa *Mais Médicos* era la dificultad de contar con atención médica de forma sistemática y continua. El personal entrevistado se refirió al escaso tiempo que los

médicos anteriores a la llegada de los médicos cooperantes pasaban en el municipio, y relacionaron este hecho con la falta de vínculo con la comunidad:

“No conseguían tener vínculo con ese médico, dentro de los tres meses salían y dejaban una laguna” (E45).

El tema de la alta rotación de médicos dentro de la Estrategia de Salud de la Familia está documentado por diversos autores (20-22). Como causas de este problema se señalan la baja satisfacción de los médicos con ese trabajo, los problemas derivados de la gestión política y partidaria de los municipios, y la precariedad en las formas de contratación. La actuación como médicos de familia se ve como un lugar vacío de prestigio o temporal (23).

A partir de la llegada del programa *Mais Médicos*, la permanencia de los médicos mejoró:

“Este proyecto está siendo muy bueno porque antes estábamos años sin médico” (E73).

Según los relatos, los médicos cubanos, además de dar una continuidad al trabajo, contemplaban la dimensión humana, en este caso, la comprensión del sufrimiento humano tras una necesidad de atención:

“El médico [...] no manda irse a las personas [sin ser atendidas], atiende a todo el mundo, la ciudad solo gana...” (E7).

“Esa preocupación con el paciente, fue una mejoría del 100%” (E23).

“El compromiso que tiene es bien diferente. Nunca vi un profesional tan preocupado” (E52).

En estas narrativas, son los médicos anteriores los que dejaban gente sin atender y los que no expresaban su preocupación. En otros relatos, esto se expresa directamente:

“Después de que la doctora llegó, no vimos más gente sin atender en esta unidad” (E61).

“Mejoró bastante porque la preocupación del cubano es bien diferente de la de un brasileño” (E76).

La preocupación por el paciente, forma parte de la empatía que significa saber apreciar los sentimientos del otro (24) y esta constituye una característica propia del humanismo (5).

Un importante factor de apreciación positiva se revela en el tiempo destinado a la consulta:

“Mejoró mucho porque antes, aquella cosa, aquella corrida, quiere estar en tres lugares al mismo tiempo [...] Desde que el médico cubano está aquí todo el día, la calidad del servicio mejoró bastante” (E4).

Los actores entrevistados se referían con “corrida” a la falta de cumplimiento del horario de atención pese a su gran demanda, aun cuando la contratación para la atención primaria es de dedicación exclusiva.

Según un estudio sobre la APS en Brasil, los médicos de la Estrategia de Salud de la Familia, aun cuando tenían sus 40 horas cubiertas, poseían otros trabajos (22). Otra investigación, realizada en un municipio del nordeste brasileño, concluyó que los profesionales de la atención primaria procuraban otros vínculos laborales como forma de complementación salarial, a pesar de tener contratos de dedicación exclusiva (25). La acumulación de lucro a costa de la calidad del trabajo profesional va en detrimento del compromiso con las personas, las familias y las comunidades. La ética humanista aboga por una medicina centrada en el paciente y no en el lucro económico (24). Por ello, la práctica médica en la APS debería incorporar entre sus contenidos humanistas la formación en derechos humanos y la justicia social para revertir las inequidades en la salud — producto de la inequitativa distribución de la renta— y no reproducirlas (2).

Al hablar sobre los médicos cooperantes cubanos, los entrevistados remarcaron que, además de dedicar mayor tiempo, se preocupaban por la solución del problema:

“La persona consulta y ellos ya marcan un retorno... entonces la gente ya siente mejoría por eso (...), mejoró bastante debido a tener esa atención, esa preocupación” (E23).

La diferencia entre los médicos cubanos cooperantes y lo que los profesionales y técnicos relatan sobre los “anteriores” podría explicarse por esa preocupación, que en la ética humanista se relaciona con la empatía. En un estudio longitudinal realizado en Filadelfia, Estados Unidos de América, durante seis años, se evidenció que en el tercer año de la formación médica hay un descenso de la empatía en los estudiantes de medicina. El argumento que expresan los alumnos es que lo ven en sus superiores y eso afecta a sus propias experiencias (26). En este sentido, cabe recalcar que, antes de la reforma, la cantidad de horas dedicadas a la ética en el currículo médico brasileño dependía del centro formador. En

un estudio realizado en dos reconocidas universidades brasileñas, estos contenidos consagraban a ética médica entre 2,1% y 2,7% del total de horas (27), mientras que en el currículo de formación de médicos en Cuba ocupa 36 horas (0,33%) como contenido específico, pero es un contenido transversal en la educación en el trabajo, cuya carga horaria ocupa, como ya se ha dicho, 60% de la formación total (28) e incluye explícitamente el ejemplo del profesor como parte fundamental del aprendizaje humanista (29).

Cuando los técnicos y profesionales hablan positivamente de la capacidad de resolución de los médicos del programa y la contraponen a la de los “médicos anteriores”, se refieren a los siguientes aspectos:

- el retorno a la consulta médica

“... mientras que la presión no quede normal, el médico no deja de atender, y el brasileño no hace eso” (E41).

- la contrarreferencia

“... conseguimos derivar y tener respuesta, porque antiguamente solamente derivábamos pero no teníamos respuesta” (E5).

- la observación de los pacientes

“Llegó un bebecito de cuatro meses y una madre que no vivía en el municipio y ella [la doctora] se sentó para conversar y miró al bebé y no direccionaba la mirada y cuando vimos, el bebé era ciego... ya había pasado por tres centros de salud y nadie percibió que el bebé no miraba” (E11).

La comparación realizada por los entrevistados destaca el compromiso y la empatía de los médicos cubanos. Si bien estas narrativas forman parte del deber profesional de un médico, estaban ausentes en experiencias anteriores, según el relato de los profesionales entrevistados.

Los actores entrevistados observaron numerosos elementos para analizar la satisfacción actual con los médicos cooperantes del programa, comparada con la que tenían anteriormente. La mayoría de los entrevistados destacó aspectos del cuidado dentro de la consulta, tales como:

- escuchar

“Ella escucha, ella realmente atiende como tiene que ser, humanizado” (E6).

- mirar a la cara

“Los médicos de aquí, brasileños, ni miran a la cara del paciente; él si mira” (E78).

- conversar

“Cuando era el otro médico, no tenía tiempo de conversar con el paciente... ella no, ahora quiere saber del padre, la madre y toda la historia del paciente” (E4).

- examinar

“Él examina directo a todos los pacientes, lo que es una realidad bien diferente de los médicos brasileños” (E7).

En un estudio realizado en un centro de salud de la ciudad de Palmas, en el estado Tocantins, Brasil, se encontraron resultados similares a los hallados en este estudio (30). La insatisfacción con la atención recibida era debida a la falta de tiempo para una consulta adecuada, el incumplimiento de la carga horaria de los médicos, no escuchar al paciente adecuadamente, no hacer exámenes físicos, y dar la sensación de indiferencia y de poco vínculo con los problemas que se les presentaban (30). Los elementos subjetivos parecen formar parte de la evaluación, ya que expresan aspectos clave de la atención médica basada en preceptos humanistas (bajo la forma de preocupación por resolver el sufrimiento de otro, dignidad y empatía por el otro). El éxito de una buena relación médico-paciente radica, entre otros elementos, en la preocupación que el médico manifieste al enfrentarse con el sufrimiento del paciente y en la capacidad que demuestre para satisfacer las expectativas de alivio y cuidado del enfermo (31). El aporte de una ética humanista en el trabajo de los profesionales médicos redundaba en una mejor calidad asistencial.

Los valores humanistas implican el respeto por la dignidad humana, la preocupación por el otro, la empatía y el reconocimiento del semejante que sufre y solicita alivio. La incorporación de valores humanistas a la práctica médica contribuye a la justicia social y la equidad en la salud, ya que se reconoce al otro como semejante, con sus especificidades y en su plena dimensión de portadores de derechos.

Los médicos de Cuba tuvieron desde la década de 1980 una formación desde y para la atención primaria, con contenidos transversales en valores humanistas que ocuparon más de la mitad de sus estudios. Por su parte, la formación de los médicos brasileños tuvo un perfil biomédico basado en el paradigma flexneriano y no fue hasta el año 2014, después de la promulgación de la ley que institucionalizó el programa *Mais Médicos*, que se establecieron directrices para reforzar el perfil de la carrera de pregrado hacia la formación de médicos generales y se incorporó la

obligatoriedad de un internado en APS. Estas diferencias en la formación, sumadas a las diferencias de los sistemas sociales y económicos de Brasil y Cuba, podrían explicar los contrastes hallados entre los modelos de atención, reflejados en las narrativas de los técnicos y profesionales entrevistados. Se debe reiterar que si bien en general las narrativas se reducen a la nacionalidad, de lo que en realidad se trata es de la caracterización de dos modelos de atención. A los entrevistados no les pasaron inadvertidas las diferencias en las características del trabajo de los médicos cooperantes cubanos ni lo que ellos creen que es un trato digno para la población que utiliza los servicios de atención básica de salud.

La formación de médicos para la APS con valores humanistas constituye una preocupación en el nuevo milenio.

Al analizar estos resultados se deben tener en cuenta algunas limitaciones. Por tratarse de un estudio descriptivo, no se sugieren esquemas de causalidad en la interpretación de datos; simplemente se trata de un análisis de datos en un contexto de prácticas y formación. Otra limitación es el posible sesgo de memoria a la hora de referirse a los "médicos anteriores". Por último, los relatos de los encuestados aluden a los médicos brasileños que trabajaban en la

zona antes de la implementación del programa *Mais Médicos*, lo que puede haber variado en la actualidad.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se constataron diferencias en los patrones de atención de los médicos cooperantes cubanos del programa *Mais Médicos* con respecto a los médicos que ejercieron en las comunidades estudiadas antes de la implantación de ese programa. Entre los rasgos diferenciales de los médicos cubanos resaltados con mayor frecuencia por los entrevistados figuran el compromiso con la población —tanto en la consulta médica como en la solución de sus problemas—, la empatía, el respeto y, en general, el humanismo con el que tratan a los pacientes.

Reflexionar sobre el modelo de profesionales que necesita un sistema de salud, en este caso el SUS, desde la óptica de quienes cotidianamente trabajan en la atención primaria, contribuye a profundizar en los saberes y las prácticas para producir un encuentro mejor logrado entre los servicios de salud y la población. Esta reflexión también contribuye a abrir nuevas perspectivas de investigación en un tiempo en el que es preciso colocar el humanismo en las

agendas políticas y de salud, especialmente cuando se trata de poblaciones en situación de vulnerabilidad, frecuentes en las sociedades contemporáneas.

Agradecimientos. Esta investigación recibió financiamiento de la Convocatoria Pública MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit N° 41/2013 del CNPq y DECIT, de Brasil. Los patrocinadores no participaron de ninguna manera en el diseño del estudio, la colecta y el análisis de los datos, la decisión de publicar este trabajo, ni la preparación del manuscrito.

Conflicto de intereses. José E. Caballero González es un referente en temas de formación médica en Cuba y participó del relato de la formación médica cubana y en la revisión de la versión final. Felipe Proença de Oliveira es médico de familia y profesor de medicina, revisó los datos relacionados con el modelo de atención y formación de los médicos brasileños.

Declaración. Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la *Revista Panamericana de Salud Pública / Pan American Journal of Public Health* o de la Organización Panamericana de la Salud.

REFERENCIAS

- Organización Mundial de la Salud. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Informe sobre la Salud en el Mundo 2008. Ginebra: OMS; 2008.
- Hixon AL, Yamada S, Farmer PE, Maskarinec GG. Justicia social: el corazón de la educación médica. *Med Soc*. 2012; 7(3):183-91.
- Organización Panamericana de la Salud. La acreditación de programas de formación en medicina y la orientación hacia APS. Washington, DC: OPS; 2010.
- Pessotti I. A formação humanística do médico. *Med Ribeirão Preto*. 1996;29:440-8.
- Oseguera Rodríguez J. El humanismo en la educación médica. *Rev Educ*. 2006; 30(1):51-63. Disponible en: www.redalyc.org/pdf/440/44030104.pdf Acceso el 23 de agosto de 2017.
- Stobo JD, Kohen J, Kimball HR. Project professionalism. Philadelphia, PA: American Board of Internal Medicine; 1995.
- Perales Cabrera A. Ética y humanismo en la formación médica. *Acta Bioet*. 2008; 14(1):30-8.
- Hernández ID, Díaz TC. Tendencias y manifestaciones del proceso de formación humanista en la Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. *Cienc Soc Humanidades Pedagog*. 2013;17(2):98-117.
- Doukas DJ, McCullough LB, Wear S, Lehmann LS, Nixon LL, Carrese JA, et al. The challenge of promoting professionalism through medical ethics and humanities education. *Acad Med* [publicación periódica en línea]. 2013;88(11):1624-9. Disponible en: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00001888-201311000-00023> Acceso el 23 de agosto de 2017.
- Llano Gil A, Castillo Reyes O, Sánchez Prida E, Lorenzo Martín M, Díaz Valdés VY. Formación de valores en estudiantes. Papel de los profesionales de la información. *Gac Med Espirituana* [publicación periódica en línea]. 2017;9(2). Disponible en: <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/791>. Acceso el 23 de agosto de 2017.
- Rider EA, Kurtz S, Slade D, Longmaid HE, Ho MJ, Pun JKH, et al. The international charter for human values in healthcare: an inter-professional global collaboration to enhance values and communication in healthcare. *Patient Educ Couns* [publicación periódica en línea]. 2014;96(3):273-80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2014.06.017> Acceso el 23 de agosto de 2017.
- Vela Valdés J, Fernández Sacasa JA, Álvarez Sintes R. Política de formación médica para la atención primaria de salud y el papel de la asignatura Medicina General Integral en el currículo. *Rev Cuba Educ Med Super*. 2012;26(2):259-70.
- Alfonso LMB. La educación en valores en trabajadores de la atención primaria de salud en Cuba. *Rev Cuba Med Gen Integr*. 2010;26(1):138-46.
- Neves NC. Ética para os futuros médicos. Brasília: CF de Medicina; 2006.
- Brasil, Ministério da Educação e da Cultura, Conselho Federal de Educação. Resolução N.º 8, de 8 de outubro de 1969. Brasília: Ministério da Educação e da Cultura; 1969.
- Brasil, Presidência da República. Lei 12.871 de 22 de outubro de 2013, Institui o programa Mais Médicos, altera as leis N.º 8.745 de 9 de dezembro de 1993 e N.º 6.932 de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República; 2013.
- Muñoz D, Muñoz DR. O ensino da ética nas faculdades de medicina do Brasil. *Rev Bras Educ Med*. 2009;27(2):114-24.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Abrasco; 1992.
- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.

20. De Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Dos Santos JTR, de Figueiredo AM, de Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. Interface Comun Saude Educ [publicación periódica en línea]. 2015;19(c):623–34. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000300623&lng=en&nrm=iso Acceso el 5 de mayo de 2016.
21. Campos CVDA. Por que o médico não fica? Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família do município de São Paulo. Rev Adm Publica. 2005;42(2):198.
22. Medeiros C, Junqueira A, Schwingel G, Ioná C, Jungles L, Lechmann O. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. Cien Saude Colet. 2005;15(1):1521–31.
23. Da Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da atenção primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. Cien Saude Colet. 2011;16:1029–42.
24. González-Blasco P, Moreto G, Janaudis MA, de Benedetto MA. Educar las emociones para promover la formación ética. Personalidad Bioet. 2013;1:28–48.
25. Pinto E, Menezes R, Villa T. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família em Ceará-Mirim. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(3):657–64.
26. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. Acad Med [publicación periódica en línea]. 2009;84(9):1182–91. Disponible en: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPT-LP:landingpage&an=00001888-200909000-00012> Acceso el 23 de agosto de 2017.
27. Gomes AM, Moura ERF, Amorim RF. O lugar da ética e bioética nos currículos de formação médica. Rev Bras Educ Med. 2006;30(2):56–65.
28. Rojas Ochoa F. La enseñanza de la salud pública a estudiantes de medicina en Cuba. Educ Med Super [publicación periódica en línea]. 2002;17(2):56–60. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412003000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es Acceso el 6 de febrero de 2017.
29. Sosa Martínez L, Esinosa Arencibia A, Corne Carmenate R, Corne Sosa E, Reyes Corne M, Leal Felipe M. Acciones para reforzar los valores responsabilidad y humanismo en los futuros profesionales de la salud. Edumecentro. 2016;8(1):96–110.
30. Almeida Machado F, Ribeiro Venturini R, Alcantara Manzan, AL, Rodrigues Silva G. Relação do paciente com o serviço em unidades básicas de saúde sob a óptica dos médicos e dos pacientes. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(37):1–11. Disponible en: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/773> Acceso el 23 de agosto de 2017.
31. Sánchez Arrastía D, Contreras Olivé Y. La relación médico-paciente y su importancia en la práctica médica. Rev Cuba Med Mil. 2014;43(4):528–33.

Manuscrito recibido el 12 de abril de 2017. Aceptado para publicación, tras revisión, el 14 de junio de 2017.

ABSTRACT

Humanism in the practice of Cuban cooperating physicians in Brazil: narratives of basic health care teams

Objective. To present the narratives of Brazilian members of family health teams with regard to the humanism perceived in the practice of Cuban physician cooperating in the *Mais Médicos* program.

Methods. Cross-sectional descriptive case study. A semi-structured interview was applied to Brazilian members of family health teams who had worked from the beginning of the program with Cuban physicians in selected municipalities included in the *Mais Médicos* program (20% or more of the population in extreme poverty and less than five physicians or a rate of 0.5 physicians per 1,000 population prior to the program). The data were processed using the content analysis technique.

Results. Interviews were held with 30 senior nurses, 28 nursing assistants, one administrative technician, and 19 health agents. The interviewees offered a positive assessment of the work of the Cuban cooperating physicians, emphasizing their responsibility, ethics, and humanism, as well as the high quality of their medical consultations and their good relations with their peers in basic health care teams.

Conclusions. There were confirmed differences between the patterns of care of the Cuban cooperating physicians in the *Mais Médicos* program and the physicians who were working before in the studied communities prior to implementation of that program. The differential features of the Cuban physicians most frequently mentioned include their commitment to the population (both in medical consultations and in solving people's problems), their empathy, their respect, and in general, the human values with which they treat patients.

Keywords

Primary health care; humanism; education, medical; international cooperation; Cuba; Brazil.

Humanismo na prática dos médicos colaboradores cubanos no Brasil: narrativas das equipes de atenção básica

RESUMO

Objetivo. Apresentar as narrativas dos integrantes brasileiros das equipes de saúde da família sobre o humanismo percebido na prática dos colaboradores cubanos do Programa *Mais Médicos*.

Métodos. Trata-se de um estudo de caso descritivo transversal. Foi realizada uma entrevista semiestruturada com os integrantes brasileiros das equipes de saúde da família que trabalhavam desde o início do programa com médicos cubanos em municípios selecionados cadastrados no Programa *Mais Médicos*. Estas localidades têm 20% ou mais da população vivendo em situação de extrema pobreza, contando com menos de cinco médicos (taxa de 0,5 médico por 1.000 habitantes) antes do programa. Os dados foram analisados com o uso da técnica de análise de conteúdo.

Resultados. Foram entrevistados 30 enfermeiros diplomados, 28 técnicos em enfermagem, 1 técnico administrativo e 19 agentes comunitários de saúde. Os participantes avaliaram de forma positiva o trabalho dos médicos colaboradores cubanos destacando características como responsabilidade, postura ética e humanismo bem como a alta qualidade das consultas médicas e o bom relacionamento com os pares da atenção básica.

Conclusões. Foram constatadas diferenças no padrão de atenção dos médicos colaboradores cubanos do Programa *Mais Médicos* em relação aos médicos brasileiros que atuavam nas comunidades estudadas antes da implantação do programa. Entre as características distintivas dos médicos cubanos destacadas estão o compromisso com os pacientes, tanto na consulta médica quanto na solução de problemas, a empatia, o respeito e o humanismo em geral com que eles tratam os pacientes.

Palavras-chave

Atenção primária à saúde; humanismo; educação médica; cooperação internacional; Cuba; Brasil.

Análise das emendas parlamentares ao Programa Mais Médicos: o modelo de formação médica em disputa*

Analysis of the parliamentary amendments to the Mais Médicos Program: the medical training model in dispute

Felipe Proença de Oliveira¹, Ana Maria Costa², Antonio José Costa Cardoso³, Josélia de Souza Trindade⁴, Lêda Maria Ávila Vargas Dias⁵

*Também contribuíram para o artigo Natália Regina Alves Vaz Martins e Leonor Maria Pacheco Santos.

¹Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Centro de Ciências Médicas, Departamento de Promoção da Saúde – João Pessoa (PB), Brasil.
proenco@hotmail.com

²Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal (ESCS) – Brasília (DF), Brasil.
dotorana@gmail.com

³Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), Instituto de Humanidades, Artes e Ciências – Itabuna (BA), Brasil.
antoniojcardoso@gmail.com

⁴Universidade de Brasília (UnB), Departamento de Saúde Coletiva – Brasília (DF), Brasil.
joselia.trindade@gmail.com

⁵Universidade de Brasília (UnB), Departamento de Saúde Coletiva – Brasília (DF), Brasil.
iedavargasdias@gmail.com

RESUMO Pesquisa documental quali quantitativa que analisa o processo legislativo e atos normativos do Programa Mais Médicos. O estudo categoriza 575 emendas apresentadas e as alterações na Medida Provisória. Evidencia o conjunto dos interesses e disputas envolvidos no processo, seja aperfeiçoando ou desvirtuando. Ressalta os confrontos nas emendas que atendem a interesses corporativos e aquelas aliadas ao princípio constitucional da universalidade, resultando em mudanças principalmente no Capítulo da Formação Médica. Conclui que a polêmica e o acirramento entre posições ideológicas não comprometeram a iniciativa governamental de diminuir a carência de médicos e fixá-los em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS).

PALAVRAS-CHAVE Saúde coletiva. Médicos de atenção primária. Médicos graduados estrangeiros.

ABSTRACT Qualitative-quantitative documentary research, which aimed to analyze the Mais Médicos (More Doctors) Program legislative process and normative acts. The study categorizes the 575 amendments submitted and the changes in the Provisional Measure. It shows the set of interests and disputes involved in the process, resulting in changes mainly in the Medical Education Chapter. It highlights the clashes in the amendments that serve corporate interests and those allied to the constitutional principle of universal health. It concludes that the controversy, interests and dispute among ideological positions did not compromise the governmental initiative to reduce the shortage of doctors for the Public Health System (SUS).

KEYWORDS Public health. Physicians primary care. Foreign medical graduates.

Introdução

Segundo pesquisa domiciliar realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2011) em todas as unidades da federação no período de 3 a 19 de novembro de 2010 com amostra de 2.773 pessoas, a falta de médicos era considerada o principal problema do Sistema Único de Saúde (SUS) por 58,1% dos entrevistados, enquanto aumentar o número de médicos foi a principal medida sugerida para melhorar o atendimento em centros de saúde (46,9%), serviços especializados (37,3%) e de urgência e emergência (33,0%).

O Programa Mais Médicos (PMM) integra 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 (OLIVEIRA ET AL., 2015; SANTOS ET AL., 2015).

Segundo a pesquisa *Demografia Médica no Brasil*, publicada em 2013, havia uma razão média de 1,95 médico por mil habitantes (SCHEFFER, 2013). Esse número, porém, contabilizava médicos com duplo registro e sem limite de idade; o Ministério da Saúde utilizava a estimativa de 1,83 médico por mil habitantes (BRASIL, 2015). Esse indicador (seja 1,83 ou 1,95 médico por mil habitantes) é bem inferior ao de outros países da América do Sul, de Portugal e da Espanha (CARRYL; ROSSATO; PRADOS, 2016).

Com base nessas estimativas, o governo federal 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.

O PMM foi proposto pelo governo federal por meio da Medida Provisória (MP) nº 621, de 08 de julho de 2013, publicada no Diário Oficial da União em 09 de julho de 2013 (BRASIL, 2013B). Em 10 de julho, houve a republicação do inciso II do *caput* do art. 4º dessa MP, por ter sido

constatada incorreção (ANDRÉS; CARVALHO, 2013). Após publicação, a MP passou a ser debatida pelo Congresso Nacional, tendo recebido 575 propostas de emendas. No dia 22 de outubro do mesmo ano, a MP foi aprovada com alterações, passando então à condição de Lei nº 12.871 (BRASIL, 2013A).

O Programa tem oito objetivos relacionados com a formação e desenvolvimento de recursos humanos para o SUS, a saber: diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS; fortalecer a prestação de serviços na atenção básica em saúde no País; aprimorar a formação médica no País e propiciar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS; fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço; promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e funcionamento do SUS; estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS (BRASIL, 2013A).

As chamadas para contratação de médicos, realizada por meio de editais, permitem a participação tanto de médicos brasileiros, formados no Brasil e em outros países, quanto de profissionais estrangeiros. Para atuar nos municípios que aderiram ao PMM, os médicos selecionados recebem uma bolsa mensal, que é paga pelo Ministério da Saúde, ficando o município responsável pelas despesas de moradia e alimentação, além de transporte para a realização das atividades de atenção à saúde (OLIVEIRA ET AL., 2015).

O contrato tem duração de três anos, podendo ser renovado apenas uma vez, por igual período, para os médicos com registro no Brasil previamente ao Mais Médicos (BRASIL, 2013A). A possibilidade de prorrogação foi estendida para os médicos estrangeiros posteriormente, em 2016, por meio de nova MP apresentada pelo Governo Dilma

Rousseff. A MP foi aprovada sem modificações, tendo sido convertida na Lei nº 13.333, de 12 de setembro de 2016, possibilitando a permanência de todos os médicos por três anos além do período previsto inicialmente. No caso da cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), que viabilizou a participação dos médicos cubanos, decidiu-se pela prorrogação somente no caso de médicos que se casaram com brasileiros.

O médico estrangeiro selecionado pelo PMM desenvolve suas atividades autorizado por registro provisório que, segundo a MP nº 621, deveria ser fornecido pelos Conselhos Regionais de Medicina (CRM). Todavia, durante os debates para sua conversão na Lei nº 12.871, isso passou a ser responsabilidade do Ministério da Saúde. A licença permite atuar somente durante o prazo estabelecido no Programa e restringe o exercício das atividades clínicas às unidades básicas de saúde do município onde o profissional foi alocado.

Desde o início, quando da publicação da MP nº 621, determinou-se que as vagas seriam primeiramente destinadas aos médicos com registro no Brasil, ou seja, formados em instituições nacionais ou com diploma revalidado. Em um segundo momento, as vagas seriam ofertadas para médicos de nacionalidade brasileira com atuação profissional em outros países. As vagas restantes deveriam ser preenchidas por médicos estrangeiros que se formaram no exterior; e, somente em última instância, deve ser acionada a cooperação internacional com a Opas, que estabeleceu uma parceria com o governo cubano para essa finalidade.

O PMM estabelece ainda que os médicos selecionados devem obrigatoriamente participar de curso de especialização em saúde da família buscando integrar ensino e serviço. O Curso é oferecido na modalidade de educação a distância por meio da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). O acompanhamento do desempenho dos médicos, bem como o apoio à sua participação na especialização, é realizado por tutores e supervisores vinculados às universidades públicas que

aderiram à iniciativa. Os médicos devem cumprir 32 horas semanais de atividades práticas nas unidades básicas de saúde e 8 horas de atividades teóricas no curso de especialização (BRASIL, 2013A).

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 (BRASIL, 2015). O Programa atraiu médicos de 47 diferentes nacionalidades no período 2013-2014 (OLIVEIRA ET AL., 2015). Completados dois anos, em 2015, havia 18.240 médicos atuando em 4.058 municípios (73% dos municípios brasileiros) e nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (BRASIL, 2015). 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 (CARVALHO, 2014). Dessa forma, os médicos com registro no Brasil, que em 2014 eram 6,5% dos participantes no Programa, passaram a representar 29% em 2015 (BRASIL, 2015).

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 Atenção Primária à Saúde (APS) nos municípios participantes, com satisfação bastante positiva dos usuários e gestores (COMES ET AL., 2016; GIRARDI ET AL., 2016; SANTOS ET AL., 2017).

Com o intuito de incidir sobre o processo de formação de profissionais médicos no Brasil, foi elaborado um plano de expansão de vagas na graduação e na residência em medicina em todo o País, envolvendo instituições públicas e privadas, proporcionando a descentralização da formação e a interiorização

das Instituições de Ensino Superior (BRASIL, 2015). Essas ações estão sob a responsabilidade do Ministério da Educação (MEC) em conjunto com o Ministério da Saúde.

Entretanto, nem todas as características do PMM relacionadas nos parágrafos acima integravam a redação do texto da MP nº 621. As emendas apresentadas para alteração da MP modificaram aspectos do Programa tanto no provimento emergencial de médicos, representado pelo Capítulo IV da Medida, quanto na abertura de cursos de medicina e formação médica no Brasil (Capítulos II e III), tendo sido incorporadas à versão final do texto da Lei nº 12.871.

Dessa forma, este artigo tem como objetivo analisar os avanços e retrocessos registrados nos atos normativos que instituíram o Programa, ou seja, os interesses em disputa identificados na análise das emendas à MP nº 621 até sua conversão à Lei nº 12.871, à luz dos princípios constitucionais do SUS.

Metodologia

Para realizar esta pesquisa documental, optou-se por abordagens quantitativa e qualitativa. Para fins de análise, o núcleo temático das 575 emendas propostas à MP foi classificado, de modo independente, por dois pesquisadores. Um terceiro autor deste estudo ajuizou os casos de classificação divergente. Os dados foram tabulados, e a frequência simples foi calculada.

O método qualitativo é adequado quando o objetivo é conhecer, descrever e interpretar um fenômeno. Para Minayo (2010), a pesquisa qualitativa constitui uma possibilidade para conseguir não só uma aproximação com aquilo que se deseja conhecer e estudar, mas também de criar o conhecimento partindo da realidade.

Realizou-se a análise das peças legislativas a partir da sua estrutura: epígrafe (natureza, número e data); ementa (descrição sucinta do seu conteúdo); preâmbulo (justificativa); corpo da norma (texto relacionado

com a matéria); fecho (medidas necessárias à implementação, disposições transitórias, cláusula de vigência e cláusula de revogação); assinatura e anexos.

A análise da forma das emendas apresentadas à MP nº 621/2013 e da Lei nº 12.871/2013 foi orientada pela Lei Complementar nº 95/1998, que define o modo como devem ser grafados a epígrafe, a ementa e o preâmbulo de leis, decretos e demais atos de regulamentação expedidos por órgãos do Poder Executivo (BRASIL, 1998).

Quanto à análise do conteúdo, foram realizadas leituras sucessivas, identificação de núcleos de conteúdo, comparação, quantificação quando pertinente e interpretação (MINAYO, 2010). O objetivo da interpretação foi tentar perceber os significados muitas vezes não expressos no corpo da norma, à luz do contexto histórico e institucional, no cenário da dinâmica política registrada no processo parlamentar que tratou do PMM.

Resultados e discussão

O PMM foi instituído por MP sob a justificativa de relevância e urgência. Segundo o art. 62. da Constituição Federal (CF) de 1988, o Presidente da República pode adotar esse dispositivo, mas tais medidas perdem sua validade se não forem convertidas em lei no prazo de 60 dias. Houve pedido de solicitação do prazo inicial, fazendo com que a Lei fosse aprovada em outubro de 2013 em tempo hábil.

Identificaram-se significativas alterações entre os atos normativos referidos, evidenciando o conjunto dos interesses envolvidos no processo tanto no sentido de seu aperfeiçoamento como do seu desvirtuamento. Tais mudanças serão apresentadas conforme a ordem em que aparecem na Lei, acompanhadas de discussão sobre as emendas relacionadas e as motivações que levaram à redação final.

Os temas abordados pelas emendas propostas à MP foram classificados utilizando os passos descritos na metodologia e estão apresentados na *tabela 1* e na *tabela 2*:

Tabela 1. Emendas apresentadas à Medida Provisória nº 621/2013 segundo o Capítulo no qual a alteração foi proposta. Brasil, 2013

Capítulo da Medida Provisória	Nº de Emendas	Percentual
II Autorização para Funcionamento dos Cursos de Medicina	65	11,3
III Formação Médica no Brasil	95	16,5
IV Projeto Mais Médicos para o Brasil	357	62,1
V Disposições Finais	42	7,3
Emendas não relacionadas com o Programa Mais Médicos	16	2,8
Total	575	100,0

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 2. Emendas apresentadas à Medida Provisória nº 621/2013 segundo o núcleo temático de seu conteúdo e em ordem decrescente de ocorrência. Brasil, 2013

Capítulo	Núcleo Temático da Emenda	Quantidade	Percentual
IV	Exige revalidação dos diplomas médicos obtidos no exterior	90	15,6
II	Modifica critérios para os novos Cursos de Medicina	65	11,3
III	Modifica ou regulamenta o Segundo Ciclo do Curso de Medicina	64	11,1
IV	Veda a prorrogação do período de participação	37	6,4
IV	Dispõe sobre outras propostas relacionadas com o Projeto Mais Médicos para o Brasil	36	6,3
IV	Regulamenta valores de Bolsas e Ajudas de Custo para os Integrantes do PMM	34	5,9
IV	Garante direitos trabalhistas	32	5,6
III	Suprime o Segundo Ciclo do Curso de Medicina	31	5,4
IV	Responsabiliza o supervisor pelas ações do médico	28	4,9
Diversos	Dispõe sobre outras propostas não relacionadas com o Programa Mais Médicos	24	4,2
IV	Exige do médico intercambista proficiência em língua portuguesa	20	3,5
V	Retira do Ministério da Saúde e Ministério da Educação a possibilidade de acordos ou transferências para entidades privadas	18	3,1
IV	Institui por Lei o Revalida e o regulamenta	17	3,0
IV	Modifica documentação exigida para ingresso no programa	17	3,0
IV	Retira a obrigação do CRM de expedir o registro provisório	16	2,8
V	Suprime Bolsa da EBSERH	16	2,8
IV	Propõe critérios para Supervisão e Tutoria do Médico Intercambista	15	2,6
IV	Exige respeito aos Princípios de Reciprocidade entre os países	15	2,6
Total		575	100

Fonte: Elaboração própria.

Agregadas no núcleo temático ‘Dispõe sobre outras propostas relacionadas ao Projeto Mais Médicos para o Brasil’, encontram-se emendas com objetivos diversos: emendas que pretendiam modificar o mecanismo de avaliação no ingresso do médico intercambistas no Projeto, proibir que os dependentes legais do médico intercambista exercessem atividades remuneradas no Brasil e duas emendas que visavam substituir o Segundo Ciclo do Curso de Medicina por ‘serviço social profissional obrigatório’.

Quanto ao ‘serviço social profissional obrigatório’, Rezende (2013) reconhece a validade da criação, por lei, de serviços civis obrigatórios, mas argumenta que a instituição de treinamento em serviço para estudantes de medicina desenvolvido exclusivamente no âmbito do SUS com um caráter híbrido de requisito de formação profissional e serviço civil obrigatório padeceria de vício de inconstitucionalidade por ausência do pressuposto de urgência, ao qual se refere o art. 62. da CF.

Já entre as emendas agrupadas no núcleo temático ‘Dispõe sobre outras propostas não relacionadas ao PMM’, chamou a atenção a diversidade das propostas do tipo ‘jabuti’ (como são tratados no jargão da Câmara), ou seja, aquelas emendas em completa dissonância em relação ao objeto da MP. Nesse grupo, destacam-se a ‘isenção de multas de dívidas de estados e municípios’ e a ‘extinção do Exame da Ordem dos Advogados do Brasil’, sendo esta última de proposição do Deputado Eduardo Cunha.

Ao comparar o texto da MP com a Lei, observa-se que, na epígrafe da Lei, foram introduzidas referências às modificações nas Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que não existiam na MP. Os aspectos de acréscimos ou mudanças de legislação anterior que a MP incorporou são inerentes ao processo legislativo que sempre deve cuidar de verificar como o tema é tratado em outras leis para que não ocorram incoerências ou contradições.

Na Lei nº 8745, que dispõe sobre a

contratação por tempo determinado para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público, foi acrescida no art. 2º a admissão de professores para suprir demandas excepcionais de programas e projetos que visam ao aperfeiçoamento de médicos de atenção básica. A inclusão foi fruto de emendas que discutiam a necessidade de mais docentes em instituições federais de ensino superior para viabilizar a abertura de vagas em cursos públicos de medicina. Projetava-se na época a abertura de mais 38 cursos públicos de medicina, especialmente em regiões interioranas e de fronteira (COSTA ET AL., 2015).

Na Lei nº 6.932, que dispõe sobre as atividades do médico residente, foi acrescido no art. 1º o parágrafo 3º que especifica que a residência médica constitui modalidade de certificação das especialidades médicas no Brasil e determina regras para as instituições certificadoras. Essa inclusão está diretamente relacionada com emendas que extinguíram o Segundo Ciclo formativo no PMM e que tiveram como consequência mudanças no formato de ingresso na residência médica por meio da especialidade de Medicina Geral de Família e Comunidade.

Apresenta-se a seguir a análise do corpo das normas.

Ao comparar o corpo da MP com a Lei, não se observam alterações no texto no Capítulo I – Disposições Gerais, tendo em vista que não foram apresentadas emendas relacionadas com esse capítulo.

No Capítulo II, que trata ‘Da Autorização para o Funcionamento de Cursos de Medicina’, foram acrescentados parágrafos que reafirmaram o disposto na MP sobre a obrigatoriedade de critérios de necessidade social para a oferta do Curso de Medicina, mas que se diferenciaram da MP ao permitir: a abertura de cursos a partir da iniciativa de unidades hospitalares que fossem certificadas como de ensino ou que possuísem pelo menos dez programas de residência médica; e ao estender os parâmetros de rede de serviços de saúde aos cursos já existentes por

meio da incorporação desses requisitos no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes). Tais conteúdos foram incorporados a partir de emendas que geraram o segundo principal núcleo temático analisado, relativo a modificações na abertura dos cursos de medicina.

Essas modificações definiram um novo marco regulatório para a abertura de cursos de medicina no Brasil, pois passaram a exigir que sejam avaliados critérios relacionados com a necessidade social dessa formação médica e a condicionar a criação do curso de graduação à estrutura da rede de serviços de saúde. Com isso, estabeleceu-se regulamentação específica para os cursos de graduação de medicina que extrapola a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.

Tais mudanças estão em consonância com a proposição de uma comissão internacional de especialistas em educação médica que sugere uma terceira geração de reformas na educação médica, evoluindo de um primeiro modelo, fortemente influenciado pelo Relatório Flexner, em que os currículos são baseados no paradigma científico, passando por uma geração na qual as escolas adotam a formação baseadas em problemas e chegando no modelo mais atual de sistemas de educação integrados aos sistemas de saúde e de ciência, tecnologia e inovação, dialogando com a importância do desenvolvimento de competências locais que tenham um olhar global (FRENK ET AL., 2010). Mesmo assim, as entidades corporativas foram contrárias às mudanças propostas, defendendo que novos cursos de medicina deveriam ser criados somente se houvesse hospitais universitários.

No Capítulo III, 'Da Formação Médica no Brasil', o texto sofreu significativas alterações. O art. 4º teve seu *caput* alterado, e foram retirados os incisos I e II, seguidos dos parágrafos 1º, 2º e 3º. Os parágrafos eliminados referiam-se à proposta de um Segundo Ciclo na formação médica envolvendo treinamento em serviço, exclusivamente na atenção

básica à saúde e em urgência e emergência no âmbito do SUS, com duração mínima de dois anos. Nessa segunda fase, além da supervisão acadêmica da instituição de educação superior, o estudante se submeteria à supervisão técnica de médicos detentores de título de pós-graduação e receberia bolsa custeada pelo Ministério da Saúde (art. 4º, §§ 2º e 3º). A proposição do Segundo Ciclo foi uma das principais motivações para a Associação Brasileira de Educação Médica ter se posicionado contra a MP (GOMES; MEHRY, 2017).

Mesmo com a retirada do Segundo Ciclo, a Lei incorporou a necessidade de pelo menos 30% das atividades do internato ocorrerem em serviços de atenção básica e urgência e emergência no SUS (como previa o desenvolvimento de todo o novo ciclo de formação) e tornou obrigatório o cumprimento das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), as quais anteriormente só estavam previstas em portarias do MEC. Respeitou-se, ainda, o tempo mínimo de dois anos de internato, a ser disciplinado nas DCN.

Apesar da publicação por portaria das DCN de 2001 que preveem uma maior inserção dos estudantes na atenção básica, concluiu-se que ainda era insuficiente a atuação nesses serviços, mesmo em cursos orientados por essas diretrizes anteriores implantadas (ALMEIDA ET AL., 2007). Portanto a disposição de um percentual em lei do período mínimo de atividades nesse nível de atenção configurou-se como uma nova iniciativa de regulação da inserção nos serviços que precisará ser avaliada quanto a sua efetividade, ainda mais considerando as resistências quanto a práticas inovadoras de ensino.

O *caput* do art. 5º que trata sobre a residência médica foi modificado, e foram retirados os parágrafos 1º, 2º, 3º, 4º, mudanças realizadas com a finalidade de excluir o Segundo Ciclo da redação da Lei e incorporar as propostas relativas à formação no ingresso da residência médica. Dessa forma, manteve-se a duração do curso de medicina, que habilita o médico para o exercício

profissional, em seis anos, mas modificou-se o percurso para a formação do especialista, que passa a ter uma inserção importante na atenção básica com a Medicina Geral de Família e Comunidade (MGFC) e previsão de oferta de vagas para todos os concluintes da graduação, meta a ser implantada progressivamente até 31 de dezembro de 2018.

Estimava-se que o *deficit* na oferta de vagas para ingresso na residência médica no Brasil era de cerca de 4 mil em 2013 (BRASIL, 2015). Após a discussão no Congresso, a redação da Lei modificou a MP e incorporou um componente inédito na formação de especialistas médicos que é a universalização da residência médica, seguindo o exemplo do percurso formativo de outros países com sistemas universais de saúde onde há vagas de residência para todos os médicos que concluem a graduação (OECD, 2011).

Além disso, dialoga-se com a constatação de necessidade urgente de regular o acesso aos programas de residência médica, modificando a disponibilidade de vagas nos programas (AMORETTI, 2005). Dentro da estratégia discutida por Amoretti (2005), cita-se justamente a necessidade de ampliação de vagas na área de Medicina de Família e Comunidade (que na redação da Lei teve incluído o termo ‘Geral’ durante a relatoria do Congresso) já que o número de médicos com formação em atenção básica estava em patamares inferiores ao total de 5% dos médicos no Brasil (BRASIL, 2015).

O novo texto do art. 6º que orienta sobre as metas para a oferta de residência médica excluiu o parágrafo único e acrescentou os incisos I e II com as respectivas alíneas. Destaca-se a obrigatoriedade da residência em MGFC como critério de acesso à boa parcela das demais especialidades médicas. Os parlamentares, entretanto, mantiveram outras nove especialidades como de acesso direto, cabendo considerar que essas especialidades respondem por um número relativamente pequeno de vagas de residência:

Para fins de cumprimento da meta de que trata o art. 5º, será considerada a oferta de vagas de Programas de Residência Médica nas seguintes modalidades: I - Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade; e II - Programas de Residência Médica de acesso direto, nas seguintes especialidades: a) Genética Médica; b) Medicina do Tráfego; c) Medicina do Trabalho; d) Medicina Esportiva; e) Medicina Física e Reabilitação; f) Medicina Legal; g) Medicina Nuclear; h) Patologia; e, i) Radioterapia. (BRASIL, 2013A).

Acrescentou-se, ainda, o art. 7º que definiu que o ‘Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade terá duração mínima de 2 (dois) anos’ (BRASIL, 2013A), mas como pré-requisito para algumas especialidades consideradas básicas, definiu que somente o primeiro ano dessa residência será obrigatório:

§ 1º O primeiro ano do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade será obrigatório para o ingresso nos seguintes Programas de Residência Médica: I - Medicina Interna (Clínica Médica); II - Pediatria; III - Ginecologia e Obstetrícia; IV - Cirurgia Geral; V - Psiquiatria; VI - Medicina Preventiva e Social. (BRASIL, 2013A).

Para as demais especialidades, deixou-se a critério do MEC, ouvidos a Comissão Nacional de Residência Médica e o Ministério da Saúde, o tempo de pré-requisito de MGFC, se um ou dois anos. Foi disciplinado ainda que o pré-requisito da MGFC seria válido somente a partir do momento em que houvesse a universalização da residência e que as atividades na rede saúde-escola dessa especialidade seriam coordenadas pelo Ministério da Saúde, que em conjunto com o MEC poderia complementar as bolsas de residência.

Ainda nesse Capítulo, outra importante mudança proposta pela relatoria do Congresso ao ouvir a Comissão de

Especialistas do MEC foi introduzida: as avaliações seriadas, a cada dois anos para o Curso de Graduação em Medicina e anualmente para os Programas de Residência Médica, sob responsabilidade de realização do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), órgão vinculado ao MEC. Essas mudanças estão em consonância com preocupações atuais na gestão acadêmica, a exemplo da implantação de instrumentos processuais como o teste de progresso (PINHEIRO ET AL., 2015).

Por fim, no Capítulo III, vale destacar a inserção da Seção Única que criou o Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde (Coapes), também uma demanda apresentada pela Comissão de Especialistas do MEC à Relatoria do Projeto de Conversão em Lei com o objetivo de elencar diretrizes de pactuação entre as instâncias do SUS e as instituições de ensino, sob coordenação dos Ministérios da Educação e da Saúde:

Art. 12º. As instituições de educação superior responsáveis pela oferta dos cursos de Medicina e dos Programas de Residência Médica poderão firmar Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde com os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde, na qualidade de gestores, com a finalidade de viabilizar a reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas de Residência Médica e a estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade, além de permitir a integração ensino-serviço na área da Atenção Básica. (BRASIL, 2013A).

Conforme a *tabela 1*, 62% das emendas foram relativas ao Capítulo IV, 'Do Projeto Mais Médicos para o Brasil', tema de grande polêmica naquele momento por permitir o ingresso de médicos estrangeiros sem a realização do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos (Revalida). Esse foi o Núcleo Temático com mais proposições conforme a *tabela 2*, com um total de 90

emendas solicitando a obrigatoriedade do exame. A exigência do Revalida foi um dos temas principais de mobilização das entidades médicas, que defendiam o exame como garantia de qualidade do médico que seria inserido no mercado de trabalho brasileiro (GOMES; MEHRY, 2017). Mesmo assim, a Lei não incluiu o Revalida, modificando somente o tempo de duração e o formato de avaliação do módulo de acolhimento e avaliação realizado quando do ingresso de médicos com registro no exterior.

O argumento que embasou a negativa dessas emendas era de que o Revalida era um exame de caráter restritivo, que não possuía um parâmetro de comparação com a formação no Brasil e que, ao mesmo tempo, autorizava para o médico aprovado o exercício da medicina em qualquer serviço e localidade, favorecendo assim a má distribuição de profissionais (BRASIL, 2015).

Também no que se refere ao ingresso do médico com registro no exterior, foi incluída a necessidade de que este, além de possuir conhecimento em língua portuguesa, deverá também, de acordo com inciso específico, conhecer as normas que organizam o SUS e os protocolos e diretrizes clínicas no âmbito da atenção básica. Tais necessidades apresentadas por emendas, ao serem incorporadas na Lei, geraram modificações no Módulo de Acolhimento e Avaliação, etapa inicial obrigatória para todos os médicos com registro no exterior que ingressam no Mais Médicos.

O art. 16. teve os parágrafos 2º, 3º, 4º e 5º alterados e excluiu o parágrafo 6º da MP, retirando o papel dos CRM na emissão do registro para exercício profissional dos médicos provenientes do exterior, ficando assim redigido:

§ 2º A participação do médico intercambista no Projeto Mais Médicos para o Brasil, atestada pela coordenação do Projeto, é condição necessária e suficiente para o exercício da Medicina no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, não sendo aplicável o art. 17 da

Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957.

§ 3º O Ministério da Saúde emitirá número de registro único para cada médico intercambista participante do Projeto Mais Médicos para o Brasil e a respectiva carteira de identificação, que o habilitará para o exercício da Medicina nos termos do § 2º. (BRASIL, 2013A).

Segundo essa nova redação, ao emitir o registro único do médico intercambista, o Ministério da Saúde passa a reconhecer o exercício profissional da medicina no Brasil, prerrogativa que era exclusiva dos CRM. Mesmo assim, o Ministério da Saúde tem a obrigatoriedade de informar aos CRM os registros emitidos, que seguem com a prerrogativa de fiscalização do exercício médico. O fato de o registro profissional deixar de ser prerrogativa exclusiva dos conselhos de medicina enfrentou resistência por parte das entidades médicas inicialmente, mas acabou sendo aceito durante a negociação do texto final da Lei (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2013).

Foi acrescentado um artigo relativo à concessão de pontuação adicional nos processos seletivos da residência médica para profissionais que tivessem inserção na atenção básica. Isso fez reconhecer o que já ocorria na prática com o desenvolvimento de ações como o Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (Provab), principal iniciativa de provimento do Ministério da Saúde antes do Mais Médicos e que foi incorporado a esse programa.

O Capítulo V, de 'Disposições Finais', teve somente 7,2% de emendas apresentadas ao texto da MP, mas acabou tendo acréscimos diversos, a exemplo do art. 26. que possibilita que, além da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) também possa conceder bolsas para ações de saúde.

No art. 27, foram acrescentados dois parágrafos que regulamentaram as atividades de fortalecimento da preceptoria já propostas na MP, mas que com a Lei também passaram

a ser contabilizadas na avaliação de desempenho docente e na previsão de medidas que ampliam a formação de preceptores da residência médica.

A partir das emendas, foi incluído no art. 30. da Lei o número máximo de médicos estrangeiros no Programa, que não pode exceder o equivalente a 10% dos médicos com registro no Brasil inscritos nos CRM. Além disso, estabeleceu-se um prazo de cinco anos para qualificar as unidades básicas de saúde com equipamentos e infraestrutura.

Finalizando a comparação do Capítulo V, registra-se que foram acrescentados mais três artigos que tratavam da supervisão dos médicos no Programa e do Cadastro Nacional de Especialistas. Considerando o papel do supervisor e do tutor de acompanhar as atividades dos médicos na atenção básica, foi garantida na Lei a defesa desses profissionais pela Advocacia Geral da União como representação judicial e extrajudicial.

O Cadastro Nacional de Especialistas já estava previsto em portaria do Ministério da Saúde, mas, ao ser incluído na Lei (já que não constava na MP), dispôs que a certificação de especialistas médicas se submete às necessidades do SUS e obrigou as entidades médicas a encaminhar seus registros de especialistas para o Ministério da Saúde. Entende-se que a disponibilidade dessas informações é um passo fundamental para o planejamento da gestão do trabalho e da educação na saúde (BRASIL, 2015).

Cabe ressaltar também um dispositivo proposto na Relatoria e presente no Projeto de Lei de Conversão da MP nº 621 que é o Fórum Nacional de Ordenação de Recursos Humanos na Saúde, o qual acabou não sendo incluído no texto final da Lei por demanda das entidades médicas. O Conselho Federal de Medicina (CFM) apoiou a aprovação da Lei em virtude da retirada do Fórum (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2013), que teria composição multiprofissional, com caráter consultivo e teria a finalidade de propor diretrizes para a competência de cada profissão em saúde no Brasil.

A Associação Brasileira de Medicina defendeu que o PMM criava uma ‘Medicina dos Pobres’, e o CFM caracterizou a MP como a maior agressão sofrida pelos médicos do Brasil, representando grave risco à saúde da população e piora da formação médica. Avalia-se que a mobilização das entidades não foi suficiente para deter o Programa, e o apoio do CFM ao texto final gerou cisão no movimento médico (GOMES; MEHRY, 2017).

Para ter validade, os atos normativos devem ser assinados pela autoridade competente. Os dois textos jurídicos foram assinados pela Presidente Dilma Rousseff, pelo Ministro da Educação Aloízio Mercadante, pelo Ministro da Saúde Alexandre Rocha Santos Padilha e pela Ministra do Planejamento, Orçamento e Gestão Miriam Belchior, e a Lei também foi assinada por Luís Inácio Lucena Adams, Advogado Geral da União do Brasil.

Considerações finais

À guisa da conclusão, pode-se aludir que a baixa razão de médicos por habitante e sua má distribuição nas regiões e municípios brasileiros são importantes desafios à universalização do acesso ao SUS e que o PMM representou uma vigorosa iniciativa governamental voltada a sanar essa carência histórica de médicos em dezenas de regiões subservidas e/ou de grande vulnerabilidade social e sanitária.

O SUS constitucional tem como princípio a universalização e a integralidade da assistência à saúde, o que exige a conformação de redes de serviços acessíveis em todo o território nacional. Entretanto, registra-se a dificuldade de garantir a presença e a fixação de médicos e de outros profissionais da equipe de saúde em muitas regiões do País. Diagnosticada a escassez, o PMM incide sobre a falta de médicos em curto e médio prazo, ao associar o provimento à ampliação e mudanças na formação do profissional,

o que parece essencial para a prestação de cuidados de forma continuada aos usuários e suas famílias.

A permanência de tais profissionais facilita a criação de vínculo com as comunidades, contribuindo para que a atenção primária se consolide e favorecendo que se torne a ordenadora do cuidado e a coordenadora das redes integrais. Também favorece a compreensão dos processos de saúde e doença, permitindo aos serviços incidir sobre o conjunto de seus determinantes sociais e culturais, auxiliando na formulação de estratégias mais adequadas às necessidades da população.

Os resultados deste estudo apontam que, a despeito de ter sido duramente criticada pelas entidades médicas por ocasião do debate parlamentar, o processo desenvolvido no Congresso Nacional permitiu avanços na legislação do PMM. Destaque particular deve ser dado às DCN e à interiorização das escolas médicas, que poderá contribuir para a fixação de médicos nos respectivos territórios. A Lei do Mais Médicos estabelece-se, assim, como marco para a criação ou aperfeiçoamento de condições para um maior acesso da população brasileira aos serviços de saúde.

Com disputas que seguiram além daquele momento, as mudanças na formação curricular também foram significativas na Lei, com acréscimos importantes após a MP. Elas passaram a ter uma quase exclusividade no debate a partir do momento em que o provimento se consolidou e recebeu a aprovação da sociedade. Com isso, setores que não concordavam com as mudanças na formação, e principalmente com a regulação da formação de especialistas no País, passaram a questionar mais fortemente as disposições da Lei nesse campo, as quais evidentemente apontam para uma escola médica vinculada ao sistema de saúde e, portanto, em consonância com o debate internacional. Proposições que excluam mecanismos de regulação da formação na Lei levariam a retrocessos importantes na gestão do trabalho e da educação na saúde no SUS.

Apesar de a legislação ser estanque e a realidade dinâmica, o aprimoramento do processo de construção social e da cidadania demanda o exercício democrático do debate e do contraditório, em nome do interesse público. O árduo caminho do processo legislativo no caso da MP nº 621, orientado por forte tensão corporativa e por posições

francamente contrárias à estratégia de prover profissionais médicos aos municípios, representou um momento culminante do acirramento entre posições ideológicas antagônicas que sucederam naquela casa e no País. Por isso o tema aqui abordado merece mais estudos, sob outras perspectivas e olhares. ■

Referências

- ALMEIDA, M. J. Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais na Graduação em Medicina no Paraná. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 156-165, 2007.
- AMORETTI, R. A Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 136-146, 2005.
- ANDRÉS, A.; CARVALHO C. V. *Medida Provisória 621, de 2013*. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2013. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/documentos-e-pesquisa/publicacoes/estnottec/notas-descriptivas-sobre-medidas-provisorias/2013>>. Acesso em: 16 fev. 2016.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 3 fev. 2017.
- _____. Lei nº 6.932, de 7 de julho 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 7 jul. 1981. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6932.htm>. Acesso em: 3 fev. 2017.
- _____. Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 9 dez. 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8745cons.htm>. Acesso em: 3 fev. 2017.
- _____. 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. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 22 out. 2013a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 16 fev. 2016.
- _____. Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre a elaboração, a redação, a alteração e a consolidação das leis e estabelece normas para a consolidação dos atos normativos que menciona. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF,

- 26 fev. 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp95.htm>. Acesso em: 3 fev. 2017.
- . Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 9 jul. 2013b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/mpv/mpv621.htm>. Acesso em: 3 fev. 2017.
- . Ministério da Saúde. *Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/03/livro-maismedicos-2015.pdf>>. Acesso em: 3 fev. 2017.
- CÂMARA DOS DEPUTADOS. Relator da MP do Mais Médicos fecha acordo com Conselho Federal de Medicina, 2013. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/454027-RELATOR-DA-MP-DO-MAIS-MEDICOS-FECHA-ACORDO-COM-CONSELHO-FEDERAL-DE-MEDICINA.html>>. Acesso em: 3 fev. 2017.
- CARRYL, J. A. M.; ROSSATO, L.; PRADOS, R. M. N. Programa Mais Médicos. *Revista Diálogos Interdisciplinares*, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 1-8, 2016. Disponível em: <<https://revistas.brazcubas.br/index.php/dialogos/article/view/161>>. Acesso em: 26 jan. 2017.
- CARVALHO, F. C. A Consolidação do Programa Mais Médicos na Opinião Pública e na Cobertura Jornalística. In: CONGRESSO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO NA REGIÃO SUL, 15., 2014, Palhoça, *Anais...*. Palhoça: Unisul, 2014. Disponível em: <http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/37695555/INTERCOM_SUL_2014_-_MAIS-MEDICOS_E_OPINIAO_PUBLICA_-_FERNANDA_CAVASSANA.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2017.
- COMES, Y. *et al.* Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2749-2759, 2016.
- COSTA, A. M. *et al.* Mais (e Melhores) Médicos. *Tempus, actas de saúde coletiva*, Brasília, DF, v. 9, n. 4, p. 175-181, dez, 2015.
- FRENK, J. *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, Londres, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010.
- GIRARDI, S. N. *et al.* Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2675-2684, 2016.
- GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do Programa Mais Médicos. *Interface – Saúde, Educação, Comunicação*, Botucatu, jul. 2017.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Sistema de Indicadores de Percepção Social: Saúde*. Brasília, DF: IPEA, 2011. Disponível em: <http://agencia.ipea.gov.br/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf>. Acesso em 26: jan. 2017.
- MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.
- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). *Health at a Glance 2011*. [S. l.]: OECD, 2011. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en>. Acesso em: 15 mar. 2016.
- OLIVEIRA, F. P. *et al.* Mais Médicos: um programa brasileiro em perspectiva internacional. *Interface – Saúde, Educação, Comunicação*, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 623-634, 2015.
- PINHEIRO, O. L. *et al.* Teste de Progresso: uma Ferramenta Avaliativa para a Gestão Acadêmica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 68-78, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n1e02182013>>. Acesso em: 26 jan. 2017.

REZENDE, R. M. A *Constitucionalidade dos Serviços Obrigatórios e o Programa Mais Médicos*. Brasília, DF: CONLEG, 2013. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/496330>>. Acesso em: 26 jan. 2017.

SANTOS, L. M. P. *et al.* Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. *Bull World Health Organ*, [S. l.], v. 95, p. 103-112, 2017.

_____. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3547-3552, 2015.

Disponível em: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2015/12/artigo28_12-2015.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2017.

SCHEFFER, M. (Coord.). *Demografia Médica no Brasil*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2013.

Recebido para publicação em fevereiro de 2017

Versão final em agosto de 2017

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Pesquisa financiada no Edital nº 41 CNPQ/MCT/Decit/MS. Processo número 40351/2013

O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e a garantia da atenção integral à saúde em áreas rurais na região amazônica, Brasil

Lucélia Luiz Pereira^(a)Leonor Pacheco^(b)

Pereira LL, Pacheco L. The challenges faced by the More Doctors Program in providing and ensuring comprehensive health care in rural areas in the Amazon region, Brazil. *Interface* (Botucatu). 2017; 21(Supl.1):1181-92.

The objective of this research was to assess how the More Doctors Program has been implemented in rural areas and the contributions made by providing physicians to ensure comprehensive health care. A study was conducted in a predominantly rural city in the state of Pará, involving 42 interviews with health professionals and managers, council members and users. The interviews then underwent content analysis. The results suggest that there have been improvements in primary health care – such as a higher number of consultations and expanded access to the primary care services offered – that can be attributed to the presence of the physicians and the use of more equitable strategies. However, there are still challenges to be confronted in order to ensure comprehensive health care in rural areas, such as maintenance of the program and overcoming recurrent problems, such as: lack of drugs and tests; limitations in follow-up on patients referred to other services; and weaknesses in the health care network.

Keywords: Primary care physicians. Rural areas. Health.

A pesquisa objetivou avaliar como o Programa Mais Médicos vem sendo implementado em áreas rurais e a contribuição do provimento de médicos para garantir atenção integral à saúde. Realizou-se estudo em município predominantemente rural no estado do Pará, conduzindo-se 42 entrevistas com: profissionais, gestores de saúde, conselheiros e usuários; submeteram-se as entrevistas à análise de conteúdo. Os resultados sugerem melhorias na atenção primária à saúde – como aumento de consultas e ampliação do acesso aos serviços de atenção básica ofertados – atribuídas à presença do médico e às estratégias mais equitativas adotadas. No entanto, ainda persistem desafios a enfrentar para garantir atenção integral à saúde nas zonas rurais, como a manutenção do programa e a superação de problemas recorrentes, como: falta de medicamentos e exames, limitações no retorno dos pacientes referidos a outros serviços e fragilidades na rede de atenção à saúde.

Palavras-chave: Médicos de atenção primária. Áreas rurais. Saúde.

^(a) Departamento de Serviço Social, Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro. SER - ICC Norte, Brasília, DF, Brasil, 70910-900. lucelia@unb.br

^(b) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. DF, Brasil. leopac@unb.br

Introdução

Direito à saúde na perspectiva da integralidade da atenção

A saúde é direito de todos os cidadãos, reafirmado na Constituição Federal de 1988. Deve ser garantido de forma integral e universalizada. No Brasil, em 1988, foi implantado o Sistema Único de Saúde (SUS), com base nos princípios da Reforma Sanitária, com vistas a reorientar o modelo de atenção à saúde. Sendo assim, foi questionada a hegemonia do modelo biomédico de atenção, que enfatiza os aspectos individuais e biológicos, focando a assistência no adoecimento.

O SUS, em contraposição, defende um modelo de atenção integral onde as necessidades de saúde da população são consideradas no planejamento das ações assistenciais. Além disso, organiza o sistema com o objetivo de contemplar a promoção, prevenção, tratamento e recuperação a partir da atenção primária, secundária e terciária.

A integralidade da atenção, um dos princípios do SUS, pode ser compreendida a partir de duas dimensões ou níveis de análise: a primeira refere-se à organização da rede de serviços de saúde, onde percebe-se a necessidade de garantir ações articuladas de prevenção, promoção, proteção e recuperação, tanto no nível individual quanto coletivo, em todos os níveis de complexidade do sistema.

A segunda dimensão diz respeito à abordagem adotada na relação entre os atores (profissionais e usuários) tanto na oferta quanto demanda pelos serviços, ou seja, está relacionada ao processo de atenção, denotando a compreensão do indivíduo em sua totalidade, garantindo uma abordagem biopsicossocial^{1,2}.

Alguns autores ampliam o conceito de integralidade, considerando, além da organização dos serviços e compreensão do indivíduo: os atributos sobre o campo político³, garantia de equidade, com tratamento diferenciado para usuários em situação desigual, e foco da atenção no indivíduo⁴.

Para Ferreira⁵, a implementação de um sistema de saúde integral depende da relação entre outros princípios do SUS, como: universalidade, equidade e garantia do acesso. A universalidade expressa a ideia de que o Estado deve prestar atendimento a toda a população.

Semelhante à integralidade, o acesso também é alvo de debates, podendo se limitar à oferta de serviços de saúde à população; ou abarcar, também, a utilização e a qualidade da atenção no processo de cuidado, bem como se as respostas dadas pelo serviço são adequadas às necessidades apresentadas pela população, considerando o tempo, o espaço e a distância⁶.

Donabedian considera dois aspectos na definição de acessibilidade, um sócio-organizacional e outro geográfico⁷. O primeiro diz respeito a variáveis que influenciam o acesso à saúde, como: condição social, cultural, educacional e econômica. O segundo se refere à distância entre o serviço ofertado e o usuário. Portanto, abrange não só a disponibilidade de recursos, mas as características dos serviços e dos recursos, podendo potencializar ou limitar a utilização da rede pelos usuários⁸.

Em relação à equidade, pode ser entendida tanto numa perspectiva horizontal, tratamento igual para pessoas iguais, e vertical, definida como tratamento diferenciado entre indivíduos desiguais⁷. O princípio da equidade baseia-se na ideia de justiça social, objetivando reduzir diferenças sociais, a partir do atendimento diferenciado para necessidades diferenciadas⁹.

Características da atenção à saúde em áreas rurais

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a atenção primária configura-se como porta de entrada para o processo assistencial em saúde¹⁰. No entanto, na zona rural intensificam-se as desigualdades de acesso aos cuidados primários de saúde devido às diversas barreiras de acesso, relacionadas a questões geográfica, econômica, cultural e organizacional¹¹⁻¹³.

A população rural depende quase que exclusivamente do SUS para atenção à sua saúde. Devido à localização geográfica da UBS e às barreiras econômicas e de transporte para deslocamento,

geralmente os moradores das zonas rurais buscam serviços de saúde mais próximos da residência, havendo, assim, uma procura mais frequente pelo posto de saúde localizado na própria zona rural onde mora. A procura pela sede do município para atendimento geralmente ocorre na falta de profissionais de saúde na UBS ou devido à necessidade de atenção especializada.

Vários estudos apontam a dificuldade de recrutamento e fixação de profissionais no contexto rural, além de alta rotatividade dos profissionais das equipes do PSF¹⁴⁻¹⁶. Há diversos fatores relacionados a escassez de recursos humanos nessas regiões, dentre eles, destaca-se a localização geográfica, por serem áreas distantes dos grandes centros e, muitas vezes, de difícil acesso.

A população rural brasileira representa 18,75% da população total, cerca de 29,9 milhões de pessoas residindo em, aproximadamente, 8,1 milhões de domicílios, e 46,7% destas pessoas estão na linha de extrema pobreza¹⁷. Verifica-se que há uma tendência, no meio rural, de a população procurar os serviços de saúde majoritariamente em casos de doenças, e não para exames de rotina ou prevenção. Tais dados demonstram as especificidades desta população e a centralidade do SUS, uma vez que apresenta taxas menores de cobertura por plano de saúde se comparado à população residente em áreas urbanas¹⁸.

Considerando as iniquidades presentes no acesso aos serviços de saúde pela população do campo, o governo federal implantou, em 2013, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, visando à inserção social e o efetivo direito à saúde de populações historicamente excluídas do acesso aos serviços de saúde¹⁹. A política destaca que a população rural possui diversas desvantagens em relação à atenção à saúde, necessitando, portanto, de estratégias diferenciadas para a sua inclusão.

Nesse sentido, a política prevê a promoção da saúde das populações do campo, da floresta e das águas por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça/cor, etnia e orientação sexual, visando: o acesso aos serviços de saúde, à redução de riscos e agravos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas, e a melhoria dos indicadores de saúde e qualidade de vida¹⁹.

A integralidade da atenção à saúde nas áreas rurais é um desafio a ser enfrentado, uma vez que apresentam características que comprometem os princípios da universalidade e equidade no acesso e na utilização dos serviços. Nesta direção, em 2013, o governo federal implantou o Programa Mais Médicos (PMM), com o objetivo de fortalecer a atenção primária e reduzir o déficit de médicos em diversas áreas, dentre elas, nas zonas rurais e periferias dos grandes centros^{20,21}. O PMM supre a escassez da oferta de médicos na atenção primária à saúde a partir das seguintes medidas: 1) chamada de médicos para atuar em regiões mais necessitadas, onde há escassez e ausência desses profissionais; 2) oferta de cursos e formação dos médicos, com expansão de vagas de graduação de medicina e residência médica; 3) investimento em infraestrutura e equipamentos nas Unidades de Saúde.

O PMM foi instituído pela Medida Provisória n.621, de 08 de julho de 2013, e convertida em Lei n.12.871/2013, representando um pacto de melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)^{20,21}. Para atuação nos municípios, os médicos selecionados pelo Programa recebem uma bolsa de dez mil reais (R\$ 10.000) por mês, que é paga pelo Ministério da Saúde, ficando o município responsável pelo provimento de moradia, alimentação e transporte para a realização das atividades. O contrato com o médico é realizado por um período de três anos, podendo ser renovado uma vez, por igual período. As vagas do PMM podem ser preenchidas tanto por médicos formados em Universidades brasileiras ou com diploma revalidado no país, quanto médicos formados em instituições de Educação Superior estrangeira. É importante destacar que ocorre uma sequência de prioridades em relação à seleção dos médicos.

O presente trabalho tem por objetivo analisar de que forma o PMM vem sendo implementado nas áreas rurais de um município no estado do Pará, e as contribuições dos médicos nas equipes do PSF rurais para garantir atenção à saúde da população do município.

Percurso Metodológico

Realizou-se estudo de caráter qualitativo em um município no estado do Pará, a partir da realização de 42 entrevistas semiestruturadas com: 18 profissionais das equipes ESF, cinco gestores, quatro médicos do PMM, um representante do conselho municipal de saúde e 14 usuários. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas.

Os roteiros de entrevistas utilizados para usuários, médicos, profissionais das ESF, gestores e conselheiro buscaram apreender as percepções dos diferentes atores sobre a implementação do PMM e suas contribuições para melhorias na atenção à saúde. Para tal, foram incluídas questões sobre: situação de saúde nas comunidades, principais problemas de saúde percebidos, oferta de serviços pelo município, avaliação sobre implantação do PMM, bem como mudanças percebidas após atuação dos médicos do programa.

No caso dos gestores, optou-se por realizarem-se entrevistas com profissionais envolvidos diretamente na coordenação das ações de atenção básica, como: coordenadores da atenção básica, secretário de saúde e assessores. Já os usuários, médicos e profissionais das ESF entrevistados foram identificados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde foram alocados os médicos do PMM. A escolha foi por conveniência, ou seja, os atores estavam na UBS e foram convidados a participarem da pesquisa. Para a escolha do representante do controle social, priorizou-se o presidente do conselho local de saúde. Destaca-se que as entrevistas foram conduzidas respeitando as normas éticas de sigilo e anonimato, e o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado por Comitê de Ética.

Em relação ao perfil dos profissionais entrevistados, destaca-se que foram entrevistados: nove Agentes Comunitários de Saúde, dois enfermeiros, dois dentistas, três técnicos de enfermagem e três auxiliares, sendo que a maioria (12) possui mais de seis anos de atuação no município. Dos quatro médicos do PMM entrevistados, três estavam atuando na equipe de ESF há mais de dois anos. No caso dos usuários, foram entrevistados três homens, todos trabalhadores rurais, sendo um deles aposentado. Das 11 mulheres usuárias, todas afirmaram terem sido trabalhadoras rurais, no entanto, somente três permanecem nesta atividade, cinco são donas de casa e três são vendedoras.

Adotou-se a técnica de análise de conteúdo, com foco nas etapas, empregada por Bardin²²: pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados. Na execução das etapas de análise, utilizou-se, como ferramenta de apoio, o software Atlas-ti, procedendo, assim, à sistematização e categorização das informações e a análise à luz da literatura, com foco nas questões pertinentes ao estudo.

Resultados

O município em estudo foi criado na década de 1990 e localiza-se a cerca de duzentos quilômetros de Belém. Possui uma população pouco abaixo de trinta mil habitantes, que vivem, majoritariamente, na área rural (74%), segundo estimativa do IBGE de 2010. A principal atividade econômica é a agricultura. Mas, existem outras ocupações no Município, como a pesca e extração vegetal.

A rede de atenção primária à saúde neste município é constituída por nove PSF, sendo: três Estratégia Saúde da Família (ESF) e seis Estratégia Saúde da Família – Saúde Bucal (ESFSB), um Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) urbano e um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Em relação à atuação do PMM, os quatro médicos do Programa atuam em ESFSB rurais.

Atuação do Programa Mais Médicos: mudanças e desafios na APS em áreas rurais no estado do Pará

O PMM foi implantado no município em 2013, com a alocação de quatro médicos de nacionalidade cubana. Foram designados para atuar em quatro UBS localizadas em áreas rurais para compor as

equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Três UBS fazem parte do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS), sendo que duas unidades já foram inauguradas.

Os profissionais das UBS estudadas destacam o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção de agravos, tais como: consultas, imunização, cadastro e acompanhamento de usuários portadores de doenças crônicas, pré-natal, crescimento e desenvolvimento, visitas domiciliares e, em menor frequência, atividades em grupo e educativas na UBS e, também, em outros espaços, por exemplo, escolas.

De acordo com alguns profissionais, antes do PMM, um dos principais desafios enfrentados era a continuidade da atenção aos usuários, sobretudo de pacientes com doenças crônicas. Na fala de profissionais e usuários, este problema foi reduzido com a atuação dos médicos do PMM, tanto pela atuação mais presente na UBS, reduzindo a rotatividade existente, quanto pelo maior estabelecimento de vínculo com os usuários:

“Eu acredito assim, que é um programa muito bom porque eles cumprem o horário mesmo, antes as pessoas vinham e davam viagem perdida porque não tinha médico ou vinha muito pouco, faltava”. (Profissional de Saúde, PSF 1)

“Antes eu vinha aqui, chegava e sempre falavam que o médico não tava. Agora depois que entrou a médica cubana, sempre tá aqui, já vim de manhã, já vim a tarde, aí já animo mais a frequentar aqui ne”? (Usuária, PSF 4)

Por um lado, a presença dos médicos aumenta a assiduidade dos usuários no serviço e o acompanhamento das enfermidades, garantindo um maior acesso à atenção à saúde. Vários usuários apontam a importância de ter atenção médica todos os dias na área rural, e destacam o tratamento diferenciado oferecido pelos médicos cubanos: “Ela atende bem, é bem atenciosa. Assim, nas primeiras vezes que eu vim consultar, eu ficava com vergonha porque ela olha pra gente, quer conversar, pergunta um monte de coisas. Mas agora eu já acho bom ela ser assim com todo mundo” (Usuária, PSF 3).

Por outro lado, esta realidade evidencia a permanência de um modelo onde a referência do cuidado está centrado na figura do médico. Verificou-se a necessidade de uma atuação mais intensa das equipes para garantir uma atenção qualificada. Os usuários apontaram diversas situações de atenção, por parte dos profissionais, que podem estar comprometendo o estabelecimento de vínculo, tais como: mudança frequente de enfermeiros e dentistas na área, falta de privacidade e sigilo nos atendimentos, acolhimento inadequado e desqualificação de alternativas terapêuticas adotadas com base em práticas culturais, como: automedicação, benzenção e medicação caseira.

O conhecimento da realidade dos usuários e das necessidades de sobrevivência pode auxiliar à compreensão das equipes sobre as características do público atendido, buscando formas de não culpabilização das estratégias utilizadas para o atendimento, ao mesmo tempo que facilita a criação do vínculo, necessário ao fortalecimento da perspectiva de promoção da saúde.

Neste sentido, destaca-se, também, que a criação de vínculo entre usuário e serviço depende, ainda, da confiança estabelecida com os profissionais, por isso, a postura no atendimento é crucial. O relato de alguns usuários sobre a falta de sigilo e privacidade no atendimento dificulta essa aproximação, sobretudo em momentos que exigem certa intimidade/cumplicidade, exemplo do exame preventivo de câncer do colo do útero, pela maior exposição das usuárias.

Desta forma, é importante oferecer um acolhimento voltado às necessidades de saúde dos usuários, considerando características importantes deste grupo, nem sempre consideradas pelas equipes: alta vulnerabilidade socioeconômica e situações de insegurança alimentar, baixa escolaridade, realização de atividades laborais vinculadas à agricultura de subsistência, exigindo esforço físico, o que pode explicar os problemas de coluna relatados por vários usuários; e a situação de moradia, sem rede de esgoto, saneamento básico e água tratada, o que pode ocasionar diversas enfermidades.

Outros três fatores interferem na procura e continuidade da utilização dos serviços pelos usuários: a acessibilidade geográfica, falhas na atenção relacionadas à falta de medicamentos e dificuldades na realização de exames e, por último, limitações da rede de atenção especializada. Em relação ao primeiro fator, verificou-se que grande parte dos usuários da UBS entrevistados mora distante tanto da UBS de referência quanto da sede do município. Portanto, a barreira geográfica, composta pela distância e, também, pela má qualidade das estradas é uma realidade da zona rural, agravada pelo fato de que o transporte coletivo não é frequente e que a condição financeira dos usuários, nem sempre, permite o deslocamento pago.

Por isso, os médicos entrevistados destacam que o conhecimento da realidade dos usuários motivou a adoção de estratégias que permitem, a partir da organização da agenda, contemplar as necessidades dos moradores mais distantes – o que reflete numa maior quantidade de atendimentos por demanda espontânea ou definição de dias específicos para atendimento de moradores de áreas mais isoladas, buscando associar aos dias de transporte público.

Em relação ao segundo fator, houve diversas queixas por parte dos usuários e profissionais nas entrevistas. Usuários e profissionais destacam que a falta de medicamentos é uma questão recorrente no município, e que nem todos os pacientes têm condições financeiras para adquirirem a medicação, deixando, assim, de realizar o tratamento adequado para o controle da enfermidade crônica apresentada e prevenção de possíveis complicações.

No que diz respeito à realização de exames, tanto profissionais quanto usuários afirmam que há falhas na prestação deste serviço. As usuárias grávidas, por exemplo, apontam que, muitas vezes, o município não tem vaga para marcar exames de rotina para acompanhamento do pré-natal, por isso, realizam os procedimentos em clínicas particulares. No entanto, os profissionais reconhecem que a realidade econômica das usuárias limita a utilização da assistência privada, deixando, portanto, de realizarem os exames em tempo hábil para avaliação do desenvolvimento da criança.

Por fim, a questão da limitada referência e contrarreferência também pode ser considerada um fator que contribui para reduzir a participação dos usuários nas ações dos PSF estudados. Muitas falas dos usuários destacam a dificuldade de agendamento de consulta com especialistas, e que, às vezes, a utilização da UBS se configura como uma passagem burocrática para acessar a rede especializada de serviços. Por isso, alguns usuários não compreendem o PSF como uma estratégia de promoção de saúde, revelando uma crença cultural de que a atenção especializada tem uma resposta mais efetiva às suas demandas de saúde.

“Na atenção básica, eu posso me esforçar em oferecer uma consulta de qualidade para o usuário, mas as vezes eu vou precisar de exames complementares e de direcionar a pessoa para um especialista, as vezes essa continuidade não acontece”. (Médico PMM)

Contudo, diversos usuários apontam uma alteração de compreensão a partir da atuação dos médicos do PMM, e a participação na UBS já não é motivada somente pela busca de encaminhamento, mas, também, para resolução de problemas, antes considerados da esfera da atenção especializada, não somente por desconhecimento das atribuições da APS, mas, também, devido à falta de médicos para comporem as equipes do PSF.

Percebeu-se uma convergência nos apontamentos dos entrevistados sobre os desafios para a melhoria da integralidade da atenção à saúde no município, abrangendo três grupos: 1) falta de estrutura (exames, medicamentos, transporte e rede de referência e contrarreferência); 2) falhas no estabelecimento de vínculo com os usuários de forma que a referência seja a equipe e não somente o médico, potencializando uma atenção integral; 3) necessidade de aperfeiçoamento de recursos humanos, para melhor atuação das equipes do PSF, abrangendo cumprimento de carga horária, redução da rotatividade e realização de mapeamento do território para que a atuação esteja voltada às necessidades dos usuários, compreendendo as especificidades das áreas rurais.

Em relação às percepções de mudanças ocorridas após atuação dos médicos do PMM, as falas dos entrevistados podem ser sistematizadas em três subgrupos. Um primeiro grupo destaca a existência de uma prática clínica diferenciada. Os entrevistados avaliam positivamente o programa a partir de

elementos como modo de acolhimento e qualidade da atenção. Para os usuários, os médicos cubanos são “mais humanos”, uma vez que, durante a realização das consultas, são atenciosos, dialogam e buscam estratégias para criação do vínculo.

No segundo subgrupo, estão as questões relacionadas à permanência do médico no PSF. Os entrevistados destacam que a permanência no serviço possibilita a continuidade do cuidado e o acompanhamento dos usuários por um período mais prolongado, o que possibilita o conhecimento das necessidades particulares do público atendido, buscando contemplar usuários que trabalham na agricultura pela manhã ou, então, que residem em áreas rurais muito distantes. Tais estratégias contribuem não só para a criação de vínculos, mas, também, para a realização de atividades de médio prazo que possam: auxiliar no processo de promoção de saúde e prevenção de agravos à saúde, aumentar a resolutividade das ações e reduzir a procura por serviços hospitalares.

Por fim, no terceiro subgrupo estão as respostas associadas à realização da atenção primária. Para vários entrevistados, apesar de o sistema de saúde local ainda possuir uma lógica assistencial medicalizada, a atuação dos médicos do PMM fortaleceu a perspectiva da atenção primária à saúde, a partir da realização de: atividades de educação em saúde, planejamento das ações junto com a equipe, e realização mais frequente de visitas domiciliares. Esse diferencial de cuidado tem possibilitado uma maior participação dos usuários nas atividades do PSF e, também, uma maior organização das demandas por atendimentos.

Quadro 1. Desafios do Programa Mais Médicos segundo a percepção dos atores-chave entrevistados. Pará, 2015

Desafios apontados em relação ao Programa	Gestores	Profissionais PSF	Médicos PMM	Representante do Conselho	Usuários
Redução de recursos do governo federal para equipes do PSF com médicos do PMM	X				
Dificuldades na comunicação com médicos/ compreensão da língua		X			X
Preconceito em relação à atuação de médicos cubanos			X	X	X
Sustentabilidade do Programa	X	X	X	X	X
Dificuldade de as equipes e gestores reconhecerem a importância do trabalho em rede com outras áreas			X		

Fonte: Dados coletados em campo

No que diz respeito aos desafios de implementação do PMM, destaca-se que a preocupação sobre a sustentabilidade do programa foi unânime entre os entrevistados. Apesar de os gestores reconhecerem a importância do PMM para aumentar a assistência e qualidade da atenção à saúde no município, não houve falas sobre intenção de renovação da adesão ao PMM. Uma das razões que podem explicar este fato é o destaque dado pelos gestores à perda de recursos financeiros ocasionados pelas equipes compostas por médicos do PMM. Já os usuários, além do desafio vinculado à sustentabilidade do PMM, destacam que, no início, apresentaram dificuldades para compreensão da “língua do médico”, mas que esta dificuldade foi reduzida com o tempo.

Os médicos do PMM destacam, como principal desafio, a dificuldade de compreensão e reconhecimento, de profissionais e gestores, do trabalho desenvolvido por eles na atenção básica. Os médicos acreditam que falta uma compreensão mais aprofundada, por parte do município, sobre o papel da atenção básica e sobre a importância do trabalho em rede, que deve ser realizado não só nos diferentes níveis assistenciais na saúde, mas também exige uma aproximação com profissionais de diferentes áreas que possam contribuir para a promoção da saúde.

Outra questão ressaltada pelos médicos é a influência que a polêmica gerada em torno do programa provoca na avaliação da atuação dos médicos e na confiança que a população tem no trabalho realizado. Admitem que, no cotidiano, enfrentam algumas dificuldades relacionadas ao preconceito e desconfiança em relação ao trabalho desenvolvido. Reconhecem, no entanto, que os profissionais, aos poucos, têm compreendido a perspectiva de saúde e estratégias de trabalho utilizadas com intuito de fortalecer a atenção primária municipal.

Discussão

A análise sobre a implementação do PMM em PSF rurais do estado do Pará sugere uma melhora na atenção primária à saúde nestas localidades. Essa melhora ocorreu tanto em relação ao aumento de consulta e melhorias na atenção à saúde quanto na ampliação do acesso aos serviços ofertados pela UBS a partir de estratégias mais equitativas adotadas no planejamento das ações realizadas.

Um dos desafios ressaltados pelos médicos do PMM está relacionado à concepção limitada de atenção primária e de promoção da saúde que impede uma articulação em rede no município. Ressalta-se que a defesa da concepção ampliada de saúde significa compreender que a promoção da saúde envolve atuação não só na política específica, mas articulação setorial com outras áreas que também têm efeitos sobre a saúde²³.

Outro desafio apontado pelos médicos do PMM diz respeito à resistência apresentada por alguns profissionais sobre a atuação de médicos cubanos. Realidade semelhante foi observada em experiências similares em outros países²⁴⁻²⁶. No entanto, estudos mostram as contribuições dos médicos cubanos para a melhoria dos serviços de saúde em países participantes da cooperação, inclusive, no Brasil²⁷⁻³¹. Além disso, a pesquisa identificou que grande parte dos usuários e profissionais entrevistados avaliaram satisfatoriamente tanto o programa quanto a atuação dos médicos.

A alocação de médicos em áreas rurais do município foi avaliada como muito importante, tendo em vista que tais áreas apresentavam ausências recorrentes e alta rotatividade destes profissionais nas equipes do PSF.

É importante acrescentar que o estudo realizado apresenta limitações referentes à definição da população usuária participante. A escolha dos usuários ocorreu nas unidades de saúde, o que, em alguma medida, pode ter influenciado na avaliação positiva da implementação do Programa e na satisfação com o atendimento dos médicos do PMM, uma vez que os entrevistados estavam utilizando o serviço de saúde. Apesar de explicitar tal limitação, destaca-se que o estudo apresenta resultados semelhantes a outras investigações sobre o PMM que mostram uma alta satisfação dos usuários e, também, de profissionais com a implementação do Programa^{29,31}.

Metade da população mundial vive em áreas rurais e remotas e enfrenta dificuldades para o acesso adequado e equitativo a cuidados de saúde³². No caso da população rural, a questão da escassez de profissionais para trabalhar nestas áreas, bem como as barreiras relacionadas à distância das unidades de saúde, que dificultam o acesso da população, são relatadas em diversos estudos^{24,33}. Por isso, geralmente, os médicos cubanos são alocados em áreas rurais, distantes e remotas, ou seja, locais onde há dificuldades para provisão de médicos³⁴.

Observou-se que a população estudada vivencia uma acentuada vulnerabilidade social e de saúde, pelas dificuldades financeiras e, também, pela inadequada condição higiênico-sanitária. Esta é uma realidade apontada por outros estudos que abordam as condições de habitantes em áreas rurais^{35,36}.

No que diz respeito à atenção à saúde, os resultados evidenciaram que ocorreram avanços na operacionalização das práticas de saúde e processos de trabalho. No entanto, um fortalecimento mais efetivo depende também de avanços na dimensão organizativa/gerencial, ou seja, reorganização das ações e serviços e estabelecimento de relações entre as unidades de prestação de serviços³⁷. A valorização da atenção básica depende de uma combinação de estratégias que passa pela organização tanto dos processos de trabalho, como, também, da organização dos níveis de complexidade para efetivar a continuidade da atenção.

Os resultados indicam que muitos usuários tendem a valorizar os serviços especializados, voltados para a utilização de tecnologia e consumo de medicamentos³⁷. No entanto, ainda que inicial, percebeu-se que a UBS tem deixado de ser uma etapa burocrática para acessar a atenção hospitalar. Os usuários afirmam que a permanência dos médicos estimula a procura pelos serviços ofertados pelo PSF e possibilita uma maior participação em ações de educação em saúde ofertadas.

Por outro lado, ressalta-se a necessidade de se reforçar a atuação em equipe, como preconizado pela atenção primária^{10,38}. Os resultados apontam que os médicos do PMM buscam reforçar o trabalho em equipe tanto no planejamento das atividades da UBS quanto na realização das visitas domiciliares e ações de educação em saúde, no entanto, permanece a procura dos usuários por consultas médicas individualizadas.

Uma das explicações para a permanência desta realidade é o limitado vínculo da equipe com os usuários, relatado em diversas entrevistas que apontam inadequações no acolhimento, resultantes de falta de diálogo com os usuários, e a quantidade insuficiente de ações de educação em saúde. Portanto, as equipes de saúde do PSF devem intensificar as ações de diagnóstico em saúde nos territórios, para o conhecimento das necessidades dos usuários.

Ressalta-se a necessidade de futuros estudos qualitativos sobre a atuação do PMM em áreas rurais com públicos específicos, tais como: quilombolas, indígenas e ribeirinhas. Além disso, seria importante a realização de investigações quantitativas com o intuito de ampliar o escopo amostral e a generalização dos resultados.

Considerações finais

A investigação aponta que o PMM tem contribuído para um maior acesso das populações rurais à atenção primária à saúde, ainda que limitações nos cuidados à saúde permaneçam, tais como: falhas na atenção relacionadas à falta de medicamentos, dificuldades na realização de exames e limitações da rede de atenção especializada.

Há evidências de que os médicos do PMM adotam uma prática profissional que busca atender as especificidades da população rural, a partir de algumas estratégias: expansão de ações de educação em saúde, planejamento das ações junto com a equipe e melhor organização da agenda, buscando contemplar necessidades de moradores que residem em áreas distantes e/ou isoladas, realização mais frequente de visitas domiciliares, maior continuidade da atenção à saúde, possibilitando uma criação de vínculo, principalmente de usuários com doenças crônicas, maior presença nos serviços de saúde, ocorrendo consequentemente uma redução da rotatividade. Por fim, outro diferencial do PMM, relatado tanto por usuários quanto por profissionais, é o tratamento diferenciado oferecido pelos médicos cubanos, que demonstra uma prática clínica que respeita a cultura dos moradores, evidenciada num maior diálogo e atenção às demandas e necessidades particulares do público rural atendido.

A questão central a ser problematizada pelos órgãos governamentais e também pelas instâncias de controle social nos municípios são as estratégias a serem adotadas para garantir a sustentabilidade dos avanços alcançados com o PMM, ou seja, faz-se necessário discutir políticas de cunho estrutural que fortaleça as ações governamentais de garantia de acesso com qualidade às ações de saúde pelos usuários das zonas rurais.

A redução das inequidades e o fortalecimento da integralidade da atenção à saúde depende, sobretudo, da garantia do provimento de profissionais nas equipes dos PSF rurais. Depende, ainda, do desenvolvimento de estratégias que busquem enfrentar problemas recorrentes nos serviços de saúde na zona rural, como: as barreiras geográficas, a falta de medicamentos e de agendamentos de exames, as limitações da referência e contrarreferência e, especialmente, as fragilidades na rede de atenção.

Portanto, o fortalecimento da atenção primária à saúde nas zonas rurais estudadas e a garantia dos princípios de universalidade, integralidade e equidade, dependem não só da atuação dos médicos do PMM, mas de: uma aglutinação de saberes profissionais das equipes, respeito às práticas tradicionais de cuidados à saúde, uma articulação efetiva entre os vários níveis de cuidado e, por fim, a promoção

de estratégias que contemplem necessidades específicas do público rural, garantindo a prestação dos cuidados à saúde a seus moradores.

Colaboradores

Lucélia Pereira: Concepção do artigo, coleta de dados, análise dos resultados e revisão final do texto. Leonor Pacheco: Discussão e análise dos resultados, tradução dos resumos e revisão do texto.

Referências

1. Dalmaso ASW. Oferta e consumo de ações de saúde: como realizar o projeto da integralidade? *Saude Debate*. 1994;(44):35-8.
2. Giovanella L, Lobato LVC, Carvalho AI, Conill EM, Cunha EM. Integralidade da atenção em sistemas municipais de saúde: metodologia de avaliação e intervenção. *Saude Debate*. 2002;26(60):37-61.
3. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Uerj/IMS; Abrasco; 2001. p. 43-68.
4. Furtado LAC, Tanaka OY. Processo de construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso. *Rev. Saúde Pública*. 1998; 32(6):587-95.
5. Ferreira SC, organizador. *Gestão em saúde: contribuições para a análise da integralidade*. Rio de Janeiro: EPSJV; 2009.
6. Iturri JA. Acesso e integralidade da atenção. *Tempus*. 2014;8(1):85-90.
7. Sanchez RM, Cicoelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(3):260-8.
8. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Pública*. 2004;20(2):190-8.
9. Cunha JPP, Cunha RRE. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. In: Campos FE, Oliveira Jr M, Tonon LM, organizadores. *Cadernos de saúde I. Planejamento e gestão em saúde*. Belo Horizonte (MG): Coopmed; 1998. p. 11-26.
10. Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
11. Vieira EWR. Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do Município de Jequitinhonha. Jequitinhonha [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.

12. Arcury TA, Gesler WM, Preisser JS, Sherman J, Spencer J, Perin J. The effects of geography and spatial behavior on health care utilization among the residents of a rural region. *Health Ser Res.* 2005;40(1):135-56.
13. Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad Saude Publica.* 2007;23(10):2490-502.
14. Dolea C, Stormont L, Braichet JM. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bull World Health Organ.* 2010;88(5):379-85.
15. Silva, AS, Nogueira DA, Paraizo CMS, Fracoli LA. Assessment of primary health care: health professionals' perspective. *Rev Esc Enferm USP.* 2014; 48:122-8.
16. Pitilin EB, Lentsck MH. Atenção Primária à Saúde na percepção de mulheres residentes na zona rural. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* 2015; 49(5): 726-732.
17. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Políticas de promoção da equidade em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
18. Almeida FM, Barata RB, Montero CV, Silva ZP. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. *Cienc Saude Coletiva.* 2002;7(4):743-56.
19. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política nacional de saúde integral das populações do campo e da floresta. 1a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
20. Lei no 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 22 Out 2013.
21. Medida Provisória no 621, de 8 de Julho de 2013. Institui o "Programa Mais Médicos" e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 9 Jul 2013.
22. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010.
23. Catrib AMF, Dias MSA, Frota MA, organizadoras. Promoção da saúde no contexto da estratégia saúde da família. Campinas(SP): Saberes; 2012.
24. Asante AD, Negin J, Hall J, Dewdney J, Zwi AB. Analysis of policy implications and challenges of the Cuban health assistance program related to human resources for health in the Pacific. *Hum Resour for Health.* 2012;10:1-10.
25. Henrique F, Da Ros MA, Goronzi T, Soares GB, Gama LA. Modelo de atenção primária à saúde na Venezuela, misión barrio adentro I: 2003-2006. *Trab Educ Saude.* 2014;12(2):305-26.
26. Villanueva T, de Albornoz SC. Venezuelan doctors resent presence of thousands of Cuban doctors in their country. *Br Med J.* 2008;336(7644):579.
27. Cuban Headlines. Cuban doctors inaugurated new health services in Tuvalu a small Pacific island [Internet]. Valencia; 2010 [acesso 8 Mar 2016]. Disponível em: <http://www.cubaheadlines.com>
28. Fawthrop T. Impoverished Cuba sends doctors around the globe to help the poor. Sydney: The Sydney Morning Herald; 2006.
29. Tribunal de Contas da União (BR). Auditoria operacional: Programa Mais Médicos. Projeto Mais Médicos para o Brasil. Avaliação da eficácia do programa. Brasília:TCU; 2014 (TC no 005.391/2014-8).
30. Molina J, Fortunato MA, Suárez J, Oliveira G, Cannon, LRC. O Programa Mais Médicos e as Redes de Atenção à Saúde no Brasil. *Divulg Saude Debate.* 2014;(52):190-201.

31. Pereira LL, Silva HP, Santos LMP. Projeto Mais Médicos para o Brasil: estudo de caso em comunidades quilombolas. *Rev ABPN*. 2015;7(16):28-51.
32. Rourke J. WHO Recommendations to improve retention of rural and remote health workers - important for all countries. *Rural Remote Health*. 2010;10(4):1654.
33. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Cienc Saude Coletiva*. 2006;11(4):975-86.
34. Werlau, Maria C. Cuba-Venezuela health diplomacy: the politics of humanitarianism. In: *Papers and Proceedings of the 20th Annual Conference of the Association for the Study of the Cuban Economy*; 2010; Miami, Florida. *Cuba in Transition: Volume 20*. Florida; 2010. [citado 10 Fev 2016]. Disponível em: <http://www.ascecuba.org/c/wp-content/uploads/2014/09/v20-werlau.pdf>
35. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Banco de Dados Agregados (PNAD), 2011 [Internet]. 2011 [acesso 20 Jan 2016]. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/pnad/pnadpb.asp?o=3&i=P>
36. Costa CC, Guilhoto JJM. Saneamento rural no Brasil: impacto da fossa séptica biodigestor. *Eng Sanit Ambient*. 2014;19(no esp):51-60.
37. Teixeira CF, Solla JP. Modelo de atenção à saúde. Promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: Edufba; 2006.
38. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ª Edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

Pereira LL, Pacheco L. El desafío del Programa Más Médicos para la provisión y garantía de la atención integral de la salud en áreas rurales en la región amazónica, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1181-92.

El objetivo de la encuesta fue evaluar cómo se ha implementado el Programa Más Médicos en áreas rurales y la contribución de la provisión de médicos para asegurar atención integral de la salud. Se realizó un estudio en un municipio predominantemente rural en el estado de Pará, por medio de 42 entrevistas con profesionales, gestores de salud, consejeros y usuarios y las mismas pasaron por análisis de contenido. Los resultados sugieren mejoras en la atención primaria de la salud, como aumento de consultas y ampliación de acceso a los servicios de atención básica ofrecidos, atribuidas a la presencia del médico y a las estrategias más equitativas adoptadas. No obstante, todavía persisten desafíos que hay que enfrentar para asegurar la atención integral de la salud en las zonas rurales y también el mantenimiento del Programa y la superación de problemas recurrentes, tales como falta de medicamentos y exámenes, limitaciones en el retorno de los pacientes referidos a otros servicios y fragilidad en la red de atención de la salud.

Palabras clave: Médicos de atención primaria. Áreas rurales. Salud.

Submetido em 13/03/15. Aprovado em 05/07/15.

Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil

Leonor Maria Pacheco Santos,^a Aimê Oliveira,^a Josélia Souza Trindade,^a Ivana CHC Barreto,^b Poliana Araújo Palmeira,^c Yamila Comes,^a Felipe OS Santos,^d Wallace Santos,^e João Paulo Alves Oliveira,^a Vanira Matos Pessoa^b & Helena Eri Shimizu^a

Objective To evaluate the implementation of a programme to provide primary care physicians for remote and deprived populations in Brazil.

Methods The *Mais Médicos* (More Doctors) programme was launched in July 2013 with public calls to recruit physicians for priority areas. Other strategies were to increase primary care infrastructure investments and to provide more places at medical schools. We conducted a quasi-experimental, before-and-after evaluation of the implementation of the programme in 1708 municipalities with populations living in extreme poverty and in remote border areas. We compared physician density, primary care coverage and avoidable hospitalizations in municipalities enrolled ($n = 1450$) and not enrolled ($n = 258$) in the programme. Data extracted from health information systems and Ministry of Health publications were analysed.

Findings By September 2015, 4917 physicians had been added to the 16 524 physicians already in place in municipalities with remote and deprived populations. The number of municipalities with ≥ 1.0 physician per 1000 inhabitants doubled from 163 in 2013 to 348 in 2015. Primary care coverage in enrolled municipalities (based on 3000 inhabitants per primary care team) increased from 77.9% in 2012 to 86.3% in 2015. Avoidable hospitalizations in enrolled municipalities decreased from 44.9% in 2012 to 41.2% in 2015, but remained unchanged in control municipalities. We also documented higher infrastructure investments in enrolled municipalities and an increase in the number of medical school places over the study period.

Conclusion Other countries having shortages of physicians could benefit from the lessons of Brazil's programme towards achieving universal right to health.

Abstracts in **عربي**, **中文**, **Français**, **Русский** and **Español** at the end of each article.

Introduction

Brazil's large territory, partially covered by dense forests, is a challenge for efforts to achieve universal health access and coverage for the population. After the re-establishment of democracy and the new Constitution in 1988, access to health care was established as a constitutional right and an obligation of the state. A unified national health system – the *Sistema Único de Saúde* – was founded in 1988,¹ based on the principles of universal, integrated health care with equality of access to all. Financed with public funds, the national health system provides preventive and curative health care free of charge.

Although the health-care system has made major advances in the past 25 years, such as enhancing the coverage of antenatal care and measles vaccination,² transforming the constitutional right into a reality still remains a challenge.¹ For example, a study by the federal medical council in October 2012³ showed that there were 388 015 physicians for an estimated population of 191 million people.⁴ This average density of 2.00 physicians per 1000 inhabitants nationwide varied from 0.71 physicians per 1000 people in the state of Maranhão (the poorest state) to 4.09 per 1000 people in the Federal District (the wealthiest state).³ Distribution within the states was also unequal; some municipalities in the north and north-east semi-arid states had no physicians.⁵ The causes of

these inequalities of distribution are related to problems of recruitment and retention of physicians at basic health units in the national health system.^{6–8} These include job insecurity and low career prospects in the public health system; poor working conditions and infrastructure in primary care facilities; and better job opportunities elsewhere.

Brazil needs an equitable distribution of the health workforce, particularly physicians, if it is to achieve the sustainable development goals (SDGs) on health and equality (SDGs 3 and 10).^{9,10} The tendency for physicians to concentrate in urban centres is a problem that affects many countries. Strategies for retaining health-care professionals in areas of vulnerability range from providing incentives and support, to enforcement measures such as mandatory civil service.^{11–15} To increase the number of primary health-care physicians for priority areas the Brazilian government set up the *Mais Médicos* (More Doctors) programme in July 2013. This employed strategies aligned with those proposed by the World Health Organization to improve the retention of health workers in remote and rural areas.^{16,17}

The aim of the present study was to describe the implementation of the programme in remote and deprived areas in Brazil and to evaluate its contribution to progress towards achieving universal health access and coverage for these vulnerable populations.

^a Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Coletiva, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Brasília, DF, 70910-900 Brasília, Brazil.

^b Fundação Oswaldo Cruz – Ceará, Torre Saúde, Fortaleza, Brazil.

^c Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde, Cidade Universitária, Cuité, Brazil.

^d Fundação Oswaldo Cruz – Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Brasília, Brazil.

^e Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Diretoria Regional de Atenção Primária – DIRAPS, Brasília, Brazil.

Correspondence to Leonor Maria Pacheco Santos (email: leopac.unb@gmail.com).

(Submitted: 31 May 2016 – Revised version received: 21 August 2016 – Accepted: 2 September 2016)

Methods

Intervention

The *Mais Médicos* programme aimed to actively recruit primary care physicians and provide incentives to retain them through better working conditions and increased investment in the primary care infrastructure. The programme also addressed the shortage of physicians in the mid- and long-term through an expansion of medical training.

All 5570 municipalities of Brazil were eligible to enrol in the first strand of the programme: the emergency provision of physicians for primary health care. Priority was given to municipalities with 20% or more of the population in extreme poverty; in deprived areas of state capitals and metropolitan regions; in rural and remote regions, e.g. the north-east semi-arid region and the north (Amazon) region; and with traditional populations, such as Maroon communities. All the 34 indigenous health districts that provide primary health care to 517 383 Brazilian indigenous people in forest and rural areas (2010 Census data) were prioritized.¹⁸ The programme offers physicians incentives to enrol, with three-year work contracts, competitive salaries (compatible to market values), lodging expenses and airline tickets to home once a year.

The second strand of the programme was to enhance the quality of primary health care and guarantee better working conditions for health professionals by investing in the infrastructure of basic health units. Municipalities could apply to the health ministry for funds to construct or refurbish health units or to purchase basic equipment such as refrigerators, autoclaves, otoscopes and sphygmomanometers.

The third strand was to increase the overall number of physicians in Brazil by providing more undergraduate medical school places in states where there were ≤ 1.5 places per 10 000 population or ≤ 2.7 doctors per 1000 population.¹⁹ The federal government planned to authorize 11 447 new undergraduate medical course places by 2017. Priority was initially for towns with a population of 70 000 inhabitants or more and without a medical school in their territory;²⁰ later this changed to areas 75 km away from any medical school.²¹ The programme also made changes in the national curriculum to tailor undergraduate medical

training to the national unified health system.²²

Implementation

The programme was launched nationwide via a provisional presidential decree on 8 July 2013 and was enacted into Law No. 12.871 of 22 October 2013. Public calls for enrolment of municipalities and recruitment of physicians were opened on the health ministry website (<http://www.maismedicos.gov.br>). From 8 July 2013 to 2 October 2015 there were six public calls for municipalities to join and eight public calls for physicians to enrol.

At the first public call, in July 2013, 3511 of the 5570 municipalities in Brazil enrolled in the programme and requested 15 460 physicians. Although the programme prioritized the recruitment of Brazilian physicians, only 1096 nationals spontaneously registered and were hired, while another 522 positions were occupied by physicians from other countries where the ratio of physicians to inhabitants was higher than in Brazil.²³ Both Brazilians and the individual exchange foreign professionals could indicate up to six locations of choice. With the assistance of the Pan American Health Organization, an agreement was signed with the Cuban government to supply physicians with primary health-care experience.¹⁹ Cuban physicians were sent to priority municipalities, usually remote places, which had not been chosen by Brazilian doctors. The health ministry licensed physicians who obtained their diplomas abroad to practise medicine for three years only in the assigned municipality.

In November 2013, according to the health minister, all the regions including rural communities and the Brazilian semi-arid region had at least one doctor.⁵ By September 2015 the programme had increased to 4004 participating municipalities and provided 17 625 physicians: 11 329 (64.3%) Cubans, 5600 (31.8%) Brazilians and 696 (3.9%) professionals from other countries.

Study design

We conducted a quasi-experimental, before-and-after evaluation of the implementation of the programme in 1708 priority municipalities with remote and deprived populations. These were municipalities with 20% or more of the population living in extreme poverty and those located in the country border areas. The proportion of the population in extreme poverty in each municipality

was obtained from the Ministry of Social Development website.²⁴ The cut-off for defining social vulnerability due to extreme poverty in July 2013 was family monthly income per capita below 70 Brazilian reais (equivalent to 19.4 United States dollars, US\$).

We compared the 1450 remote and deprived municipalities that enrolled in 2013 or 2104 and received physicians, with the 258 municipalities that were eligible and prioritized but did not enrol in the programme. Of the original 1450 enrolled municipalities, 39 (2.7%) remained in the programme for two years but dropped out in 2015 and so were lost to follow-up.

The study was approved by the research ethics board of the University of Brasilia (protocol no. 399.461, CAAE 21688313.9.0000.0030).

Outcomes and data sources

We extracted data on outcomes of the programme in the years before and after implementation of the programme in the studied municipalities.

The number of physicians in each municipality in April 2013, just before the programme started, was obtained from the Brazilian National Register of Health Institutions Establishments.²⁵ The number of physicians allocated by the programme in September 2015 was requested by the health ministry.¹⁹ For this study we included physicians from *Mais Médicos* and from PROVAB (*Programa de Valorização da Atenção Básica*), a similar programme, which attracted fewer physicians and only Brazilians. In January 2015 the health ministry merged the two programmes.¹⁹

We estimated the density of physicians, i.e. the number of physicians per 1000 inhabitants, using official population estimates based on Brazilian national census data.⁴ The density of physicians across Brazil was then mapped in five bands: ≥ 1.0 , ≥ 0.7 to < 1.0 , ≥ 0.4 to < 0.7 , ≥ 0.1 to < 0.4 , and < 0.1 physicians per 1000. The health ministry defined adequate density as at least 1.0 physician per 1000 inhabitants. Vector maps were created in *Quantum* geographical information system software, version 2.12.0 (Open Source Geospatial Foundation; <http://www.osgeo.org/>).

The health ministry stipulates that each family-health team covers 3000 people. To estimate primary health-care coverage, we obtained data on the number of primary health-care teams and the

population in each studied municipality over the period 2011–2015. The number of teams was multiplied by 3000, divided by the number of inhabitants and multiplied by 100. Data were extracted from the health ministry's DATASUS database.²⁶

We estimated the rate of avoidable hospitalizations in each studied municipality over the period 2011–2015 from the number of hospitalizations due to ambulatory care-sensitive conditions as a percentage of the total number of clinical admissions. In Brazil 17 ambulatory care-sensitive conditions were defined in the Ministry of Health Directive MS/SAS No. 221 of 17 April 2008. Ambulatory care-sensitive conditions are those which are potentially preventable through early diagnosis, treatment of acute conditions

or control and monitoring of chronic diseases.²⁷ Data were obtained from the health ministry website.²⁶

It was not possible to calculate confidence limits because we employed aggregated data.

We estimated the annual expenditure in Brazilian real on construction of new basic health units and renovation of existing units in the different regions of the country over the period 2012–2015. Data were obtained from the health ministry's Support Unit for Strategic Management database.²⁸ On 31 May 2016, the conversion rate was 1 Brazilian real to US\$ 0.28.

To describe trends in medical school education we obtained data on the number of medical schools and the number of undergraduate medical places per 10 000

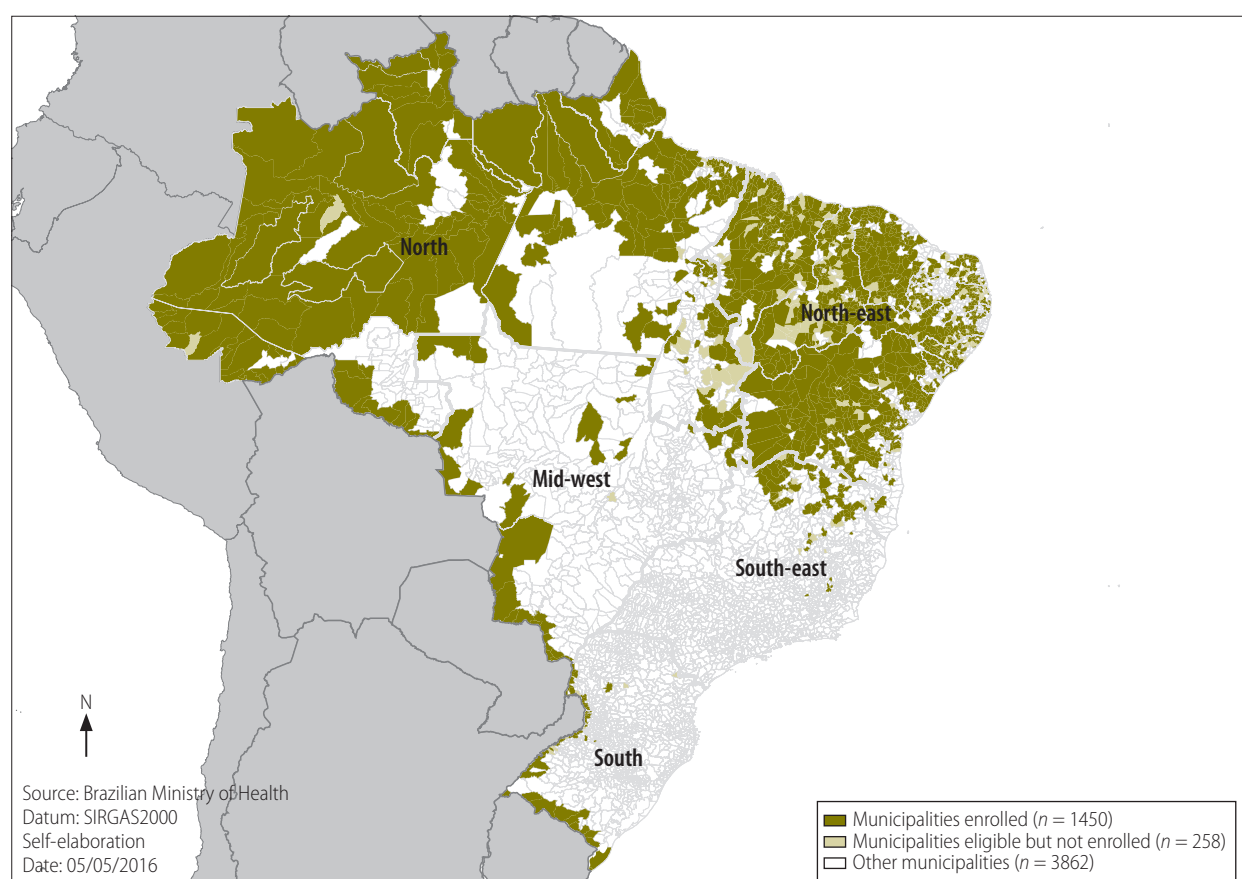
inhabitants in the different regions over the period 1994–2015. These data were collected from the medical schools of Brazil website²⁹ and from the health ministry.¹⁹

Results

Distribution of municipalities

Fig. 1 shows the geographical distribution of the 1708 studied municipalities with remote or deprived populations. These were mainly concentrated in the north-east and north of the country (Amazon region) or in the mid-west and south regions at the borders. Fig. 1 also maps the distribution of the 1450 (84.9%) municipalities that enrolled in 2013–14 and were allocated physicians by the programme and the 258

Fig. 1. **Municipalities with remote and deprived populations according to enrolment in the *Mais Médicos* programme in Brazil, 2013–2015**



Notes: The *Mais Médicos* programme was implemented in July 2013. Municipalities with remote and deprived populations were those with 20% or more of the population living in extreme poverty (per capita family income below 70 Brazilian reais, equivalent to 19.4 United States dollars) in 2013 or those in the border areas. Enrolled municipalities were those that joined the programme and received physicians allocated by the programme. Of the 1450 municipalities enrolled in the programme in 2013–14, 39 (2.7%) had dropped out by September 2015. The 258 municipalities not enrolled were eligible for the programme but never enrolled at the time of the study. Other municipalities were not included in the study.

Sources: Secretariat of Labour Management and Health Education and the Department of Planning and Regulation of the Provision of Health Care Professionals, Brazilian Ministry of Health, on request, 2015.

municipalities eligible and prioritized, but not enrolled in the programme in the period 2013–2015.

Density of physicians

By September 2015, 4917 physicians had been allocated by the programme to the municipalities with remote and deprived populations. They accounted for 27.9% of the total of 17 625 physicians enrolled in the whole programme. Their nationalities were 3566 from Cuba (72.5%), 1270 from Brazil (25.8%) and 81 (1.6%) from other countries. Table 1 shows the numbers of municipalities with remote and deprived populations in each region of Brazil and the number and percentage of physicians allocated by the programme to these municipalities. The highest number of physicians was allocated to the north-east (3547, 72.2%), followed by the north (952, 19.4%).

The map for 2013 shows the distribution of the 16 524 physicians already in place and incorporated into primary care teams before the programme started

Table 1. Enrolment of municipalities with remote and deprived populations in the *Mais Médicos* programme, and physicians allocated to these municipalities, by region, Brazil, 2013–2015

Region	Total no. of municipalities ^a	No. of municipalities with remote and deprived populations ^b		No. (%) of physicians allocated ^d
		Total	Enrolled ^c	
North	450	253	228	952 (19.4)
North-east	1795	1287	1077	3547 (72.2)
South-east	1659	73	61	110 (2.2)
South	1200	60	50	204 (4.1)
Mid-west	466	35	34	104 (2.1)
All regions	5570	1708	1450	4917 (100.0)

^a Total number of municipalities in each region in 2013.

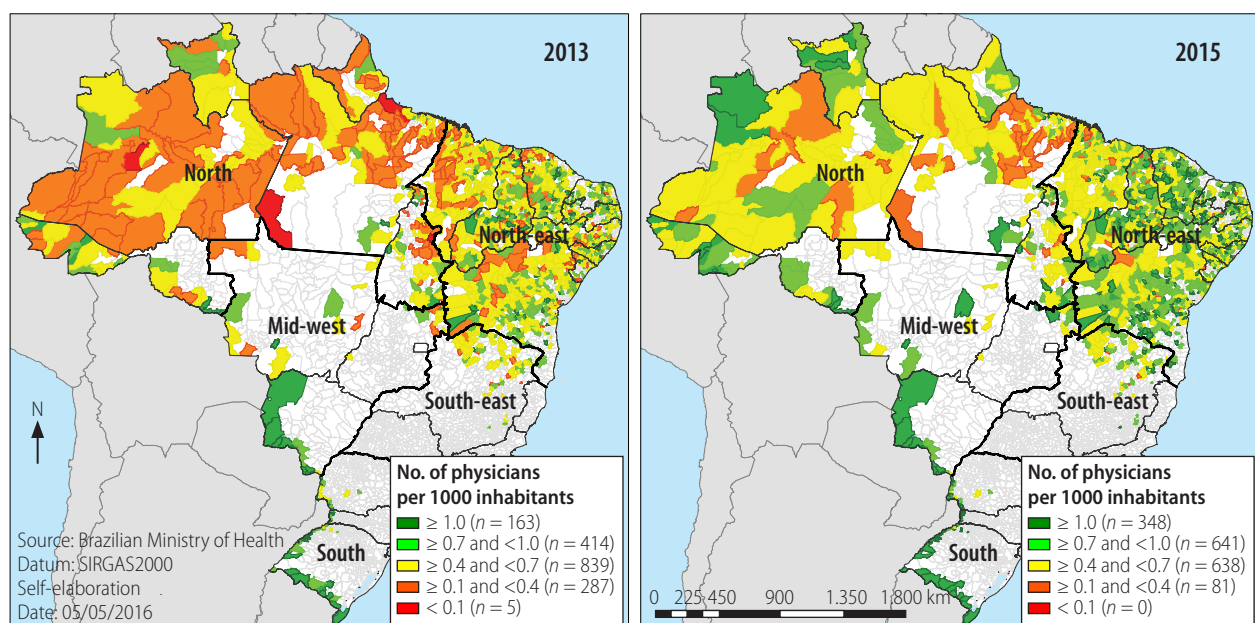
^b Municipalities with remote and deprived populations were those with 20% or more of the population living in extreme poverty (per capita family monthly income below 70 Brazilian reais, equivalent to 19.4 United States dollars) in 2013, and those located in the border areas.

^c Of the 1450 municipalities initially enrolled in the programme 39 (2.7%) had dropped out by September 2015.

^d Physicians allocated by the programme to municipalities with remote and deprived populations by September 2015.

Sources: Total number of municipalities were obtained from national census data from the Brazilian Institute of Geography and Statistics.⁴ Numbers of municipalities with remote and deprived populations and numbers of physicians allocated were obtained from the Secretariat of Labour Management and Health Education and the Department of Planning and Regulation of the Provision of Health Care Professionals at the Brazilian Ministry of Health, on request, 2015.

Fig. 2. Density of physicians in municipalities with remote and deprived populations, before and after implementation of the *Mais Médicos* programme in Brazil, 2013 and 2015



Notes: The *Mais Médicos* programme was implemented in July 2013. Municipalities with remote and deprived populations were those with 20% or more of the population living in extreme poverty (per capita family income below 70 Brazilian reais, equivalent to 19.4 United States dollars) in 2013 or those in the border areas. Of the 1450 municipalities initially enrolled in the programme 39 (2.7%) had dropped out by September 2015. Density of physicians was the number of physicians per 1000 inhabitants in each municipality.

Sources: National Register of Health Institutions, Ministry of Health.²⁵ Secretariat of Labour Management and Health Education and the Department of Planning and Regulation of the Provision of Health Care Professionals, Ministry of Health, on request, 2015.

Table 2. **Primary health-care coverage in municipalities with remote and deprived populations and enrolled or not enrolled in the *Mais Médicos* programme, before and after implementation of the programme in Brazil, 2011–2015**

Year	Municipalities enrolled (n = 1450) ^a				Municipalities not enrolled (n = 258) ^a			
	Total population	No. of PHC teams	No. of inhabitants per PHC team	Coverage, ^b (%)	Total population	No. of PHC teams	No. of inhabitants per PHC team	Coverage, ^b (%)
2011	26 538 610	6901	3846	78.0	2 364 218	753	3140	95.5
2012	26 742 974	6948	3849	77.9	2 375 778	754	3151	95.2
2013	27 583 700	7354	3751	80.0	2 437 540	784	3109	96.5
2014	27 762 204	7933	3500	85.7	2 446 769	789	3101	96.7
2015	27 929 381	8038	3475	86.3	2 458 039	777	3163	94.8

PHC: primary health care.

^a Of the 1450 municipalities initially enrolled in the programme 39 (2.7%) had dropped out by September 2015. The 258 municipalities not enrolled were eligible for the programme but never enrolled at the time of the study.

^b The total population was divided by the number of PHC teams to obtain the number of inhabitants per primary health-care team. This figure was then converted to a percentage, in which 100% coverage was 3000 inhabitants per PHC team, as recommended by the Brazilian Ministry of Health.

Notes: The *Mais Médicos* programme was implemented in July 2013. We studied 1708 municipalities with remote and deprived populations, which were those with 20% or more of the population living in extreme poverty (per capita family monthly income below 70 Brazilian reais, corresponding to 19.4 United States dollars) in 2013, and those located in the border areas.

Sources: DATASUS health portal, Ministry of Health;²⁶ Evaluation and Information Management website, Ministry of Social Development.²⁴

Table 3. **Rate of potentially avoidable hospitalizations in municipalities with remote and deprived populations, before and after implementation of the *Mais Médicos* programme in Brazil, 2011–2015**

Year	Municipalities enrolled (n = 1450) ^a		Municipalities not enrolled (n = 258) ^a	
	Total no. of clinical admissions	No. (%) of avoidable hospitalizations ^b	Total no. of clinical admissions	No. (%) of avoidable hospitalizations ^b
2011	833 111	376 182 (45.2)	74 549	33 227 (44.6)
2012	764 342	342 908 (44.9)	69 078	30 831 (44.6)
2013	792 385	356 695 (45.0)	69 918	31 710 (45.4)
2014	765 845	332 498 (43.4)	69 247	31 882 (46.0)
2015	724 921	298 566 (41.2)	65 249	29 771 (45.6)

^a Of the 1450 municipalities initially enrolled in the programme 39 (2.7%) had dropped out by September 2015. The 258 municipalities not enrolled were eligible for the programme but never enrolled at the time of the study.

^b Rate of potentially avoidable hospitalizations was the number of hospitalizations due to ambulatory care-sensitive conditions as a percentage of the total number of clinical admissions. A set of 17 ambulatory care-sensitive conditions were defined in Brazilian Ministry of Health directive MS/SAS no. 221 of 17 April 2008.

Notes: The *Mais Médicos* programme was implemented in July 2013. Municipalities with remote and deprived populations were those with 20% or more of the population living in extreme poverty (per capita family monthly income below 70 Brazilian reais, corresponding to 19.4 United States dollars) in 2013, and those located in the border areas.

Sources: DATASUS health portal, Ministry of Health;²⁶ Evaluation and Information Management website, Ministry of Social Development.²⁴

in the 1450 studied municipalities (Fig. 2). After implementation of the programme, 4917 new doctors joined, increasing by 29.8% the availability of medical doctors. There was an increase in the number of physicians per 1000 inhabitants in municipalities with remote and deprived populations. In 2013 there were 292 municipalities with <0.4 physicians per 1000 inhabitants, and this declined to 81 municipalities in 2015 (decrease of 72.3%). The number of municipalities with ≥1.0 physicians per 1000 inhabitants rose from 163 to 348 during the same period, an increase of 113.5% (Fig. 2).

Primary care coverage

In 2012, there were a total of 6948 primary care teams for a population of 26 742 974 in the enrolled municipalities, a coverage level of 77.9% (100% coverage was 3000 inhabitants per team). By 2015 there were 8038 teams serving 27 929 381 inhabitants, a coverage level of 86.3% (Table 2). Throughout the period 2011–2015, municipalities that did not enrol in the programme had high coverage of primary health care (around 95%), which may explain why they were not interested in enrolling in the programme.

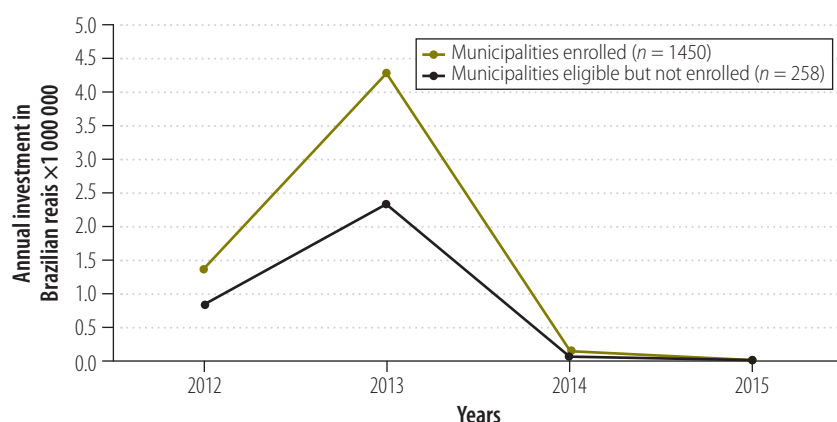
Avoidable hospitalizations

In 2012 the percentage of hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions in the municipalities enrolled in the programme was 44.9% (342 908 of the total clinical admissions of 764 342). This decreased to 41.2% (298 566 of 724 921 admissions) by 2015, a decrease of 8.8% (Table 3). By contrast, the rate remained unchanged over this period in the municipalities not enrolled in the programme.

Infrastructure investments

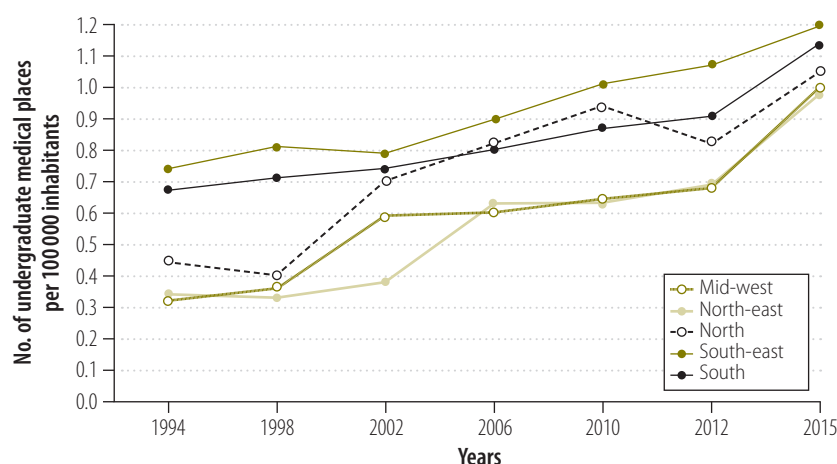
Investments in basic health units totalled 1.10 billion Brazilian reais in the

Fig. 3. Investment in the construction and renovation of basic health units in municipalities with remote and deprived populations, before and after implementation of the Mais Médicos programme in Brazil, 2012–2015



Notes: The *Mais Médicos* programme was implemented in July 2013. Municipalities with remote and deprived populations were those with 20% or more of the population living in extreme poverty (per capita family income below 70 Brazilian reais, equivalent to 19.4 United States dollars) in 2013 or those in the border areas. Of the 1450 municipalities initially enrolled in the programme 39 (2.7%) had dropped out by September 2015. The 258 municipalities not enrolled were eligible for the programme but never enrolled at the time of the study. Data were not available for investments before 2012. Source: Support unit for strategic management website, Brazilian Ministry of Health.²⁸

Fig. 4. Number of undergraduate places in medical schools per 100 000 inhabitants, by region of Brazil, 1994–2015



Note: The *Mais Médicos* programme was implemented in July 2013 in eligible municipalities in all regions. Sources: Secretariat of Labour Management and Health Education, Ministry of Health.¹⁹ Medical schools of Brazil website.²⁹

period 2012–2015, mostly concentrated in 2013, the year the programme was created. These included funds for the construction of 3496 new basic health units and refurbishment of 3417 units. Investments in the municipalities that enrolled in the programme totalled 4275 million Brazilian reais in 2013; 83.4% higher than in those that did not enrol (2331 million Brazilian reais; Fig. 3).

Medical school places

In 2013, 109 (40.7%) of the 268 medical schools in Brazil were in the richer south-east, whereas only 22 (8.2%) were in the north and 25 (9.3%) in the mid-west. From 2013 to 2016 a total of 70 new medical schools were created (public and private), offering 5540 new places for medical students. More than half of the new schools (38 schools; 54.3%) were in

the more deprived regions of the north-east, mid-west and north, thus contributing to decreased regional differences.

We observed a similar pattern with respect to the distribution of undergraduate places in medical schools in 2013. The south-east had 10 639 (43.6%) of the total of 24 401 places and the north-east had 6051 (24.8%) places. There was an increasing availability of undergraduate medical places in Brazil over the years 1994–2015 (Fig. 4). Between 2012 and 2015, however, there was a marked increase in availability of medical school places in all regions of the country, especially the priority areas in the north-east and mid-west. The number of undergraduate places in medical schools in Brazil rose from 0.83 per 10 000 inhabitants in 2012 to 1.07 per 10 000 in 2015.

Discussion

The *Mais Médicos* programme provides physicians to areas where deprived populations are living in conditions of extreme poverty. Working towards a goal of guaranteeing the right to universal health care, the programme facilitates access to health services for people who have seldom, or never, had access to that right.^{30,31}

The municipalities that we studied were remote, and in the case of the Amazon region may be accessible only by boat or aeroplane. These regions face problems of recruitment and retention of physicians, primarily because they are far from large urban centres.^{32,33} Previous interventions such as PROVAB³⁴ – based on successes in other countries – did not achieve the desired results, especially in the remote areas, due to low participation by Brazilian physicians. The *Mais Médicos* programme was set up to make more effective changes in the provision and attachment of physicians to primary health care. There was some resistance at first, especially from the Federal Medical Council, which headed a petition in the Supreme Court alleging that the programme was unconstitutional.^{35,36} The request was not approved, but disputes continue, due to controversy about hiring foreign doctors. The general public, however, has recognized the need for more physicians as many areas in Brazil have had insufficient numbers of physicians for long periods.³⁴ Opinion polls conducted by the Brazilian National Transport Confederation, disclosed that the programme was approved by 49.7%,

73.9% and 84.3% of the population of 2022 respondents in July, September and November of 2013 respectively.³⁶

The data from our study showed that the programme succeeded in providing greater numbers of primary health-care physicians to remote and deprived populations and an increase in primary health-care coverage.

Introduction of the programme also coincided with important changes in health care, such as the reduction in hospital admissions due to ambulatory care-sensitive conditions, which could reflect positive changes in primary health-care practices. The programme could also be linked to mid- and long-term measures, such as increased investments in basic health units, infrastructure and equipment. An increase in the number of medical school places in Brazil was recorded in the period after implementation of the programme, resulting in a more equitable geographical distribution of places.

Similar programmes to expand professional training have been conducted in other countries with remote areas.^{37,38} The need to expand the number of medical courses in Brazil was based on the low supply of undergraduate medical places, which was 0.8 per 10 000 inhabitants in 2011, half that of other countries with universal health systems, such as the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland (1.6 per 10 000

inhabitants).³⁹ In countries such as Australia, Canada and the United States of America, training programmes to serve populations in remote and rural areas where it was difficult to recruit and retain physicians were implemented in medical schools in the 1960s.¹¹ Medical schools adopted measures to promote the selection of students from rural communities and enacted curricular reforms that provided theoretical and practical learning, with a focus on primary health care.¹² In Australia, for example, the Rural Clinical Training and Support programme finances medical training aimed at remote and rural areas.¹⁵

A limitation of our study is that the short time elapsed between the before and after evaluations precludes analysis of its impact on the health of the population. Further studies are needed to assess the impact of the programme on the population in Brazilian municipalities with extreme poverty.

Keeping up the recruitment and provision of physicians in the future is a major challenge for Brazil. The first phase of the programme had no long-term perspective. It was a temporary policy, effective for three years according to the law passed in October 2013. A new provisional measure to extend the temporary foreign exchange visa scheme for physicians for three more years was approved in September 2016. The health ministry has indicated that the programme will

continue for this period. The provision of physicians to remote areas in the long term, however, will require measures such as the creation of a career in the public system that will provide greater job security and access to continuing education.⁴⁰ On the other hand, this will not be possible if the chronic underfunding of the national unified health system is not solved.⁴¹ Less than one-third of physicians recruited by the programme up to September 2015 were Brazilians. Maintaining the programme in Brazil with foreign medical collaboration may be essential until sufficient new physicians have graduated to meet the need of all municipalities.

In conclusion, the *Mais Médicos* programme was successful in the immediate provision of physicians to work in primary health care with the most remote and deprived populations. In the longer term the programme assured investments, refurbishment and construction of basic health units and expansion of the network of medical schools, following a more equitable geographical distribution. Similar strategies could be established in other countries with a shortage of physicians, especially underdeveloped nations, to contribute towards achieving universal health access and coverage for all as proposed by the SDGs. ■

Competing interests: None declared.

ملخص

بحث تنفيذي: السعي لتوفير التغطية الصحية الشاملة من خلال زيادة عدد الأطباء في البرازيل

عاملين بالفعل في الأقاليم التي تضم جماعات سكانية محرومة بالمناطق النائية. وتضاعف عدد الأقاليم التي ضمت ما يزيد عن أو يساوي 1.0 طبيب لكل 1000 من السكان، حيث كان عدد الأطباء 163 طبيباً في عام 2013 ووصل إلى 348 طبيباً في عام 2015. وزاد مدى تغطية خدمات الرعاية الصحية الأولية في الأقاليم المسجلة بالبرنامج (القائمة على 3000 من السكان لكل فريق من فرق الرعاية الصحية الأولية) من 77.9٪ في عام 2012 ليصل إلى 86.3٪ في عام 2015. وانخفض عدد حالات العلاج بالمستشفيات الذي كان من الممكن تجنبه في الأقاليم المسجلة بالبرنامج من 44.9٪ في عام 2012 إلى 41.2٪ في عام 2015، ولكنه ظلت دون أي تغير في الأقاليم التي تمثل فئة الشاهد. كما سجلنا زيادة في استثمارات البنية التحتية في الأقاليم المسجلة بالبرنامج وارتفعاً في عدد الأماكن المتاحة في كليات الطب على مدى فترة الدراسة.

الاستنتاج يمكن للبلدان الأخرى التي تعاني من نقص في عدد الأطباء الانتفاع من الدروس المستفادة من البرنامج الذي تم تطبيقه في البرازيل سعياً لتوفير الحق في التمتع بالصحة.

الغرض تقييم تنفيذ برنامج لتوفير الأطباء المقدمين لخدمات الرعاية الصحية الأولية للقطاعات السكانية المحرومة في المناطق النائية في البرازيل.

الطريقة بدأ العمل ببرنامج *Mais Médicos* (المزيد من الأطباء) في تموز/ يوليو 2013 بدعوات شعبية لتعيين أطباء في المناطق ذات الأولوية. وتمثلت الاستراتيجيات الأخرى في زيادة الاستثمارات في البنية التحتية المرتبطة بالرعاية الصحية الأولية وإتاحة المزيد من الأماكن في كليات الطب. وأجرينا تقييماً شبه تجريبياً قبلياً وبعدياً يتعلق بتنفيذ البرنامج، وذلك في 1708 إقليم يضم جماعات سكانية تحيا في فقر مدقع وتقتن في مناطق حدودية نائية. وقارنا بين الأقاليم المسجلة ضمن البرنامج (العدد = 1450) والأقاليم غير المسجلة بالبرنامج (العدد = 258) من حيث كثافة عدد الأطباء ومدى تغطية الرعاية الصحية الأولية وحالات العلاج بالمستشفيات الذي كان من الممكن تجنبه. وتم تحليل البيانات المستمدة من نظم المعلومات الصحية ومطبوعات وزارة الصحة.

النتائج بحلول أيلول/سبتمبر 2015، تمت إضافة 4917 طبيب إلى الأطباء الذين بلغ عددهم 16524 من الذين كانوا

摘要

实施研究：凭借扩大医生队伍在巴西实现全民健康覆盖目的 旨在评估一项为巴西偏远地区和贫困地区人群提供初级护理医师计划的实施情况。

方法 伴随着公众为重点地区招募医师的呼声，Mais Médicos（扩大医生队伍）计划于2013年7月启动。也采取了其他策略，以增加初级护理基础设施投资并扩大医学院招生计划。我们对该计划在1708个地区的实施情况进行了准实验、前后对比评估，这些地区的居民生活在极端贫困的区域以及偏远边境区域。我们对参与地区（n=1450）和未参与地区（n=258）的医师密度、初级护理覆盖率以及可避免住院率进行了比较。我们对从卫生信息系统和卫生部出版物中提取的数据进行了分析。

结果 截止2015年9月，在偏远和贫困地区，在原有的16 524名医师的基础上新增了4917名医师。从2013年的163到2015年的348，每1000名居民配有1.0医生的地区的数量增加了一倍。参与地区的初级护理覆盖率（基于每个初级护理团队3000名居民）从2012年的77.9%增至2015年的86.3%。参与地区的可避免住院率从2012年的44.9%降至2015年的41.2%，但对照地区的可避免住院率保持不变。我们也证实，在调查期间，参与地区加大了基础设施投资且扩大了医学院招生计划。

结论 其他存在医师短缺问题的国家可以学习巴西实现全民健康权利计划的经验并从中受益。

Résumé

Recherche opérationnelle: davantage de médecins pour aller vers la couverture sanitaire universelle au Brésil

Objectif Évaluer la mise en œuvre d'un programme destiné à renforcer la présence de médecins généralistes auprès des populations isolées et défavorisées du Brésil.

Méthodes Dans le cadre du programme *Mais Médicos* (plus de médecins), qui a débuté en juillet 2013, des appels publics ont été lancés afin de recruter des médecins dans les zones prioritaires. D'autres stratégies ont consisté à augmenter les investissements dans les infrastructures de soins primaires et à ouvrir plus de places dans les écoles de médecine. Nous avons réalisé une évaluation quasi-expérimentale, avant-après, de la mise en œuvre du programme dans 1708 municipalités dont certaines populations vivaient en situation d'extrême pauvreté ainsi que dans des zones frontalières reculées. Nous avons comparé la densité de praticiens, la couverture de soins primaires et le nombre d'hospitalisations évitables dans les municipalités qui participaient au programme (n=1450) et celles qui n'y participaient pas (n=258). Des données extraites de systèmes d'information sanitaire et de publications du ministère de la Santé ont été analysées.

Résultats Au mois de septembre 2015, 4917 médecins étaient venus s'ajouter aux 16 524 praticiens déjà en place dans des municipalités où vivaient des populations isolées ou défavorisées. Le nombre de municipalités comptant $\geq 1,0$ médecin pour 1000 habitants avait doublé, passant de 163 en 2013 à 348 en 2015. La couverture de soins primaires dans les municipalités participantes (sur la base de 3000 habitants par équipe de soins primaires) était passée de 77,9% en 2012 à 86,3% en 2015. Le nombre d'hospitalisations évitables dans les municipalités participantes était passé de 44,9% en 2012 à 41,2% en 2015, mais était resté identique dans les municipalités témoins. Sur la période étudiée, nous avons également observé une hausse des investissements dans les infrastructures dans les municipalités participantes ainsi qu'une augmentation du nombre de places dans les écoles de médecine.

Conclusion D'autres pays qui souffrent d'une pénurie de médecins pourraient s'inspirer des leçons du programme brésilien pour garantir le droit de tous à la santé.

Резюме

Исследование внедрения: увеличение количества врачей в Бразилии как шаг на пути к предоставлению всеобщего охвата услугами здравоохранения

Цель Оценить реализацию программы по направлению врачей общей практики для оказания первичной медико-санитарной помощи бедным группам населения и группам, живущим в отдаленных районах Бразилии.

Методы Программа *Mais Médicos* (Больше врачей) была начата в июле 2013 года с открытого конкурса для врачей в приоритетных областях. Другие стратегии включали увеличение объема инвестиций в инфраструктуру первичной медико-санитарной помощи и обеспечение большего количества мест в медицинских учебных заведениях. Мы провели квазиэкспериментальную оценку реализации программы перед началом и после ее окончания в 1708 муниципалитетах с населением, живущим в условиях крайней нищеты и в отдаленных приграничных районах. Мы сравнили плотность врачей, охват первичной медико-санитарной помощью и количество предотвратимых случаев госпитализации в муниципальных образованиях, включенных (n=1450) и не включенных (n=258) в программу. Были проанализированы данные, извлеченные из информационных систем здравоохранения и публикаций Министерства здравоохранения.

Результаты По состоянию на сентябрь 2015 года к 16 524 врачам, уже работающим в муниципалитетах с бедными группами населения и группами, живущими в отдаленных районах, добавилось 4917 врачей. Число муниципалитетов с $\geq 1,0$ врачей на 1000 жителей увеличилось в два раза: с 163 в 2013 году до 348 в 2015 году. Охват первичной медико-санитарной помощью во включенных муниципальных образованиях (3000 жителей на команду по оказанию первичной медицинской помощи) увеличился с 77,9% в 2012 году до 86,3% в 2015 году. Количество предотвратимых случаев госпитализации во включенных муниципалитетах снизилось с 44,9% в 2012 году до 41,2% в 2015 году, но осталось неизменным в муниципалитетах сравнения. Мы также зарегистрировали более высокие инвестиции в инфраструктуру во включенных муниципалитетах и увеличение мест в медицинских учебных заведениях в течение периода исследования.

Вывод Другие страны, страдающие от дефицита врачей, могут извлечь пользу из программы Бразилии на пути к обеспечению всеобщего права на охрану здоровья.

Resumen

Investigación sobre la ejecución: hacia la cobertura sanitaria universal con más médicos en Brasil

Objetivo Evaluar la implementación de un programa que ofrezca médicos de atención primaria para poblaciones remotas y desfavorecidas de Brasil.

Métodos En julio de 2013 se lanzó el programa *Mais Médicos* (Más Médicos), el cual hizo un llamamiento público para contratar médicos para zonas prioritarias. Otras estrategias fueron aumentar las inversiones en infraestructuras de atención primaria y proporcionar más plazas en las escuelas de medicina. Se realizó una evaluación cuasiexperimental antes y después de la implementación del programa en 1 708 municipios con una población en extrema pobreza, así como en zonas fronterizas remotas. Se comparó la densidad de médicos, la cobertura de atención primaria y las hospitalizaciones evitables en los municipios inscritos ($n = 1\,450$) y no inscritos ($n = 258$) en el programa. Se analizaron los datos recopilados de los sistemas de información sanitaria y de publicaciones del Ministerio de Sanidad.

Resultados En septiembre de 2015, se sumaron 4 917 médicos a los 16 524 que ya se encontraban en municipios con poblaciones remotas y desfavorecidas. El número de municipios con $\geq 1,0$ médico por cada 1 000 habitantes se duplicó, de 163 en 2013 a 348 en 2015. La cobertura de atención primaria en municipios inscritos (basada en 3 000 habitantes por equipo de atención primaria) aumentó de un 77,9% en 2012 a un 86,3% en 2015. Las hospitalizaciones evitables en municipios inscritos se redujeron de un 44,9% en 2012 a un 41,2% en 2015, pero permanecieron sin cambios en los municipios de control. También se documentaron mayores inversiones en infraestructuras en los municipios inscritos y un aumento en el número de plazas de las escuelas de medicina durante el periodo de estudio.

Conclusión Otros países con escasez de médicos podrían beneficiarse de las lecciones del programa brasileño para conseguir un derecho universal a la sanidad.

References

- Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011 May 21;377(9779):1778–97. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8) PMID: 21561655
- Victora CG, Aquino EML, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011 May 28;377(9780):1863–76. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60138-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60138-4) PMID: 21561656
- Scheffer M. Demografia médica no Brasil. Volume 2. São Paulo: Regional Council of Medicine of São Paulo; 2013. Portuguese.
- Censo demográfico 2010 [2010 Census] [Internet]. Brasília: Brazilian Institute of Geography and Statistics; 2010. Available from: <http://censo2010.ibge.gov.br/> [cited 2016 Oct 11]. Portuguese.
- Programa chegará a todos os municípios prioritários este ano. Brasília: Ministry of Health; 2013. Available from: <http://www.brasil.gov.br/saude/2013/11/programa-chegara-a-todos-os-municipios-prioritarios-este-ano> [cited 2016 Oct 24]. Portuguese.
- Arruda Campos CV, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do programa de Saúde da Família. *Revista Administração Pública*. 2008;42(2):347–68.
- Medeiros CRG, Junqueira ÁGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMFL. [Nurses and doctors turnover: an impasse in the implementation of the family health strategy.] *Cien Saude Colet*. 2010 Jun;15 Suppl 1:1521–31. Portuguese. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700064> PMID: 20640314
- Oliveira CM, Cruz MM, Kanso S, Reis AC, Lima A, Torres RMC, et al. Avaliabilidade do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB): desafios para gestão do trabalho. *Cien Saude Colet*. 2015 Oct;20(10):2999–3010. Portuguese. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.13322014> PMID: 26465843
- Tangcharoensathien V, Mills A, Palu T. Accelerating health equity: the key role of universal health coverage in the sustainable development goals. *BMC Med*. 2015;13(1):101. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12916-015-0342-3> PMID: 25925656
- Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs; 2015.
- Dunbabin JS, Levitt L. Rural origin and rural medical exposure: their impact on the rural and remote medical workforce in Australia. *Rural Remote Health*. 2003 Jan-Jun;3(1):212. <http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=212> PMID: 15877502
- Curran V, Rourke J. The role of medical education in the recruitment and retention of rural physicians. *Med Teach*. 2004 May;26(3):265–72. PMID: 15203506
- Wilson NW, Couper ID, De Vries E, Reid S, Fish T, Marais BJ. A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. *Rural Remote Health*. 2009 Apr-Jun;9(2):1060. PMID: 19530891
- Dolea C, Stormont L, Braichet JM. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bull World Health Organ*. 2010 May;88(5):379–85. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.09.070607> PMID: 20461133
- Clark TR, Freedman SB, Croft AJ, Dalton HE, Luscombe GM, Brown AM, et al. Medical graduates becoming rural doctors: rural background versus extended rural placement. *Med J Aust*. 2013 Dec 16;199(11):779–82. doi: <http://dx.doi.org/10.5694/mja13.10036> PMID: 24329657
- Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Global policy recommendations. Geneva: World Health Organization; 2010. p. 79. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44369/1/9789241564014_eng.pdf [cited 2016 Aug 19].
- Rourke J. WHO Recommendations to improve retention of rural and remote health workers – important for all countries. *Rural Remote Health*. 2010 Oct-Dec;10(4):1654. PMID: 21105750
- Dados populacionais de 2013 dos indígenas cadastrados. Portuguese. Brasília: Ministry of Health; 2013. Available from: http://dw.saude.gov.br/gsid/servlet/mstrWeb?src=mstrWeb.2048001&evt=2048001&share=1&hiddensections=header%2Cpath%2CdockLeft%2Cfooter&visMode=0¤tViewMRV=2&documentID=9655D54A11E35375B9F80080EF857719&Server=SRVBIPDF03&Port=0&Project=DMSIASL_4& [cited 2016 Oct 24]. Portuguese.
- Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministry of Health; 2015. p. 128. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf [cited 2016 Aug 19]. Portuguese.
- Primeiro edital de pré-seleção de municípios para implantação de curso de graduação em medicina por instituição de educação superior privada. Diário Oficial da União. Edital nº 3, de 22 de outubro de 2013. Brasília: National Press; 2013. Available from: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=14474-edital-mec3-pre-sel&Itemid=30192 [cited 2016 Oct 12]. Portuguese.
- Médicos PM. Brasília: Ministry of Education; 2013. Available from: <http://portal.mec.gov.br/secretaria-de-regulacao-e-supervisao-da-educacao-superior-seres/programa-mais-medicos#editais> [cited 2016 Oct 12]. Portuguese.
- Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Cien Saude Colet*. 2015;20(11):3547–52. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152011.07252015> PMID: 26602731
- Mais Médicos: 1.618 profissionais confirmam participação na primeira seleção do programa. Blog da saúde [Internet]. Brasília: Ministry of Health; 2013. Available from: <http://www.blog.saude.gov.br/mais-medicos/32746-maismedicos-1-618-profissionais-confirmam-participacao-na-primeira-selecao-do-programa.html> [cited 2016 May 18]. Portuguese.

24. População em situação de extrema pobreza – total e percentuais – censo demográfico [Evaluation and Information Management] [Internet]. Brasília: Ministry of Social Development; 2015. Available from: http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi-data/METRO/metro_ds.php?p_id=442 [cited 2016 Oct 9]. Portuguese.
25. Recursos humanos a partir de agosto de 2007 [National Register of Health Institutions] [Internet]. Brasília: Ministry of Health; 2015. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/proc02br.def> [cited 2016 Oct 9]. Portuguese.
26. Indicadores do rol de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2015 – Brasil – valores absoluto [DATASUS health portal] [Internet]. Brasília: Ministry of Health; 2015. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pacto/2015/cnv/absbr.def> [cited 2016 Oct 9]. Portuguese.
27. Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE, Newman L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Aff (Millwood)*. 1993 Spring;12(1):162–73. doi: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.12.1.162> PMID: 8509018
28. Redes e programas. Saúde mais perto de você. Unidade básica de saúde – obras [Support Unit for Strategic Management] [Internet]. Brasília: Ministry of Health; 2015. Available from: <http://sage.saude.gov.br/> [cited 2016 Oct 9]. Portuguese.
29. Todas as escolas. [Medical schools of Brazil] [Internet]. Curitiba: Pontifical Catholic University of Paraná; 2013. Available from: <http://www.escolasmedicas.com.br/escolas.php> [cited 2016 Oct 09]. Portuguese.
30. Siqueira MP, Bussinguer ECA. A saúde no Brasil enquanto direito de cidadania: uma dimensão da integralidade regulada. *Rev Direitos e Garantias Fundamentais*. 2010;8:254–309. Portuguese.
31. Martins PH. Políticas públicas em saúde e os desafios da democratização do bem-estar: repensando a utopia do Sistema único de Saúde no Brasil. In: Lacerda A, Machado F, Guizardi F, editors. *Democratização e novas formas de sociabilidade em saúde no contexto latino-americano*. Rio de Janeiro and Recife: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio and Fundação Oswaldo Cruz; 2013. pp. 101–25. Available from: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/Material/L228.pdf> [cited 2016 Sep 30]. Portuguese.
32. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulgação em Saúde para Debate*. 2009;44:13–24.
33. Tomasi E, Facchini LA, Thumé E, Piccini RX, Osorio A, Silveira DS, et al. [Characteristics of primary healthcare service use in the southern and northeastern regions of Brazil: differences by care model]. *Cien Saude Colet*. 2011 Nov;16(11):4395–404. Portuguese. PMID: 22124820
34. Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? *Interface (Botucatu)*. 2013;17(47):913–26.
35. Silva S, Santos LMP. Estudo das ações diretas de inconstitucionalidade do Programa Mais Médicos. *Cad Ibero-Am Dir Sanit*. 2015;4(2):68–82.
36. Oliveira JPA, Sanchez MN, Santos LMP. The Mais Médicos (More Doctors) program: the placement of physicians in priority municipalities in Brazil from 2013 to 2014. *Cien Saude Colet*. 2016 Sep;21(9):2719–27. PMID: 27653057
37. Lisam S, Nandi S, Kanungo K, Verma P, Mishra JP, Mairembam DS; Lisam S1. Strategies for attraction and retention of health workers in remote and difficult-to-access areas of Chhattisgarh, India: do they work? *Indian J Public Health*. 2015 Jul-Sep;59(3):189–95. doi: <http://dx.doi.org/10.4103/0019-557X.164656> PMID: 26354394
38. McCarthy P, Bethune C, Fitzgerald S, Graham W, Asghari S, Heeley T, et al. Needs assessment for development of 6for6: Longitudinal research skills program tailored to rural and remote family physicians. *Can Fam Physician*. 2016 Feb;62(2):e80–8. PMID: 27331223
39. Costa AM, Girardi SN, Rocha VXM, Almeida ER, Santos LMP. Mais (e melhores) Médicos. *Tempus Acta Saude Colet*. 2015;9(4):175–81. Available from: <http://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1810> [cited 2016 May 18]. Portuguese.
40. Dal Poz MR. A crise da força de trabalho em saúde. *Cad Saude Publica*. 2013 Oct;29(10):1924–6. Portuguese. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPE011013> PMID: 24127080
41. Soares A, Santos NR. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. *Saúde em debate*. 2014 Jan-Mar;38(100):18–25. Portuguese. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-104.20140002>

TRABALHO - 1243
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ESTUDANTES DE MEDICINA A PARTIR DAS MUDANÇAS
NA FORMAÇÃO INTRODUZIDAS PELO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

AUTORES: FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA, LEONOR MARIA PACHECO SANTOS

Introdução

São recorrentes as análises e relatos de que a formação médica não está voltada para as necessidades sociais e, portanto não consegue corresponder ao que é preconizado para o Sistema Único de Saúde (SUS). Ao observar a atitude do estudante de medicina no Brasil, Feuerwerker critica o modelo pedagógico da graduação e as dificuldades de estabelecer atividades práticas que reflitam a realidade do sistema de saúde, descrevendo que “quase ninguém examina, nem conversa, nem se responsabiliza pelos pacientes, esse é o modelo de prática que tem sido oferecido aos estudantes”.

A necessidade de mudanças na formação em saúde no Brasil foi motivação para uma série de ações governamentais nos últimos anos. A iniciativa de maior abrangência nessa área, contemplando aspectos regulatórios e normativos, foi o Programa Mais Médicos (PMM). Para a mudança da formação médica o PMM propôs reordenar a oferta de cursos de medicina e de vagas de residência médica; estabelecer novos parâmetros para a formação médica no Brasil; e promover aperfeiçoamento de médicos na área da atenção básica através de iniciativas de integração ensino-serviço. Como reflexo dessa orientação foram publicadas novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de medicina.

As novas DCN tem como principal eixo a aproximação do processo de formação com as necessidades de saúde da população e ao modo de organização do SUS. Tradicionalmente, Instituições de Ensino Superior não compatibilizavam os currículos acadêmicos com as DCN, comprometendo a inserção de novos profissionais no sistema público de saúde. Somente a partir da promulgação da Lei do Mais Médicos a adoção das DCN tornou-se obrigatória.

Busca-se neste trabalho analisar como os estudantes de medicina estão percebendo essas modificações e compreendendo a importância na sua formação (vislumbrando a futura prática profissional) da temática sobre o trabalho na atenção básica. Para tanto interessou estudar as representações sociais dos estudantes de medicina, em cursos “tradicionais” que formam médicos há décadas e cursos “novos” criados em iniciativas potencializadas pelo PMM.

Desenvolvimento

Trata-se de um estudo exploratório de metodologia qualitativa, na busca de compreender o significado e a intencionalidade de forma inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais. Desse modo, trabalhou-se um universo de significados, aspirações, sentimentos, crenças e valores. Trabalhou-se, portanto, com a compreensão das representações sociais dos estudantes de medicina em determinadas IFES da Região Nordeste.

As representações sociais são elementos simbólicos que os homens expressam mediante o uso das palavras e gestos. Também podem ser definidas como mensagens mediadas pela linguagem, construídas socialmente e, necessariamente, ancoradas no âmbito do contexto do indivíduo que as emite. Enquanto se cria a representação de um objeto, também o sujeito se constitui. Quando o sujeito expressa uma opinião sobre um objeto, supõe-se a contribuição para a elaboração de uma representação.

Com vistas a exequibilidade da pesquisa, foram estudados quatro cursos de medicina de IFES da Região Nordeste, sendo dois criados antes da década de 60 (grupo “tradicional”) e dois criados no ano de 2014 (grupo “novo”). Foram convidados a participar da pesquisa todos os estudantes do sétimo semestre desses cursos entre os meses de julho e setembro de 2017. Entre os 198 estudantes matriculados no sétimo semestre desses cursos, 159 compareceram na aula no dia da aplicação do instrumento, dos quais 149 aceitaram participar voluntariamente do estudo, sendo 68 dos cursos “tradicionais” e 81 dos cursos “novos”. Em um primeiro momento os participantes responderam um questionário sociodemográfico, baseado em perguntas do ENADE. No segundo momento preencheram um roteiro de evocação livre, onde citavam três palavras que lhe ocorressem imediatamente em relação ao termo “trabalho em atenção básica”. Em seguida, os estudantes enumeraram em ordem de importância as palavras ou expressões escritas para a hierarquização dos itens. O perfil dos participantes foi analisado em Excel e as palavras citadas no roteiro de evocação livre foram analisadas com o auxílio do software Iramuteq. A pesquisa foi aprovada em Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados

Em ambos os grupos, ou seja, tanto no núcleo central dos estudantes dos cursos “tradicionais” como dos cursos “novos”, o termo mais destacado é a prevenção, o que indica o reconhecimento, por parte dos estudantes, da atenção básica como o lócus para essa forma de cuidado. Em estudo realizado nacionalmente no âmbito da Saúde da Família, constatou-se que a maior parte dos profissionais refere desenvolver atividades de prevenção, mas principalmente entre os médicos foi baixa a proporção de quem realizou, o que evidencia a distância entre o que é preconizado e o que é desenvolvido na atenção básica. Além disso, esse resultado sugere a incorporação ao longo da graduação de uma visão baseada no modelo médico-privatista que não considera a capacidade de resolução da atenção básica. Esse olhar tende a ser reforçado ao longo do curso de medicina em que há uma fragmentação da formação pelo olhar das especialidades

Considerando o núcleo central, destaca-se no grupo de escolas “novas” a presença de termos como “vínculo” e “responsabilidade”. Sugere-se que exercitar o vínculo e a responsabilidade seja mais viável em currículos que propiciam um contato maior e mais frequente do estudante com a atenção básica. Muitas vezes nos currículos tradicionais o estudante tem contatos pontuais com as pessoas em que participa do atendimento e geralmente não consegue observar o desfecho das ações propostas para o usuário em virtude da rotina de troca de estágios. Diferentemente de currículos tradicionais, nos currículos novos os estudantes participam do cuidado ao longo do tempo de pessoas e famílias, se co-responsabilizando pelo seu acompanhamento pelo período mínimo de um semestre. Desse modo podem vivenciar intensamente a responsabilização pelas pessoas e elaborar uma representação mais significativa sobre esse tema. É nesse contexto inclusive que pressupõe-se que a inserção dos estudantes nas equipes de saúde da família pode melhorar a qualidade da assistência a saúde das pessoas do território onde estão.

Ademais, na análise da primeira periferia dos cursos “novos” aparecem os termos “comunidade” e “cuidado”. A maior vivência na atenção básica possibilitada pelos currículos “novos” parece ser decisiva para as representações sociais dos estudantes. O cuidado pode ser visto sob a perspectiva emancipatória, explicitando as relações de poder existentes no processo de trabalho em saúde e contribuindo, portanto, para a autonomia das pessoas que procuram os serviços de saúde. Essa perspectiva está em consonância com as competências da dimensão de atenção à saúde dispostas nas DCN de 2014 onde valoriza-se não só os desejos e interesses dos usuários do SUS bem como se estimula a autonomia intelectual do educando.

Conclusão

A política regulatória disposta na Lei 12.871 pode trazer novas perspectivas para a formação médica, pelo menos no âmbito das representações sociais sobre o trabalho na atenção básica. Faz-se necessário observar como essas experiências se comportarão nos mecanismos de avaliação, de âmbito institucional ou processual, propostos no Mais Médicos, para que sejam possíveis novas conclusões sobre o tema.

Espera-se que exemplos como os analisados aqui, que apontam o potencial das escolas novas estimularem representações sociais dos estudantes de medicina mais próximas das necessidades do sistema de saúde, possam ser multiplicados e aprofundados na radicalidade necessária para o fortalecimento do SUS. Mesmo em um contexto de retrocessos, fica a percepção de que é possível transformar a formação médica.

Desafios na gestão do conhecimento: janelas de exposição mediática do Programa Mais Médicos

Challenges in knowledge management: media exposure windows of the More Doctors Program

Natália Regina Alves Vaz Martins

Mestranda de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília

Yamila Comes

Doutora em Psicologia, Universidade de Brasília

Leonor Maria Pacheco Santos

PhD In Pathology, Departamento De Saúde Coletiva, Universidade De Brasília, Brasília, DF, Brasil

Antonia Angulo-Tuesta

Doutora em Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde, Curso de Saúde Coletiva - Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília

Resumo

Divulgar conhecimentos sobre saúde nos *media* tem sido um desafio para os atores da comunicação. Este artigo buscou analisar matérias sobre o Programa Mais Médicos publicadas nas grande *media* em duas janelas de oportunidade com grande exposição mediática. O primeiro período foi desde o lançamento do programa em julho de 2013 até dezembro de 2014 no qual foram analisadas 536 matérias publicadas em dois grandes jornais. Este período coincide com eleições majoritárias e 28% das matérias estavam relacionadas com o tema política, governo e interesse eleitoralista, enquanto que 24% abordavam temas internos ao programa como financiamento, formação dos médicos cubanos e licença para exercer. No segundo período, de 2016 a 2018, analisou-se o enfoque mediático nas evidências científicas sobre o programa. Foram identificadas 16 matérias em jornais nacionais, internacionais e outros sítios da Internet divulgando resultados de pesquisas científicas publicadas, indicando o potencial dos *media* na divulgação e tradução do conhecimento científico. A produção de matérias jornalísticas foi muito intensa em novembro de 2018 (75% das notícias), imediatamente após a rescisão da parceria com Cuba, que resultou na saída de 52% dos 16 mil médicos do programa. Conclui-se que transmitir informações objetivas e evidências científicas no meio de um ambiente politicamente polarizado permanece um desafio.

Palavras-chave:

Atenção primária à saúde, pesquisas sobre sistemas de saúde, comunicação em saúde, gestão do conhecimento, *media*.

Abstract

Disseminating knowledge about health in the media has been a challenge for communication actors. This article sought to analyze news articles about the Most Medical Program published in the mainstream media in two windows of opportunity with great media exposure. The first period was from the launch of the program, in July 2013 to December 2014, in which 536 articles published in two major newspapers were analyzed. This period coincided with majority elections and 28% of the subjects were related to the political, government and electoral interest, while 24% addressed issues internal to the program such as financing, training of Cuban doctors and licensing. In the second period, from 2016 to 2018, the media focus on the scientific evidence about the program was analyzed. Sixteen articles were identified in national and international newspapers and other Internet sites, disseminating the results of published scientific research, indicating the potential of the media in the dissemination and translation of scientific knowledge. The production of news articles was very intense in November 2018 (75% of the news), immediately after the termination of the partnership with Cuba, which resulted in the departure of 52% of the 16 thousand doctors of the program. We conclude that conveying objective information and scientific evidence in the midst of a politically polarized environment remains a challenge.

Key Words:

Primary health care, health systems research, health communication, knowledge management, media.

Introdução

A divulgação de conhecimentos sobre saúde nos *media* representa desafios para os atores da comunicação, na medida em que a produção e a construção do conhecimento expressam processos sociais de comunicação entre diferentes espaços-tempo, e práticas e culturas entre indivíduos e grupos, Estado e sociedade. Os *Media*, portanto, ganha relevância pela sua capacidade de influenciar as representações e opiniões dos atores sociais e nos contextos de disputas sociais, políticas e simbólicas. [1]

O Programa Mais Médicos (PMM) institui-se por Medida Provisória nº 621 de 08 de julho de 2013 e depois convertida na Lei 12.871 de 22 de outubro de 2013, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde. O Programa foi criado em um contexto de inequidades em saúde, em que grande parte da população de regiões periféricas não conseguia acesso integral a atenção básica, por falta de profissionais médicos, e equipes muitas vezes compostas somente por enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. [2] A atenção básica no Brasil visa oferecer cuidado integral com ações a longo prazo, daí a importância da equipe interprofissional de saúde, na qual cada profissional desempenha ações de promoção em saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e processos de territorialização. [2,3]

Diversos Conselhos de Medicina e algumas associações de classe manifestaram-se contra o programa desde a sua criação. Posteriormente, a vinda de médicos estrangeiros para o país sem a devida formalização de sua atuação clínica propiciou sérias críticas de entidades de representação profissional dos médicos.

A comunicação social realizou ampla cobertura sobre o programa desde a sua criação [4] e teve papel importante para grande parte da população no sentido de esclarecer dúvidas e apresentar os argumentos do governo, os posicionamentos das entidades profissionais, dos gestores de saúde, representantes dos conselhos de saúde e da sociedade. [5]

Considerando a influência que os *media* tem sobre os comportamentos adotados pela sociedade, as pessoas querem ler, ouvir e ver notícias sobre a saúde e fatores que a influenciam e o provimento de médicos para áreas sem médicos criou-se grande impacto na disponibilidade de informações sobre esse tema, seja ela fidedigna ou não. [6,7]

Este artigo tem como objetivo analisar os conteúdos jornalísticos veiculados sobre o PMM, com ênfase em duas situações que geraram grande exposição midiática no país e no exterior.

Metodologia

Este estudo apresenta análise quali-quantitativa de matérias jornalísticas, analisando duas janelas de exposição nas quais o PMM teve grande exposição midiática: (a) o período do lançamento do programa, entre de 1º de julho de 2013 e 31 de dezembro de 2014; (b) o período de 2016 a 2018, de divulgação das evidências científicas dos resultados do PMM, com ênfase nas matérias publicadas imediatamente após a rescisão da cooperação com Cuba (que resultou na saída de 52% dos médicos do programa), entre 14 e 30 de novembro de 2018.

No primeiro período foram estudadas as matérias de dois jornais impressos de grande circulação nacional, selecionados por serem jornais lidos por formadores de opinião. O critério de busca para inclusão das reportagens foi a presença de pelo menos um dos seguintes descritores: Programa Mais Médicos, Mais Médicos ou Médicos Estrangeiros. Para cada matéria foram coletadas as seguintes variáveis: dia, mês e ano de publicação, localização (capa), a sessão onde foi publicada, nome do jornalista, título e caráter da notícia. Foi realizada análise por meio de estatística descritiva, utilizando gráficos e tabelas para apresentar os dados e a interpretação estatística com o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 22) e também análise de conteúdo dos títulos das notícias. Foi utilizada a ferramenta de nuvens de palavras por médio de *Wordle* (www.wordle.org) para apresentar a frequência de aparição de palavras nos textos. As matérias foram categorizadas como pessimista, neutra ou otimista por dois pesquisadores e, quando havia divergências, um outro pesquisador analisava e categorizava novamente.

Para aprofundar o sentido e significados das matérias estudadas, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os quatro jornalistas que mais publicaram no período de 01/07/2013 a 31/12/2014. Para preservar a identidade dos jornalistas entrevistados ao longo do artigo serão utilizados algarismos para diferenciar suas opiniões.

No segundo período foram analisadas as matérias de jornais nacionais, internacionais e outros sítios da Internet, que divulgaram evidências científicas dos resultados do PMM, com ênfase nas matérias publicadas entre 14 e 30 de novembro 2018.

O estudo faz parte da pesquisa *Avaliação da efetividade do Programa Mais Médicos na realização do direito universal à saúde e na consolidação das redes de serviços em saúde*, aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Para os profissionais dos *media* o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido no início da entrevista telefônica e a sua concordância em participar foi gravada.

Resultados

Foram identificadas e analisadas um total de 536 matérias relacionadas ao Programa Mais Médicos. No período de 175 dias de pesquisa encontrou-se uma média de 3 publicações diárias. A maioria das reportagens ocorreu no ano de 2013 com 449 publicações, ano que foi criado o PMM, principalmente entre os meses de julho a outubro. No ano de 2014 foram 87 publicações, com destaque nos meses de fevereiro, abril e junho (Figura 1).

A maioria das notícias foi reportagens (52,6%) e opinião (28,7%), onde o jornalista tem maior possibilidade de expressar seu ponto de vista. Ao contrário da crônica (14,2%) que apesar de ser subjetiva é baseada no relato dos acontecimentos. Observa-se que as seções dos jornais que mais veicularam notícias a respeito do Programa Mais Médicos foram: Cotidiano (37,1%), Opinião (15,1%), Política (15%) e Poder (14,9%).

O programa foi matéria de capa ou de destaque seis vezes, do total de 536 notícias publicadas. A Figura 2 representa os 20 termos mais utilizados nos títulos das notícias; as palavras que mais aparecem foram: médicos, Dilma, governo, cubanos e estrangeiros. A árvore de palavras produzida exemplifica o momento de criação do programa com a palavra médicos em destaque tanto pelo nome do programa, quanto pelas manifestações contrárias do Conselho Federal de Medicina (CFM). O momento político é representando pelas palavras: Dilma, governo e Padilha (Ministro da Saúde à época).

As outras palavras se referem ao registro dos médicos estrangeiros (cubanos e não cubanos) para atuar. A palavra contra traz uma ideia de oposição, inimizade e contradição.

Do total de notícias 153 (28,5%) estavam relacionadas com o tema políticas públicas e o governo, retratados nas manifestações populares, pelos movimentos sociais, nos protestos e nas eleições. No entanto, temas estruturantes ao programa tiveram 128 (23,9%) reportagens e os assuntos mais recorrentes eram a formação

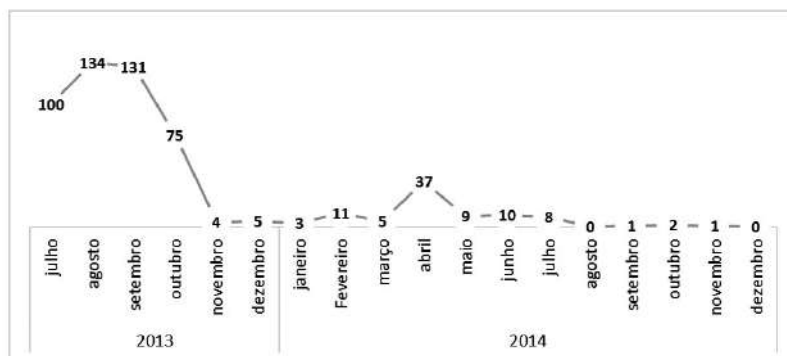


Figura 1 - Distribuição das matérias sobre o Programa Mais Médicos, segundo o mês e o ano de publicação. Brasil 2013-2014



Figura 2 - Nuvem de palavras dos títulos das notícias sobre o Programa Mais Médicos analisadas. Brasil 2013-2014

dos médicos cubanos, o financiamento e a licença para clinicar. Notícias com críticas negativa ou positiva ao programa representaram 71 (13,2%) das reportagens (Tabela 1). A maior parte das reportagens tinha caráter pessimista 279 (52,1%) e somente 117 (21,8%) caráter otimista.

Tabela 1 - Temas das notícias sobre o Programa Mais Médicos analisadas. Brasil 2013-2014

Temas	N	%
POLÍTICA E GOVERNO (presidenta, programa, manifestações populares, movimentos sociais, protestos, eleições e participação)	153	28,5
TEMAS INTERNOS AO PROGRAMA (aprovação, formação, financiamento, inscrição, lançamento, licença para atuar, registro, revalida, treino, tutores e contratação)	128	23,9
CRÍTICAS AO PROGRAMA	71	13,2
TEMAS DO SUS E DA SAÚDE (atenção básica, cobertura, infraestrutura, falta de leitos, necessidade da promoção da saúde).	21	3,9
GESTÃO DO PROGRAMA (não deveria incluir em temas internos?)	13	2,4
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA	13	2,4
JUSTIÇA E MEDIDA PROVISÓRIA	7	1,3
DEFESA DO PROGRAMA	7	1,3
CONTRA OS MÉDICOS CUBANOS	3	0,6
DIPLOMAS FALSOS	2	0,4
Sem tema específico	62	11,6
Outras	56	10,4
TOTAL	536	100,0

Conforme descrito na metodologia foram realizadas quatro entrevistas com os jornalistas que mais se destacaram ao longo do período estudado nos dois jornais de grande circulação analisados.

Com relação a opinião desses jornalistas quanto ao programa no primeiro momento todos destacaram a necessidade de médicos em locais que a saúde também precisa chegar: *“resolver um problema que realmente existe no Brasil que é a falta de médicos”- I, “a gente tem uma distribuição desigual de médicos no país, então seria um meio encontrado de suprir essa necessidade”- II, “existe um déficit muito grande em médicos e paramédicos no país, e o atendimento à saúde nas zonas periféricas, dos grandes centros e no interior do país acabam prejudicados”- III, “o programa se caracterizou em suprir a lacuna de preencher essas vagas no interior do país”- IV.*

Quando perguntados sobre a reação da sociedade brasileira com a chegada dos médicos estrangeiros, todos falaram da recepção ruim que os primeiros médicos tiveram ao chegar ao Brasil; três deles argumentaram que a população no primeiro momento não entendia o que estava acontecendo, devido às associações entre o programa e o governo e aos discursos negativos dos conselhos de medicina; para um dos jornalistas havia dúvidas quanto à qualificação desses profissionais. Entretanto todos os jornalistas enfatizaram que no final do primeiro ano e meio o programa já tinha alta taxa de aprovação não só da população como também dos médicos brasileiros.

Quando perguntados sobre o posicionamento da imprensa com relação ao programa as respostas apontaram questões críticas da condução governamental: *“Eu acho que em um primeiro momento a imprensa foi bastante crítica, motivada por críticas da classe que representava aqui no Brasil”- II.* Todos alegaram que a comunicação social tentou passar a ideia de como estava a estrutura de saúde naquele momento no Brasil, a falta de médicos e de financiamento, mas também questionar a qualificação dos médicos estrangeiros e a forma como o governo conduziu a implementação do programa.

Com relação à postura dos Conselhos de Medicina, os jornalistas citaram o corporativismo da classe médica, mas identificaram certa insegurança por parte destes profissionais com a criação do programa e a chegada dos médicos estrangeiros. Na opinião dos entrevistados, no primeiro momento, os médicos brasileiros se opuseram ao programa e depois perceberam que poderiam “perder” campo de atuação com a chegada dos outros médicos: *“acho que se o governo*

estivesse esperando até hoje que começasse o mais médicos com o aval do conselho ou da classe médica, esse programa não ia ter nunca saído do papel. Eles são corporativistas, sim, ninguém quer ir para os ‘confins’ (interior das cidades). Pensando em São Paulo, o médico se forma ele quer ficar na capital e ter a possibilidade de ter seu consultório ou ter outro emprego de preferência na região da Avenida Paulista”- III, “eu acho que foi uma coisa muito impulsiva ali também, de momento, de revolta, porque eles estavam vindo muito motivados, por trás do preconceito que eles expressaram; há muito corporativismo, medo de perder espaço, apesar de ser em áreas que poucos médicos brasileiros atuavam até então”- I

Para os jornalistas entrevistados o principal objetivo do PMM foi solucionar a distribuição de médicos no Brasil, mas com uma visão eleitoreira *“acho que foi pra tentar corrigir de imediato um erro histórico e ao mesmo tempo propor uma solução imediata para você colher frutos”- II*

Os principais problemas apresentados pelos entrevistados foram a continuidade do programa sem os médicos cubanos e o pagamento deles, a partir do momento que o governo federal não puder mais pagar, o regime de trabalho cubano que segundo todos os entrevistados era injusto em vista do trabalho que eles estavam realizando nas comunidades, sobrecarga de trabalho para a atenção secundária, pois a chegada de médicos na atenção básica, poderia gerar uma demanda de exames ou consultas especializadas, que não são de competência da atenção primária e a falta de estrutura e equipamentos para esses médicos que estavam chegando nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Não está claro

Com relação às potencialidades do programa somente dois jornalistas colocaram a participação de médicos em lugares distantes, em que as prefeituras tinham que pagar R\$ 30 mil reais mensais para o médico; a abertura de novas vagas para residência médica e novos cursos de medicina; a mudança de cultura, para que esses novos médicos formados queiram ir para lugares mais distantes. *“Acho que a sustentabilidade do programa está muito mais nas outras ações que o governo tomou, como colocar residência médica em outros interiores, a abertura de vagas para medicina, a exigência de [do médico] passar numa residência médica, sendo uma parte dela na medicina da família para algumas residências.”-II*

No período entre 2016 e 2018 foram identificadas 16 matérias publicizadas nos *media* com resultados de pesquisas relativas ao PMM. Destas, duas foram pu-

blicadas em 2016, duas em 2017 e as 12 restantes em 2018. É nítida a janela de oportunidade criada logo após a rescisão da parceria com o governo de Cuba, que resultou na saída de 8.300 médicos, o que corresponde a 52% dos profissionais atuando no programa. O quadro 1 apresenta os principais resultados de pesquisa apresentados nas matérias analisadas.

Todas as reportagens analisadas nesse segundo momento trouxeram pontos positivos sobre o programa e defenderam a continuidade do programa para o qual destacaram a importância da contratação de novos médicos de forma rápida, principalmente pelo perfil da população que estava sendo atendida por esses médicos.

Os estudos apresentam informações como aumento de procedimentos nas unidades, tempo de consulta adequado às necessidades do usuário, escuta qualificada do profissional médico, aumento na cobertura de atenção básica, valorização atenção básica e diminuição de internações evitáveis.

Discussão

A ideologia, segundo Van Dijk [8] está representada no discurso, tanto no texto monológico como dialógico e determina muitas das práticas sociais de cada dia. Os grupos sociais com sentimento de pertencimento, compartilham objetivos comuns baseados em uma ideologia que tem relação com o conceito de identidade. A ideologia é configurada por meio do discurso e pode ser definida como legitimação do domínio por parte de um grupo social. O grupo dominante estabelece uma situação de controle de alguma ação e outorga um sentido de imposição a essas ações. O que aconteceu quando o Programa foi lançado, se explica em base nessa definição. A comunicação contrária ao governo da época, utilizou argumentos contra o Programa Mais Médicos, sem avaliar as situações que o programa buscava resolver, para ganhar vantagens em um tabuleiro diferente da saúde, que era o cenário eleitoral que estava à frente. Diversos grupos de pesquisa entenderam a necessidade de avaliar e obter evidências científicas sobre o PMM e foram criadas linhas de pesquisa que avaliaram como a comunicação social estava abordando o assunto, como foi a chegada dos médicos estrangeiros, a distribuição de todos os médicos no país e a partir desse momento quais as mudanças que aconteceram na atenção básica. Porém essas pesquisas

só começaram a ser divulgadas em 2016, quando o programa não estava mais sujeito à intensa exposição midiática e ao tiroteio de notícias com viés pessimista. Em 2018, após o anúncio que os médicos cubanos iriam sair intensificou-se o interesse nos *media* com a publicação de matérias positivas divulgando as evidências científicas coletadas.

Com relação ao discurso ideológico Van Dijk descreve como falar dos aspectos positivos dos grupos dominantes e dos aspectos negativos do que se pretende dominar, ou seja, não falar dos aspectos negativos dos grupos dominantes e não falar dos aspectos positivos dos grupos que pretende dominar. [8] Neste caso, as matérias negativas que foram publicadas em quantidade nos dois jornais analisados dariam conta desta situação, que mudou ao serem entrevistados os jornalistas e apresentados os resultados positivos de pesquisas, principalmente em regiões de baixos ingressos, de fronteira ou distantes; esses locais passaram a ter voz e com o programa eles foram reconhecidos e se tornaram prioritários.

Uma terceira dimensão de análise está baseada no significado, que foi explorado ao analisar os temas que estão representados nos títulos das notícias. Van Dijk expressa que os títulos são mais lembrados do que um texto que tem funções ideológicas baseadas nos princípios expostos anteriormente. O facto de ter nos títulos predominantes, as palavras alusivas ao uso eleitoralista do programa pelo governo para ganhar uma eleição e os conteúdos de defesa do Conselho Federal de Medicina, nos trazem à luz a ideologia que estava tentando se transmitir. Outro elemento que emerge como aspecto ideológico é o uso do termo “cubano” para se referir ao médico de Cuba. A conotação de cubano, não é neutra e contrasta com brasileiro, foco da luta do Conselho Federal de Medicina. O contraste é mais relacionado com a análise discursiva e acontece quando é preciso mostrar uma diferença negativa de maneira sutil, ou quando se quer mostrar o conflito sem falar dele. [8]

Por último, para argumentar que se tratou de um discurso ideológico, apela-se a outro conteúdo de análise, que Van Dijk evidencia. A comunicação social questionava o trabalho dos médicos cubanos assim como duvidava da sua capacidade profissional, sendo que existiam evidências da competência técnica, pois esses médicos já haviam participado de pelo menos uma missão humanitária, nas quais não houve questionamento quanto à sua formação. Isso também gera ideologia e se baseia no mecanismo da manipulação. [8]

Os dados das reportagens analisadas no primeiro ano e meio do PMM são compatíveis com estudos realizados no mesmo período por outros autores. Morais [9] em seu estudo verificou a falta de imparcialidade, a expressão da opinião dos jornalistas e a avaliação negativa que o programa recebeu por parte dos *media*.

Nos dois primeiros meses do programa, as reportagens eram em sua maioria péssimas, não condizentes com um programa que vinha dar uma resposta a reivindicações de saúde do país. Quando analisadas as entrevistas dos jornalistas percebe-se contradição entre o que foi escrito nas reportagens e a opinião pessoal deles. Logo na primeira pergunta eles destacam que o programa pretendia resolver as iniquidades de médicos no país e oferecer respostas às demandas da população.

Para Carvalho [10] a comunicação social atua principalmente na formação da opinião pública, mudando, constatando ou mantendo o que já é consenso. Após cinco anos do PMM a opinião dos *media* em relação ao programa mudou radicalmente como é possível perceber pelo Quadro 1, as reportagens começaram a usar argumentos para manutenção do programa os resultados positivos das pesquisas realizadas. Esse autor [10] afirma que o jornalismo, compondo parte dos *media*, é um legitimador de poder, as pessoas confiam mais no que estão lendo em jornais do que, por exemplo, vendo em propagandas. É possível ver uma mudança de comportamento do público em relação ao programa após cinco anos, no início com a comunicação social atacando as pessoas também desacreditavam nele, agora conselhos, entidades de saúde se manifestaram de diversas formas para que o programa continuasse, inclusive o próprio conselho de medicina que criticou muito o programa.

Jornalismo científico é uma forma de divulgação científica endereçada ao público leigo, tendo como finalidade popularizar conhecimentos científicos

produzidos por universidades e centros de pesquisa a um público não especialista. [11] Quatro das reportagens analisadas no segundo momento traziam como assunto principal estudos acadêmicos, diferente das outras que utilizaram os estudos somente para basear o que estava sendo discutido na reportagem. Esse tipo de popularização de resultados científicos é pouco utilizado no Brasil enquanto nos países desenvolvidos existe ampla experiência e interesse das universidades para a popularização da ciência. [12] Segundo Amorim e Massarani [12] que analisaram reportagens de informações científicas no Brasil, existe falta de cultura entre os pesquisadores de concederem rapidamente entrevistas sobre determinados temas a diferença dos pesquisadores de outros países, o que pode dificultar a divulgação de determinados conteúdos científicos. Apesar deste achado, em sete das reportagens analisadas encontraram-se depoimentos de pesquisadores e em três delas há opinião de mais de um pesquisador na mesma matéria.

Conclusão

Esta pesquisa avaliou como foi o comportamento dos *media* em dois momentos marcantes do PMM. Foi possível notar que no primeiro momento a comunicação social atacou o programa de forma negativa, na maioria dos casos, mas a opinião dos jornalistas divergiu do que foi colocado nos jornais.

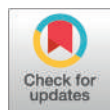
As pesquisas sobre o programa começaram a ter mais notoriedade após a decisão de saída dos médicos cubanos do Brasil, pois antes desse período somente três reportagens se referiram aos resultados do programa com base em estudos acadêmicos, mas após o pronunciamento de saída 13 reportagens apresentaram resultados positivos sobre o programa e como que essa mudança poderia prejudicar os usuários do Sistema Único de Saúde.

Data	Título/ Meio de divulgação	Principais assuntos
17.07.16	Pesquisa mostra que Programa Mais Médicos fez a diferença na vida da população carente Portal SUL21(13)	As mudanças na vida da população de baixa renda Na reportagem foram citados os seguintes dados: - mais de 60 milhões de brasileiros tiveram acesso à saúde facilitado a partir do programa. - nos municípios onde o programa foi implantado houve uma redução nas internações. - aumento dos procedimentos médicos nas próprias unidades básicas de saúde, como a realização de uma sutura ou a retirada de uma unha.
21.07.16	Pesquisa detecta avanços com Programa Mais Médicos Portal UNB(14)	Apresenta dados iniciais de pesquisa realizada pela Universidade de Brasília. - Dos 263 usuários entrevistados, 50,8% consideraram boa a satisfação em relação ao tempo de espera das consultas; 98,1% relataram que o médico ouviu com atenção suas queixas e 95,8% afirmaram ter recebido todas as informações de que precisavam; 55,1% consideraram o programa muito bom e 39,5% o apontaram como bom, enquanto 1,8% o consideraram muito ruim e 0,8 % o classificaram como ruim; 2,7% se mostraram indiferentes
23.07.17	Estudo avalia impacto positivo do Mais Médicos em Minas Gerais Portal UFMG(15)	Divulga pesquisa realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais e destaca que praticamente todas as unidades de saúde estudadas contaram, no passado, com médicos que atendiam apenas em horários específicos, em consultas rápidas, e que não ficavam muito tempo na equipe. O estudo mostra que os médicos estrangeiros nas unidades estudadas trouxeram um novo padrão de comparação para os usuários nesse aspecto
25.06.17	Pesquisadores da Univali avaliam impacto social do Mais Médicos em SC Portal FAPESC(16)	Apresenta estudo da Universidade do Vale do Itajaí e ressalta que o Mais Médicos, em SC, expandiu equipes de atenção básica; diminuiu as desigualdades sociais injustas e evitáveis em saúde, historicamente postas por médicos no litoral em relação aos do interior; sensibilizou médicos brasileiros para a atenção básica; recuperou a confiança de usuários desassistidos, na especificidade da garantia de atenção médica na atenção básica; revelou espaços em que as relações de tolerância ética, cultural e política no trabalho em saúde requerem investimento humano; e representou impacto positivo nos municípios catarinenses que aderiram ao PMAQ.
06.02.18	Por onde andam os médicos cubanos? Agência de Jornalismo Investigativo(17)	O destaque dessa reportagem é a ampliação do Programa Mais Médicos no governo Temer, para demonstrar pontos positivos do programa a reportagem destaca que 94% dos usuários aprovam o programa, de acordo com uma pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e que a cobertura da atenção básica aumentou de 77,9% para 86,3% e as hospitalizações evitáveis diminuíram de 44,9% para 41,2%.
14.02.18	Mais Médicos: é importante continuar com o programa? Revista EXAME(18)	Segundo essa reportagem relatório seria apresentado para o Senado Federal com os seguintes argumentos para manutenção do programa : número de internações por diarreia e gastroenterite infecciosas – doenças diretamente ligadas à falta de atendimento primário – diminuiu cerca de 35% entre 2012 e 2015. Uma pesquisa realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais em 2015, mostrou que 94% dos pacientes se mostraram satisfeitos ou muito satisfeitos com o programa. com o atendimento dos médicos do Programa: 83% dos entrevistados avaliaram que houve melhora na qualidade do atendimento, e 54% deram nota 10 ao programa. Comunicação com médicos estrangeiros não é problema: 84% dos entrevistados afirmou não ter tido qualquer problema de entendimento durante as consultas.
14.11.18	Em pesquisa, profissionais e pacientes aprovam a atuação do Mais Médicos Correio Braziliense(19)	Esta reportagem destaca a atuação dos médicos do programa. Um índice alto de usuários 87% apontou que a atenção do profissional durante a consulta melhorou e 82% dos entrevistados afirmaram que as consultas passaram a resolver melhor os seus problemas de saúde. Entre os pontos negativos apontados pela população estão a falta de medicamentos e de condições de infraestrutura, embora eles tenham percebido uma melhora. Para 56% dos pacientes entrevistados, o acesso aos medicamentos melhorou e para 11% houve uma piora.
14.11.18	Declaración del Ministerio de Salud Pública Infomed Cuba(20)	Declaração informando que o presidente eleito Jair Bolsonaro fez declarações diretas depreciativas e ameaçadoras à presença dos médicos cubanos e impondo condições inaceitáveis que não cumprem com as garantias acordadas desde o início do Programa. Por conseguinte, perante esta lamentável realidade, o Ministério da Saúde Pública de Cuba decidiu interromper sua participação no Programa Mais Médicos. A declaração destacou que o programa é amplamente reconhecido pelos governos federal e municipal, estadual e que 95% da população aceita o programa de acordo com estudo encomendado pelo Ministério da Saúde do Brasil, na Universidade Federal de Minas Gerais.
15.11.18	A sobrevivência do Mais Médicos em risco/ Jornal Deutsche Welle(21)	Apontou possíveis problemas se o programa mais médicos fosse encerrado e destaca a atuação dos médicos cubanos por meio de uma pesquisa que concluiu que a avaliação do desempenho dos médicos cubanos era bastante positiva por parte das famílias e dos gestores públicos.

Data	Título/ Meio de divulgação	Principais assuntos
15.11.18	“Menos Médicos” Revista Carta Capital(22)	Esta reportagem faz uma crítica ao atual cenário político e a saída dos médicos do Brasil. Segundo essa matéria uma pesquisa da UFMG que entrevistou usuários do SUS em 699 municípios do Brasil, mais de 80% dos entrevistados disseram que a qualidade do atendimento médico era melhor ou muito melhor após a chegada do Mais Médicos e que as consultas passaram a resolver melhor os seus problemas de saúde; 6 a cada 10 deles destacou como vantagem do programa a presença constante do médico e o cumprimento da carga horária.
16.11.18	Nota Abrasco sobre a saída dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos para o Brasil Portal Abrasco(23)	A Nota apresenta resultados de pesquisa mostrando a satisfação dos usuários e o aumento a efetividade do SUS, garantindo o acesso aos serviços de saúde a expressivas parcelas da população, além de trazer estimativas que apontam que a eventual redução de cobertura da Estratégia poderá levar a um aumento de internações e mortes evitáveis, principalmente de crianças. A nota propõe ao MS medidas de curto, médio e longo prazos para a substituição dos médicos (ABRASCO 2018)
17.11.18	Pesquisadoras veem transformação no interior com “Mais Médicos” Portal Campo Grande News(24)	O destaque dessa reportagem foi as mudanças na relação médico-paciente ao longo do tempo e com a criação do programa. Segundo o estudo realizado pela UFMG a questão da escuta, do detalhamento do exame, do tempo de consulta e da relação simétrica: não existia hierarquia. Os usuários relatam: ‘esse médico é diferente’, ‘essa médica é diferente’, são os termos que eles usam, então é uma questão relacional, de habilidade de conversa. Essa mudança ocorreu principalmente porque esses médicos do programa ficam na unidade e a rotatividade diminuiu.
17.11.18	“Médicos cubanos atendem melhor do que brasileiros”, dizem pacientes Portal UOL(25)	Esta reportagem comparou a atuação dos médicos brasileiro e cubano. Segundo o estudo de 2014, a UFMG informou que os médicos cubanos receberam nota 9 dos usuários do Mais Médicos em uma pesquisa que entrevistou 14 mil pessoas em 700 cidades do Brasil.
20.11.18	Exclusivo: Pesquisa da UnB mostra que assistência de médicos cubanos melhora adesão ao tratamento, evita complicações e internações Portal Viomundo(26)	Esta reportagem destaca pesquisa realizada pela Universidade de Brasília que avalia a atuação dos médicos cubanos. Segundo a pesquisa os médicos cubanos colaboraram efetivamente para disponibilizar médicos para atender às necessidades da população, além de ampliar o acesso à assistência com maior qualidade e integralidade. Para os pacientes houve um aumento da satisfação com a atenção básica e a capacidade de resposta dos serviços. Os gestores destacaram a melhoria de indicadores de saúde da atenção básica, como pré-natal, visitas domiciliares, melhor acesso à rede e à humanização do cuidado, e a vigilância à saúde. Esses dados demonstram significativa redução de hospitalizações por causas evitáveis e satisfação da população com os serviços de saúde.
23.11.18	Mais Médicos: como programa ‘economizou’ um terço do orçamento ao diminuir internações hospitalares Portal BBC Brasil(27)	Aponta resultados das 200 pesquisas realizadas desde 2013. Segundo estudos econométricos, do ponto de vista fiscal com a ampliação do número de médicos no atendimento básico de saúde foram evitadas 521 mil internações em 2015, gerando uma economia em internações hospitalares equivalente a um terço do orçamento do programa naquele ano. Houve uma redução consistente de 4,6% nas internações em geral e 5,9% nas relacionadas a doenças infecto-parasitárias em 2015. Naquele ano, as 11,3 milhões de internações custaram R\$ 18,2 bilhões (R\$ 1.612, em média, cada uma), e a economia de quase R\$ 840 milhões corresponde a cerca de 33% dos R\$ 2,6 bilhões destinados ao Mais Médicos no período – em 2017, foram gastos R\$ 3 bilhões - Sobre satisfação essa reportagem destaca que os médicos estrangeiros “têm mais atenção, interesse, interação, paciência, dão mais espaço, olham, ouvem e conversam com o paciente”. 87% dos beneficiários afirmaram que os médicos do projeto foram mais atenciosos que profissionais que os atenderam anteriormente - A respeito do papel da mídia essa reportagem destaca que “A mídia atua, simultaneamente, como espaço de reverberação do debate político e, também, como um ator político que influi na opinião pública acerca do programa.” Dando, por exemplo, pouca ou nenhuma voz ao usuário do sistema público de saúde e ao médico que não fosse por meio de entidade de classe.
27.11.2018	Saída de cubanos pode provocar 37 mil mortes, diz Opas Portal Terra(28)	O estudo apresentado na reportagem teve como ponto de partida os ganhos nos indicadores alcançados na saúde do País desde a implantação do programa, em 2013. No primeiro ano, a cobertura no programa Saúde da Família passou de 59,6% para 66,9%. Em 2017, 70% da população tinha acesso aos serviços. Até o rompimento do governo cubano, o Mais Médicos contava 8.556 profissionais recrutados pelo acordo de cooperação- o equivalente a 51,21% da força de trabalho.

Bibliografia

1. Oliveira, VC de. Mídia, controle público e cidadania In: Caderno mídia e saúde pública. Comunicação em Saúde pela Paz. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Adriana Santos (Org.), Belo Horizonte: FUNED; 2007. 128 p.
2. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. Cien Saude Colet [Internet]. 2015;20(11):3547–52. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001103547&lng=pt&nrm=iso&tlng=em
3. Zoboli ELP, Fortes PA de C. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. Cad Saude Publica. 2004;20(6):1690–9.
4. Scremin L, Javorski E. O ENQUADRAMENTO DAS NOTÍCIAS SOBRE OS ESTRANGEIROS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS. In: Comunicação e sociedade: diálogos e tensões. Paraná; 2013.
5. Mota LG, Beltrán LM, Afonso FL, Rodrigues OMM, Oliveira DDG de, Martins JRL. A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO VISUAL NA A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO VISUAL NA TRANSMISSÃO E CONSOLIDAÇÃO DOS CONHECIMENTOS DE ALUNO DE EAD NA ÁREA DA SAÚDE: USO APLICADO NA ELABORAÇÃO DE EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO DE CONTEÚDO. 22o Congr Int da Assoc Bras Educ a Distância. 2016;
6. Rodrigues D, Bona R. A influência da linguagem dos filmes Star Wars na Publicidade e Propaganda: análise de um comercial de televisão. Intercom (Des Moines) [Internet]. 2012;(1x):1–15. Available from: <http://www.intercom.org.br/papers/regionais/centrooeste2010/resumos/R21-0142-1.pdf>
7. Tabakman R. A SAÚDE NA MÍDIA: Medicina para jornalistas, jornalismo para médicos. 1a. São Paulo: Summus Editorial; 2013.
8. Van Dijk T. Ideología y Discurso. Ariel Linguística, editor. Barcelona; 2003.
9. Moraes I de A, Alkmin DFB de, Lopes J de S, Santos MM de, Leonel MS, Santos RS de O, et al. Jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o programa mais médicos? Rev da Esc Enferm da USP [Internet]. 2014;48(spe2):112–20. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000800107&lng=en&nrm=iso&tlng=em
10. CARVALHO FC de. A Consolidação do Programa Mais Médicos na Opinião Pública e na Cobertura Jornalística. In: Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação XV Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sul [Internet]. Santa Catarina; 2014. p. 1–15. Available from: <http://www.intercom.org.br/papers/regionais/centrooeste2010/resumos/R21-0142-1.pdf>
11. Nascimento TG. Definições de divulgação científica por jornalistas, cientistas e educadores em ciências. Ciência em Tela. 2008;1(2):1–8.
12. Amorim L, Massarani L. Jornalismo científico: um estudo de caso de três jornais brasileiros. Rev Bras ensino ciência e Tecnol. 2008;1(1):73–84.
13. SUL21. Pesquisa mostra que Programa Mais Médicos fez a diferença na vida da população carente. SUL21 [Internet]. 2016; Available from: <https://www.sul21.com.br/areazero/2016/07/pesquisa-mostra-que-programa-mais-medicos-fez-a-diferenca-na-vida-da-populacao-carente/>
14. Portal UnB. Pesquisa detecta avanços com Programa Mais Médicos. Portal UnB [Internet]. 2016; Available from: <https://www.unbciencia.unb.br/biologicas/54-medicina/475-pesquisa-avalia-o-programa-mais-medicos>
15. Portal UFMG. Estudo avalia impacto positivo do Mais Médicos em Minas Gerais. Portal UFMG. 2017;
16. Portal FAPESC. Pesquisadores da Univali avaliam impacto social do Mais Médicos em SC. Portal FAPESC. 2017;
17. Agência de Jornalismo Investigativo. Por onde andam os médicos cubanos? Agência J Investig [Internet]. 2018; Available from: <http://agenciasportlight.com.br/>
18. Revista Exame. Mais Médicos: é importante continuar com o programa? Rev Exame. 2018;
19. Correio Braziliense. Em pesquisa, profissionais e pacientes aprovam a atuação do Mais Médicos. Corr Braziliense. 2018;
20. INFORMED. Declaración del Ministerio de Salud Pública. INFORMED [Internet]. 2018; Available from: <http://www.sld.cu/noticia/2018/11/14/declaracion-del-ministerio-de-salud-publica>
21. Jornal Deutsche Welle. A sobrevivência do Mais Médicos em risco. J Dtsch Welle. 2018;
22. Capital C. Menos médicos 15. Cart Cap [Internet]. 2018; Available from: <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/menos-medicos>
23. Portal Abrasco. Nota Abrasco sobre a saída dos médicos cubanos do Mais Médicos. Portal Abrasco [Internet]. 2018; Available from: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/nota-abrasco-sobre-saida-dos-medicos-cubanos-do-programa-mais-medicos-para-o-brasil/38190/>
24. Campo Grande News. Pesquisadoras vêem transformação no interior com “Mais Médicos.” Campo Gd News. 2018;
25. Portal UOL. Médicos cubanos atendem melhor do que brasileiros”, dizem pacientes... Portal UOL [Internet]. 2018; Available from: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2018/11/17/medicos-cubanos-atendem-melhor-do-que-brasileiros-dizem-pacientes.htm>
26. PORTAL VIOMUNDO. Exclusivo: Pesquisa da UnB mostra que assistência de médicos cubanos melhora adesão ao tratamento, evita complicações e internações. PORTAL VIOMUNDO. 2018;
27. BBC Brasil. Mais Médicos: como programa “economizou” um terço do orçamento ao diminuir internações hospitalares. BBC Bras. 2018;
28. Portal Terra. Saída de cubanos pode provocar 37 mil mortes, diz Opas. Portal terra [Internet]. 2018; Available from: <https://www.terra.com.br/vida-e-estilo/saude/saida-de-cubanos-pode-levar-a-aumento-de-37-mil-mortes-diz-opas,-c9da3a2fd30f623b7f4a90f607913279de24ust3.html>



EDITORIALS

The end of Brazil's More Doctors programme?

Those in greatest need will be hit hardest

Leonor Maria Pacheco Santos *professor*¹, Christopher Millett *professor*^{2, 4}, Davide Rasella *collaborating professor*³, Thomas Hone *research fellow*⁴

¹Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, Brazil; ²Center for Epidemiological Studies in Health and Nutrition, University of São Paulo, São Paulo, Brazil; ³Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Bahia, Brazil; ⁴Public Health Policy Evaluation Unit, Imperial College London, UK

The More Doctors programme (*Programa Mais Médicos*)—a large Brazilian government initiative to provide doctors in underserved areas—recently suffered a major setback after the Cuban government withdrew its doctors. Brazil has struggled to attract doctors to work in primary care in remote or impoverished areas and indigenous reserves, and a contentious component of the programme has been to use Cuban doctors to fill the gaps. Until recently 52% of the 16 132 extra doctors working in the programme were Cuban.¹ But on 14 November the Cuban government terminated their role in the programme, citing critical and aggressive comments by Brazil's president elect, Jair Bolsonaro.²

More Doctors has been emotive since its inception and was opposed by the Brazilian medical council and some professional associations when it started. In recent months, Bolsonaro has questioned the quality of the Cuban doctors' training and has repeatedly described them as "slaves" because of the low pay they receive (relative to payments made to the Cuban government). Following Cuba's decision, all doctors ceased work in mid-November and had left the country by 15 December. This was not just a substantial logistical effort for the coordinators—the Pan-American Health Organisation (PAHO)—but represents a major disruption to health services for vulnerable Brazilians.

The Brazilian government has responded to the crisis by seeking applications from Brazilian doctors to fill the vacated positions. This will be difficult given the ongoing challenges that led to the original programme. Most Brazilian doctors prefer lucrative employment in private hospitals in urban areas rather than in publicly funded primary care facilities in remote or rural areas, where working conditions and career prospects are perceived as poor.

Tackling inequity

Before the More Doctors programme, the overall supply of doctors in the country (2 per 1000 population³) was only slightly lower than the supply in high income countries with universal

health coverage: 2.83/1000 in the UK, 2.54 in Canada, and 3.50 in Australia.⁴ However, striking inequalities existed in Brazil, with over 42% of the population living in areas with fewer than 0.25 doctors per 1000 population.⁵

Doctor shortages in primary care contribute to suboptimal health outcomes and continued health inequalities in Brazil.⁶ Although the acclaimed publicly funded primary care programme—*Estratégia Saúde da Família*—has substantially improved health outcomes and reduced inequalities in the country,^{7,8} the lack of doctors has limited its expansion in remote areas.

The More Doctors programme has been central to Brazil's efforts to tackle this problem. Its most visible component was an "emergency expansion" of doctors in primary care clinics in areas with high levels of poverty and sizeable health needs. The programme was launched in 2013, opening 16 000 posts with competitive salaries to encourage Brazilian doctors to relocate to underserved areas. Priority was given to Brazilian doctors, but only 1096 enrolled.⁹ The gap was filled through an international cooperation agreement between Brazil and Cuba facilitated by PAHO, allowing up to 12 000 Cuban doctors to work in Brazil after basic training in primary care and supervision from an accredited university.^{3,10} In 2014, the \$1.1bn (£900m; €1bn) costs of the programme were 93% financed by the federal budget and accounted for about \$6000 a month for each doctor.¹¹

The programme also received funding to construct or refurbish primary care clinics, and new medical schools were established (with a pro-primary care curriculum) in underserved regions. However, recent federal austerity measures have stalled construction and delayed any new medical schools for five years.¹²

Several evaluations are underway to determine the programme's effects on public health and inequalities. Studies already report benefits, including fewer doctor shortages, more satisfied users, fewer avoidable hospital admissions, and service improvements

such as better patient-doctor relationships, continuity of care, and multidisciplinary team coordination.^{3 9 13 14}

It seems highly likely that the More Doctors programme improved the health of vulnerable populations. However, its limitations should not be overlooked. The allocation of doctors was determined by criteria that included poverty levels, urbanisation, population vulnerability, and the human development index of local areas.⁵ Even so, many non-priority municipalities received extra doctors,⁵ potentially undermining the programme's benefits. The initiative also did not help resolve the underlying causes of the unequal distribution of doctors in Brazil.

Internationally, policy makers have much to learn from the collapse of More Doctors. Recruiting, retaining, and allocating doctors to underserved areas remains a problem in many countries. Although importing doctors can provide temporary solutions, tackling the push and pull factors that drive inequalities in human resources is essential for the long term strength and sustainability of primary care.¹⁵

Competing interests: We have read and understood BMJ policy on declaration of interests and declare we are all involved in research and independent evaluation of the Mais Médicos programme in Brazil financed through joint UK-Brazil research funds.

Provenance and peer review: Commissioned; not externally peer reviewed.

- 1 Mais Médicos: how the program "saved" a third of the budget by reducing hospitalizations: BBC Brasil 2018. <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-46243372>.

- 2 Dyer O. Cuba begins pulling 8300 doctors out of Brazil following Bolsonaro's comments. *BMJ* 2018;363:k5027. doi: 10.1136/bmj.k5027 30482747
- 3 Santos LMP, Oliveira A, Trindade JS, et al. Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. *Bull World Health Organ* 2017;95:103-12. doi: 10.2471/BLT.16.178236 28250510
- 4 World Health Organization. Global health observatory—density of physicians (total number per 1000 population). 2018. http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/health_workforce/PhysiciansDensity_Total/tablet/atlas.html.
- 5 Oliveira JPA, Sanchez MN, Santos LMP. The Mais Médicos (More Doctors) program: the placement of physicians in priority municipalities in Brazil from 2013 to 2014. *Cien Saude Colet* 2016;21:2719-27. doi: 10.1590/1413-81232015219.17702016 27653057
- 6 Osorio RG, Servo LMS, Piola SF. Necessidade de saúde insatisfeita no Brasil: uma investigação sobre a não procura de atendimento. *Cien Saude Colet* 2011;16:3741-54. doi: 10.1590/S1413-81232011001000011 21987318
- 7 Bastos ML, Menzies D, Hone T, Dehghani K, Trajman A. The impact of the Brazilian family health strategy on selected primary care sensitive conditions: A systematic review. *PLoS One* 2017;12:e0182336. doi: 10.1371/journal.pone.0182336 28786997
- 8 Hone T, Rasella D, Barreto ML, Majeed A, Millett C. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. *PLoS Med* 2017;14:e1002306. doi: 10.1371/journal.pmed.1002306 28557989
- 9 Pereira LL, Santos LM, Santos W, Oliveira A, Rattner D. Mais Médicos program: provision of medical doctors in rural, remote and socially vulnerable areas of Brazil, 2013-2014. *Rural Remote Health* 2016;16:3616.27020757
- 10 Harris M. Mais Médicos (More Doctors) program—a view from England. *Cien Saude Colet* 2016;21:2919-23. doi: 10.1590/1413-81232015219.16952016 27653077
- 11 Silva EN, Ramos MC, Santos W, Rasella D, Oliveira A, Santos LMP. Cost of providing doctors in remote and vulnerable areas: Programa Mais Médicos in Brazil. *Rev Panam Salud Publica* 2018;42:e11.
- 12 Ministerial Order 328 April 5, 2018. DOU 06/04/2018, Ed 66, Sec 1. 2018:114.
- 13 Comes Y, Trindade JdeS, Pessoa VM, et al. The implementation of the Mais Médicos (More Doctors) program and comprehensiveness of care in the Family Health Strategy. *Cien Saude Colet* 2016;21:2729-38. doi: 10.1590/1413-81232015219.15472016 27653058
- 14 Mattos E, Mazetto D. Assessing the impact of More Doctors program on health care indicators. FGV Sao Paulo School of Economics, 2018.
- 15 Hone T, Macinko J, Millett C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the sustainable development goals? *Lancet* 2018;392:1461-72. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31829-4 30343860

Published by the BMJ Publishing Group Limited. For permission to use (where not already granted under a licence) please go to <http://group.bmj.com/group/rights-licensing/permissions>



Programa Mais Médicos e Atenção à Saúde em uma comunidade quilombola no Pará

The More Doctors Programme and the Health Care of a Pará State quilombola community

Lucélia Luiz PEREIRA*
Leonor Maria Pacheco SANTOS**

Resumo: O presente artigo discute a atenção à saúde na comunidade quilombola de Jurussaca, no Pará, bem como analisa as repercussões da implantação do Programa Mais Médicos nesta comunidade. Realizou-se estudo de caso qualitativo, constituído por duas etapas – exploratória e de coleta de dados – na comunidade por meio de entrevistas semiestruturadas e grupo focal. Os atores-chaves da pesquisa foram usuários quilombolas, profissionais de saúde, gestores da Secretaria Municipal de Saúde e representante do Conselho Municipal de Saúde. Foram realizadas 30 entrevistas semiestruturadas, sendo 24 com usuários quilombolas adultos, e 1 grupo focal. Adotou-se a técnica de análise de conteúdo, com foco nas etapas empregadas por Bardin: pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados. Os resultados apontaram que tanto a comunidade quilombola quanto os gestores apoiam e avaliam positivamente a implantação do Programa Mais Médicos. Os entrevistados ressaltaram que, após o Programa, houve aumento na qualidade do atendimento e ampliação de visitas domiciliares. Em relação à atenção à saúde, foi constatada a insuficiência dos serviços de saúde para garantir um atendimento equitativo e integral à saúde dos usuários quilombolas. Verificou-se uma fragilidade dos vínculos entre a equipe da Estratégia de Saúde na Família e a comunidade e uma inversão da lógica assistencial com maior procura pela atenção hospitalar. Os quilombolas afirmaram a existência de racismo e discriminação no atendimento. Assim, percebeu-se a necessidade de os serviços de saúde compreenderem as especificidades das demandas das comunidades quilombolas e suas características socioculturais e fomentarem ações de combate ao racismo institucional.

Palavras-chave: Saúde. Quilombola. Programa Mais Médicos. Rural. Norte.

Abstract: This article discusses health care in the Maroon (quilombola) community of Jurussaca, in Pará state, and analyses the repercussions of the More Doctors Programme in this community. A two-stage qualitative case study was carried out in the community, exploratory and data collection, by means of semi-structured interviews and focal group. The key actors of the research were Maroon health clientele, health professionals, municipal health department managers and representatives of the municipal health council. Thirty semi-structured interviews were carried out, 24 with Maroon adults, and one focal group. The technique of content analysis was adopted, focusing on the steps employed by Bardin: pre-analysis, text exploration, treatment and interpretation of the results. The results showed that both the Maroon community and the managers evaluated the program positively and supported its implementation. The interviewees pointed out that after the programme there was an increase in the quality of care and in home-visits. Regarding health care, the results showed the inadequacy of healthcare services in guaranteeing an equitable and integrated service to the health of the Maroon clientele. Weaknesses were identified in the links between the Family Health Strategy team and

* Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB). Docente no Departamento de Serviço Social da UnB. Campus Universitário Darcy Ribeiro | UnB | ICC Norte. CEP 70910-900, Brasília (DF). E-mail: <lucelia@unb.br>. ORCID: <<https://orcid.org/0000-0001-9722-143X>>.

** Pós-doutora em Epidemiologia Materno-Infantil pela London School of Hygiene and Tropical Medicine. Docente no Departamento de Saúde Coletiva da UnB. Campus Universitário Darcy Ribeiro | UnB | Faculdade de Ciências da Saúde. CEP 70910-900, Brasília (DF). E-mail: <leopac.unb@gmail.com>. ORCID: <<https://orcid.org/0000-0002-6739-6260>>.



the community and a reversal of the care logic, with greater demand for hospital care. The Maroons confirmed the existence of racism and discrimination in the healthcare services. Thus, healthcare services need to understand the specificities of the demands of the Maroon communities and their sociocultural characteristics and to encourage actions to counter institutional racism.

Keywords: Health. Maroon community. More Doctors Program. Rural. Northern region.

Submetido em: 12/1/2018. Revisto em: 10/5/2018. Aceito em: 2/7/2018.

INTRODUÇÃO

Na organização da atenção à saúde no Brasil, busca-se contemplar os vários aspectos do cuidado, como promoção, prevenção e tratamento, de forma a questionar o modelo hegemônico de atenção baseado somente na assistência às doenças. Para tal, em 1988, foi implantado o Sistema Único de Saúde (SUS), que defende um modelo de atenção integral a todos os cidadãos, considerando que, na Constituição Federal, a saúde é preconizada como um direito universal.

Estruturado a partir da atenção primária, secundária e terciária, o modelo de atenção à saúde brasileira busca priorizar estratégias de fortalecimento da promoção da saúde e prevenção de agravos. Desta forma, a Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada a porta de entrada para o sistema de saúde, atuando na fase inicial do cuidado. A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde de 1978, em Alma-Ata, considerou a atenção primária fundamental, devendo ser garantida de forma universal às pessoas e famílias, por meio de ações contínuas e próximas ao local de moradia das pessoas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1979).

Apesar da inovação conceitual na definição de atenção primária de Alma-Ata, quando se defenderam os princípios da integralidade, qualidade, equidade e participação social, é importante destacar que existem debates e concepções distintas sobre a atenção primária. Paim (2012) aponta uma imprecisão terminológica em relação à APS que facilita a convivência de várias concepções, desde um nível de atenção voltado a ser porta de entrada para os serviços de saúde até um serviço focalizado voltado principalmente para usuários em vulnerabilidade socioeconômica. O autor destaca ainda que há um movimento no sentido de fortalecer a APS, visando articular e desenvolver estratégias para reforçar a proposta defendida na Conferência de Alma-Ata a partir do diálogo não só com experiências de países da América Latina, mas também com movimentos organizados.

Embora haja marcos legais e normativos relacionados à equidade na atenção à saúde, os negros vivenciam condições de vida e saúde desfavoráveis e precárias e menor qualidade de atenção, além de terem perfil desvantajoso se comparado ao da população branca brasileira. Nesse sentido, o ensino e a pesquisa médica e das ciências sociais em saúde vêm analisando de que forma a variável raça influencia as situações de saúde e doença da população. A categorização racial nos estudos científicos permite dar visibilidade aos fatores não genéticos das enfermidades, ao abordar possíveis diferenças entre brancos e negros no que diz respeito à qualidade de vida, aos riscos de adquirir determinadas doenças e à resposta aos tratamentos, além do acesso aos serviços de saúde.

De acordo com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2010), existe um consenso dos estudiosos brasileiros acerca de doenças e agravos à saúde dos negros. Portanto, a promoção da equidade no país depende também de uma abordagem específica destas doenças ou agravos.

No que diz respeito à saúde materno-infantil, alguns estudos mostram a disparidade das condições de saúde quando se considera raça, cor e etnia (BRASIL, 2009; GONÇALVES et al., 2009; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2011; LEAL et al., 2005; LOPES, 2005; SANTOS et al., 2007). Tais estudos são fundamentais, pois evidenciam as desigualdades a partir de indicadores de acesso e cobertura aos serviços de pré-natal e parto, de maiores chances de mortalidade materna e infantil, de maior prevalência de insegurança alimentar e desnutrição etc. Grande parte destes estudos destacam os efeitos negativos do racismo no processo de saúde e doença, tendo em vista que tal realidade provoca maiores taxas de adoecimento e morte por causas evitáveis e quantidade maior de doenças associada à menor atenção à saúde (CUNHA, 2012; GUERRERO, 2010; TORALES, 2013).

Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006 também mostraram desvantagens da população negra. Apontaram um menor percentual de negras que realizaram seis consultas durante o pré-natal e que consultam no puerpério. O nível de mortalidade infantil é 25% maior em crianças menores de 1 ano cujas mães se autodeclararam negras, o risco de morrer antes de completar 5 anos de vida é 29% mais elevado nas crianças negras se comparado com os filhos de mães brancas, e a incidência de insegurança alimentar moderada e grave também é mais elevada em domicílios cuja entrevistada era negra (BRASIL, 2009).

Desta forma, apesar de a legislação não distinguir grupos populacionais, as desigualdades sociais comprometem a saúde da população negra, demandando ações por parte do Estado para enfrentar a situação e garantir que os princípios da equidade, universalidade e integralidade sejam efetivados no SUS. Além disso, a despeito da constatação de tais desigualdades no estado de saúde bem como nos diferenciais de utilização dos serviços de saúde pelos negros, ainda são reduzidas as investigações voltadas a caracterizar e analisar as desigualdades raciais focando populações que apresentam maior vulnerabilidade social, como comunidades quilombolas. Essas comunidades são definidas legalmente como “[...] grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto-atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida” (BRASIL, 2003, não paginado).

Em relação à atenção à saúde, estudo realizado na comunidade de Boqueirão, Bahia, aponta amplo desconhecimento da população dos fatores de risco para a hipertensão, como obesidade, sobrepeso, diabetes, baixa escolaridade e histórico familiar (AMORIM et al., 2013). Achado de investigação realizada por Oliveira et al. (2012) mostra que ocorre um grave problema de escassez de profissionais médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, além de uma alta rotatividade e transitoriedade destes profissionais. Volochko e Batista (2009) encontraram resultados semelhantes em estudo em comunidades quilombolas do Vale do Ribeira, em São Paulo, onde há alta rotatividade dos médicos contratados, além de dificuldades para realizar encaminhamentos e exames, bem como falta de medicamentos.

Além disso, as visitas dos agentes comunitários de saúde (ACS) às famílias quilombolas com usuários considerados prioritários geralmente não ocorrem pelo menos uma vez ao mês, conforme preconiza a Portaria n. 2.488 (BRASIL, 2011). Entre os fatores que impedem o cumprimento desta recomendação, destaca-se a distância entre os domicílios e a quantidade excessiva de famílias sob a responsabilidade dos ACS, além de indisponibilidade de transporte para percorrer as longas distâncias entre as casas (FREITAS et al., 2011).

Como estratégia para enfrentar o acesso insuficiente aos serviços de saúde e garantir a prevenção de doenças ou mesmo o tratamento, nos casos de adoecimento, alguns estudos relatam a utilização de plantas medicinais pelas comunidades quilombolas (AMORIM et al., 2013; FREITAS et al., 2009; VOLOCHKO; BATISTA, 2009). Ou seja, essas comunidades utilizam o conhecimento ancestral, tradicional e cultural como forma de afirmar sua identidade, mas também para auxiliar a população em suas queixas de saúde, atendidas de forma insuficiente pelo Estado.

Desta forma, observa-se que as condições ambientais e socioeconômicas, associadas ao acesso limitado aos serviços de saúde de forma a usufruir de ações de educação em saúde, bem como medicamentos de fácil administração, contribuem para que a população negra, e mais especificamente as comunidades quilombolas, vivenciem situações de vulnerabilidade e inequidades em saúde.

Em nome disso, com o intuito de melhorar as condições de vida e saúde da população brasileira, incluso a população negra, nos últimos anos, algumas iniciativas governamentais vêm sendo implementadas pelo governo visando corrigir as disparidades existentes no campo da saúde. Destaca-se entre elas a implantação, em 2013, do Programa Mais Médicos, que tem como um dos seus públicos prioritários as comunidades quilombolas. O presente artigo discute a atenção à saúde na comunidade quilombola de Jurussaca, no Pará, bem como analisa as repercussões da implantação do Programa Mais Médicos nesta comunidade.

Programa Mais Médicos

Além do déficit de recursos humanos, a desigual distribuição dos profissionais de saúde dentro dos países e entre eles impacta as condições de vida e saúde das populações. Desta forma, buscando enfrentar o desafio mundial das disparidades em saúde, os países adotam diversas medidas, entre elas a migração de recursos humanos em saúde, reforçando o enfoque da saúde global a partir da cooperação entre países. Cuba se destaca nas experiências de cooperação médica bilateral, tornando-se referência na exportação de profissionais de saúde, geralmente por meio de cooperação técnica (MARIMÓN; MARTÍNEZ, 2009; MONJE VARGAS, 2014).

Desde 1987 o Brasil mantém acordos de cooperação internacional com Cuba no campo da saúde (ANDRADE; LIMA, 2014). Tais cooperações são voltadas principalmente para a transferência de tecnologia, o desenvolvimento de novos medicamentos e vacinas e a contratação de profissionais para atuar no Brasil. Mais recentemente, implantou-se o Programa Mais Médicos (PMM), por meio de acordo firmado com o governo cubano, contando com a colaboração de médicos cubanos para atuar na atenção primária à saúde.

O PMM foi criado em 2013 a partir da Medida Provisória n. 621, de 8 de julho de 2013 (BRASIL, 2003c), e pela Lei n. 12.871 (BRASIL, 2013b). Tem como objetivo reduzir a escassez e má distribuição de médicos no país e criar novos cursos de medicina em áreas com carência destes profissionais. O provimento de médicos foi normatizado pela Portaria Interministerial n. 1.369, de 8 de julho de 2013, que institui o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) como uma das estratégias integrantes do PMM (BRASIL, 2013a).

Portanto, semelhante a outros países que enfrentaram a ausência ou escassez de médicos em determinadas regiões, a partir do PMM, o Brasil permite a vinda de médicos estrangeiros, que desenvolvem suas atividades com licença provisória do Conselho Regional de Medicina. Tal licença permite que os médicos estrangeiros atuem somente durante o prazo estabelecido no contrato firmado e restringe o exercício das atividades às unidades básicas de saúde (UBS) da região onde forem alocados.

O PMM não só busca acabar com o persistente problema da escassez de médicos, principalmente nas áreas rurais e de difícil acesso, mas também possui componentes relacionados à formação médica e a melhorias na estrutura das UBS. Desta forma, o PMM tem o potencial de reduzir inequidades em saúde como também de fortalecer a rede de atenção primária à saúde.

De acordo com boletim do Observatório de Análise Política em Saúde (2017), até 2017 o PMM já havia sido implantado em 4.058 municípios, a partir da atuação de cerca de 18 mil médicos. Estudos apontam resultados positivos do PMM, tais como maior quantidade de médicos atuando na APS, aumento no número de consultas, ampliação de visitas domiciliares e redução de municípios com escassez deste profissional, como áreas rurais, quilombolas, abaixo da linha da pobreza, distantes dos grandes centros, e áreas indígenas (GIRARDI et al., 2016; PEREIRA; PACHECO, 2017; TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2014).

Apesar dos avanços relevantes alcançados pelo PMM na organização da APS, é importante destacar os desafios da implementação da política de saúde brasileira na conjuntura atual de redução de recursos. No presente contexto, marcado por crise econômica, ajuste fiscal e contingenciamento de recursos orçamentários voltados ao desenvolvimento de políticas sociais, o SUS, mais especificamente a APS, encontra-se em risco. Ao analisar as novas regras fiscais sobre gastos de recursos federais para a saúde, vigentes a partir de 2016, os autores Vieira e Benevides (2016) apontam que haverá redução de despesa federal com saúde. Os autores destacam que, “[...] em comparações internacionais, o gasto público com saúde do Brasil se situa abaixo do gasto de países que possuem sistema universal de saúde, e mesmo abaixo do gasto de países da América Latina nos quais a saúde não constitui um dever do Estado” (VIEIRA; BENEVIDES, 2016, p. 9).

Portanto, os recursos voltados à implementação do SUS, que já eram considerados insuficientes, serão reduzidos após a aprovação da Emenda Constitucional n. 95, de 2016. Esta emenda instituiu um novo regime fiscal, limitando por 20 anos o crescimento das despesas primárias à taxa de inflação (BRASIL, 2016). Em nome disso, a implementação da política de saúde está sendo afetada, o que certamente acarretará a redução do acesso da população à atenção à saúde.

Percurso Metodológico

O estudo foi realizado na comunidade quilombola de Jurussaca, mesorregião do nordeste do Pará, localizada a 11 km da sede do município e a 9 quilômetros da UBS mais próxima. A população da comunidade oscila entre 500 e 600 pessoas, com aproximadamente 90 famílias. A comunidade foi titulada em 2002 pelo Instituto de Terras do Pará (Iterpa). A principal atividade econômica desenvolvida é a agricultura de subsistência, a partir do plantio da mandioca e do feijão.

Foi realizado um estudo de caso qualitativo, constituído por duas etapas de coleta dos dados, com as técnicas de entrevista semiestruturada e grupo focal. Os participantes da pesquisa foram constituídos por quatro grupos: usuários moradores da comunidade quilombola, profissionais de saúde da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) de referência da comunidade, gestores da Secretaria Municipal de Saúde e representante do Conselho Municipal de Saúde. A inclusão destes atores-chaves na pesquisa justifica-se pelo papel estratégico que cada grupo ocupa na comunidade bem como pelo conhecimento e experiência com o PMM, seja como usuários, seja no exercício do controle social ou na gestão da política, o que os capacita a analisar as repercussões do PMM na comunidade. Em relação aos gestores, foram convidados a participar aqueles envolvidos diretamente na coordenação da atenção básica. Já os profissionais e usuários quilombolas foram contatados na UBS onde o médico do PMM estava alocado.

Foram realizadas 30 entrevistas semiestruturadas, 1 grupo focal e anotações no diário de campo a partir do cotidiano de atendimento à comunidade pelos serviços de saúde, como consultas, visitas domiciliares e sala de acolhimento. Para a coleta de dados junto aos gestores e ao representante do conselho, foram realizadas entrevistas semiestruturadas. No caso dos usuários, além das entrevistas, foi conduzido um grupo focal com 12 usuários atendidos pelo médico do PMM, buscando apreender percepções sobre o programa bem como suas repercussões na atenção à saúde da comunidade.

O projeto de pesquisa matriz, do qual esta investigação faz parte, foi submetido e aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa. Além disso, antes de iniciar as entrevistas e grupos focais, foram apresentados os objetivos e a justificativa da investigação e disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi lido e posteriormente assinado pelos interessados em participar da pesquisa.

Para o exame dos dados, adotou-se a técnica de análise de conteúdo, com foco nas etapas empregadas por Bardin (2010): pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados. Na execução das etapas de análise, utilizou-se como ferramenta de apoio o *software* Atlas-ti, procedendo assim à sistematização e categorização das informações e à análise à luz da literatura, com foco nas questões pertinentes ao estudo.

Desta forma, para a sistematização da coleta de dados, o conteúdo das entrevistas e do grupo focal foi transportado para o *software* Atlas-ti, com base em duas categorias, subdivididas em subcategorias: 1) atenção à saúde na comunidade: atividades de promoção e educação em saúde, atendimento do ACS, percepção sobre disponibilidade dos serviços de saúde no município e atendimento na UBS; e 2) mudanças/alterações na atenção à saúde após a im-

plantação do PMM: percepção sobre o PMM, planejamento do trabalho na UBS, percepção sobre atuação/atendimento do médico do PMM, mudanças observadas com a chegada do médico na unidade de saúde.

“Não vou beber chá de receita”: atenção à saúde na Comunidade Quilombola

A comunidade quilombola configura-se como uma das subáreas sob a responsabilidade da ESF 1, que é composta por médico do PMM, enfermeira, odontóloga, duas técnicas de enfermagem, auxiliar de enfermagem, sete ACS, auxiliar de serviços gerais, duas agentes administrativas e técnica de saúde bucal. A ESF atende dez subáreas, todas rurais, e fica a cerca de 15 quilômetros da sede do município.

De acordo com usuários, profissionais e gestores, as principais enfermidades que acometem a comunidade são: hipertensão, diabetes, diarreia, problemas na coluna, anemia e resfriado. Em menor número, foram relatadas doenças como câncer, anemia falciforme e depressão. A atenção à saúde da comunidade ocorre por meio de: 1) atuação do técnico de enfermagem; 2) realização do comando médico na comunidade; 3) participação dos usuários nas ações e atividades ofertadas pela UBS 1; 4) aquisição de planos funerários; e 5) utilização de medicina alternativa.

A comunidade está sem ACS há mais de quatro anos. Buscando sanar temporariamente essa ausência, e após mobilização e reivindicação dos moradores, a Secretaria de Saúde designou um técnico de enfermagem para desempenhar as atribuições do ACS.

A secretaria colocou um menino, um técnico de enfermagem para trabalhar na comunidade, mediante a reivindicação da comunidade, porque tinha muito hipertenso, diabéticos e tal, pra tá dando esse suporte até a inauguração da UBS. Eu vejo isso como uma conquista, porque eu entendo que a comunidade entendeu que é um direito dela, né, e a gestão não disse não, realmente atendeu, né, que foi uma reivindicação dos próprios moradores (representante do Conselho de Saúde).

Assim como o representante do conselho, os moradores da comunidade avaliaram como positiva a atuação do técnico de enfermagem, no entanto, alguns ressaltaram que,

[...] ajudou muito pra gente esse menino andar por aqui, vim visitar a gente, fazer o curativo nos pés dos idosos. Agora, só tem um e a comunidade é grande, é uma longa distância das casas, e aí fica difícil ele ver todo mundo que precisa. Dizem que ele tá só para conversar com pessoas com pressão descontrolada e aqueles diabéticos (usuário, 78 anos).

Além da atuação do técnico de enfermagem, a equipe da UBS 1 realiza o Comando Médico, ação que ocorre mensalmente ou a cada 45 dias, dependendo da disponibilidade dos profissionais. Consiste no deslocamento da equipe da UBS até a comunidade, durante uma manhã, para a realização de atendimento médico, odontológico e de enfermagem.

Pergunta: Normalmente os moradores vêm no Comando pra quê? Para consultar? É pra consultar também, porque é assim, tem avaliação do Bolsa Família que a gente faz, que aqui não tem ACS, a gente que faz. Aí a gente veio mês passado, pesamos tudinho, agora só faltou um pouco pra pesar. Mas todo mês a doutora vem consultar,

a enfermeira vem pra consultar também, orientar tudinho. Aí a gente faz vacina também, entrega remédio quando tem, a gente faz um monte de coisas (profissional de saúde).

Com o Comando se resolve em parte, em parte, mas não pode resolver tudo. A equipe faz uma vez por mês, faz o atendimento lá na comunidade. Eu tenho planejado visita lá, visita normal de acompanhamento. Lá ainda não tem ACS, tem o técnico de enfermagem, que faz essa função de todos (médica da UBS 1).

Apesar de concordarem com os profissionais sobre a importância do atendimento itinerante, os moradores destacaram as limitações da ação, uma vez que não há uma periodicidade estabelecida para sua ocorrência e também, muitas vezes, o Comando acontece com ausência de profissionais, principalmente da odontologia. Além disso, ressaltam que nem sempre a equipe leva medicamentos e vacinas, sendo necessário o deslocamento dos usuários para a UBS após as consultas.

A outra forma de acesso dos quilombolas ao atendimento à saúde ocorre por meio da participação nas ações e atividades realizadas na UBS. No entanto, os usuários quilombolas destacam algumas barreiras para acesso ao atendimento, principalmente o deslocamento, tendo em vista a distância entre a comunidade e a UBS.

Em relação à UBS, há poucos relatos de realização de atividades coletivas. Na maioria das vezes, os usuários vão para consultas individuais com a médica, enfermeira ou odontóloga. Suas falas indicam que não há vínculo com a equipe e que é reduzida a participação nas atividades ofertadas pela UBS. Além disso, relatam a preferência pelo hospital, afirmando que só procuram os serviços de saúde quando “não tem mais jeito”. Buscam uma atenção relacionada à consulta individualizada e têm uma lógica de resolutividade vinculada a medicação e exames: “[...] as dificuldades maior é sobre o remédio do posto, porque nunca tem, então o que eu vou fazer lá? Não vou beber chá de receita, a gente chega lá quase morrendo e não tem remédio” (usuária, 46 anos).

No entanto, há nuances nas falas dos usuários. Se, por um lado, há uma valorização e procura maior por serviços hospitalares, por outro lado, reivindica-se uma UBS na comunidade quilombola e a ampliação de visitas domiciliares, demonstrando um desejo pela oferta adequada de serviços de prevenção e educação em saúde, buscando uma substituição ao modelo tradicional de assistência, focado na cura de doenças (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

Outra questão apontada pelos usuários é a existência de preconceito no atendimento. Eles afirmam que preferem ir para o hospital do que para a UBS, porque há um tratamento diferenciado na UBS. Para eles, os quilombolas são tratados de forma diferente:

Eu acho que existe um certo preconceito, preconceito sim, tem alguma coisa estranha que até agora eu não entendi direito, mas a gente é tratado diferente (usuário, 68 anos).

Lá em [UBS 1], às vezes eles ficam colocando os de lá na frente e a gente fica por último e muita das vezes a gente chegou primeiro. Eu me sinto, eu prefiro não ir. Quando não, eu pego o ônibus e vou bater lá na cidade (usuária, 43 anos).

O pessoal de [UBS 1] atende o pessoal daqui mal, acho que é porque a gente é da raça negra, somos pretos, né? (usuária, 66 anos).

Apesar de um dos profissionais da UBS afirmar que realmente os usuários quilombolas já se queixaram sobre o atendimento, gestores e representante do conselho desconhecem tal queixa: “[...] é, eles alegam, assim, que não gostavam daqui do posto, o atendimento das pessoas que trabalham não é legal com eles. Eles achavam que eram discriminados, entendeu?” (profissional de saúde).

O racismo institucional é também chamado de discriminação indireta, tendo em vista que se apresenta velado em muitas situações, ou seja, os atos não são declarados explicitamente, por isso, não são facilmente detectados ou comprovados. De acordo com Jaccoud (2008), ele atua no nível das organizações, nos procedimentos cotidianos, promovendo o acesso diferenciado a serviços e bens.

Desta forma, apesar das possibilidades de acesso apresentadas, os usuários quilombolas relatam dificuldades de acesso aos serviços de saúde do SUS. Uma alternativa utilizada por eles é a aquisição de planos funerários em que os associados e seus dependentes pagam uma taxa mensal ou uma anuidade de valor baixo, se comparado aos serviços de saúde suplementar, e têm direito a serviços que extrapolam a natureza do negócio. Assim, as funerárias oferecem para os associados desconto no valor de consultas médicas, tratamento odontológico, exames laboratoriais e transporte de ambulância para pessoas com dificuldade de locomoção.

É tipo um seguro que a gente paga, né? Aí fecha o negócio com uma funerária e dá direito às coisas, pode fazer exames, consultas, tem transporte do doente, dentadura você dá metade e eles dá metade, aí a gente tem desconto. E tem também, Deus me livre e guarde, a gente morre, eles dão o caixão, a urna (usuária, 62 anos).

O chamado *cartão de desconto* ofertado pelos planos funerários não tem uma regulamentação da Agência Nacional de Saúde (SANTOS et al., 2008). Esses benefícios em vida dados pelas funerárias, como assistência médica, clínicas e laboratórios, são comparados aos serviços de saúde suplementar; no entanto, a falta de regulamentação e fiscalização dos órgãos de saúde pode acarretar serviços de má qualidade, trazendo prejuízos aos usuários.

A utilização de serviços privados, seja na forma de compra de planos funerários, seja na de compra de medicamentos e realização de exames particulares pela comunidade quilombola, demonstra que, mesmo sem condições financeiras, as lacunas na atenção à saúde pública têm levado à ampliação da procura pela rede privada de atenção à saúde (BOING et al., 2014).

Outra alternativa, tradicional e de cunho cultural, adotada pela comunidade para sanar as dificuldades de acesso à rede de serviços de saúde é a utilização da medicina alternativa a partir do preparo de chás, garrafadas e benzeção. Tal prática demonstra o recurso a saberes ancestrais que contribuem localmente para a proteção e promoção da saúde dos moradores e evidencia o pluralismo terapêutico existente nestas comunidades (ABREU, 2012). A prática da medicina popular é relatada por diversos estudos relacionados à atenção à saúde em comunidades quilombolas (AMORIM et al., 2013; FREITAS et al., 2009; VOLOCHKO; BATISTA, 2009). A comunidade também relata o costume de se automedicar, não só com remé-

dios caseiros, como também alopáticos. “A gente tinha muita rezadeira aqui com nós, aí foi morrendo tudinho. Agora ainda tem gente que reza de quebranto, de mau olhado, e agora a gente tem só um pajé, que faz outras rezas” (usuária, 58 anos).

Percebe-se que a atenção à saúde da comunidade ocorre tanto pela participação nos serviços de saúde ofertados quanto pelo uso da medicina alternativa. Uma questão que chama a atenção é a necessidade de fortalecimento do modelo de atenção à saúde voltado à promoção da saúde. Os vínculos dos usuários quilombolas com a ESF de referência estão fragilizados, já que se busca como primeira instância de tratamento os conhecimentos advindos da sabedoria popular e medicina alternativa, depois a automedicação e, somente após este percurso, os serviços da UBS ou do hospital na cidade.

“Santo de casa não faz milagre”: percepção dos atores sociais sobre repercussões do Programa Mais Médicos na atenção à saúde da Comunidade Quilombola

Desde a implantação do PMM, em 2013, três médicos cubanos atuaram na UBS 1. Apesar da tendência de procurar serviços de saúde na cidade e das queixas em relação ao atendimento na UBS de referência, muitos moradores da comunidade frequentam a UBS e foram atendidos pelo médico do PMM, possibilitando assim uma análise sobre a atenção à saúde a partir do PMM com base na percepção tanto dos usuários quilombolas como de outros atores sociais envolvidos no estudo.

A questão mais recorrente nas falas dos entrevistados diz respeito à qualidade das consultas médicas com a chegada dos médicos do PMM. Tanto usuários quanto profissionais tendem a realizar uma comparação entre médicos cubanos e médicos brasileiros que participaram da equipe da ESF anteriormente.

Eu acho que foi uma boa ideia do governo trazer esses médicos, porque eles faz o trabalho direito, eles são bons profissionais, e às vezes santo de casa não faz milagre, às vezes os brasileiros não tão agindo direito, né, porque é difícil conseguir um brasileiro para ficar um tempinho maior aqui na área, sempre vai embora logo (usuária, 43 anos).

O atendimento é avaliado como satisfatório pelos entrevistados, que relatam que a consulta é muito boa porque recebem atenção e explicações sobre as enfermidades e têm espaço para verbalizar o que sentem. Resultados semelhantes em relação à avaliação positiva e satisfação dos usuários foram encontrados em outros estudos sobre o PMM (BRITO, 2014; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2015).

Ainda em relação à percepção sobre o PMM, os gestores do município destacaram os ganhos sociais e de atenção à saúde alcançados com a atuação dos médicos do programa. Avaliam que houve aumento do número de consultas e, conseqüentemente, de solicitação de exames e medicamentos. Este resultado converge com outros estudos sobre o PMM, mostrando as alterações nos serviços de saúde de atenção primária após a implantação do programa (MOLINA et al., 2014; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2015; TRIBUNAL DE CONTA DA UNIÃO, 2014). Destacam a humanização dos atendimentos e o fortalecimento da atenção básica, uma vez que os médicos cubanos realizam atividades de educação em saúde.

Para o médico cubano que atua na área quilombola, a experiência de atuar no Brasil tem sido muito rica e proveitosa. Ele ressalta que tal oportunidade permite o conhecimento do SUS e também da realidade de saúde de municípios pequenos. Destaca que a atuação na comunidade quilombola é um desafio, principalmente porque a área tem muitos moradores com doenças crônicas que não eram acompanhados de forma sistemática pela UBS.

É um desafio que nós enfrentamos porque, no acompanhamento médico, eu pergunto: 'não está tomando o remédio por quê? E os médicos não falaram para você que tem uma doença crônica, que então necessita tomar remédio a vida toda?' Eles não sabem, então toma remédio trinta dias, enquanto dura, e não toma mais. Então tem muitos hipertensos, diabéticos que não acompanham a enfermidade, que não sabe quase nada sobre estas doenças, então necessita de educação em saúde, palestras, e mudar os hábitos (médico da UBS 1).

Essa reflexão trazida pelo médico é uma realidade na comunidade quilombola. Vários moradores entrevistados relataram a não assiduidade na utilização dos medicamentos para controle das doenças crônicas, e alguns destacaram que tiveram conhecimento da necessidade de utilização contínua somente após consultas com o médico e enfermeiro.

De acordo com os profissionais entrevistados, as ações de educação em saúde ocorrem tanto na UBS, por meio de palestras, quanto no âmbito individual no momento dos atendimentos realizados pela equipe. Alguns dos profissionais entrevistados destacaram que as ações de educação em saúde foram intensificadas com a chegada do PMM, uma vez que o médico tem uma postura de maior envolvimento com a realização de ações coletivas e também desenvolve ações nas visitas domiciliares. O médico cita que várias enfermidades estão relacionadas às condições de higiene e aos hábitos alimentares dos usuários.

Eu sempre falo para eles, o remédio é um bem, mas só resolve uns 25%, e o resto, os 75%, tem que ser a dieta, é o que a senhora come, principalmente nos casos de diabetes. Mas aí é difícil, tem que conversar muito com eles para tentar ver se comem menos gorduras, sal, farinha, que é o que consomem muito nessa região (médico da UBS 1).

Helman (2003) chama atenção, no entanto, para a necessidade da não culpabilização do usuário pela enfermidade, já que a má saúde de uma população está associada à cultura, mas também à situação econômica e social. Desta forma, os problemas de saúde estão relacionados à situação alimentar, à higiene e ao estilo de vida, devendo ser compreendidos em sua totalidade, inclusive considerando as dificuldades de nutrição, habitação, saneamento e destinação de lixo, que podem estar fortemente relacionadas à situação de saúde da coletividade.

O médico ressalta que, além da hipertensão e diabetes, os moradores enfrentam problemas de saúde relacionados à obesidade e diarreia. À condição social desfavorável das famílias está aliada a questão da falta de informação em saúde, o que acaba sendo um fator de vulnerabilidade para os moradores. Por isso, o médico considera a visita domiciliar uma estratégia importante para compreender a realidade dos moradores, bem como buscar elementos que os auxiliem na promoção da saúde a partir de suas práticas e saberes.

Eu acho interessante porque a médica, quando vai na casa, vai para fazer a visita, ela se preocupa muito, ela quer saber de tudo, do lixo, da fossa, do banheiro, da água... Pergunta também da comida que eles comem, quer saber muita coisa, e é bom, né, porque aí ela conversa com a família, e às vezes eles até muda um pouquinho os costumes que às vezes faz mal, e melhora a saúde (profissional de saúde).

A visita domiciliar é um importante instrumento de comunicação, podendo facilitar o processo de vínculo entre usuários e equipe de saúde. Além disso, permite uma aproximação com a realidade das famílias, bem como a detecção de situações de vulnerabilidade e inequidades, garantindo, assim uma maior integralidade do cuidado (BARROS; CHIESA, 2007; FREITAS et al., 2012). Apesar da importância de sua realização, moradores e profissionais ressaltam que antes do PMM as visitas domiciliares, principalmente de médicos à comunidade, eram praticamente inexistentes, o que fragilizava muito a atenção à saúde na comunidade. “Para mim, a chegada do médico foi excelente, até porque, antes do Mais Médicos, o pessoal tinha uma dificuldade enorme de fazer visita, praticamente não existia visita domiciliar” (profissional de saúde).

Outra alteração importante desde a implementação do PMM é a busca pelo fortalecimento de um modelo de atenção que priorize as ações de promoção da saúde.

[...] É caro, mas os pacientes adoram tomografia e ressonância e nas consultas eles sempre pedem. Eu explico, tento fazer um processo de educação em saúde, porque nem sempre precisa de exames especializados, na consulta já é possível chegar a um diagnóstico, ou então com exames mais simples (médico da UBS1).

[...] No programa [Mais Médicos], a gente tem um médico que trabalha atenção básica mesmo. Os exames que eles solicitam realmente são aqueles que são mesmo necessários, enquanto que os outros médicos não, as pessoas têm facilidade, é só falar: “Dr., passa uma tomografia pra mim”, aí uns já passam. Agora, os cubanos, não, eles verificam a necessidade (gestor da Secretaria de Saúde).

Tanto gestores como profissionais entrevistados destacaram que o médico recorre a exames somente quando avalia sua necessidade para completar o diagnóstico. O médico observa a expectativa comum dos usuários de que na consulta sejam solicitados muitos exames, no entanto, ressalta a importância de que, na atuação da ESF, sejam priorizadas ações de educação em saúde.

A tentativa de fortalecimento do modelo de atenção voltado à prevenção é fundamental, tendo em vista que, apesar de o SUS preconizar uma lógica de atenção voltada à promoção da saúde, os usuários tendem a procurar uma atenção hospitalocêntrica e medicalizada, uma vez que encontram falhas na implementação da atenção básica da UBS. A Política Nacional da Atenção Básica define que ações em saúde sejam voltadas para o território, de forma continuada e integral (BRASIL, 2011). Além disso, a atenção deve ter como base o vínculo entre usuários e equipe de saúde, garantindo a continuidade e longitudinalidade do cuidado (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Além da ampliação de visitas domiciliares e de ações de educação em saúde, outra mudança percebida em relação à atuação do PMM foi o maior envolvimento do profissional médico

no planejamento das ações não só na UBS, mas também em fóruns de discussão da política de saúde.

Apesar das diversas mudanças relatadas pelos atores sociais em relação à UBS após atuação do PMM, a experiência de atenção à saúde na comunidade quilombola pode ser considerada um exemplo de que uma atenção à saúde mais satisfatória depende não só do provimento de médico, mas também de mudanças na organização dos serviços e de condições adequadas de infraestrutura para a UBS e a rede de serviços ofertados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados da pesquisa apontaram que a comunidade quilombola apoia a iniciativa governamental de implantação do PMM e faz uma avaliação positiva sobre a atuação médica na UBS, ressaltando a qualidade no atendimento e o aumento de visitas domiciliares. Assim como os usuários, os gestores veem como positiva a adesão do município ao programa.

Em relação à atenção à saúde, de modo geral, os resultados mostraram a insuficiência dos serviços de saúde para garantir um atendimento integral à comunidade quilombola, uma vez que a comunidade não tem ACS, a UBS é distante e os *comandos médicos* são realizados numa temporalidade espaçada. Tal lacuna na atenção à saúde reforça a fragilidade dos vínculos entre equipe da ESF e usuários e contribui para inverter a lógica do modelo de atenção, tendo em vista a procura da medicina curativa/hospitalar. Além disso, a oferta insuficiente de recursos pelo SUS reforça uma lógica privada de assistência, pois os usuários passam a buscar os serviços privados para realizar exames e adquirir medicamentos, muitas vezes, por meio da adesão e pagamento de planos funerários, que oferecem outros benefícios.

Portanto, para a garantia de maior acesso da comunidade quilombola aos serviços de saúde é importante melhorar o atendimento na UBS, a infraestrutura e o serviços de contrarrefeição. Fundamentalmente, é preciso compreender as especificidades das demandas das comunidades quilombolas e suas características socioculturais e de saúde para contribuir na redução das inequidades em saúde, ainda presentes na realidade estudada.

REFERÊNCIAS

- ABREU, W. C. **Saúde, doença e diversidade cultural**: medicina e saúde. Lisboa: Instituto Piaget, 2012.
- AMORIM, M. M. et al. Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola Boqueirão, Bahia. **Bioscience Journal**, v. 29, n. 4, p. 1049-1057, 2013.
- ANDRADE, A. L.; LIMA, R. S. F. **Brasil-Cuba e as cooperações no campo da saúde**: Acordo para o Desenvolvimento de Medicamentos contra o Câncer e Doenças Autoimunes. Florianópolis: Observatório de Negociações Internacionais da América Latina, 2014.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BARROS, D. G.; CHIESA, A.M. Autonomia e necessidades de saúde na sistematização da assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. esp., p. 793-798, 2007.

BOING, A. C. et al. Influência dos gastos em saúde no empobrecimento de domicílios no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 5, p. 797-807, 2014.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Regula o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília [DF], 21 nov. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília [DF], 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS. Brasília, 2010.

BRASIL. Presidência da República. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil** Brasília (DF), 2011.

BRASIL. Presidência da República. Portaria Interministerial n. 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do “Projeto Mais Médicos para o Brasil”. Ministério da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília (DF), 2013a.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 23 out. 2013b. Seção 01, p. 42.

BRASIL. Presidência da República. Medida Provisória n. 621, de 8 de julho de 2013. Institui o “Programa Mais Médicos” e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 9 jul. 2013c. Seção 01.

BRASIL. Constituição (1988). **Emenda Constitucional n. 95, de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília (DF), 2016.

BRITO, L. M. **Programa Mais Médicos**: satisfação dos usuários das Unidades Básicas de Saúde de Ceilândia (DF) quanto ao atendimento médico. 2014. Monografia (Graduação em Saúde Coletiva)–Universidade de Brasília, Brasília (DF), 2014.

- CUNHA, E. M. G. P. Recorte étnico-racial: caminhos trilhados e novos desafios. In: BATISTA, L. E. et al. (Orgs.). **Saúde da população negra**. 2. ed. Brasília: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.
- FREITAS, D. A. et al. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 13, n. 5, p. 937-943, 2011.
- FREITAS, D. B. et al. A relação do lazer com a saúde nas comunidades quilombolas de Santarém. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Brasília (DF), v. 30, n. 2, p. 89-105, 2009.
- FREITAS, L.N.F. et al. Desafios da atenção básica frente às iniquidades em saúde. **Revista Opinião Filosófica**, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 50-59, 2012.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Brasil. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- GIRARDI, S. N. et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2675-2684, set. 2016.
- GONÇALVES, C. V. et al. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2507-2516, 2009.
- GUERRERO, A. F. H. **Situação nutricional de populações remanescentes de Quilombos do Município de Santarém, Pará – Brasil**. 2010. Tese (Doutorado em Saúde Pública)– Programa de Pós-Graduação da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.
- HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. 4. ed. Brasília (DF), 2011.
- JACCOUD, L. O combate ao racismo e à desigualdade: o desafio das políticas públicas de promoção da igualdade racial. In: THEODORO, M. (Org.). **As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição**. Brasília (DF): Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2008.
- LEAL, M.C. et al. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999- 2001. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, p. 100-107, 2005.
- LOPES, F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: BRASIL. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a equidade**. Brasília (DF), 2005.

MARIMÓN, T. N.; MARTINEZ, C. E. La cooperación técnica OPS/OMS y el aporte de Cuba en la erradicación de la polio en Angola. **Revista Cubana de Higiene y Epidemiología**, Havana, v. 47, n. 1, 2009.

MOLINA, J. et al. O Programa Mais Médicos e as Redes de Atenção à Saúde no Brasil. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 190-201, 2014.

MONJE VARGAS, J. A. **Salud de exportación**: economía política del conocimiento, cooperación internacional y modelos alternativos de desarrollo desde la salud pública cubana. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2014.

OBSERVATÓRIO DE ANÁLISE POLÍTICA EM SAÚDE. **Boletim Projeto Análise de Políticas de Saúde no Brasil (2013-2017)**. Salvador, ano 2017. Disponível em: <<http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletim/edicao/9/>> Acesso em: 28 maio 2018.

OLIVEIRA, S.K.M. et al. Saúde em comunidade rural quilombola: relato de experiência sob o prisma dos atributos da atenção primária à saúde. **Motricidade**, Portugal, v. 8, n. supl. 2, p. 83-88, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978, Alma-Ata, URSS**. Cuidados primários de saúde: relatório da Conferência. Brasília (DF): UNICEF, 1979.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Implementação do Programa “Mais Médicos” em Curitiba**: experiências inovadoras e lições aprendidas. Brasília (DF), 2015.

PAIM, J. S. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 343-347, jul./set. 2012.

PEREIRA, L. L.; PACHECO, L. O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e a garantia da atenção integral à saúde em áreas rurais na região amazônica, Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 21, supl.1, p. 1181-92, 2017.

SANTOS, F. P. et al. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1463-1475, 2008.

SANTOS, S. M. et al. Desigualdades raciais na mortalidade de mulheres adultas no Recife, 2001 a 2003. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 87-102, 2007.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde**: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: EDUFBA, 2006.

TORRES, A. P. B. **Qualidade de vida e autoestima de comunidades quilombolas no Estado de Sergipe**. 2013. Tese (Doutorado em Saúde e Ambiente)–Programa de Pós-Graduação da Universidade Tiradentes, Aracaju, 2013.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Auditoria operacional**: Programa Mais Médicos e

Projeto Mais Médicos para o Brasil; avaliação da eficácia do programa. TC no 005.391/2014-8. 2014.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, Brasília (DF), v. 10, n. 3, 2016.

VOLOCHKO, A.; BATISTA, L. E. **Saúde nos quilombos**. São Paulo: Instituto de Saúde, GTAE – SESSP, 2009.

Lucélia Luiz PEREIRA Trabalhou na concepção e no delineamento do estudo. Analisou e interpretou os dados e redigiu o artigo.

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB). Docente no Departamento de Serviço Social da UnB. Líder do Núcleo de Análise e Avaliação de Políticas Públicas (NAAPP). Realiza pesquisas nas áreas de Avaliação e Monitoramento de Políticas Sociais, Saúde, Saúde quilombola, Gênero e Raça.

Leonor Maria Pacheco dos SANTOS Trabalhou na interpretação dos dados e na revisão crítica do texto. Aprovou a versão final a ser publicada.

Pós-doutorado em Epidemiologia Materno Infantil, London School of Hygiene and Tropical Medicine (1992); Pós-graduação em Ciência dos Alimentos e Nutrição, Gent Universiteit, Belgium (1982); Doutorado (PhD) em Patologia, University of Tennessee Center for the Health Sciences, USA (1976). Docente no Departamento de Saúde Coletiva da UnB. Tem experiência em pesquisa nas áreas de Avaliação de Políticas de Saúde e Políticas Sociais, Gestão de Ciência e Tecnologia em Saúde, Segurança Alimentar, Nutrição Social, Epidemiologia, Hipovitaminose A e Anemia.

Estudo das Ações Diretas de Inconstitucionalidade do Programa Mais Médicos

Study of Direct Unconstitutional Action of the Programa Mais Médicos

Sindy Maciel Silva¹, Leonor Maria Pacheco Santos²

Resumo: O Programa Mais Médicos foi implantado sob a perspectiva de garantir a efetividade jurídica e social do direito à saúde. Ele integra um conjunto estratégico de ações para melhoria do atendimento aos usuários do SUS por meio de investimentos em infraestrutura de unidades de saúde e da inserção de profissionais médicos nas regiões de grande vulnerabilidade social e sanitária. O objetivo deste estudo é analisar as duas Ações Diretas de Inconstitucionalidade proposta junto ao Supremo Tribunal Federal, seu conteúdo e posições jurídico-doutrinárias dos atores envolvidos. O método utilizado foi de revisão bibliográfica de literatura acadêmico-científica, de documentos públicos e da legislação brasileira específica. Os resultados mostram que a política pública obedece aos preceitos constitucionais e apresenta-se como instrumento indispensável de eficácia social ao direito à saúde para as regiões prioritárias atendidas. Apontam, também, a necessidade de garantir uma maior integralidade na assistência e, para isso, sugere a implantação de um plano de carreira e salário para os médicos e todos os trabalhadores do SUS. Além, da realização de reformas no ensino médico e de discussões não unicamente sobre mais médicos; mas, sim a respeito de mais saúde para todos.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos; Ações Diretas de Inconstitucionalidade; Direito à Saúde

Abstract: Mais Médicos Program was established under the perspective of ensuring legal and social effectiveness of the right to health. It integrates a set of strategic actions to improve the service to SUS (Single Sistem of Health) users through investments in infrastructure of health unities and the insertion of medical professionals in extremely social and health vulnerable areas. The objective of this study is to analyze the two Direct Actions of unconstitutionality proposed by the Supreme Court, its content and legal - doctrinal positions of the actors involved. The method used was a literature review of the academic and scientific literature, public documents and specific Brazilian legislation. The results show that public policy meets the constitutional requirements and presents as indispensable social effectiveness of the right to health for priority regions. Yet highlight the need to ensure greater completeness. For this reason suggests the establishment of a career and salary plan to the doctors and all employees of the SUS, the reforms in medical

¹ Sanitarista (UnB). Assistente Técnica do Ministério da Justiça e Pesquisadora colaboradora do projeto análise da efetividade da iniciativa “Mais Médicos” na realização do direito universal à saúde e na consolidação das redes de serviços de saúde. Brasília/DF, Brasil. E-mail: sindy_ms@yahoo.com.br

² Pós-doutorado em Epidemiologia Materno Infantil pela London School of Hygiene and Tropical Medicine (1992); Pós-graduação em Ciência dos Alimentos e Nutrição pela Gent Universiteit, Belgium; Doutorado (PhD) em Patologia pela University of Tennessee Center for the Health Sciences, USA e Bacharelado em Química pela Universidade de São Paulo. É Professora Adjunta concursada no Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, onde atua em ensino, pesquisa, extensão; ministra aulas na graduação em Saúde Coletiva e orienta alunos de pós-graduação nos cursos de Mestrado Profissional, Mestrado Acadêmico e Doutorado em Saúde Coletiva. Brasília/DF, Brasil. E-mail: leopac@unb.br

education and for discussions not only about more doctors but about more health for everyone.

Keywords: Mais Médicos Program; Direct Unconstitutional Action; Right to Health;

Resumen: El programa Mas Médicos fue implantado para garantizar la efectividad jurídica y social del derecho a la salud. El integra un conjunto estratégico de acciones para mejorar la atención de los usuarios de SUS a través de inversiones en infraestructura de unidades de salud y de la inserción de profesionales médicos en las regiones de gran vulnerabilidad social y sanitaria. El objetivo de este estudio es analizar las acciones directas de inconstitucionalidad propuestos por el Tribunal Supremo, en su contenido y posiciones jurídico - doctrinales de los actores involucrados. El método utilizado fue la revisión bibliográfica de literatura académico-científica, de documentos públicos y de la legislación brasilera específica. Los resultados muestran que la política pública obedece a los preceptos constitucionales y se presenta como instrumento indispensable de eficacia social al derecho de la salud para las regiones atendidas prioritariamente. Apunta también a la necesidad de garantizar una mayor integralidad en la asistencia y para eso sugiere la implementación de un plan de carrera y salario para los médicos y todos los trabajadores de SUS, la realización de reformas en la educación médica y de discusiones no solamente sobre mas médicos sino también respecto de más salud para todos.

Palabras-clave: Programa Mas Médicos; Constitucionalidad; Derecho a la Salud

Introdução

A saúde é compreendida, constitucionalmente, como um direito social fundamental de todos e dever do Estado (artigos 6º e 196 da Constituição de 1988), garantido “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença, de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Art. 196, CF de 1988).

Nessa perspectiva, visando garantir a efetividade jurídica e social do direito à saúde, foi instituído a partir da Medida Provisória nº. 621, de 08 de julho de 2013, e convertido posteriormente na Lei nº. 12.871, de outubro de 2013 o Programa Mais Médicos (BRASIL, 2013d).

O Programa integra um conjunto estratégico de ações para a melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), por intermédio de investimentos em infraestrutura de hospitais e de unidades de saúde, além de inserir mais médicos nas regiões de grande vulnerabilidade social e sanitária, tanto em municípios pequenos ou médios quanto na periferia dos grandes centros (CAMPOS, 2013; VASCONCELOS, 2014).

A referida política tem como finalidade formar recursos humanos na área médica para o SUS sob a diretriz de oito objetivos. São eles: (I) diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS; (II) fortalecer a prestação de serviços na atenção básica em saúde no País; (III) aprimorar a formação médica no País e propiciar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; (IV) ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS; (V) fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço; (VI) promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; (VII) aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e funcionamento do SUS e (VIII) estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS (BRASIL, 2013c).

Os principais problemas dos serviços de saúde, a serem enfrentados pela citada política pública, são: (I) a baixa proporção de número de médicos para cada mil habitantes, que de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) é de 1,8. Essa proporção é considerada baixa se comparada a outros países da América Latina com perfil socioeconômico semelhante ao Brasil como a Argentina (3,2) e Uruguai (3,7), e de países que também possuem sistemas universais de saúde, como Canadá (2,0), Reino Unido (2,7), Portugal (3,9) e Cuba (6,7); (II) a má distribuição de profissionais médicos pelas regiões brasileiras; (III) a insuficiência da rede de atenção básica de saúde e (III) a consequente sobrecarga do SUS com atendimentos que poderiam ser evitados com serviços de prevenção (VASCONCELOS, 2014).

Depois dessa explicação inicial sobre o Programa Mais Médicos, algumas entidades e pesquisadores analisaram o impacto de sua aplicação no âmbito do direito à saúde, com base na normativa e política vigentes, principalmente as elencadas pela Constituição da República.

De acordo com o Parecer do Ministério Público Federal, nº. 3451/2014, o problema da escassez e a má distribuição de médicos advêm dos baixos índices de vagas nos cursos de graduação em Medicina e da localização do domicílio profissional e residencial. À vista disso, optou-se por ampliar o número de vagas no curso de graduação em medicina, atrair médicos estrangeiros com vistos temporários, para atuarem em caráter emergencial, preventivo e com prazo definido, delimitar regiões prioritárias de atuação e estabelecer as especialidades médicas mais demandadas (BRASIL, 2014b).

Por outro lado, a Diretoria Nacional do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) alega que a má distribuição de médicos pelo país, explicada pelas precárias condições de estrutura e trabalho, e a subordinação do setor da saúde à lógica de mercado, que viola o direito social previsto na Constituição, são os principais problemas do Sistema Único de Saúde.

Campos (2013) apoia o propósito do programa, mas questiona a forma de contrato, que recruta pessoal de “maneira canhestra, a margem da lei e sem o mínimo de segurança ao profissional” (CAMPOS, 2013). Defende que as contratações precárias são um dos principais problemas do SUS e propõe a criação de uma política de pessoal. Sobre a carreira médica, defende a criação de um interstício de cinco anos em que o profissional estaria obrigado a permanecer no posto.

A Associação Médica Brasileira (AMBR) e o Conselho Federal de Medicina (CFM) alegam que a medida do governo retira dos conselhos regionais de Medicina a competência para avaliar a qualidade profissional do médico intercambista (BRASIL, 2014a). E Di Jorge (2013), questiona a natureza jurídica dos termos firmados, em especial a forma de contratação estranha semelhante à terceirização de mão de obra final, que é vedado pela administração pública.

Atualmente, tramitam no Supremo Tribunal Federal duas Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADIns) sobre o Programa Mais Médicos e em ambas o Relator é o Ministro Marco Aurélio Mello. A primeira ADIn nº 5.035-DF é impetrada pela Associação Médica Brasileira (AMBR) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM); e a segunda ADIn nº 5.037-DF é impetrada pela Confederação Nacional dos Trabalhadores Liberais Universitários Regulamentados (CNTU).

Depois da especificação do Programa Mais Médicos e analisando os argumentos das entidades e pesquisadores, temos como objetivo principal reunir e analisar as duas Ações Diretas de Inconstitucionalidade proposta junto ao STF, seu conteúdo e as posições jurídico-doutrinárias dos atores envolvidos.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa. O método utilizado foi de revisão bibliográfica de literatura e de documentos públicos visando estudar a constitucionalidade do Programa Mais Médicos, a partir das posições da Câmara dos Deputados, do Senado Federal, da Presidência da República, da Advocacia-Geral da União e da Procuradoria Geral da República.

A pesquisa limitou-se a trabalhar com a legislação brasileira, em especial a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a Medida Provisória nº 621/2013 a Lei nº 12.871/2013, as ADIns nº 5.035-DF e nº 5.037-DF e os Pareceres da Procuradoria Geral da República (PGR) nº 3451/2014 e nº 3452/2014; além, da literatura acadêmico-científica na área.

Resultados e Discussão

A Associação Médica Brasileira (AMBR) e o Conselho Federal de Medicina (CFM) entraram, em agosto de 2013, com um pedido de Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIn) no Supremo Tribunal Federal (STF) contra o art. 7º, I, II, e §§ 1º, 2º e 3º; art. 9º, I, II, III, e § 1º; art. 10, §§ 1º, 2º, 3º e 4º; e art. 11 da Medida Provisória 621.

A ADIn nº 5.035-DF impugna a Medida Provisória nº 621/2013 e seu artigos: I) o art. 7º, I, II, e §§ 1º, 2º e 3º, que trata sobre a oferta do programa para médicos brasileiros e intercambistas e a ordem de prioridade durante a seleção; II) o art. 9º, I, II, III, e § 1º; que dispõe sobre os integrantes do projeto e as condições para participação dos médicos intercambistas; o art. 10, §§ 1º, 2º, 3º e 4º que trata das condições para o exercício da medicina para o médico intercambista; III) e o art. 11, que afirma que as atividades desempenhadas não criam vínculo empregatício de qualquer natureza.

A Ação baseia-se nos seguintes vícios de inconstitucionalidade: (I) ausência dos requisitos da relevância e da urgência; (II) violação ao direito à saúde; (III) violação aos direitos sociais dos trabalhadores e ao princípio do concurso público; (IV) violação ao princípio da isonomia; (V) violação à autonomia universitária; (VI) dispensa de comprovação de proficiência na língua portuguesa; e (VII) violação ao princípio da licitação pública e à proteção do mercado interno como patrimônio nacional (BRASIL, 2013a).

Ainda em agosto de 2013, a Confederação Nacional dos Trabalhadores Liberais Universitários Regulamentados (CNTU) também entrou com uma ADIn no STF contra a Medida Provisória 621 impugnando os art. 3º a 11, 13 e 14.

A ADIn nº 5.037-DF impugna a Medida Provisória nº 621/2013, além dos artigos já citados na primeira ADIn nº 5.035-DF, os seguintes: I) o art. 3º que trata da autorização para o funcionamento de curso de graduação em medicina; II) os arts., 4º, 5º e 6º que tratam da formação médica no Brasil a partir de 1º de janeiro de 2015; o art. 8º que trata do curso de especialização ao qual estão submetidos os médicos participantes do programa; o art. 13 que trata das modalidades de bolsas custeadas pela União direcionadas aos médicos do programa; e o art. 14 que trata da seguridade obrigatória do Regime Geral de Previdência Social no âmbito do programa (BRASIL, 2013b).

A supracitada Ação baseia-se nos seguintes vícios de inconstitucionalidade: (I) violação ao princípio da legalidade; (II) ausência dos requisitos da relevância e urgência; (III) regulamentação de matéria relativa à cidadania, vedada em sede de medida provisória; (IV) mitigação do princípio do concurso público; (V) precarização das relações de trabalho, sem reconhecimento de vínculo empregatício; (VI) imposição de serviço civil obrigatório aos estudantes do curso de graduação em Medicina; (VII) violação à liberdade profissional e exercício ilegal da Medicina, sem revalidação do diploma dos médicos estrangeiros; (VIII) dispensa de proficiência na língua portuguesa; (IX) inexigência de reciprocidade dos direitos assegurados aos estrangeiros; (X) violação ao princípio da isonomia quanto à residência dos pacientes alcançados, se nos centros urbanos ou nas zonas rurais; e (XI) violação à autonomia universitária.

Em agosto de 2013, o Ministro Relator Marco Aurélio Mello solicitou a prestação de informações pelos interessados, manifestação da Advocacia-Geral da União (AGU) e parecer da Procuradoria-Geral da República (PGR).

A Câmara dos Deputados informou que a matéria foi processada pelo Congresso Nacional nos estritos trâmites constitucionais e regimentais. O Senado Federal julgou as ADIn's improcedentes, alegou que a análise dos requisitos da relevância e urgência da medida provisória compete ao Presidente da República e ao Congresso Nacional, somente se admitindo exame judicial na hipótese excepcional de abuso, o que não estaria demonstrado nesta ação. A Presidência da República e a Advocacia-Geral da União argumentaram sobre todas as alegações de inconstitucionalidade, sustentaram a presença

dos requisitos de relevância e urgência da medida provisória e concluíram pela improcedência dos pedidos (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b).

Em outubro de 2013, a Medida Provisória foi convertida na Lei nº. 12.871/2013. Em janeiro de 2014, a CNTU protocolou uma petição no Supremo Tribunal Federal, na qual afirmou que as alterações da lei de conversão não foram substanciais, não afetando o objeto da ação. A AMBR e o CFM também seguiram esse procedimento. As duas ADIns estão sendo julgadas no Supremo Tribunal Federal, e ambos os processos encontram-se conclusos ao Relator Ministro Marco Aurélio Mello.

Verifica-se no quadro 1, uma apresentação sucinta do mérito e alegação encontrados nas duas ADIn's e relaciona com os Pareceres da Procuradoria Geral da República (PGR) nº 3451/2014 e nº 3452/2014.

Quadro 1: Mérito e Alegação das ADIn's nº 5.035-DF e nº 5.037-DF relacionados com os Pareceres da Procuradoria Geral da República (PGR) nº 3451/2014 e nº 3452/2014.

Mérito	Alegação das ADIn's nº 5.035-DF e nº 5.037-DF	Parecer da PGR nº 3451/2014 e nº 3452/2014
1. Relevância e urgência da Medida Provisória	Não apresenta os requisitos constitucionais da relevância e da urgência, considerando que a situação da gestão da saúde pública no Brasil advém da incompetência e da ineficácia dos poderes e que as alterações curriculares no curso de graduação em Medicina somente valeriam a partir de janeiro de 2015.	A urgência é comprovada pelos dados alarmantes da precariedade do atendimento médico em milhares de municípios brasileiros.
2. Direito à saúde, exercício ilegal da Medicina e necessidade de revalidação de diploma estrangeiro.	Viola o direito à saúde, por admitir o exercício da medicina no país, sem a revalidação do diploma e por violar o princípio da legalidade.	É vedado o exercício da medicina fora do âmbito do projeto. Neste caso, a revalidação não constitui comando constitucional não havendo ofensa constitucional.
3. Direitos sociais dos trabalhadores e princípio do concurso público	Ofensa ao princípio do concurso público por violação aos direitos sociais dos trabalhadores, pois não reconhece vínculo empregatício e não garante os direitos trabalhistas.	O inciso IX do art. 37 da Constituição admite seleção simplificada para as contratações de pessoal por tempo determinado, uma vez demonstrada a necessidade temporária de excepcional interesse público.
4. Princípio da isonomia e moradia dos pacientes alcançados	Viola o princípio da isonomia ao admitir a atuação de médicos sem submissão aos mesmos requisitos e procedimentos exigidos para os médicos formados no Brasil. E a diferenciação no acesso à saúde segundo a localização do paciente.	A atuação dos médicos possui foco específico nas regiões prioritárias para o SUS na atenção básica. E as diferenças socioeconômicas entre as regiões brasileiras preexistem ao Programa e são expressamente reconhecidas pela Constituição.
5. Autonomia universitária	Viola a autonomia universitária, pois não exige a revalidação do diploma dos médicos formados em instituições de ensino estrangeiras.	Nada impede que a União institua, por meio de medida provisória, diretrizes curriculares específicas para o curso de Medicina e delegue competências gerenciais ao Ministro da Educação, determinando a adequação das instituições de ensino superior às novas regras.

Mérito	Alegação das ADIn's nº 5.035-DF e nº 5.037-DF	Parecer da PGR nº 3451/2014 e nº 3452/2014
6. Princípio da legalidade e comprovação de proficiência na língua portuguesa	A norma não exige nível de proficiência (definido pela Resolução 1.831 do CFM). E viola o princípio da legalidade por não apresentar os requisitos de relevância e urgência para a edição de medidas provisórias	Não há inconstitucionalidade no caso, pois uma norma de hierarquia superior (a lei) regulou de forma especial um assunto tratado de forma diversa em norma de hierarquia inferior (Resolução do CFM). E MP tem força de lei, podendo regulamentar as matérias que não lhe sejam vedadas pelo § 1º do art. 62 da Constituição, com a redação dada pela Emenda Constitucional 32, de 11 de setembro de 2001.
7. Licitação pública e mercado interno	Viola o princípio da licitação, previsto no art. 37, XXI, da Constituição, bem como a proteção do mercado interno como patrimônio nacional.	Os termos da Lei 8.745/1993 não se aplicam a Lei 866/1993 E o art. 219 da Constituição não é suficiente para se concluir pela reserva de mercado profissional em detrimento da contratação de médicos estrangeiros para exercerem atividades nas áreas da educação e da saúde no país.
8. Cidadania	Usurpação de competência do Poder Legislativo para estatuir sobre estrangeiros e a concessão de visto.	Não se trata de legislação sobre cidadania. Trata-se de nova modalidade de visto temporário, criada para os médicos intercambistas inscritos no programa.
9. Segundo ciclo do curso de graduação em Medicina	Alega que a instituição do segundo ciclo no curso de graduação em Medicina (art. 4º, II, da medida provisória) configura serviço civil obrigatório, violando o valor social do trabalho (art. 1º, IV, da Constituição), bem como as Convenções 29 e 122 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Convenção Americana sobre Direitos Humanos.	A norma não foi preservada na lei de conversão, de modo que o pedido perdeu o objeto.
10. Reciprocidade de direitos	Viola o princípio da reciprocidade de direitos, previsto no art. 12, § 1º, da Constituição, visto que não exige tratamento igual aos brasileiros nos países que enviarem médicos intercambistas para participarem do Programa Mais Médicos.	A reciprocidade em favor de brasileiros, prevista no art. 12, § 1º, da Constituição, refere-se ao ordenamento jurídico de Portugal e garante direitos aos portugueses com residência permanente no Brasil. Não se exige reciprocidade dos direitos assegurados porque se trata de uma política pública brasileira, orientada para os problemas, carências e realidade do Brasil e do SUS.

Fonte: ADIn nº 5.035-DF, ADIn nº 5.037-DF, Parecer da PGR nº 3451/2014 e Parecer da PGR nº 3452/2014.

* O quadro 1 não faz distinção das duas ADIn's devido a maioria dos vícios de inconstitucionalidade estarem presentes em ambas.

Sobre a ausência da relevância e urgência da medida provisória (mérito I da ADIn 5.035 e mérito II da ADIn 5.037), os requerentes alegam que a MP nº. 621/2013 não apresenta os requisitos constitucionais da relevância e da urgência, uma vez que a situação da gestão da saúde pública no Brasil advém da incompetência e da ineficácia dos poderes públicos, há décadas; e, que as alterações curriculares no curso de graduação em Medicina somente valeriam a partir de 1º de janeiro de 2015.

Os pareceres da PGR nº 3451/2014 e nº 3452/2014 sustentam que a realização do direito constitucional à saúde é indubitavelmente relevante, especialmente se considerada a carência de profissionais no âmbito do SUS e no foco na prevenção da saúde. A urgência é comprovada pelos dados alarmantes da precariedade do atendimento médico em milhares de municípios brasileiros.

Em relação à violação do direito à saúde (mérito II da ADIn 5.035), ao exercício ilegal da Medicina e a necessidade de revalidação de diploma estrangeiro (mérito VII da ADIn 5.037), os requerentes alegam inconstitucionalidade por admitir que estrangeiros e brasileiros formados no exterior exerçam a Medicina no país, sem a revalidação do diploma, por violar o princípio da legalidade (art. 5º, II, e art. 37, caput, da Constituição), e por não apresentar os requisitos de relevância e urgência para a edição de medidas provisórias.

Os pareceres da PGR nº 3451/2014 e nº 3452/2014 entendem que a revalidação não constitui comando constitucional, não havendo neste caso ofensa e que a medida provisória tem força de lei, podendo regulamentar as matérias que não lhe sejam vedadas pelo § 1º do art. 62 da Constituição, com a redação dada pela Emenda Constitucional 32, de 11 de setembro de 2001.

O Projeto Mais Médicos não prevê a revalidação do diploma estrangeiro de forma que o portador possa exercer a sua profissão em todo o território nacional, como se dispusesse de diploma brasileiro. Esse pode exercer a medicina exclusivamente para atividades de ensino, pesquisa e extensão, para áreas prioritárias para o SUS e para área de atenção básica em saúde.

Quanto à violação dos direitos sociais dos trabalhadores (mérito III da ADIn 5.035) e do princípio do concurso público (mérito III da ADIn 5.035 e IV da ADIn 5.037), os requerentes alegam que a MP nº. 621/2013 viola os direitos sociais dos trabalhadores, haja vista que não reconhece vínculo empregatício e não garante os direitos trabalhistas, viola o regime jurídico único dos servidores públicos, previsto na redação original do art.39 da Constituição, viola os incisos II e IX do art. 37 da Constituição, pois a admissão de médicos é feita sem concurso público e, mesmo que ocorresse em caráter temporário (inciso IX), não estaria caracterizada a situação de emergência ou calamidade pública.

Os pareceres da PGR nº 3451/2014 e nº 3452/2014 entendem que a natureza jurídica das contratações é definida no inciso IX do art. 37 da Constituição, que admite

seleção simplificada para as contratações de pessoal por tempo determinado, uma vez demonstrada a necessidade temporária de excepcional interesse público. E que a contratação se dá em caráter temporário, para atender as necessidades emergentes de excepcional interesse público.

Com relação à violação do princípio da isonomia e moradia dos pacientes alcançados (mérito IV da ADIn 5.035 e X da ADIn 5.037), os requerentes sustentam que a MP nº. 621/2013 viola o princípio da isonomia ao admitir a atuação profissional de médicos que não precisam se submeter aos mesmos requisitos e procedimentos exigidos para os médicos formados no Brasil e ao criar diferença no acesso à saúde segundo a localização do paciente, pois as condições de atendimento nos centros urbanos seriam muito superiores às da zona rural, visto que contariam com médicos devidamente formados e registrados no CRM da respectiva área de atuação.

Os pareceres da PGR nº 3451/2014 e nº 3452/2014 sustentam que a finalidade de atuação dos médicos do Programa MM é bastante específica, com foco especial nas regiões prioritárias para o SUS e na atenção básica. As diferenças socioeconômicas entre as regiões brasileiras preexistem ao Programa e são expressamente reconhecidas pela Constituição e mesmo que se considere válida a alegação, não há violação ao texto constitucional.

Acerca da violação à autonomia universitária (mérito V da ADIn 5.035 e XI da ADIn 5.037), os requerentes alegam que os arts. 3º, 4º, 6º e 8º da MP nº. 621/2013 violam a autonomia universitária e a gestão democrática do ensino público (arts. 206, VI, e 207 da Constituição).

Os pareceres da PGR nº 3451/2014 e nº 3452/2014 sustentam que a autonomia universitária para a organização curricular e programática dos cursos de graduação em Medicina já se encontrava limitada pelas diretrizes gerais estabelecidas em 2001 pela Câmara de Educação Superior. E que nada impede que a União, por meio da medida provisória e da respectiva lei de conversão, institua diretrizes curriculares específicas para o curso de Medicina, delegue competências gerenciais ao Ministro da Educação e determine a adequação das instituições de ensino superior às novas regras. Nessa perspectiva, não há violação à gestão democrática do ensino público, prevista no art. 206, VI, da Constituição.

Sobre a violação da legalidade (mérito I da ADIn 5.037) e comprovação de proficiência na língua portuguesa (mérito VI da ADIn 5.035 e VIII da ADIn 5.037) os requerentes alegam que a não exigência de proficiência na língua portuguesa violaria o preceito constitucional, pois a Resolução 1.831, 24/01/2008, do CFM exige que o médico com diploma de graduação obtido em universidade estrangeira apresente o Certificado de Proficiência em Língua Portuguesa para Estrangeiros (Celpe-Bras).

Os pareceres da PGR nº 3451/2014 e nº 3452/2014 sustentam que o Estatuto do Estrangeiro (Lei 6.815/1980) não exige a proficiência no idioma para a naturalização, mas apenas que o naturalizando saiba “ler e escrever a língua portuguesa”. O Programa MM exige que o médico participante tenha domínio da língua portuguesa, dedicando parte do primeiro módulo do curso de aperfeiçoamento ao estudo do idioma, onde a não demonstração de conhecimentos suficientes para a atuação do médico estrangeiro enseja a reprovação do candidato e a sua inadmissão no programa.

Não há inconstitucionalidade no caso, pois uma norma de hierarquia superior (a Lei) regulou de forma especial um assunto tratado de forma diversa em norma de hierarquia inferior (Resolução do CFM). Nesse caso, o conflito é resolvido por meio do princípio da hierarquia normativa.

Sobre a violação ao princípio da licitação pública e à proteção do mercado interno como patrimônio nacional (mérito VII da ADIn 5.035), os requerentes alegam que o intercâmbio de médicos estrangeiros viola o princípio da licitação, previsto no art. 37, XXI, da Constituição, bem como a proteção do mercado interno como patrimônio nacional.

O parecer da PGR nº 3451/2014 afirma que por se tratar de contratação, em caráter temporário, de profissionais estrangeiros, nos termos da Lei 8.745/1993, não se aplica a Lei 8.666 (institui normas para licitações e contratos da Administração Pública) de 21 de junho de 1993. E que o art. 219 da Constituição não é suficiente para se concluir pela reserva de mercado profissional em detrimento da contratação de médicos estrangeiros para exercerem atividades nas áreas da educação e da saúde no país. Portanto, não procede a alegação de ofensa ao patrimônio nacional.

Sobre a regulamentação de matéria relativa à cidadania (mérito III da ADIn 5.037), o requerente argumenta que ao garantir ao médico intercambista o visto temporário de aperfeiçoamento por três anos (art. 12), dispôs sobre cidadania, matéria que é vedada para essa espécie legislativa (art. 62, § 1º, I, “a”). Haveria, ainda, usurpação de

competência do Poder Legislativo para legislar sobre estrangeiros e a concessão de visto. O parecer da PGR nº 3452/2014 sustenta que a MP nº. 621/2013 dispõe sobre a entrada e permanência, no território nacional, do médico intercambista estrangeiro, inscrito no Projeto Mais Médicos, para o Brasil e de seus dependentes legais, mediante concessão de visto temporário válido por três anos prorrogáveis. Não se trata de legislação sobre cidadania. Trata-se de nova modalidade de visto temporário, criada para os médicos intercambistas inscritos no programa.

A competência da União para legislar sobre o tema é prevista no art. 22, XV, da Constituição e os direitos do intercambista, na qualidade de estrangeiro residente no país, continuam regidos pelo Estatuto do Estrangeiro (Lei 6.815, de 19/8/1980).

A respeito da imposição de serviço civil obrigatório aos estudantes do curso de graduação em Medicina (mérito VI da ADIn 5.037) o requerente alega que a instituição do segundo ciclo no curso de graduação em Medicina (art. 4º, II, da medida provisória) configura serviço civil obrigatório, violando o valor social do trabalho (art. 1º, IV, da Constituição), bem como as Convenções 29 e 122 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Convenção Americana sobre Direitos Humanos. O parecer da PGR nº 3452/2014 afirma que a norma não foi preservada na lei de conversão, de modo que o pedido perdeu o objeto.

O art. 4º da Lei 12.871/2013, já transcrito no tópico referente à relevância e urgência da medida provisória, dispõe que as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de Medicina serão definidos pelo Conselho Nacional de Educação (CNE). Os §§ 1º e 2º estabelecem o período mínimo do internato médico na graduação a ser desenvolvido na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, sob acompanhamento acadêmico e técnico.

Sobre a inexistência de reciprocidade dos direitos assegurados aos estrangeiros (mérito IX da ADIn 5.037), o requerente alega que a MP nº. 621/2013 não respeita o princípio da reciprocidade de direitos, previsto no art. 12, § 1º, da Constituição, visto que não exige tratamento igual aos brasileiros nos países que enviarem médicos intercambistas para participarem do Programa Mais Médicos. O parecer da PGR nº 3452/2014 sustenta que A reciprocidade em favor de brasileiros refere-se ao ordenamento jurídico de Portugal e garante direitos aos portugueses com residência permanente no Brasil.

Não há norma na Constituição que preveja que todos os direitos assegurados a estrangeiros devem seguir o princípio da reciprocidade em favor dos brasileiros. E não se exige reciprocidade dos direitos assegurados pelo Programa Mais Médicos porque se trata de uma política pública brasileira, orientada para os problemas, carências e realidade do Brasil e do SUS.

Nessa perspectiva, ambos os pareceres concluem, ante o exposto, o parecer é pela improcedência total do pedido e declara constitucionalidade da Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013, oriunda da conversão da Medida Provisória 621, de 8 de julho de 2013.

Conclusão

O Programa Mais Médicos, instituído por meio da Medida Provisória nº 621, de julho de 2013, e convertido, posteriormente, na Lei nº 12.871, de outubro de 2013, foi implantado sob a perspectiva de garantir a efetividade jurídica e social do direito à saúde. O programa integra um conjunto estratégico de ações para melhoria do atendimento aos usuários do SUS por meio de investimentos em infraestrutura de unidades de saúde e da inserção de profissionais médicos nas regiões de grande vulnerabilidade social e sanitária.

Após a análise das ADIn nº 5.035-DF e nº 5.037-DF e dos pareceres da Câmara dos Deputados, do Senado Federal, da Presidência da República, da Advocacia-Geral da União e da Procuradoria-Geral da República, entende-se que tal política pública não viola (normativamente) os preceitos constitucionais e apresenta-se como instrumento de eficácia social ao direito à saúde para as regiões prioritárias atendidas.

Por fim, a oferta de médicos deverá ser acompanhada de uma maior oferta de integralidade na assistência. Para isso, é imprescindível à implantação de um plano de carreira e salário para os médicos e todos trabalhadores do SUS (como prevê a proposta da Emenda Constitucional nº 454-A de 2009, que estabelece diretrizes para a organização da carreira única de Médico de Estado), a realização de reformas no ensino médico (com intuito de formar profissionais com perfil ético e humano que sejam capazes de garantir a integralidade da assistência e de atender as demandas de saúde da população brasileira) e fomentar maiores discussões não unicamente sobre mais médicos e sim a respeito de mais saúde para todos, para consolidação do direito fundamental à saúde.

Referências bibliográficas

BRASILa. Ministério Público Federal. Procuradoria Geral da República. Parecer Nº 3451/2014 – ASJCONST/SAJ/PGR. *Ação Direta de Inconstitucionalidade 5.035-DF*. Relator: Procurador-Geral da República Rodrigo Janot Monteiro de Barros. Brasília/DF, 28 de maio de 2014. Disponível em: http://noticias.pgr.mpf.mp.br/noticias/noticias-do-site/copy_of_pdfs/texto_4556767%20-3.pdf. Acesso em: 10 set. 2014.

BRASILb. Ministério Público Federal. Procuradoria Geral da República. Parecer Nº 3452/2014 – ASJCONST/SAJ/PGR. *Ação Direta de Inconstitucionalidade 5.037-DF*. Relator: Procurador-Geral da República Rodrigo Janot Monteiro de Barros. Brasília/DF, 28 de maio de 2014. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?incidente=4453685>. Acesso em: 10 set. 2014.

BRASILa. Supremo Tribunal Federal. *Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 5.035*. Requerentes: Associação Médica Brasileira (AMBR) e Conselho Federal de Medicina (CFM). Interessados: Presidente da República, Presidente da Câmara dos Deputados e Presidente do Senado Federal. Relator: Ministro Marco Aurélio. Brasília/DF, 23 de agosto de 2013. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudenciarepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=2554015&numeroProcesso=561836&classeProcesso=RE&numeroTema=5>. Acesso: 10 set. 2014.

BRASILb. Supremo Tribunal Federal. *Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 5.037*. Requerente: Confederação Nacional dos Trabalhadores Liberais Universitários Regulamentados (CNTU). Interessados: Presidente da República e Congresso Nacional. Relator: Ministro Marco Aurélio. Brasília/DF, 23 de agosto de 2013. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?incidente=4453685>. Acesso em: 10 set. 2014.

BRASILc. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 23 out. 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm. Acesso em: 09 ago. 2014.

BRASILd. Medida Provisória Nº 621, de 8 de junho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa Brasil*, Brasília, 09 de julho de 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2013/mpv/mpv621.htm. Acesso em: 09 ago 2014.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 outubro de 1988. Brasília/DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 10 set. 2014.

CAMPOS, G. W. de S. A Saúde, o SUS e o Programa Mais Médicos. *RADIS Comunicação e Saúde*. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/radis-na-rede/saude-o-sus-e-o-programa-mais-medicos>. Acesso em: 22 de ago. 2014

DI JORGE, F. M. Estudo Jurídico do Programa Mais Médico. *Acta JUS - Periódico de Direito*. São Paulo. v.1, n.1, p.24-34, 2013. Disponível em: http://www.mastereditora.com.br/periodico/20140216_201830.pdf. Acesso em: 22 ago. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Estadísticas Sanitarias Mundiales de 2011 e 2012*. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012_Full.pdf. Acesso em: 24 set. 2014.

PAIM, J. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: Matta, G. C.; LIMA, J. C. F. *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/6234>. Acesso em: 31 ago. 2014.

REZENDE, R. M. A Constitucionalidade dos Serviços Obrigatórios e o Programa Mais Médicos (Texto para Discussão nº 134). *Núcleo de Estudos e Pesquisas da Consultoria Legislativa*. Brasília: Senado Federal. Disponível em: <http://www12.senado.gov.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/textos-para-discussao/td-134-a-constitucionalidade-dos-servicos-obrigatorios-e-o-programa-mais-medicos>. Acesso em: 31 ago. 2014.

SAUDE EM DEBATE. O SUS precisa de Mais Médicos e de Muito Mais! *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v.37, n.97, p.200-207, 2013. Disponível em: <http://cebes.com.br/site/wp-content/uploads/2014/03/o-sus-precisa-de-mais-medicos-e-de-muito-mais.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2014.

VASCONCELOS, D. B. Programa Mais Médicos: Exegese Constitucional da Política. Em: STRAPAZZON, C. L., RECH, A. U. e PRUX, O. I. *Direitos Sociais e Políticas Públicas III*. Florianópolis, CONPEDI, 2014, 517 p.

Recebido para publicação em 21 de janeiro de 2015.
Admitido para publicação em 16 de abril de 2015.

Cost of providing doctors in remote and vulnerable areas: *Programa Mais Médicos* in Brazil

Everton Nunes da Silva,¹ Maíra Catharina Ramos,¹ Wallace Santos,¹
Davide Rasella,² Aimê Oliveira,¹ and Leonor Maria Pacheco Santos¹

Suggested citation

Silva EN, Ramos MC, Santos W, Rasella D, Oliveira A, Santos LMP. Cost of providing doctors in remote and vulnerable areas: *Programa Mais Médicos* in Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e11. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.11>

ABSTRACT

Objective. To evaluate the *Programa Mais Médicos* (More Doctors Program; PMM) in Brazil by estimating the proportional increase in the number of doctors in participating municipalities and the program costs, stratified by cost component and funding source.

Methods. Official data from the 2013 edition of *Demografia Médica no Brasil* (Medical Demography in Brazil) was used to estimate the number of doctors prior to PMM. The number of doctors at the end of the fourth PMM recruiting cycle (July 2014) was obtained from the Ministry of Health. Cost components were identified and estimated based on PMM legislation and guidelines. The participating municipalities were chosen based on four criteria, all related to vulnerability.

Results. The PMM provided an additional 14 462 physicians to highly vulnerable, remote areas in 3 785 municipalities (68% of the total) and 34 Special Indigenous Sanitary Districts. There was a greater increase of physicians in the poorest regions (North and Northeast). The estimated annual cost of US\$ 1.1 billion covered medical provision, continuing education, and supervision/mentoring. Funding was largely centralized at the federal level (92.6%).

Conclusion. The cost of PMM is considered relatively moderate in comparison to its potential benefits for population health. The greater increase of doctors for the poorest and most vulnerable met the target of correcting imbalances in health worker distribution. The PMM experience in Brazil can contribute to the debate on reducing physician shortages.

Keywords

Costs and cost analysis; delivery of health care; medically underserved areas; health economics; Brazil.

There is an estimated shortage of 4 million health workers worldwide (1), a gap that affects both developed and developing countries (2 – 5). Imbalances in health worker distribution are greater in rural and remote areas and the rural-urban fringe (6). Overcoming the problem

of health worker shortages requires a wide range of actions and involvement of numerous stakeholders, within and beyond the health sector (7). A systematic review of strategies that aim to attract and retain health workers in rural and remote areas found that most

focused on educational programs and few on programs that use financial incentives and personal and professional support (8).

In order to address physician shortages in remote, highly vulnerable areas, the Government of Brazil implemented the *Programa Mais Médicos* (PMM; More Doctors Program) in 2013 through Law 12 871 (9). PMM consists of three strategic actions: (i) professional qualification by

¹ University of Brasilia, Brasília, Federal District, Brazil. Send correspondence to Everton Nunes da Silva, evertonsilva@unb.br

² Oswaldo Cruz Foundation, Rio de Janeiro, Brazil.

increasing medical school enrollment and implementing new curricular guidelines to improve training in primary, urgent, and emergency care; (ii) investment in health care infrastructure and improving Basic Health Care Units; and (iii) supplying doctors to vulnerable municipalities (10). Alternative strategies implemented before the PMM include the Program for the Enhancement of Primary Care; however, its scope and coverage were far lower (11). Under the PMM, by July 2014, a total of 14 462 physicians had been allocated to 3 785 Brazilian municipalities. To the best of our knowledge, this is the world's largest public intervention aimed at increasing the number of primary care physicians in vulnerable and rural areas in a developing country. It reached approximately 50 million people during its first year. Other countries have implemented similar programs. With the exception of Venezuela, whose 14-year *Misión Barrio Adentro* (Into the Neighborhood Mission) initiative involved 15 420 doctors, the number of professionals recruited in other countries has been far lower than in Brazil. For example, in Australia, 549 doctors were recruited for primary care in 2015; and in Angola, 1 893 Cuban doctors in 2014 (12).

To ensure comprehensive health care, the Ministry of Health of Brazil established the following PMM priority criteria for eligible municipalities: (i) more than 20% of the population living in extreme poverty; (ii) being one of the 100 municipalities with more than 80 000 inhabitants, low levels of public investment in health per capita, and high social vulnerability; (iii) shelter an Indigenous Health District an Indigenous Health District; and (iv) having areas among the 40% of census tracts with the highest percentage of the population living in extreme poverty, among others.

This article contributes to the debate on strategies to attract and retain doctors in remote and vulnerable areas by analyzing the implementation of the PMM in Brazil, and included two dimensions that are poorly documented in the literature. The first was measuring the increased number of doctors in municipalities participating in the PMM in order to determine whether the program was contributing to reducing regional imbalances in the distribution of health care professionals. The second involved estimating the cost of PMM, stratified by cost component and funding source, to

calculate the average cost per doctor allocated. Based on these objectives, this study sought to determine the cost of implementing policies aimed at providing primary care physicians, with a view to ensuring comprehensive care.

MATERIALS AND METHODS

Study setting

Brazil is divided into three levels of autonomous governments: municipalities/counties at the local level; states at the intermediate subnational level; and the Union, representing the national government. All of these levels of government fund the *Sistema Único de Saúde* (the Unified Health System; SUS), Brazil's public health system. Created by the Federal Constitution of 1988, the SUS ensures the right of all Brazilians to health care. Governed by the principles of decentralization and social participation, the SUS is a single-payer system that provides universal, egalitarian, and comprehensive health care aimed at meeting the health needs of the entire population (13). In this respect, the primary community-based intervention is the Family Health Program, more recently renamed the Family Health Strategy (FHS), which delivers a set of individual and collective health actions, including health promotion and protection, disease prevention, diagnosis, treatment, rehabilitation, harm reduction, and health maintenance (14). FHS teams are composed of at least one physician, one nurse, one nursing assistant, and four – six full-time community health agents (15). Ministry of Health data show that 55.4% (113 181 649 individuals) of Brazilians had primary care coverage in 2016 at 40 044 basic health units (16).

The distribution of doctors in Brazil has consistently shown inequalities in a number of aspects. The first is among geographic regions, with the North and Northeast having a lower density compared to other more developed parts of the country (South, Southeast, and Central-West). Second, the private sector (out-of-pocket and health insurance) comprises 43.5% of the doctors in Brazil, but covers only 25% of the population. Third, the family and community medicine specialty accounts for only 1.21% of all specialists in the country, reflecting the lack of interest in primary care (17).

When the PMM was founded in 2013, the Ministry of Health attempted to recruit doctors who were already registered with a Brazilian medical council. Since the number of candidates was far fewer than the number of positions offered, the criteria were broadened to include Brazilian and foreign doctors with a diploma obtained abroad (not validated in Brazil) (18). The cooperation agreement signed with the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO) was crucial in providing around 12 000 doctors from the Ministry of Public Health of Cuba.

Regarding the characteristics of the 3 785 municipalities selected for PMM participation, 35.2% were classified as having 20% or more residents living in extreme poverty; 2.5% as G-100 (among the 100 municipalities with a population living in extreme poverty, low levels of per capita government revenue, and high social vulnerability); 9.9% as large metropolitan areas; and 0.7% were the capitals of their municipalities. The remaining municipalities did not fit into any of these categories (19).

Study design

This paper analyzes the implementation of the PMM to provide doctors in highly vulnerable remote areas and the costs incurred by the Government of Brazil over a 1-year period (2014). Information on the number of physicians and their respective work locations was obtained from the Ministry of Health for the fourth recruitment cycle (July 2014), totaling 14 462 doctors distributed among 3 785 Brazilian municipalities and Indigenous Health Districts. Since there was no publicly available information on the actual amounts spent by the Government of Brazil, cost components were identified and estimated based on legislation and PMM guidelines. In this respect, estimates include funds spent by the Ministry of Health and the Ministry of Education, as well as the Brazilian municipalities that were assigned physicians in 2014.

Supplying doctors to rural and remote locations

To determine the increase in physician density in Brazilian municipalities participating in the PMM, the proportional

differences between the following were calculated: (i) the number of doctors per 1 000 inhabitants in the 5 570 municipalities prior to the program's implementation (baseline), according to the Medical Demography in Brazil (17); and (ii) the number of doctors per 1 000 inhabitants in these municipalities at the end of the program's fourth recruitment cycle (July 2014), adding the baseline figures to those obtained from official Ministry of Health records.

The Medical Demography in Brazil study (17) lacked any data on physician numbers in 28% of Brazilian municipalities, particularly those with small populations. To extrapolate for this missing data, the researchers imputed the regional medians (North, Northeast, Central-West, Southeast, and South) for five municipality categories (< 5 000 inhabitants; 5 001 – 10 000 inhabitants; 10 001 – 20 000 inhabitants; 20 001 – 50 000 inhabitants; > 50 000 inhabitants). Medians were used to prevent extreme values from biasing the data. The trend line was plotted and the result showed that the imputed data scarcely altered the distribution of values for the states. Since the Medical Demography was published, five new

municipalities have been created. For the analysis, these new municipalities were assigned the same ratio of doctors per 1 000 inhabitants as their original.

Cost of the *Programa Mais Médicos*

An extensive set of rulings govern the PMM, including ordinances (established by the Ministries of Health and Education), decree-laws (set out by the Presidency of the Republic), and laws (approved by the National Congress). Of these, eight cost components relating to the PMM were identified (Table 1), as well as the methodology used to estimate their respective annual costs, based on 2014 prices (20). Minimum and maximum amounts were calculated for components subject to cost variations. Amounts were converted into United States dollars (US\$) from Brazilian Reais (R\$) using an exchange rate of US\$ 1 = R\$ 2.35, the average rate for 2014.

RESULTS

By July 2014, a total of 14 462 physicians had been assigned to highly vulnerable or remote areas, covering 3 785

municipalities (67.9% of Brazilian municipalities) and 34 Indigenous Health Districts. It is estimated that around 50 million people are being served by PMM doctors, in compliance with the Ministry of Health's recommendation that each health care team serve 3 450 inhabitants.

In participating municipalities, the average national increase in physician density per 1 000 inhabitants was 0.76 (standard deviation [SD] = 0.91), that is, there was a 76% increase in the availability of physicians in these areas. In regional terms, the North and North-east benefitted the most from the increased number of doctors under the PMM, representing an average rise of 1.23 (SD = 1.36) and 1.10 (SD = 1.05), respectively, compared to the Central-West (average increase = 0.51; SD = 0.57), Southeast (average increase = 0.45; SD = 0.57) and South (average increase = 0.47; SD = 0.47). Figure 1 illustrates these regional differences, as well as non-participating municipalities.

The total cost for 1 year of the PMM was estimated at US\$ 1.1 billion, based on 2014 figures (Table 2). Doctor's earnings accounted for 70.5% of program

TABLE 1. Description of the cost components of the *Programa Mais Médicos* (More Doctors Program), Brazil, 2014

Cost component	Description	Total cost calculation formula	Variation	Funding source
Doctor's monthly earnings	US\$ 4 473 tax free	The number of doctors (14 462) was multiplied by annual remuneration (US\$ 53 683)	Not applicable	Ministry of Health
Relocation costs	Financial support to help doctors settle in the municipality, varying between US\$ 4 255 and US\$ 12 765 depending on the location the physician is allocated to	Municipalities were stratified into the categories established by the Ministry of Health	Not applicable	Ministries of Health and Education
Air and ground transport	Payment of airfares and ground transport costs from the country of origin to the doctor's allocated municipality, with additional payment for up to two financial dependents.	Average airfares of five airlines, excluding the highest amounts; for ground transport, we used the maximum fare coefficient applied to mileage. We assumed the inclusion of one financial dependent.	Lower limit: physician with no financial dependents Upper limit: two financial dependents.	Ministry of Health
Living costs	Living cost assistance varies between US\$ 213 and US\$ 1 064	Data from the 2008-2009 Household Expenditure Survey were used	Lower limit: US\$ 213 Upper limit: US\$ 1 064	Participating municipalities
Food costs	Food cost assistance varies between US\$ 158 and US\$ 213	Data from the 2008-2009 Household Expenditure Survey were used	Lower limit: US\$ 158 Upper limit: US\$ 213	Participating municipalities
Monthly earnings for supervision	Tax-free monthly earnings of US\$ 1 702 for permanent and continuous supervision of the participating physician	Annual earnings (US\$ 20 426) were multiplied by the total number of supervisors (1 522 supervisors).	Lower limit: one supervisor for every 10 doctors (1 446) Upper limit: Six doctors per supervisor (2 410)	Ministry of Health
Monthly earnings for academic mentoring	Tax-free monthly earnings of US\$ 2 128 as a mentor for the participating physician and to help plan supervision activities	Annual earnings (US\$ 25 532) were multiplied by the total number of mentors (120)	Lower limit: one mentor for every 144 doctors (100) Upper limit: one mentor for every 100 doctors (144)	Ministry of Health
Specialization course	Costs related to taking a specialization course, mandatory for all participating physicians	Contracts and agreements signed totaled US\$ 43 319 149	Not applicable	Ministries of Health and Education

Note: The exchange rate used was US\$ 1 = R\$ 2.35 (Central Bank of Brazil, 2014).

Source: Prepared by the authors from the study data, including data taken from regulations for the *Programa Mais Médicos*. Data on the number of supervisors and mentors were taken from the report by the Court of Auditors, 8 May 2014, available from: http://portal3.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/imprensa/noticias/noticias_arquivos/005.391-2014-8%20Mais%20M%C3%A9dicos.pdf

FIGURE 1. Increase in doctors density after implementation of the *Programa Mais Médicos* (More Doctors Program), Brazil, 2014

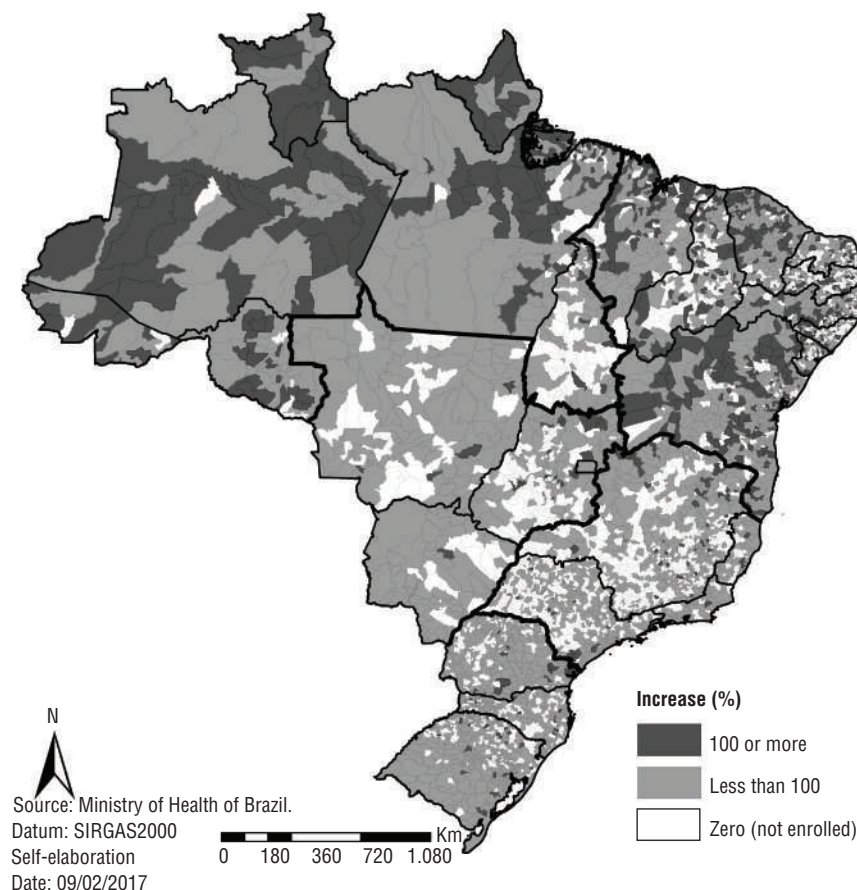


TABLE 2. Estimated costs of the *Programa Mais Médicos* (More Doctors Program), Brazil, 2014

Cost component	Estimated cost (US\$)
Doctors salaries	776 370 131
Relocation	111 000 000
Air and ground transportation	56 022 656
Living expenses	51 193 482
Food	29 909 396
Monthly earnings for supervision	31 087 660
Monthly earnings for academic mentoring	3 063 830
Specialty courses	43 319 149
TOTAL	1 101 966 303

Note: The exchange rate used was US\$ 1 = R\$ 2.35 (Central Bank of Brazil, 2014).

Source: Prepared by the authors from the study data.

costs, totaling US\$ 776.4 million; the second highest expenditure was relocation assistance, accounting for just over 10% of the total (US\$ 111 million). Air and ground transport represented the third highest cost, at slightly more than 5% of the total (US\$ 56 million). This was largely due to the nationality of PMM doctors, most of whom were foreign;

only 2 294 were Brazilians (nearly 15.9%). Cubans were the predominant nationality, accounting for 79.1% of physicians; 47 other nationalities participated minimally in the programs (5.02%).

Taking into account the upper and lower limits of variable cost components, stipulated in PMM legal guidelines, estimated total costs would range between

US\$ 1.01 billion – US\$ 1.28 billion. The average annual cost per physician was estimated at US\$ 76 200 (ranging from US\$ 69 960 – US\$ 89 140), while estimated monthly expenditures were US\$ 6 350 per doctor (US\$ 5 830 – US\$ 7 420). In terms of funding, federal resources (the Ministries of Health and Education) financed 92.6% of the program's total costs, while participating municipalities contributed with 7.4%. The total cost of the PMM corresponded to 0.04% of Brazil's Gross Domestic Product in 2014, and 1.1% of its total public health expenditure.

DISCUSSION

There was a greater increase in the number of doctors in the country's poor and vulnerable regions (North and Northeast), thereby meeting the target of correcting imbalances. These results are consistent with those of Nogueira and colleagues (21), who observed greater allocation of doctors to municipalities with lower Human Development Indices and less than 20 000 residents in the Northeast. However, these authors suggest there is room for improving the MPP by assigning more doctors to the semiarid regions (21).

A cross-sectional study conducted with a probability sample in two North-eastern cities in 2011 estimated that 16.2% of public health system users did not seek treatment, even when they needed it. The main reason given by interviewees (58.5%) was a lack of doctors (22).

The total cost for 2014 was estimated at US\$ 1.1 billion, accounting for approximately US\$ 6 000 a month per doctor. According to a survey by a market trends research group (*Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado*; 23), more than 50% of physicians earned over 10 minimum monthly wages in 2010, corresponding to earnings of over R\$ 7 880 (US\$ 3 353), based on amounts for January 2015. However, this figure only represents remuneration for their primary duties; in addition, there is no information on workload, which was likely less than 40 hours a week. This same study found salaries exceeding R\$ 10 000 (US\$ 4 255) in 21% of the 739 municipalities that responded to the survey. It is important to note that these estimates are an average amount for Brazil and are heavily influenced by urban areas. Although salaries are higher

in poor areas, physicians refuse to commit exclusively to one location and fail to comply with the stipulated working hours since they work under different contracts in several municipalities (24). Some municipalities offer monthly salaries of R\$ 30 000 (US\$ 12 766) or more. As such, it is difficult to make a comparative analysis between PMM and non-PMM salaries, due to the aforementioned characteristics of the medical workforce. Moreover, the cost of PMM per doctor could decrease across time if the Government of Brazil reduces the number of foreign recruits, thereby lowering the costs of international flights, specialization courses, supervision, and mentoring.

We believe that the PMM salaries are a good value for the money since many people from remote and highly vulnerable areas currently have access to primary health care. There is little evidence on the effectiveness of the PMM, since the program was implemented less than 3 years ago. However, numerous studies have highlighted positive patient perception in terms of satisfaction and the responsiveness of services provided by PMM doctors (25 – 31). One aspect heavily criticized by the Brazilian medical councils was the language barrier, arguing that many foreign doctors would not be proficient in Portuguese. Studies have questioned this argument, since 57% of patients reported no communication problem with foreign doctors and 32% cited few communication problems (25). Furthermore, a number of studies have demonstrated the high quality of care provided by PMM doctors, particularly Cubans, who spend more time on anamnesis and practice humanized clinical conduct, which better meets the health needs of the community (25, 26).

The model adopted in the first phase of the PMM was based on centralized federal funding (92.6% of the total funds). The decentralization of health care funding aims to facilitate the recruitment and retention of health workers in rural areas, in that it allows greater flexibility in hiring, defining contract periods, and establishing performance-based pay, in addition to exempting these contracts from the nationally established salary cap (32). Since the enactment of the 1988 Federal Constitution, Brazil has expanded the

decentralization of health services and initiatives to subnational entities, giving states and municipalities greater autonomy (12). This is also reflected in the country's public health funding; in 2000, the Federal Government was responsible for 59.8% of the total public health expenditure, declining to 44.7% by 2011 (33). Nevertheless, decentralization has not overcome the physician shortage in vulnerable, remote areas. In January 2013, the National Mayor's Front (34) spearheaded a national movement to demand effective action from the Government of Brazil in supplying physicians, including the possibility of hiring foreign professionals. This led to the Federal Government's central role in funding the PMM.

In regard to long-term sustainability, the provision of doctors via the PMM was established as a temporary policy, valid for 3 years (renewable for an equal period), according to Law 12 871 of 22 October 2013 (9). Provisional Measure 723, issued on 29 April, 2016, extends the temporary visa period for foreign exchange medical doctors; however, it has yet to be converted into law.

With respect to the program's significant focus on attracting foreign doctors, two important points should be underscored. First, PMM regulations stipulate that only foreign doctors from countries where physician density is higher than that of Brazil are eligible (1.8 doctors/1 000 inhabitants; 9). Moreover, the number of foreign physicians cannot exceed 10% of the total number of Brazilian doctors. Second, there is an effort by the Government to increase the training opportunities available to new doctors with a view to improving primary health care in the SUS priority areas. According to official data, 5 300 new undergraduate medical school places were created in 2015, with a goal of an additional 11 400 places by the end of 2017; furthermore, 12 400 medical residency positions will be created by 2018 (35). In this respect, it is expected that foreign participation in Brazil's workforce will be temporary, as stated in the law, in contrast to what occurred in Australia (36, 37); in the United States of America and the United Kingdom, foreign medical graduates account for 25% and 28% of the medical workforce, respectively (38). In addition, more Brazilian doctors are applying to the PMM, rising from 5.1% in July 2013 (the first

cycle) (39); to 28.91% at the end of 2015, not including Brazilians trained abroad (18). The data show that the need for foreign doctors will gradually decrease, resulting in greater sustainability for the PMM.

Limitations. A limitation of this study was the lack of an official baseline for the number of physicians prior to PMM in each municipality. The data used came from the 2011 Medical Demography in Brazil study, and the 2-year gap between it and PMM implementation was not considered (17).

Conclusions

This study is, to the best of our knowledge, the first to identify and estimate the cost components of a program aim to attract and retain doctors in rural and remote areas that are socioeconomically vulnerable. Under the PMM, the poorest areas of Brazil (North and Northeast) benefitted the most from the increased number of doctors. The annual cost of the PMM (US\$ 1.1 billion in 2014 and monthly salaries of about US\$ 6 000 a month per doctor) is considered relatively moderate compared to its potential benefits in terms of population health. We believe that the Brazilian experience with the *Programa Mais Médicos* can contribute greatly to the topic, as well as identify successes and challenges regarding physician shortage and imbalances in health worker distribution. Further studies on the cost-effectiveness of this program are recommended.

Funding. Financial support for the study was provided by the National Council for Scientific and Technological Development (CNPq) - Chamada MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit N° 41/2013. The funding was not specific to the study described in this article. The funder had no role in study design, data collection, data analysis, data interpretation, writing of the report, or in the decision to submit this article for publication. All researchers' decision have been entirely independent from funders.

Conflicts of interest: None declared.

Disclaimer. Authors hold sole responsibility for the views expressed in the manuscript, which may not necessarily reflect the opinion or policy of the *RPSP/PAJPH* and/or PAHO.

REFERENCES

- World Health Organization. The world health report: 2006. Working together for health. Geneva: WHO; 2006.
- Dussault G, Franceschini MC. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Hum Resour Health*. 2006;4(1):12.
- Rao M, Rao KD, Kumar AS, Chatterjee M, Sundararaman T. Human resources for health in India. *Lancet*. 2011;377(9765):587–98.
- Peña S, Ramirez J, Becerra C, Carabantes J, Arteaga O. The Chilean Rural Practitioner Programme: a multidimensional strategy to attract and retain doctors in rural areas. *Bull World Health Organ*. 2010;88(5):371–8.
- Straumea K, Shawb DM. Effective physician retention strategies in Norway's northernmost county. *Bull World Health Organ*. 2010;88(5):390–4.
- Dal Poz MR. The crisis of health workforce. *Cad Saude Publica*. 2013;29(10):1924–6.
- Shamian J, Murphy GT, Rose AE, Jeffs L. Human resources for health: a new narrative. *Lancet*. 2015;386(9988):25–6.
- Dolea C, Stormont L, Braichet J-M. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bull World Health Organ*. 2010;88(5):379–85.
- Government of Brazil. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Lei 12.871 de 22 de outubro de 2013. *Diário Oficial da União*, 2013. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm Accessed 24 October 2016
- Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Mais Medicos Program: an effective action to reduce health inequities in Brazil. *Cienc Saude Coletiva*. 2015;20(11):3547–52.
- Oliveira FP de, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR dos, Figueiredo AM de, Araújo SQ de, et al. "Mais Médicos": a Brazilian program in an international perspective. *Interface-Comun Saude Educ*. 2015;19(54):623–34.
- da Silva Carvalho VK, Pintas Marques C, da Silva EN. A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. *Rev Cienc Saude Coletiva*. 2016;21(9):2773–84.
- Marten R, McIntyre D, Travassos C, Shishkin S, Longde W, Reddy S, et al. An assessment of progress towards universal health coverage in Brazil, Russia, India, China, and South Africa (BRICS). *Lancet*. 2014;384(9960):2164–71.
- Government of Brazil. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Portaria GM no. 2488, 21 outubro 2011. *Diário Oficial da União*; 2011. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html Accessed 24 October 2016.
- Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy—delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med*. 2015;372(23):2177–81.
- Ministry of Health of Brazil. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Redes e Programas: Saúde Mais Perto de Você – Atenção Básica. Available from: <http://sage.saude.gov.br/> Accessed 24 October 2016.
- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Demografia médica no Brasil. Vol. 2. Scheffer M, ed. São Paulo: CREMESP; 2013.
- Ministry of Health of Brazil. Programa Mais Médicos—dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
- Oliveira JPA, Sanchez MN, Santos LMP. The Mais Médicos (More Doctors) Program: the placement of physicians in priority municipalities in Brazil from 2013 to 2014. *Cienc Saude Coletiva*. 2016;21(9):2719–27.
- Government of Brazil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009. Available from: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45419.pdf> Accessed 24 October 2016.
- Nogueira PTA, Bezerra AFB, Leite AFB, Carvalho IM de S, Gonçalves RF, Brito-Silva KS de. Characteristics of the distribution of doctors in the Mais Médicos (More Doctors) Program in the states of Brazil's Northeast. *Cienc Saude Coletiva*. 2016;21(9):2889–98.
- Garcia-Subirats I, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, da Silva MRF, Unger JP, et al. Barriers in access to healthcare in countries with different health systems. A cross-sectional study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Soc Sci Med*. 2014;106:204–13.
- Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. Estudo de levantamento de aspectos demográficos, de formação e de mercado de trabalho das profissões de saúde nível superior no Brasil entre 1991 e 2010. Belo Horizonte: NESCON/UFGM; 2014. Pp. 79–80.
- Maciel RH, Santos JBF dos, Sales TB, Alves MA de A, Luna AP, Feitosa LB. Multiple job contracts of physicians in Ceará, Northeastern Brazil. *Rev Saude Publica*. 2010;44(5):950–56.
- Government of Brazil. Tribunal de Contas da União. TCU TC No.º 005.391/2014-8. 2014. Available from: http://portal3.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/imprensa/noticias/noticias_arquivos/005.391-2014-8%20Mais%20M%C3%A9dicos.pdf Accessed 24 October 2016.
- Comes Y, Trindade J de S, Shimizu HE, Hamann EM, Bargioni F, Ramirez L, et al. Evaluation of user satisfaction and service responsiveness in municipalities enrolled in the Mais Médicos (More Doctors) Program. *Cienc Saude Coletiva*. 2016;21(9):2749–59.
- Comes Y, Trindade J de S, Pessoa VM, Barreto IC de HC, Shimizu HE, Dewes D, et al. The implementation of the Mais Médicos (More Doctors) Program and comprehensiveness of care in the Family Health Strategy. *Cienc Saude Coletiva*. 2016;21(9):2729–38.
- dos Santos MAM, de Souza EG, Cardoso JC. Avaliação da qualidade da estratégia saúde da família e do programa mais médicos na área rural de Porto Velho, Rondônia. *Gest E Soc*. 2016;10(26):1327–46.
- Giovanella L, Mendonça MHM de, Fausto MCR, Almeida PF de, Bousquat A, Lima JG, et al. Emergency supply of doctors by the Mais Médicos (More Doctors) Program and the quality of the structure of primary health care facilities. *Cienc Saude Coletiva*. 2016;21(9):2697–708.
- Girardi SN, Stralen AC de S van, Cella JN, Wan Der Maas L, Carvalho CL, Faria E de O. Impact of the Mais Médicos (More Doctors) Program in reducing physician shortage in Brazilian Primary Healthcare. *Cienc Saude Coletiva*. 2016;21(9):2675–84.
- Santos LMP, Oliveira A, Trindade JS, Barreto IC, Palmeira PA, Comes Y, et al. Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. *Bull World Health Organ*. 2017;95(2):103.
- Haji M, Durairaj V, Zurn P, Stormont L, Mapunda M. Emerging opportunities for recruiting and retaining rural health workforce through decentralized health financing systems. *Bull World Health Organ*. 2010;88(5):397–9.
- Piola SF, Barreto de Paiva A, Batista de Sá E, Servo LMS. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2013.
- Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? *Interface (Botucatu)*. 2013;7(47):913–26.
- Cyrino EG, Pinto HA, Oliveira FP de, Figueiredo AM de. The Project "Mais Médicos" and training in and for the Brazilian Health System (SUS): why change it? *Esc Anna Nery*. 2015;19(1):5–6.
- Scott M, Whelan A, Dewdney J, Zwi A. "Brain drain" or ethical recruitment? Solving health workforce shortages with professionals from developing countries. *Med J Aust*. 2004;180(4):174–6.
- Han G-S, Humphreys JS. Overseas-trained doctors in Australia: community integration and their intention to stay in a rural community. *Aust J Rural Health*. 2005;13(4):236–41.
- Mullan F. The metrics of the physician brain drain. *N Engl J Med*. 2005;353(17):1810–8.
- Pereira LL, Santos LMP, Santos W, Oliveira A, Rattner D. Mais Médicos program: provision of medical doctors in rural, remote and socially vulnerable areas of Brazil, 2013–2014. *Rural Remote Health*. 2016;16(1):3616.

Manuscript received on 16 March 2017. Accepted for publication on 23 June 2017.

RESUMEN**El costo de dotar de médicos a las zonas remotas y vulnerables: Programa “Mais Médicos” en el Brasil**

Objetivo. Evaluar el Programa “Mais Médicos” en el Brasil mediante el cálculo del aumento proporcional del número de médicos en los municipios participantes y los costos del programa, con estratificación por componente del costo y fuente de financiamiento.

Métodos. Se utilizaron datos oficiales de la edición del 2013 de Demografia médica no Brasil [demografía médica en el Brasil] para calcular el número de médicos antes del Programa “Mais Médicos”. El número de médicos al final del cuarto ciclo de reclutamiento del programa (julio del 2014) se obtuvo del Ministerio de Salud. Se determinaron y calcularon los componentes de costos sobre la base de la legislación y las directrices del programa. Se eligieron los municipios participantes según cuatro criterios, todos relacionados con la vulnerabilidad.

Resultados. Mediante el Programa “Mais Médicos” se destinaron 14 462 médicos más a zonas sumamente vulnerables y remotas en 3 785 municipios (68% del total) y 34 distritos sanitarios indígenas especiales. El aumento del número de médicos fue mayor en las zonas más pobres (al Norte y Nordeste). El costo anual estimado de US\$ 1 100 millones incluyó la dotación de médicos, la educación continua y la supervisión y tutoría. El financiamiento estuvo principalmente centralizado en el nivel federal (92,6%).

Conclusiones. Se considera que el costo del Programa “Mais Médicos” es relativamente moderado en relación con los posibles beneficios para la salud de la población. Con el mayor aumento de la dotación de médicos en las poblaciones más pobres y vulnerables se cumplió el objetivo de corregir los desequilibrios en la distribución del personal de salud. La experiencia de este programa en el Brasil puede contribuir al debate sobre cómo paliar la escasez de médicos.

Palabras clave

Costos y análisis de costo; prestación de atención de salud; áreas sin atención médica; economía de la salud; Brasil.

RESUMO**O custo da provisão de médicos para áreas remotas e vulneráveis: Programa Mais Médicos no Brasil**

Objetivo. Avaliar o Programa Mais Médicos (PMM) no Brasil estimando o aumento proporcional do número de médicos nos municípios participantes e os custos do programa, estratificado pelo componente de custo e fonte de financiamento.

Métodos. Os dados oficiais da edição de Demografia médica no Brasil de 2013 foram usados para estimar o número de médicos anterior ao PMM. O número de médicos ao final do quarto ciclo de recrutamento do PMM (julho de 2014) foi fornecido pelo Ministério da Saúde. Os componentes de custo foram identificados e calculados de acordo com a legislação e as diretrizes do PMM. Os municípios participantes foram selecionados segundo quatro critérios relacionados à vulnerabilidade.

Resultados. O PMM proveu um adicional de 14.462 médicos para áreas remotas bastante vulneráveis em 3.785 municípios (68% do total) e 34 distritos sanitários especiais indígenas. Houve aumento maior do número de médicos nas regiões mais pobres (Norte e Nordeste). O custo anual estimado de US\$ 1,1 bilhão cobriu provisões médicas, educação continuada e supervisão/mentoria. O financiamento foi em grande parte centralizado ao nível federal (92,6%).

Conclusão. Considera-se que o custo do PMM seja relativamente moderado em relação aos benefícios em potencial à saúde da população. O aumento maior no número de médicos para atender a população mais pobres e vulnerável alcançou a meta de corrigir a má distribuição de profissionais da saúde. A experiência do PMM no Brasil pode subsidiar o debate visando reduzir a escassez de médicos.




Palavras-chave

Custos e análise de custo; assistência à saúde; área carente de assistência médica; economia da saúde; Brasil.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00184>

PROGRAMA MAIS MÉDICOS E DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS: AVANÇOS E FORTALECIMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE

MORE DOCTORS PROGRAM AND NATIONAL SYLLABUS GUIDELINES: IMPROVEMENTS AND STRENGTHENING OF THE HEALTH SYSTEM

Felipe Proenço de Oliveira  (<https://orcid.org/0000-0002-5900-0174>)¹, Leonor Maria Pacheco Santos 
(<https://orcid.org/0000-0002-6739-6260>)², Helena Eri Shimizu  (<https://orcid.org/0000-0001-5612-5695>)³

1

Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências Médicas, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

<proenco@ccm.ufpb.br>

² Universidade Brasília, Departamento de Saúde Coletiva, Brasília, Brasil.

³ Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Brasília, Brasil.

Resumo Há iniciativas, em diversos países, de adequar a formação médica às necessidades dos sistemas de saúde. No Brasil, o Programa Mais Médicos introduziu as modificações mais recentes estabelecendo um novo marco regulatório na formação médica exposto nas novas Diretrizes Curriculares Nacionais, enfatizando o desenvolvimento de capacidades profissionais na atenção básica. Neste estudo, buscou-se analisar as representações sociais de estudantes de medicina sobre o trabalho na atenção básica no contexto de implantação das referidas diretrizes. Para tanto, 149 estudantes de medicina de cursos públicos ‘tradicionais’ e ‘novos’ da Região Nordeste responderam a um questionário sociodemográfico e a um roteiro de evocação livre no segundo semestre de 2017. Os resultados demonstram um perfil de estudantes correspondente à ‘primeira geração universitária’ nas escolas ‘novas’. Nestas escolas, as representações sociais dos estudantes de medicina são mais condizentes com as novas diretrizes, com destaque para a evocação de termos como ‘vínculo’, ‘responsabilidade’ e ‘comunidade’. Nas escolas ‘tradicionais’, os termos mais destacados foram ‘desvalorizado’ e ‘precariedade’, sugerindo uma vivência insuficiente destes estudantes na atenção básica. Espera-se que as experiências inovadoras analisadas possam ser multiplicadas e aprofundadas na radicalidade necessária para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde em uma formação de acordo com as necessidades sociais.

Palavras-chave Programa Mais Médicos; educação médica; atenção básica; atenção primária; diretrizes curriculares.

Abstract In many countries there are initiatives of adapting the medical training to the needs of the health systems. In Brazil, the More Doctors Program (Programa Mais Médicos, in Portuguese) introduced the most recent changes, establishing a new regulatory framework in the medical training, which is expressed in the National Syllabus Guidelines, emphasizing the development of professional abilities in primary health care. In the present study, we tried to analyze the social representations of medicine students about the work in primary health care within the context of the implementation of the aforementioned guidelines. In order to do so, 149 medicine students from ‘traditional’ and ‘new’ public courses in the Northeastern region of Brazil answered a sociodemographic questionnaire and a free evocation script in the second semester of 2017. The results show a student profile that corresponds to the ‘first university student generation’ of the ‘new schools’. In these schools, the social representations of the medicine students are more in line with the new guidelines, with an emphasis on the evocation of terms such as ‘bond’, ‘responsibility’ and ‘community’. In the ‘traditional’ schools, the terms that stood out the most were ‘underappreciation’, and ‘precariousness’, which suggests that these students do not have enough experience in primary health care. We hope that the innovative experiences that were analyzed can be multiplied and deepened in the radicality needed for the strengthening of the Unified Health System (Sistema Único de Saúde, in Portuguese), with training that is in line with the social needs.

Keywords more doctors program; medical training; primary health care; syllabus guidelines.



Este é um artigo publicado em acesso aberto sob uma licença Creative Commons.

Introdução

Em todo o mundo, os sistemas de saúde têm passado por profundas mudanças, fruto de transições demográficas, epidemiológicas e econômicas (Crisp e Chen, 2013). Um dos componentes críticos para garantir um sistema de saúde universal é o da formação e alocação dos trabalhadores em saúde. Nesse contexto, vários países sofrem com a escassez de médicos: a disponibilidade desses profissionais em número suficiente, e alocados nas regiões necessárias, é um importante desafio que se impõe (Póvoa e Andrade, 2006; Groblet et al., 2009).

A literatura aponta que as estratégias para enfrentar a problemática de atrair e fixar médicos em áreas remotas incluem diferentes dimensões, entre elas o desenvolvimento de políticas educacionais (Lehmann, Dieleman e Martineau, 2008; Chen, 2010; Viscomi, Larkins e Gupta, 2013). Nesta dimensão, destaca-se o trabalho elaborado por uma comissão independente de 20 pesquisadores de diversos continentes em 2010, que fez uma análise crítica dos avanços e limites do Relatório Flexner, cem anos após o seu lançamento. Intitulado *Educational of Health Professionals for the 21st Century*, o relatório desta comissão, publicado na Revista *The Lancet*, destaca que as mudanças na formação desencadeadas pelo Relatório Flexner possibilitaram melhorias nos indicadores de saúde. Entretanto, não conseguiram enfrentar as iniquidades desse setor e necessitam de revisões com bases em novos problemas de saúde enfrentados no século atual (Frenk et al., 2010).

Ao mesmo tempo em que se faz a análise dos limites do modelo de formação baseado no Relatório Flexner, a comissão recomenda reformas da educação médica que possibilitem a sinergia das ações das instituições de ensino com as iniciativas dos sistemas de saúde. O relatório aponta a falta de sintonia da formação com as mudanças ocorridas nos sistemas de saúde, enfatizando que os cursos de medicina apresentam, em geral, currículos fragmentados, desatualizados e estáticos, não conseguindo enfrentar as iniquidades persistentes nos sistemas (Frenk et al., 2010).

A necessidade de mudanças na formação em saúde no Brasil foi motivação para uma série de ações governamentais nos últimos anos. A iniciativa de maior abrangência nessa área, contemplando aspectos regulatórios e normativos, foi o Programa Mais Médicos (PMM), criado por meio da medida provisória n. 621/2013, posteriormente convertida na lei n. 12.871/2013 (Brasil, 2013b). Entre as iniciativas para a mudança da formação médica, o PMM propôs reordenar a oferta de cursos de medicina e de vagas de residência médica; estabelecer novos parâmetros para a formação médica no Brasil; e promover aperfeiçoamento de médicos na área da atenção básica por meio de iniciativas de integração ensino-serviço (Brasil, 2015).

São recorrentes as análises e relatos de que a formação médica não está de acordo com as necessidades sociais e, portanto, não consegue corresponder ao que é preconizado para o Sistema Único de Saúde (SUS). Ao observar a atitude do estudante de medicina no Brasil, Feuerwerker (2002) critica o modelo pedagógico da graduação e as dificuldades de estabelecer atividades práticas que reflitam a realidade do sistema de saúde. Na referida obra, a autora menciona que “quase ninguém examina, nem conversa, nem se responsabiliza pelos pacientes, esse é o modelo de prática que tem sido oferecido aos estudantes” (Feuerwerker, 2002, p. 12-13).

Amoretti (2005) descreve a formação como essencialmente positivista, centrada na competência profissional e na busca de qualificação somente em determinada especialidade. Ele entende que o paradigma biomédico vigente insiste em privilegiar as tecnologias em detrimento aos exames clínicos na definição dos diagnósticos. Além disso, cria-se na formação uma expectativa liberal e autônoma da profissão médica, que pode corresponder à realidade de alguns poucos professores, mas não encontra sustentação na atual situação do mercado de trabalho médico para a imensa maioria dos profissionais. Os estudantes formados nesse modelo são críticos ao SUS e defendem posturas corporativistas (Amoretti, 2005). Uma das consequências da formação médica centrada no olhar de especialistas em detrimento de generalistas, associada ao envelhecimento da população, seria uma escalada nos custos para os sistemas de saúde, sem proporcionar melhoria das condições de saúde da população (Batista, Vilela e Batista, 2015).

Além disso, o processo de formação ocasiona distorções com a transição de uma representação idealista da profissão médica ao início da formação, intrinsecamente humanista, para uma representação tecnicista-cientificista, voltada para uma atuação profissional especializada. Esta concepção pode explicar, entre outras consequências, uma especialização precoce do futuro médico, contribuindo ainda mais para o distanciamento entre a formação e as necessidades do sistema de saúde (Aguar, 2001).

Baseado em elaborações que propõem a transformação da educação médica, como as da Comissão Interinstitucional de Avaliação das Escolas Médicas (Cinaem), a formulação do PMM dedicou atenção especial para a formação médica. Foi elaborado um capítulo específico sobre o tema na medida provisória n. 621/2013. Suas propostas geraram grande discussão, que culminaram na conversão da medida provisória na lei n. 12.871/2013 (Oliveira et al., 2017). Entre as medidas propostas, estava a publicação de novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para o Curso de Graduação em Medicina.

As novas DCNs foram aprovadas pela resolução do Ministério da Educação n. 3, de 20 de junho de 2014 (Brasil, 2014), tendo como principal eixo a aproximação do processo de formação com as necessidades de saúde da população e ao modo de organização do SUS. Tradicionalmente, Instituições

de Ensino Superior compatibilizavam os currículos acadêmicos de maneira incipiente com as DCNs, comprometendo a inserção de novos profissionais no sistema público de saúde (Miranda et al., 2009). Somente a partir da promulgação da Lei do Mais Médicos, a adoção das DCNs tornou-se obrigatória (Oliveira et al., 2017).

Entre os destaques das novas DCNs estão a necessidade de uma maior inserção do estudante na Atenção Básica (AB), a exemplo do que é proposto no internato. Nesta situação, há uma carga horária de 30% que engloba AB e urgência e emergência. Outros destaques das novas DCNs são o desenvolvimento do perfil de competência do graduando nas dimensões de gestão, atenção e educação em saúde, bem como a adoção de metodologias centradas no aluno, tendo o professor como mediador do processo ensino-aprendizagem (Brasil, 2014). É possível que a combinação dessas disposições viabilize a formação de um médico mais adequado às necessidades do SUS, considerando que mudanças isoladas, a exemplo de cursos que adotaram a metodologia da Aprendizagem Baseada em Problemas, demonstraram limitações em atingir as transformações esperadas (Gomes e Rego, 2011).

Além das DCNs, o PMM propôs critérios para a abertura de cursos de medicina em municípios do interior de estados com baixo número de vagas por habitante, bem como dispôs sobre uma avaliação progressiva dos estudantes de medicina realizada ao longo do curso. Do mesmo modo, trouxe um novo percurso formativo para a especialização do profissional, por meio da residência de medicina de família e comunidade com a criação de vagas de residência médica em número suficiente para todos os egressos da graduação (Brasil, 2015). Espera-se, com esse novo marco regulatório, que ocorram mudanças nas concepções que os estudantes de medicina têm sobre a prática médica e o sistema público de saúde, principalmente em cursos cuja criação foi impulsionada pelo PMM e que observaram as DCNs de 2014 desde o início do seu desenvolvimento.

Buscou-se, neste trabalho, analisar como os estudantes de medicina percebem essas modificações e compreendem a importância na sua formação (vislumbrando a futura prática profissional) da temática sobre o trabalho na AB. Para tanto, interessou estudar as representações sociais dos estudantes de medicina, em cursos 'tradicionais' que formam médicos há décadas e cursos 'novos', criados em iniciativas potencializadas pelo PMM.

Percurso metodológico

Este estudo é uma das dimensões da pesquisa intitulada Impacto das Diretrizes Curriculares Nacionais na formação de médicos: atitudes e representações sociais de estudantes de medicina no interior e capitais da Região Nordeste, cujo objetivo foi avaliar em que grau os efeitos pretendidos pelas

DCNs de 2014 provocaram diferentes representações sociais e atitudes acerca da formação e do trabalho médico no SUS, em Instituições Federais de Ensino Superior (Ifes) da Região Nordeste.

Neste artigo, analisa-se uma parte da pesquisa que dialoga com as representações sociais, na medida em que buscam compreender o significado e a intencionalidade de forma inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais. Desse modo, trabalha-se um universo de significados, aspirações, sentimentos, crenças e valores (Minayo, 2013). Busca-se, portanto, compreender as representações sociais dos estudantes de medicina em determinadas IFES da Região Nordeste.

Em um primeiro momento, foi realizado um estudo descritivo para conhecimento do perfil dos estudantes, seguido de um estudo qualitativo, baseado na grande teoria das representações sociais (Moscovici, 2010) e na teoria complementar do núcleo central (Abric, 1993).

As representações sociais são elementos simbólicos que as pessoas expressam mediante o uso das palavras e gestos. Também podem ser definidas como mensagens mediadas pela linguagem, construídas socialmente e, necessariamente, ancoradas no âmbito do contexto do indivíduo que as emite (Minayo, 2013). Enquanto se cria a representação de um objeto, também o sujeito se constitui. Quando o sujeito expressa uma opinião sobre um objeto, supõe-se a contribuição para a elaboração de uma representação (Franco, 2004).

As representações sociais não são necessariamente conscientes. Perpassam o conjunto da sociedade ou de determinado grupo social, como algo anterior e habitual, que se reproduz e se modifica com base nas estruturas e nas relações coletivas e dos grupos. Nelas estão presentes elementos tanto da dominação como da resistência, tanto das contradições e dos conflitos como do conformismo (Shimizu et al., 2015).

Ao abordarem-se as representações sociais, dois conceitos são importantes: a objetivação e a ancoragem (Minayo, 2013). A objetivação pode ser definida como a transformação de uma ideia, de um conceito ou de uma opinião em algo concreto. Cristaliza-se como um processo figurativo e social e passa a constituir o núcleo central de uma determinada representação, seguidamente evocada, concretizada e disseminada como se fosse o real daqueles que a expressam. A ancoragem constitui-se na parte operacional do núcleo central e na sua concretização, mediante apropriação individual e personalizada por parte de diferentes pessoas constituintes de grupos sociais diferenciados.

Para os objetivos desta pesquisa, também foram empregados os conceitos de núcleo central e núcleo periférico, definidos por Sá (1996). O núcleo central é marcado pela memória coletiva, refletindo as condições históricas, sociológicas e ideológicas do grupo; constitui base comum, consensual coletivamente partilhada das representações, propiciando homogeneidade do grupo social.

É estável, coerente, resistente à mudança, assegurando, assim, a continuidade e a consistência da representação; é relativamente pouco sensível ao contexto social e material imediato no qual a representação se manifesta. Já o núcleo periférico permite a integração das experiências e histórias individuais; suporta a heterogeneidade do grupo e as contradições; é evolutivo e sensível ao contexto imediato.

Foram estudados quatro cursos de medicina de Ifes da Região Nordeste, dois deles criados antes da década de 1960 (grupo ‘tradicional’) e dois em 2014 (grupo ‘novo’). A escolha da Região Nordeste justifica-se pelo histórico de carência de médicos. Seus estados apresentam baixas taxas de médicos por mil habitantes. Foram selecionados, por sorteio, dois cursos ‘novos’ em regiões do interior (sem oferta anterior de medicina) e, posteriormente, escolhidos os cursos das capitais dessas regiões, da mesma Ifes do curso do interior, correspondendo ao grupo ‘tradicional’.

A análise do Projeto Político Pedagógico (PPP) desses cursos permitiu observar que, nos ‘tradicionais’, não havia reformas curriculares recentes. Verificaram-se disciplinas isoladas de inserção na AB e a metodologia apresentava um predomínio de uso da transmissão. Nos cursos ‘novos’, o currículo foi estruturado a partir do preconizado nas DCNs de 2014, com metodologias ativas de ensino-aprendizagem e inserção semanal e longitudinal na AB.

A pesquisa ocorreu entre os meses de julho e setembro de 2017 e foram convidados a participar todos os estudantes do sétimo semestre desses cursos. O referido semestre correspondia à etapa em que se encontravam a primeira turma dos cursos ‘novos’, portanto, a turma mais avançada em que seria possível desenvolver os instrumentos da pesquisa.

Entre os 198 estudantes matriculados no sétimo semestre desses cursos, 159 compareceram à aula no dia da aplicação do instrumento, dos quais 149 aceitaram participar voluntariamente do estudo: 68 dos cursos ‘tradicionais’ e 81 dos cursos ‘novos’. Os participantes responderam a um questionário sociodemográfico, com perguntas semelhantes às aplicadas no questionário do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (Enade). Depois, preencheram um roteiro de evocação livre, em que citavam três palavras que lhe ocorressem, imediatamente, em relação ao termo ‘trabalho em atenção básica’. Em seguida, os estudantes enumeraram, em ordem de importância, as palavras ou expressões escritas para a hierarquização dos itens (Abric, 1993; Shimizu et al., 2015).

Os dados do questionário sociodemográfico foram sistematizados em planilha eletrônica e a análise univariada com a construção da distribuição de frequências foi realizada no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 23.0.

As palavras citadas no roteiro de evocação livre foram analisadas com o auxílio do *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles*

de *Textes et de Questionnaires* (Iramuteq), que permite identificar a estrutura das representações sociais com uso de tabelas com palavras. A hierarquização também foi processada com auxílio do *software*, com o objetivo de reforçar ou reavaliar a colocação desses termos. Desse modo, foram priorizadas categorias e palavras em coerência com a análise desenvolvida na pesquisa qualitativa, buscando sintetizar as estruturas mais relevantes apresentadas pelos entrevistados e realizar um esforço de síntese que não desprezasse a riqueza das informações (Minayo, 2012).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (parecer n. 1.852.717).

Resultados e Discussão

Os perfil dos participantes está na Tabela 1, segundo participantes de escolas 'tradicionais' e 'novas'. Percebe-se uma série de semelhanças entre os grupos. Ao mesmo tempo, destaca-se a existência de diferenças em variáveis como idade, renda familiar, ocupação no momento, ingresso por política afirmativa, presença de médicos na família e motivo de escolha da Ifes.

Essas características foram analisadas em relação aos dados nacionais do Enade sobre os respondentes dos cursos de medicina, cujos últimos dados disponibilizados são do ano de 2016. Uma limitação é que o Enade foi respondido somente pelos estudantes concluintes, portanto sem a participação de estudantes das escolas 'novas', criadas em 2014. Mesmo assim, entende-se que tais dados podem auxiliar, na análise geral, por traçarem um perfil abrangente dos estudantes de medicina brasileiros no ano em que é aplicado.

Tabela 1

Perfil sociodemográfico dos estudantes participantes da pesquisa em escolas 'tradicionais' e 'novas'. Brasil 2017.

Variáveis	Escola 'tradicional' (n = 68)		Escola 'nova' (n = 81)	
	Frequência (n)	Proporção (%)	Frequência (n)	Proporção (%)
Sexo				
Feminino	33	48,5	42	51,9
Masculino	35	51,5	39	48,1
Idade (anos)				
20 a 24	50	73,6	49	60,5
25 ou mais	12	17,6	31	38,3
Não respondeu	6	8,8	1	1,2
Estado Civil				
Casado	1	1,5	9	11,1
Solteiro	66	97,1	69	85,2
União estável	1	1,5	3	3,7
Escolaridade da mãe				
Nenhuma	0	0,0	1	1,2
Ensino fundamental	6	8,8	15	18,5
Ensino médio	16	23,5	22	27,2
Ensino superior	27	39,7	26	32,1
Pós-graduação	19	27,9	17	21,0
Escolaridade do pai				

Continua>

Continuação - Tabela 1

Perfil sociodemográfico dos estudantes participantes da pesquisa em escolas 'tradicionais' e 'novas'. Brasil 2017.

Nenhuma	1	1,5	2	2,5
Ensino fundamental	6	8,8	22	27,2
Ensino médio	22	32,4	24	29,6
Ensino superior	26	38,3	24	29,6
Pós-graduação	13	19,1	9	11,1
Renda familiar (salários mínimos)				
Até 1,5	8	11,8	11	13,6
1,5 a 3	8	11,8	16	19,8
3 a 4,5	9	13,2	15	18,5
4,5 a 6	9	13,2	15	18,5
6 a 10	19	27,9	8	9,9
Acima de 10	15	22,1	16	19,8
Financiado por programa governamental				
Sim	10	14,7	7	8,6
Não	58	85,3	74	91,4
Trabalha				
Sim	6	8,8	12	14,8
Não	62	91,2	69	85,2
Ingresso por política afirmativa				
Sim	19	27,9	37	45,7
Não	49	72,1	44	54,3
Escola predominante do ensino médio				
Privada	47	69,1	56	69,1
Pública	21	30,9	25	30,9
Tem familiar médico				
Sim	11	16,2	22	27,2
Não	57	83,8	59	72,8
Principal motivo para escolher medicina				
Influência familiar	3	4,4	4	4,9
Mercado de trabalho	16	23,5	15	18,5
Valorização profissional	15	22,1	10	12,3
Vocação	34	50,0	52	64,2
Principal motivo para ter escolhido a Ifes				
Facilidade de acesso	0	0,0	2	2,5
Gratuidade	15	22,1	34	42,0
Proximidade	5	7,4	14	17,3
Qualidade	46	67,6	25	30,9
Única que obteve aprovação	2	2,9	6	7,4

Fonte: Os autores.

Nota: Ifes – Instituição Federal de Ensino Superior.

Com relação à renda e escolaridade dos pais, no grupo de escolas 'novas', há uma maior concentração nas faixas abaixo de seis salários mínimos e na conclusão de ensinos fundamental e médio. No grupo de escolas 'tradicionais', há uma maior concentração nas faixas acima de seis salários mínimos e na conclusão dos ensinos superior e pós-graduação, mais semelhante ao perfil geral dos estudantes de medicina conforme relatório do Enade. Para Ristoff (2013), as situações em que ocorre uma correlação entre essas variáveis socioeconômicas são importantes na análise da possibilidade de mobilidade social e na redução da desigualdade social baseada nos anos de escolaridade. Desse modo, os estudantes das escolas 'novas' aproximam-se do que o autor denomina de 'a primeira geração universitária'.

As políticas afirmativas são consideradas decisivas para esse fenômeno e, mais uma vez, observa-se a diferença entre os dois grupos: enquanto 45,7% dos estudantes dos cursos 'novos' ingressaram por essa modalidade, o mesmo só ocorreu com 27,9% dos cursos 'tradicionais'. Entende-se que as políticas públicas de acesso e permanência assumem papel central na inclusão dos gru-

pos historicamente excluídos (Ristoff, 2013) e, portanto, têm uma atribuição decisiva nas escolas 'novas'. Apesar disso, não se percebe uma maior participação de estudantes oriundos de escolas públicas no grupo de cursos 'novos', já que a distribuição entre formação pública e privada entre os dois grupos é exatamente igual. Para Ristoff (2013), a participação de estudantes oriundos de escolas públicas nas universidades ainda está muito aquém do necessário e, portanto, merece mais atenção, mesmo de universidades que dispõem de políticas afirmativas. Esse quadro pode ser modificado com a efetivação da chamada Lei das Cotas, vigente a partir de 2012.

Nesse ínterim, é vista, de forma paradoxal, a presença de maior número de médicos na família no grupo de estudantes de escolas 'novas'. Esse dado sugere uma maior heterogeneidade entre os participantes desse grupo e também deve ser considerado na análise das representações sociais pela influência do familiar médico, na percepção dos participantes, sobre a escolha da profissão e o trabalho médico (Moreira et al., 2006).

Mesmo assim, não parece que a influência familiar foi tão decisiva na escolha pelo curso de medicina, já que essa motivação foi citada por menos de 5% dos participantes em ambos os grupos. Em consonância com outros estudos na área (Moreira et al., 2006; Fiorotti, Rossoni e Miranda, 2007), a vocação foi o principal motivo para os participantes, com índice de resposta acima de 50%. Há uma pequena predominância no grupo de escolas 'tradicionais' pelo mercado de trabalho como motivação para a escolha da medicina. Esse item, somado à ideia de valorização profissional, atinge percentuais superiores aos encontrados em estudos anteriores (Ferreira et al., 2000; Fiorotti, Rossoni e Miranda, 2007), sugerindo que essa possa ser uma tendência crescente a ser estudada.

No que se refere ao motivo de escolha da instituição, percebe-se diferentes motivações entre os grupos. Os estudantes das escolas 'tradicionais' reforçam uma reputação positiva da sua instituição, 67,6% deles destacam a qualidade como fator determinante. Já os estudantes das escolas 'novas' destacam, também, a oportunidade de ingressarem em uma instituição pública em uma região que anteriormente não possuía um curso de medicina. Tal fato reforça fatores como a gratuidade (42%) e a proximidade (17,3%), em consonância com a política proposta pelo PMM de interiorização da formação médica (Brasil, 2015).

As Figuras 1 e 2 sintetizam os achados de evocação livre e hierarquização de itens no momento em que o participante se deparava com o termo 'trabalho na atenção básica', para os cursos 'tradicionais', e 'novos', respectivamente.

O quadrante superior esquerdo indica palavras mais frequentes e prontamente evocadas, indicadoras do núcleo central da representação. O quadrante superior direito é o da primeira periferia, em que, mesmo com alta frequência, as palavras não foram tão prontamente evocadas. No quadrante inferior es-

quendo, tem-se a zona de contraste com elementos de baixa frequência, mas prontamente evocados. No quadrante inferior direito está a segunda periferia, com menores evocação e frequência (Camargo e Justo, 2016).

Figura 1

Análise prototípica dos termos evocados pelos estudantes dos cursos 'tradicionais' de medicina quando questionados sobre o 'trabalho na atenção básica'. Brasil, 2017

Zona Central	Primeira Periferia
Prevenção - 12 - 1.9 Importante - 10 - 1.6 Fundamental - 6 - 1.5 Essencial 6 - 1.5	Desvalorizado - 9 - 2.3 Comunidade - 8 - 2.2 Precariedade - 5 - 2 Necessário - 5 - 2 USF - 5 - 2.8
Elementos Contrastantes	Segunda Periferia
Base - 3 - 1.7 Resolutividade - 3 - 1.7 Acolhimento - 2 - 1.5 Difícil - 2 - 1.5	Dificuldade - 4 - 2.2 Assistência - 3 - 2 Generalista - 3 - 2.3 Família - 3 - 2 Promoção - 3 - 2 Proximidade - 3 - 2 Território - 2 - 2 Primária - 2 - 2 Educação - 2 - 2 Cuidado - 2 - 2

Fonte: Os autores.

Figura 2

Análise prototípica dos termos evocados pelos estudantes dos cursos 'novos' de medicina quando questionados sobre o 'trabalho na atenção básica'. Brasil 2017

Zona Central	Primeira Periferia
Prevenção - 13 - 1.8 Acesso - 10 - 1.9 Vínculo - 10 - 1.8 Importante - 6 - 1.5 Responsabilidade - 5 - 1.8	Vocação - 10 - 2 Equipe - 9 - 2 Longitudinalidade - 9 - 2.2 Cuidado - 8 - 2 Comunidade - 6 - 2
Elementos Contrastantes	Segunda Periferia
Resolutividade - 4 - 1.8 Necessário - 4 - 1.2 Atenção - 4 - 1.8 Universalidade - 3 - 1 Desafio - 3 - 1 Entrada - 2 - 1.5 Multiprofissionalidade - 2 - 1 Amor - 2 - 1.5 Abrangente - 2 - 1 Assistencialismo - 2 - 2	Saúde - 4 - 2.5 Promoção - 4 - 2.2 Interdisciplinariedade - 4 - 2.2 Acolhimento - 3 - 3 Dedicação - 3 - 2.3 Carência - 2 - 3 Dificuldade - 2 - 2.5 Família - 2 - 2 Integralidade - 2 - 2.5 Trabalho - 2 - 2 Planejamento - 2 - 3 Árduo - 2 - 2 Sobrecarga - 2 - 2 Desvalorização - 2 - 2 Tranquilo - 2 - 3 Chato - 2 - 2 Temporário - 2 - 2

Fonte: Os autores.

Analizou-se principalmente, com os termos do núcleo central e da primeira periferia, por sua relevância na formação das representações sociais dos estudantes que apresentam relação com as DCNs. Em ambos os grupos, ou seja, tanto no núcleo central dos estudantes dos cursos ‘tradicionais’ como dos cursos ‘novos’, o termo mais destacado é a ‘prevenção’, o que indica o reconhecimento, por parte dos estudantes, da AB como o lócus para essa forma de cuidado.

Para Starfield (2004), a prevenção é uma das dimensões da AB, mas não é prerrogativa exclusiva desse nível de atenção, já que, ao abordar os problemas mais comuns de saúde, também devem ser desenvolvidas ações de cura e reabilitação. Em estudo realizado nacionalmente, no âmbito da Saúde da Família, constatou-se que a maior parte dos profissionais refere desenvolver atividades de prevenção, mas foi baixa a proporção de quem a realizou principalmente entre os médicos (Escorel et al., 2007), o que evidencia a distância entre o que é preconizado e o que é desenvolvido na AB (Lentsck et al., 2010).

Entende-se que “... a atenção básica, para ser resolutiva, reconhecida e ter legitimidade, não pode ser o lugar onde se faz apenas promoção e prevenção no nível coletivo.” (Brasil, 2013a, p. 14). Ainda na implementação do Programa Saúde da Família, Franco e Merhy (1999) alertavam para o risco da separação entre a atenção coletiva e a individual. Portanto, esse resultado sugere a incorporação, ao longo da graduação, de uma visão baseada no modelo médico-privatista que não considera a capacidade de resolução da AB. Esse olhar tende a ser reforçado durante o curso de medicina, em que há uma fragmentação da formação pelo olhar das especialidades (Amoretti, 2005).

Ambos os grupos de estudantes destacam a relevância do trabalho na AB com uso de termos bastante frequentes como ‘importante’, ‘fundamental’ e ‘essencial’. Esses termos estão ancorados nas DCNs de 2014, as quais destacam a necessidade de inserção dos estudantes na AB e refletem o resultado de diversos estudos sobre o impacto da AB na melhoria de indicadores do sistema de saúde (Paim et al., 2011).

Registradas as principais semelhanças nas representações entre os grupos, cabe analisar as diferenças. Considerando o núcleo central, destaca-se no grupo de escolas ‘novas’, a presença de termos como ‘vínculo’ e ‘responsabilidade’. Uma revisão sistemática, (Brunello et al., 2010) demonstrou que uma série de publicações tem abordado o tema do vínculo na AB, considerado um fator relevante para a atenção à saúde. Graças ao vínculo, é possível melhorar o conhecimento dos reais problemas das pessoas atendidas pelos serviços e facilitar o relacionamento dos usuários com os profissionais.

O vínculo é um dos princípios da AB dentro da perspectiva da longitudinalidade do acompanhamento dos usuários e famílias (Starfield, 2004). É tido, também, como ferramenta terapêutica, ao ser listado como um dos elementos

essenciais do método da Medicina Centrada na Pessoa (Stewart et al., 2017). Desse modo, dialoga com o outro termo destacado nas escolas ‘novas’, que é o de ‘responsabilidade’, e aponta para a perspectiva de mudança do modelo assistencial no SUS por meio da organização de Redes de Atenção à Saúde. Nesse formato, é fundamental a responsabilização da equipe e do profissional com o cuidado do usuário, entendida também como ferramenta de gestão da clínica (Mendes, 2010).

Sugere-se que exercitar o vínculo e a responsabilidade seja mais viável em currículos que propiciem um contato maior e mais frequente do estudante com a AB. Muitas vezes, nos currículos tradicionais, o estudante tem contatos pontuais com as pessoas por ele atendidas e, geralmente, não consegue observar o desfecho das ações propostas para o usuário em virtude da rotina de troca de estágios. Nos currículos novos, diferentemente dos tradicionais, os estudantes participam do cuidado de pessoas e famílias ao longo do tempo, corresponsabilizando-se pelo seu acompanhamento no período mínimo de um semestre. Desse modo, podem vivenciar, intensamente, a responsabilização pelo cuidado com as pessoas e elaborar uma representação mais significativa sobre esse tema. Nesse contexto, inclusive, há indícios de que a inserção dos estudantes nas equipes de saúde da família pode melhorar a qualidade da assistência à saúde das pessoas do território onde estão (Caldeira, Leite e Rodrigues Neto, 2011).

Na análise da primeira periferia dos cursos ‘novos’, aparecem os termos ‘comunidade’ e ‘cuidado’. Novamente, a maior vivência na AB possibilitada pelos currículos ‘novos’ parece ser decisiva para as representações sociais dos estudantes. O cuidado pode ser visto sob a perspectiva emancipatória, que explicita as relações de poder existentes no processo de trabalho em saúde e contribui, portanto, para a autonomia das pessoas que procuram os serviços de saúde (Pires e Gottens, 2009). Essa perspectiva está em consonância com as competências da dimensão de atenção à saúde dispostas nas DCNs de 2014. Nas referidas diretrizes, valoriza-se não só os desejos e interesses dos usuários do SUS, bem como se estimula a autonomia intelectual do educando (Brasil, 2014).

A competência cultural e, portanto, a capacidade de conhecimento e interlocução com a comunidade e suas famílias, é tida como uma das ferramentas essenciais para o trabalho na AB (Oliveira e Pereira, 2013). Ao destacar o termo ‘comunidade’, os estudantes demonstram que a vivência curricular na AB não ficou restrita ao serviço de saúde e possibilitou, também, um entendimento do papel da comunidade no cuidado em saúde. Trata-se, portanto, de uma visão bem abrangente da AB, com a incorporação, nas representações sociais, de características que extrapolam a concepção teórica da AB.

Na primeira zona periférica, novamente, são percebidas diferenças entre as escolas. Para os estudantes das escolas ‘tradicionais’, passam a predomi-

nar termos como ‘desvalorizado’ e ‘precariedade’. Estudos têm demonstrado que a forma de vinculação dos profissionais na AB tem sido uma de suas principais fragilidades (Facchini et al., 2006; Gonçalves et al., 2009; Girardi et al., 2017). Ao mesmo tempo, refere-se que a prática clínica na AB tem má reputação entre médicos que atuam em outros serviços, devido à fragilidade de instrumentos que os médicos sem formação para AB têm ao se depararem com a realidade dos serviços (Oliveira e Pereira, 2013). Cabe destacar que os usuários da atenção básica têm uma percepção diferente. Ao analisar as suas representações sociais, foram mais evidenciadas percepções favoráveis sobre o acesso e a resolutividade da Estratégia de Saúde da Família (Martins et al., 2011). Mesmo assim, não deixa de haver correlação com um processo de precarização na AB que gera desgaste para os profissionais os quais atuam nestes serviços (Affonso e Bernardo, 2015).

Esta representação social, mais frequente nos estudantes de escolas ‘tradicionais’, pode estar relacionada à vivência desses discentes ao longo do curso de medicina com professores que pouco conhecem o SUS e não têm a experiência de acessar os serviços públicos. Reforçam-se, assim, ao longo da formação, visões negativas do sistema sem ao menos procurar conhecê-lo, tendência acentuada pelo cidadão que não utiliza o SUS, pois, possivelmente, terá uma visão mais pessimista do sistema em função de diversas influências, entre elas, a mídia (Moraes et al., 2017).

Para Caldeira, Leite e Rodrigues Neto (2011), é necessária uma maior integração entre estudantes, equipe e comunidade. Dessa forma, é possível alcançar um serviço mais efetivo e de qualidade, com aumento da satisfação dos profissionais e diferencial positivo na formação dos estudantes. Os autores defendem que é necessário ver o estudante como integrante da equipe de saúde e, portanto, sua inserção no serviço desde o início do curso pode facilitar este processo.

Gonçalves, Troll e Cyrino (2009) reforçam o pressuposto de que a falta de destaque para a AB e o exercício da profissão na saúde da família se correlacionam com a falta de interesse por esse trabalho. Em seu estudo, os médicos da saúde da família foram unânimes em dizer que não tiveram incentivo para a AB durante a formação.

Compreende-se, com essas análises, que a inserção do estudante a partir do primeiro ano do curso na AB, em consonância com as DCNs de 2014, tem um potencial importante para a mudança da formação e para criar uma nova concepção do estudante sobre o trabalho na AB. Os PPPs dos cursos ‘novos’ mostram uma maior carga horária de atividades na AB, caracterizados por currículos com metodologias ativas que possibilitam uma atitude mais reflexiva (Lima, 2017). Entretanto, admite-se a necessidade de novos estudos sobre esse tema (Gomes e Rego, 2011) e do entendimento de que somente mudanças metodológicas não são suficientes (Silva et al., 2018).

Consegue-se perceber as diferenças nas representações sociais de estudantes de escolas 'novas' e 'tradicionais', possivelmente, influenciadas pela organização do currículo e consequente inserção nas atividades da AB. Sugere-se que os termos mais significativos para os estudantes das escolas 'novas' refletem mais a realidade da AB do que os termos dos estudantes das escolas 'tradicionais'. Somam-se a isso as diferenças sociodemográficas entre os estudantes dos dois tipos de escola: os das instituições 'novas' aproximam-se do perfil chamado de 'a primeira geração universitária'.

Em artigo que analisa a experiência de um curso inovador de medicina, Melo et al. (2017) referem que novas experiências político-pedagógicas em curso no Brasil foram impulsionadas pelo PMM e referendam a potência do Programa. Entre as inovações descritas, está a fundamentação do curso no uso de metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem e no ensino baseado na comunidade, proporcionando a inserção do estudante na AB desde os anos iniciais do curso. Destaca-se, ainda, a utilização de uma política de ação afirmativa nesse curso, a qual possibilitou o acréscimo de pontuação na seleção de ingresso no curso para os estudantes provenientes de escolas públicas das cidades da região no interior do estado onde o curso está sediado. As situações reais, vivenciadas pelos estudantes, têm fortalecido o desenvolvimento de competências mais ajustadas à realidade dos serviços de saúde e da população, bem como possibilitado a reflexão-ação-reflexão dos trabalhadores sobre seus processos de trabalho.

Ao analisar a repercussão das DCNs anteriores, de 2001, apesar de destacar a relevância crescente da AB nesse documento, Nogueira (2009) ainda denomina a inserção na AB como sendo precoce. Segundo a autora, para mudar a formação, faz-se necessária a emergência de um novo estilo de pensamento médico, visando a mudanças na prática clínica e na produção da atenção à saúde. A presente pesquisa retrata como estudantes de currículos 'novos', criados na DCNs de 2014, podem estar traçando esse novo caminho, com representações sociais que se aproximam mais do cotidiano da atenção básica.

Conclusão

A pesquisa possibilitou percepções importantes sobre a formação médica em escolas criadas em um contexto de diversas mudanças propostas pelo PMM, sobretudo com a publicação de novas DCNs. Destacaram-se, nas escolas 'novas', a concepção dos estudantes de medicina sobre o trabalho na AB com base em termos como 'vínculo', 'responsabilidade', 'comunidade' e 'cuidado'. Os termos citados demonstram maior vivência e aprendizado na AB, conforme preconizado nas DCNs. Nas escolas 'tradicionais', os termos mais destacados foram 'desvalorizado' e 'precariedade', que sugere não ter havido uma vivência mais contínua destes estudantes na AB. É preciso considerar

proposições de uma maior aproximação dos discentes com as necessidades sociais e o que está disposto no SUS.

Este artigo analisou representações sociais dos estudantes de medicina sobre o trabalho na AB com um recorte específico no contexto de escolas criadas recentemente. Faz-se necessário observar como essas experiências se comportarão de maneira mais ampla, inclusive nos mecanismos de avaliação, de âmbito institucional ou processual, propostos no PMM, para que sejam possíveis novas conclusões sobre o tema.

O momento exige atenção às modificações em discussão e que descaracterizam as propostas do PMM, como as iniciativas que alteram o seu marco regulatório e retornam à perspectiva da formação médica distante das necessidades do sistema de saúde. Recentemente, a lei n. 13.530, de dezembro de 2017, retirou a obrigatoriedade de avaliação a cada dois anos da graduação em medicina e a avaliação específica anual da residência médica. As entidades médicas e representações de cursos de medicina têm apoiado essas ações de forma conservadora, buscando manter um marco ultrapassado nas gerações de reformas necessárias para o ensino médico.

Espera-se que exemplos como os analisados aqui, os quais indicam o potencial das escolas novas no estímulo de representações sociais dos estudantes de medicina mais próximas das necessidades do sistema de saúde, possam ser multiplicados e aprofundados na radicalidade necessária para o fortalecimento do SUS. Mesmo em um contexto de retrocessos, fica a percepção de que é importante seguir buscando transformações na formação médica.

Colaboradores

Felipe Proença de Oliveira participou da concepção e delineamento do trabalho, da redação do manuscrito e da aprovação da versão final do manuscrito. Leonor Maria Pacheco Santos e Helena Eri Shimizu participaram da concepção e delineamento do trabalho e da revisão crítica dos resultados e da versão final do manuscrito.

PROGRAMA MAIS MÉDICOS Y DIRECTRICES CURRICULARES NACIONALES: AVANCES Y FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD

Resumen En diversos países existen iniciativas de adecuar la formación médica a las necesidades de los sistemas de salud. En Brasil, el Programa Más Médicos introdujo las modificaciones más recientes estableciendo un nuevo marco regulatorio en la formación médica evidenciado en las nuevas Directrices Curriculares Nacionales, enfatizando el desarrollo de capacidades profesionales en la atención básica. En este estudio se buscó analizar las representaciones sociales de los estudiantes de medicina sobre el trabajo en la atención básica en el contexto de la implantación de las mencionadas directrices. Para ello, 149 estudiantes de medicina de carreras públicas ‘tradicionales’ y ‘nuevas’ de la Región Nordeste respondieron un cuestionario sociodemográfico y un itinerario de evocación libre, durante el segundo semestre del 2017. Los resultados demuestran un perfil de estudiante correspondiente a la ‘primera generación universitaria’ en las escuelas ‘nuevas’. En estas escuelas, las representaciones sociales de los estudiantes de medicina son más consistentes con las nuevas directrices, destacándose la evocación de términos como ‘vínculo’, ‘responsabilidad’ y ‘comunidad’. En las escuelas ‘tradicionales’, los términos más destacados fueron ‘desvalorizado’ y ‘precariedad’, sugiriendo una vivencia insuficiente de estos estudiantes en la atención básica. Se espera que las experiencias innovadoras analizadas puedan multiplicarse y profundizarse con la radicalidad necesaria para el fortalecimiento del Sistema Único de Salud en una formación acorde con las necesidades sociales.

Palabras clave Sistema Único de Salud; evaluación educativa; enfermería.

Referências

- ABRIC, Jean C. Central system, peripheral system: their functions and roles in the dynamics of social representations. *Papers on Social Representations*, v.2, n.1, p. 75-78, 1993.
- AFFONSO, Pedro H. B.; BERNARDO, Márcia H. A vivência dos profissionais do acolhimento na Atenção Básica: uma acolhida desamparada. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, supl.1, p. 23-43, 2015.
- AGUIAR, Adriana C. Implementando as novas Diretrizes Curriculares para a Educação Médica: o caso de Harvard. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, 2001, v. 5, n. 8, p. 161-166, 2001.
- AMORETTI, Rogério. A Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 136-146, 2005.
- Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação, 2014.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea: Volume I. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 56 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2015, 128 p.
- BRUNELLO, Maria E. F. et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 131-135, 2010.
- CALDEIRA, Érika R.; LEITE, Maisa T. S.; RODRIGUES-NETO, João F. Estudantes de

- BATISTA, Nildo A.; VILELA, Rosana Q. B.; BATISTA, Sylvia H. S. S. *Educação médica no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2015, 360 p.
- BRASIL, Ministério da Educação. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação, 2014.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea: Volume I. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 56 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2015, 128 p.
- BRUNELLO, Maria E. F. et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 131-135, 2010.
- CALDEIRA, Érika R.; LEITE, Maisa T. S.; RODRIGUES-NETO, João F. Estudantes de Medicina nos Serviços de Atenção Primária: Percepção dos Profissionais. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 35, n. 4, p. 477-485, 2011.
- CAMARGO, Brígido V.; JUSTO, Ana M. *Tutorial para uso do software Iramuteq*. Disponível em: <<http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>>. Acesso em: 30 mar. 2018.
- CHEN, Lincoln. Striking the right balance: health workforce retention in remote and rural areas. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 88, n. 5, p. 323, 2010.
- CRISP, Nigel; CHEN, Lincoln. Global Supply of Health Professionals. *New England Journal of Medicine*, Waltham, v. 370, n. 10, p. 950-7, 2013.
- ESCOREL, Sarah et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Revista Panamericana Salud Publica*, São Paulo, v. 21, n. 2-3, p. 164-176, 2007.
- FACCHINI, Luís A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.
- FERREIRA, Roberto A. et al. O estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: perfil e tendências. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 224-31, 2000.
- FEUERWERKER, Laura C. M. *Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados*. 1. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2002. 306 p.
- FIOROTTI, Karoline P.; ROSSONI, Renzo R.; MIRANDA, Angélica E. Perfil do estudante de Medicina da Universidade Federal do Espírito Santo, 2007. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 34, n. 3, p. 355-362, 2010.
- FRANCO, Maria L. P. B. Representações sociais, ideologia e desenvolvimento da consciência. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, v. 34, n. 121, p. 169-186, 2004.
- FRANCO, Túlio; MERHY, Emerson E. PSF: contradições e novos desafios. Conferência Nacional de Saúde On-Line. Campinas, mar. 1999. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>>. Acesso em: 10 out. 2017.
- FRENK, Julio et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*, London, v. 376, n. 9756, p. 1.923-1.958, 2010.
- GIRARDI, Sábado N. et al. Preferências para o trabalho na atenção primária por estudantes de medicina em Minas Gerais, Brasil: evidências de um experimento de preferência declarada.

- Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 8, 2017.
- GOMES, Andréia P.; REGO, Sérgio. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem?. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 35, n. 4, p. 557-566, 2011.
- GONÇALVES, Rebeca A.; TROLL, Taís; CYRINO, Eliana G. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 33, n. 3, p. 382-403, 2009.
- GROBLER, Liesl et al. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. *Cochrane Database Syst Rev*, v. 1, jan. 2009.
- LEHMANN, Uta; DIELEMAN, Marjolein; MARTINEAU, Tim. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention. *BMC Health Services Research*, v. 8, n. 19, p. 1-10, 2008.
- LENTSCK, Maicon H. et al. Avaliação do Programa Saúde da Família: uma revisão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2010, v. 15, n. 3, p. 3.455-3.466, 2010.
- LIMA, Valéria V. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 21, n. 61, p. 421-434, 2017.
- MARTINS, Poliana C. et al. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1.933-1.942, 2011.
- MELO, Lucas P. et al. A Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil, no contexto do Programa Mais Médicos: desafios e potencialidades. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 21, p. 1333-1343, 2017. Suplemento 1.
- MENDES, Eugênio V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.
- MINAYO, Maria C. S. Análise qualitativa: teorias, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.
- MINAYO, Maria C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2013, 406 p.
- MIRANDA, Silvana M. et al. Construção de uma escala para avaliar atitudes de estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 33, p. 104-110, 2009.
- MORAES, Janaína C. O. et al. A Mídia e sua Relação com a Formação de Opiniões Sobre o Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, João Pessoa, PB, v. 21, n.2, p. 103-110, 2017.
- MOREIRA, Simone N. T. et al. Processo de Significação dos Estudantes do Curso de Medicina diante da escolha profissional e das experiências vividas no cotidiano acadêmico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 30, n. 2, p. 14-19, 2006.
- MOSCOVICI, Serge. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2010, 404 p.
- NOGUEIRA, Maria I. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 33, n. 2, p. 262-270, 2009.
- OLIVEIRA, Felipe P. et al. Análise das emendas parlamentares ao Programa Mais Médicos: o modelo de formação médica em disputa. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 60-73, 2017.
- OLIVEIRA, Maria A. C.; PEREIRA, Iara C. Atributos essenciais da atenção primária e a

- estratégia saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 66, p. 158-164, 2013.
- PAIM, Jairnilson et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet*, London, v. 377, p. 1778-1797, 2011.
- PIRES, Maria R. G. M.; GOTTEMS, Leila B. D. Análise da gestão do cuidado no Programa Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 2, p. 294-299, 2009.
- PÓVOA, Luciano; ANDRADE, Mônica V. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p.1555-64, 2006.
- RISTOFF, Dilvo. Perfil Socioeconômico do estudante de Graduação: Uma análise de dois ciclos completos do ENADE (2004 a 2009). *Cadernos do GEA*, Rio de Janeiro, v. 4, p. 5-32, 2013.
- SÁ, Celso P. Teoria das representações sociais: teoria e pesquisa do núcleo central. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, v. 3, n. 1, p. 19- 33, 1996.
- SILVA, Rafael A. et al. Ciências Sociais em Saúde, Educação Médica e a concepção intervencional e colonialista da prática médica. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 39-56, 2018.
- SHIMIZU, Helena E. et al. A estrutura das representações sociais sobre saúde e doença entre membros de movimentos sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2899-2910, 2015.
- STARFIELD, Barbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 726 p.
- STEWART, Moira et al. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2017. 416 p.
- VISCOMI, Marco; LARKINS, Sarah; GUPTA, Tarun S. Recruitment and retention of general practitioners in rural Canada and Australia: a review of the literature. *Canadian Journal of Rural Medicine*, Toronto, v. 18, n. 1, p. 13-23, 2013.

Avaliação do Programa Mais Médicos: relato de experiência*

Evaluation of the More Doctors Program: experience report

Wallace Dos Santos¹, Yamila Comes², Lucélia Luiz Pereira¹, Ana Maria Costa³, Edgar Merchan-Hamann¹, Leonor Maria Pacheco Santos¹

DOI: 10.1590/0103-1104201912019

RESUMO O acesso à saúde de forma universal e equitativa está preconizado na Constituição Federal de 1988, devendo ser garantida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre os diversos fatores que contribuem para a não efetivação dos princípios do SUS, destacam-se a insuficiência de profissionais e as disparidades regionais na distribuição de recursos humanos, principalmente médicos. Este artigo relata a experiência de avaliação do Programa Mais Médicos (PMM) por uma equipe multidisciplinar composta por 28 pesquisadores, a partir de trabalho de campo em 32 municípios com 20% ou mais da população em extrema pobreza selecionados em todas as regiões do Brasil (áreas remotas, distantes das capitais e comunidades quilombolas rurais), além de análises sobre os 5.570 municípios brasileiros baseadas em bancos de dados do Ministério da Saúde. A pesquisa resultou em vasta produção científica, apontando importantes resultados, como ampliação do acesso à saúde e redução de internações evitáveis. As reflexões aqui trazidas permitem concluir que o PMM contribuiu para a efetivação e consolidação dos princípios e diretrizes do SUS e garantiu acesso à saúde, especialmente para as populações mais pobres, municípios pequenos e regiões remotas e longínquas.

PALAVRAS-CHAVE Recursos humanos em saúde. Serviços de saúde. Atenção Primária a Saúde. Programas nacionais de saúde.

ABSTRACT The universal and equitable access to health is established in the Brazilian Federal Constitution of 1988 and must be guaranteed by the Brazilian Unified Health System – the Sistema Único de Saúde (SUS). The lack of professionals and the large regional differences in the distribution of human resources, mainly physicians, are factors that contribute to the non-fulfillment of the SUS principles. This article reports the experience of evaluation of the More Doctors Program (PMM) by a multidisciplinary team composed of 28 researchers, based on field work in 32 municipalities with 20% or more of the population in extreme poverty selected in all regions of Brazil (remote areas, far from capitals, and rural maroon communities), as well as analyzes of the 5.570 Brazilian municipalities based on the Ministry of Health databases. The research resulted in a vast scientific production, pointing out important results, such as broadening of access to health and reducing of avoidable hospitalizations. The reflections brought here show that the PMM contributed to the implementation and consolidation of the SUS principles and guidelines, and guaranteed access to health, especially for the poorest populations, small municipalities and remote and distant regions.

KEYWORDS Health manpower. Health services. Primary Health Care. National health programs.

*Também contribuíram para o manuscrito: Hilton Pereira da Silva, João Paulo Alves Oliveira, Ximena Pamela Díaz Bermudez, Felipe Proença de Oliveira, Josélia Souza Trindade e Carlos André Moura Arruda.

¹Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.
wallaces@unb.br

²Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) – Brasília (DF), Brasil.

³Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) – Brasília (DF), Brasil.



Introdução

O equilíbrio saúde-doença é um processo determinado por fatores de origem social, econômica, cultural, ambiental e biológica/genética. A determinação social da saúde é vinculada à qualidade de vida da população que, por sua vez, é influenciada pelas políticas sociais, econômicas, culturais, ambientais e pelo próprio modelo político de um Estado/nação^{1,2}. Destarte, a garantia à saúde representa o compromisso com a justiça social da nação, ou seja, revela como o país trata de promover direitos sociais e garantir equidade entre os distintos grupos sociais em situação de desigualdade. Para isso, é fundamental criar estratégias e oferecer ações aos diferentes grupos de indivíduos perante importantes direitos, como o de proteção da saúde^{3,4}.

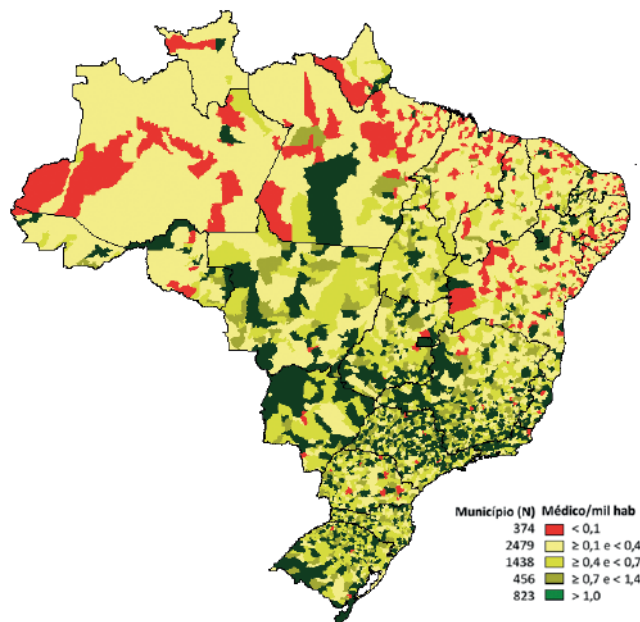
A oferta de serviços universais constitui fator essencial na determinação social da saúde; e sob essa perspectiva, ganha importância a capacidade de oferta suficiente de profissionais de saúde. No Brasil, áreas rurais, remotas e periferias de grandes áreas urbanas, com significativas desigualdades sociais, não conseguem dispor de profissionais para o trabalho em saúde, sobretudo de médicos⁵.

A distribuição de médicos no País marca as enormes desigualdades regionais e de acesso à saúde e se torna maior em relação

às especialidades. Trata-se de uma clara limitação para a universalização da oferta de serviços de saúde nos moldes preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) criado pela Constituição Federal, cujas diretrizes se apoiam na universalização, integralidade e participação da comunidade, pressupondo a igualdade de direitos e a busca da equidade^{6,7}.

Scheffer⁷, no estudo 'Demografia Médica no Brasil', 2013, mostrou uma concentração de médicos no setor privado e classificou as regiões brasileiras com maior razão de médicos por mil habitantes que prestavam serviços ao SUS: Sudeste (1,35/mil hab.); Sul (1,21/mil hab.), Centro-Oeste (1,13/mil hab.), Nordeste (0,83/mil hab.) e Norte (0,66/mil hab.). Segundo o mesmo estudo, o Brasil, em 2013, apresentava densidade de 1,85⁷ e 2,24 em 2018⁸, cifra ainda baixa quando comparada ao Canadá (2,54 em 2015); ao Reino Unido (2,83 em 2016); e à Austrália (3,50 em 2015)⁹. Para fins de comparação internacional, é usado o mínimo de um médico para mil habitantes. A *figura 1* exhibe a distribuição do total de médicos por município (setor público e privado) em 2013, evidenciando a desigualdade de distribuição desses profissionais. Apenas 823 municípios atingiam um ou mais médicos por mil habitantes; no outro extremo, em 374 municípios havia menos do que 0,1 médico por mil habitantes.

Figura 1. Distribuição municipal de médicos por mil habitantes. Brasil, 2011



Fonte: Adaptado de Pereira et al., 2016¹².

A partir do diagnóstico situacional, que demonstrou claramente os vazios assistenciais, ocorreu uma articulação política reivindicatória da Frente Nacional de Prefeitos, com o Governo Federal, mediado pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). O Governo Federal, cuja prioridade era a universalização da Atenção Primária à Saúde (APS), esbarrava para expandir suas metas na falta de profissionais médicos para compor as equipes da APS, instituindo, assim, o Programa Mais Médicos (PMM) por meio da Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013¹⁰, convertida na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013¹¹. Além de prover profissionais, o PMM tem a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o SUS com estratégias que priorizam as regiões a serem atendidas; pelo fortalecimento dos serviços na atenção básica em saúde; pelo aprimoramento da formação médica no País; pelo fortalecimento da política de educação permanente; pela promoção da troca de conhecimentos e

experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; e pelo estímulo à realização de pesquisas aplicadas ao SUS⁶. O Programa foi concebido para atuação em três eixos: 1) infraestrutura, envolvendo reforma e construção das unidades básicas para garantir a estrutura necessária; 2) readequação e expansão da formação médica, por meio de novas diretrizes curriculares e consequente revisão e ajuste dos currículos das universidades, ampliando abordagem em saúde coletiva e APS, além de aumentar, descentralizar e interiorizar a oferta de vagas em cursos de medicina; e 3) provimento emergencial de médicos aos municípios para suprir a demanda imediata.

Ao implementar um projeto de pesquisa para verificar se o PMM contribuiu para a consolidação do SUS constitucional, um imenso volume de informações e vivências estimulou a elaboração deste artigo, com o objetivo de relatar e descrever a experiência da equipe.

Material e métodos

Organização do estudo multicêntrico e equipe multidisciplinar

O projeto 'Análise da efetividade do PMM na realização do direito universal à saúde e na consolidação das Redes de Serviços de Saúde' foi executado por pesquisadores das cinco regiões do Brasil. Coordenado pela Universidade de Brasília (UnB), contou com participação das Universidades Federais da Bahia, do Ceará, do Pará, de Minas Gerais, do Rio Grande do Sul, de Campina Grande, como também da Fundação Oswaldo Cruz – CE, da Universidade Estadual do Ceará e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal.

A equipe multiprofissional era composta por 28 pesquisadores, a saber: sete médicos, cinco sanitaristas, três enfermeiras, três nutricionistas, dois biólogos, psicóloga, antropóloga, pedagogo, assistente social, economista, farmacêutico, veterinário e patologista na coordenação. Realizou-se análise de diversas bases de dados assim como visita *in loco*, para avaliar o PMM, onde o Programa de fato acontecia. O grupo mais amplo reuniu-se presencialmente em três ocasiões ao longo de cinco anos, e grupos menores participaram de várias oficinas de harmonização metodológica.

Estudo em campo

Para a seleção dos municípios a serem visitados, empregaram-se os seguintes critérios de inclusão: 20% ou mais da população em situação de pobreza extrema; inscritos no primeiro ou segundo ciclo do PMM, com menos de cinco médicos e menos de 0,5 médico por mil habitantes antes do Programa (junho de 2013). A seleção da amostra foi aleatória com divisão proporcional ao número de municípios com as características descritas anteriormente.

Aplicados os critérios de inclusão, foram geradas listas com números aleatórios para

selecionar 32 municípios de todas as regiões do Brasil, sendo 14 no Norte, 12 no Nordeste, três no Sudeste, dois no Centro-Oeste e um no Sul. No total, foram visitados 16 estados brasileiros.

Resultados: relato da experiência

O trabalho em campo: conhecendo o Brasil profundo

A amostra de 32 municípios com 20% ou mais da população em situação de pobreza extrema levou a equipe a visitar áreas remotas, realizando, inclusive, pesquisa etnográfica em quilombos rurais nas Regiões Norte e Nordeste. Inúmeras viagens foram realizadas em voadeira e lancha rápida pelos rios da Amazônia, como também enfrentando enchentes nas estradas vicinais em Minas Gerais e baldeações em estradas de terra na Região Centro-Oeste. Todavia, certamente foi inesquecível a experiência de uma das nossas equipes ao embarcar em avião monomotor em precário estado de conservação na Amazônia Ocidental, em uma situação em que o dono do avião era o piloto, mecânico e controlador de voo (no visual) e aterrissava, com maestria, na rua principal do município.

Plano de publicações, produção científica e gestão do conhecimento

Uma iniciativa fundamental foi a elaboração participativa de um plano de publicações desde o início, de modo a incentivar a produção científica, estimular a colaboração e evitar disputas de autoria. O plano era monitorado e revisto trimestralmente. Desse modo, foram publicados 18 artigos científicos originais em periódicos nacionais e internacionais entre 2015 e 2018 e defendidas seis teses/dissertações na UnB (3), Universidade Federal da Bahia – UFBA (1) e Universidade Federal do Pará – UFPA (2) advindos de análises de

banco de dados nacionais, peças legislativas e pesquisa de campo em 32 municípios das cinco regiões. Parte desses resultados será resumida a seguir, e algumas das experiências de campo e publicações podem ser vistas nos sítios eletrônicos <<http://maismedicospa.blogspot.com/>> e <https://www.youtube.com/watch?v=3_yr56apnTE>.

O grupo de pesquisa tinha preocupação com a gestão do conhecimento, tanto assim que semestralmente solicitava audiências com os gestores do PMM no Ministério da Saúde para apresentação de resultados preliminares. A atividade ocorreu como previsto no projeto, desde dezembro de 2014 até dezembro de 2017. Houve apresentação no congresso nacional do Conasems e em três congressos da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), objetivando dar visibilidade aos resultados e incidir sobre o planejamento e implementação do PMM.

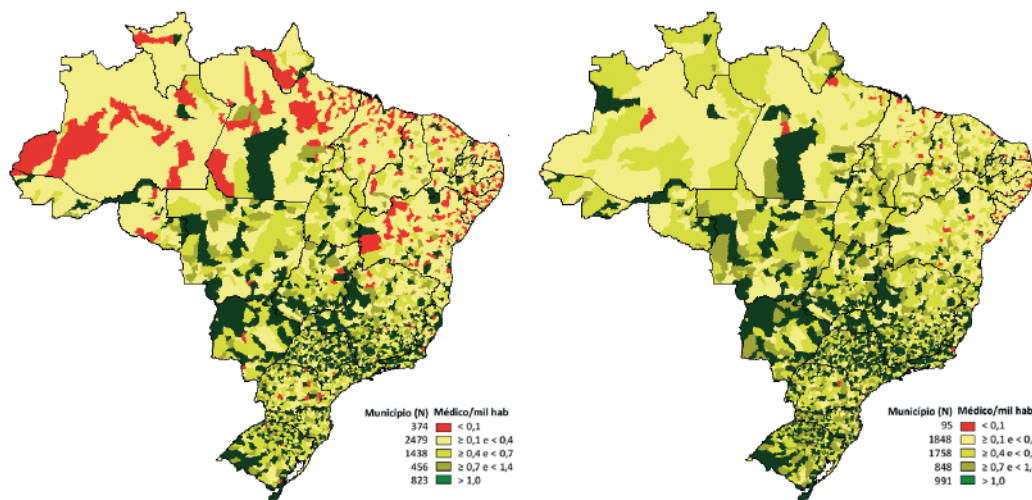
Contribuições para a redução das desigualdades

Nesse cenário, é importante divulgar as evidências científicas produzidas pelo Grupo de Pesquisa Mais Médicos da UnB, que avalia o programa desde a sua criação em agosto de 2013. A pesquisa com bancos de dados oficiais do Ministério da Saúde, aliada ao trabalho de campo em 32 municípios das cinco regiões do País, desdobrou-se em uma série de estudos com metodologias criteriosas, visando analisar o alcance dos objetivos e missão do PMM. As experiências vivenciadas em campo e os resultados já publicados, alguns dos quais descritos a seguir, falam por si mesmos.

O PMM teve uma contribuição ímpar em atrair e fixar médicos em áreas de difícil acesso (rurais, remotas e de alta vulnerabilidade)¹². Na sua primeira chamada pública, em julho de 2013, houve adesão de 3.511 municípios que solicitaram 15.460 médicos. Embora o PMM priorize os médicos brasileiros, apenas 1.096 com registro em Conselho Regionais de Medicina (CRM) se candidataram e foram contratados, juntamente com outros 522 médicos estrangeiros. Foi então firmado o acordo de cooperação internacional com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) para a vinda de médicos cubanos. Em 12 meses, o programa recrutou 14.462 médicos (79% cubanos, 16% brasileiros e 5% de outras nacionalidades) atendendo a 93,5% da demanda dos municípios inscritos.

O parâmetro recomendado pelo Ministério da Saúde era haver um médico para cada mil habitantes. O estudo¹², entretanto, revelou que, antes do PMM, apenas 823 municípios atingiam essa meta; já um ano depois, eram 991 municípios (20% de aumento). Na comparação trazida na *figura 2*, observa-se que, nesse período de um ano, houve redução de 75% no número de municípios com menos de 0,1 médico por mil habitantes (de 374 para 95). Do total de médicos, 3.390 foram alocados em municípios onde havia comunidades quilombolas rurais certificadas. Além disso, o PMM enviou 294 médicos para atuar nos 34 Distritos Sanitários Indígenas (100% de cobertura), garantindo a presença de médicos em todos os Distritos, fato que nunca havia sido possível desde a criação do subsistema de Atenção à Saúde Indígena no SUS.

Figura 2. Distribuição municipal de médicos por mil habitantes em 2011 (esquerda) e 2014 (direita), antes e após a implantação do PMM, respectivamente*



Fonte: Adaptado de Pereira et al., 2016¹².

* As figuras 1 e 2 empregaram o estudo 'Demografia Médica', que não apresenta dados para todos os municípios brasileiros, sobretudo para os de menor porte populacional. Nesse caso, foram imputados 28% dos casos com os valores das medianas regionais para cada porte populacional dos municípios. Verificou-se que a imputação pouco alterou a distribuição de valores nos estados.

No primeiro ano do PMM, verificou-se, ainda, que 2.377 municípios prioritários para o SUS aderiram ao programa, sendo que a Região Nordeste foi a que apresentou o maior número de municípios com 20% ou mais população vivendo em extrema pobreza inscritos, bem como o maior número de municípios inscritos no geral (1.318). No mesmo período, entre os 1.834 médicos com CRM inscritos no PMM, apenas 20% (965) foram alocados na Região Nordeste. Assim, de todos os médicos que foram deslocados para atender à demanda dessa Região, 76% eram cubanos. Na Região Norte, que possui populações vivendo em situações ainda mais extremas, os médicos cubanos representaram 81,1%¹³.

Nesse sentido, o PMM contribuiu para que um maior número de municípios das Regiões Norte e Nordeste pudesse se aproximar da quantidade mínima de médicos por mil habitantes. Na Região Norte, por exemplo, observou-se que entre os 363 municípios que aderiram

ao PMM no primeiro ano, 58 apresentavam menos de 0,1 médico por mil habitantes, e 204 encontravam-se com baixa densidade ($\geq 0,1$ e $< 0,4$) de médico. Com o incremento dos médicos do PMM, verificou-se que houve uma redução de 58 para 2 no número de municípios com muito baixa densidade de médico e aumento no número de municípios com densidade limítrofe ($\geq 0,7$ e $< 1,0$)¹⁴.

Assim, o PMM contribuiu para a garantia de maior equidade no acesso e utilização dos serviços de saúde, uma vez que a interiorização das ações e a melhor distribuição de médicos possibilitaram o provimento dos profissionais em áreas com populações historicamente desassistidas, como populações indígenas e quilombolas¹².

Os diversos profissionais que compõem as equipes de saúde da família, nas quais estava inserido algum médico cubano, afirmam que o PMM colaborou para a oferta de atenção com maior qualidade e integralidade não apenas pela ampliação do acesso das pessoas,

mas também pela efetiva disponibilidade de médicos para atender ao conjunto das necessidades da população. Melhorou o acolhimento, vínculo e respeito com os usuários devido à valorização da condição humana dos usuários com a sensível responsabilidade que esses profissionais apresentam em resolver os problemas de saúde das pessoas. Ainda, segundo os usuários, destaca-se especialmente a característica desses médicos em relação à disponibilidade para resolver os problemas; e, em virtude disso, o trabalho executado por eles foi determinante para os avanços da função de coordenadora das redes destinado à APS. Vale registrar também que, no interior das equipes, os médicos cubanos se integraram ao processo de trabalho multiprofissional, favorecendo o fortalecimento da atenção primária¹⁵.

Formação de médicos e requalificação das Unidades Básicas de Saúde

Pouco divulgados pela grande mídia, os componentes de formação médica e de ampliação e reforma de Unidades Básicas de Saúde (UBS) foram implantados desde a criação do PMM. O primeiro visa garantir um número adequado de médicos para a APS que consiga responder às necessidades do SUS. Além das ações de provimento imediato de médicos, foram também desenvolvidas iniciativas de ampliação dos cursos de graduação em medicina e de vagas de residência médica.

As evidências disponíveis permitem afirmar que o PMM, nos seus primeiros anos de implementação, alcançou um conjunto de resultados importantes no eixo mudança da formação médica. Em pesquisa que analisa o impacto da criação de cursos de medicina no interior apoiados pelo PMM, compararam-se as representações sociais sobre o trabalho na APS dos estudantes nos ‘novos’ cursos e nos cursos ‘tradicionais’. Aplicou-se um roteiro de evocação livre; após a hierarquização de itens, resultados evidenciam que as representações sociais de estudantes de medicina nas escolas ‘novas’ são mais condizentes com as diretrizes

da APS. Houve destaque para a evocação de termos como ‘responsabilidade’, ‘vínculo’, ‘comunidade’ e ‘cuidado’. Já nos cursos ‘tradicionais’, os termos mais destacados foram ‘desvalorizado’ e ‘precariedade’¹⁶. Entretanto, a partir de 2016, as ações no eixo formação deixaram de receber investimentos, fazendo com que as metas de criação de 12 mil vagas de graduação e 11,5 mil vagas de residência médica não fossem atingidas.

Embora haja evidência de que não se faz saúde apenas com médicos, esses profissionais são fundamentais para o adequado provimento desse direito constitucional, especialmente com as atribuições exclusivas dessa categoria profissional na atual legislação. Até 2015, o número de médicos no país cresceu 3% ao ano, cifra notoriamente insuficiente para atender às demandas da nação¹⁷. No entanto, segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM), entre 2013 e 2018, o crescimento do número de profissionais foi da ordem de 21,3%, ou seja, maior que o crescimento populacional brasileiro¹⁴; mesmo que anteriormente houvesse uma baixa proporção de profissionais em relação à população e que essa tenha a percepção de uma ausência de médicos^{17,18}. O que ocorre, de fato, é uma má distribuição desses recursos humanos pelos serviços e regiões do País – principalmente nas áreas rurais, nas Regiões Norte e Nordeste, em áreas urbanas conflagradas –; e nos serviços há falta e/ou alta rotatividade de profissionais, seriamente comprometendo a APS.

Não há, portanto, falta de médicos⁹, assim como não há necessidade de mais médicos – além de infraestrutura e insumos^{18,19}. O desafio, então, é compreender porque esses dois lados do mesmo problema não se encontram. Uma das potenciais explicações é a distribuição das escolas e residências médicas, atualmente concentradas em grandes centros urbanos, situação que começou a mudar após a implantação do PMM¹⁷. Uma explicação complementar é o tipo de formação recebida nas faculdades, que até recentemente não enfocava a formação de generalistas, habilitados ao cuidado integral e

à resolução dos problemas mais prevalentes na população, tampouco considerava a diversidade local, incentivando a entrada de grupos social e economicamente vulnerabilizados na carreira médica¹⁷.

No campo da formação, destarte, por meio da distribuição mais equitativa de faculdades, da transformação da estrutura curricular e da inclusão de mais diversidade étnica e social nos cursos de medicina resultantes do PMM, pode-se vislumbrar garantir não apenas mais, mas melhores médicos para as necessidades do País¹⁷.

A atuação dos médicos cooperados

As pessoas que usam o SUS (usuários), que foram atendidas pelos médicos cubanos, relatam que o PMM aumentou a sua satisfação com a APS e com a capacidade de resposta dos serviços. Muitos usuários adultos declararam que, pela primeira vez na vida, tiveram acesso a uma consulta médica; antes não havia atenção médica regular no município, que só conseguia contratar médicos temporários e que estavam presentes pontualmente. Observou-se, nas narrativas de usuários, a satisfação com a atenção e disponibilidade dos médicos cubanos, a sua sensibilidade, respeito e atenção e tratamento humanizados, características que podem se resumir no conceito de dignidade no cuidado. De forma detalhada, aspectos de capacidade de resposta dos serviços foram evidenciados na organização dos horários, na inclusão da demanda espontânea, nas visitas domiciliares e na diminuição dos tempos de espera até a realização da consulta médica²⁰.

Os traços da ‘atenção humanizada’, tão valorizados pelos usuários, são centrais no modelo de atenção que os médicos cooperados trouxeram de Cuba e constituem elemento fundamental da formação e prática médica naquele país. A responsabilidade que esses profissionais têm com vínculo e confiança da população é favorecida pela permanência deles no município para o qual foram designados pelo PMM. O compromisso com a população se expressa tanto na disponibilidade e na relação

médico-paciente com empatia, como na efetiva resolução dos problemas. O cuidado médico é estabelecido por meio de relações horizontais entre usuários e profissionais mais próximas e afetivas; e pelo reconhecimento da pessoa, usuário ou paciente, nos aspectos da empatia no ouvir, olhar, examinar, enfim, cuidar²¹.

Os conselheiros de saúde dos municípios estudados, entendidos como representantes dos atores que operam e atuam no SUS (gestores, profissionais e usuários), também foram entrevistados e trouxeram uma visão muito positiva do PMM, relatando que melhorou a qualidade da APS local. Os conselheiros registraram avanços na saúde da população rural, já que foi incorporada como cenário da APS, ainda que estando isolados ou longe da zona urbana. Com relação à consulta médica, voltaram a relatar as mesmas dimensões que membros de equipes e usuários: amor, atenção, cuidado. Houve apreciação intuitiva dos conselheiros ao informar que houve diminuição da necessidade de consultas de urgência, devido à presença constante dos médicos na UBS²². De fato, os doentes crônicos, principalmente os hipertensos e diabéticos, quando bem monitorados e controlados pela APS, deixam de apresentar crises agudas de suas doenças e passam a não precisar mais de internações ou outros procedimentos mais invasivos e onerosos.

Os médicos cubanos do PMM também foram entrevistados e descreveram as atividades realizadas: atendimento da demanda espontânea e programada, visitas domiciliares, atividades educativas, programas de saúde e participação em reuniões regulares para o planejamento das ações com as equipes. A atuação regular de médicos nessa gama de atividades, embora previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), jamais havia ocorrido na maioria dos municípios. Eles dedicam um tempo de consulta maior do que a população estava acostumada e, apesar de terem recebido alguma queixa por parte dos usuários, os médicos justificam que o tempo é necessário para trabalhar com detalhe sobre o usuário e seu contexto. Nas visitas domiciliares, eles

têm um olhar integral ao paciente, à família e ao ambiente, em que observaram a carência prévia de atenção médica nas comunidades. Também observaram com preocupação o grande consumo de medicamentos, especialmente psicofármacos sem o devido controle; conseguiram encaminhar pacientes para acompanhamento com especialistas, quando necessário. Declararam ter tido sucesso ao trabalhar em equipe e manter boas relações com os gestores municipais²³.

Interessou também ouvir os gestores municipais, tanto Secretários de Saúde quanto coordenadores da APS, que relataram a situação vivenciada nos municípios antes da chegada do PMM. A escassez de médicos levava à barreira no acesso e à falta de continuidade de cuidados, que repercutia na qualidade dos serviços ofertados. Esses gestores apontaram muitas contribuições do PMM para o município; entre elas, a melhoria de indicadores de saúde da APS, como o pré-natal, as visitas domiciliares, diminuição das hospitalizações, melhor acesso à rede e à humanização do cuidado, além da vigilância em saúde. Quanto aos aspectos individuais dos médicos cubanos, emanaram das narrativas dos gestores aspectos também relatados por usuários e membros das equipes: atendimento minucioso, tempo adequado de consulta, melhora na qualidade da consulta médica, realização de exame físico completo, uso racional de medicamentos, respeito e responsabilidade no acompanhamento dos casos, preocupação com os pacientes e com a resolução de problemas e compromisso com o cumprimento da carga horária de trabalho. Por último, destacaram que os médicos cubanos trabalham pela prevenção e promoção da saúde, e não somente atendendo pacientes doentes²⁴, um dos pressupostos da APS de qualidade.

A alocação e a permanência de médicos nas UBS nos municípios possibilitaram a realização de ações de prevenção e promoção da saúde e o estabelecimento de vínculo com usuários de comunidades rurais e quilombolas. Os médicos cubanos atuam de forma a garantir o atendimento aos usuários, seja nas UBS ou

em visitas domiciliares, buscando respeitar suas especificidades, em especial, as dimensões culturais. Muitas vezes, esses profissionais aliam a medicina tradicional, presente de forma expressiva nessas comunidades, com o tratamento alopático²⁵. Encontrou-se evidência de que médicos cubanos buscam atender às especificidades da população rural e/ou quilombola a partir de estratégias, como: expansão de ações de educação em saúde, planejamento das ações com os demais membros equipe, melhor organização da agenda, buscando contemplar necessidades de moradores que residem em áreas distantes e isoladas, realização frequente de visitas domiciliares, maior continuidade da atenção à saúde, criação de vínculo, com maior presença nos serviços de saúde. Uma das grandes vantagens do atendimento mais cuidadoso e humanizado oferecido pelos médicos cubanos é o fato de os usuários aderirem ao tratamento e frequentarem mais as UBS para acompanhamentos de rotina, evitando complicações de saúde mais sérias e descongestionando os atendimentos de urgência^{22,26,27}.

O impacto do PMM nos indicadores de saúde

Para verificar o possível impacto do PMM nos indicadores de saúde, foi realizada uma avaliação 'quase-experimental', antes e depois da implementação do programa nos 1.708 municípios com 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza e em áreas remotas de fronteira. Compararam-se a densidade de médicos, a cobertura da atenção primária e as hospitalizações evitáveis em municípios inscritos (n=1.450) e não inscritos (n=258) no programa. Trata-se de um desenho de estudo robusto para avaliação de impacto, no qual o grupo contrafactual (não inscrito) não é alocado pelo pesquisador, mas, sim, ocorre fortuitamente (neste caso, foi o gestor municipal que não solicitou a inscrição). Os resultados indicaram que, entre os 1.708 municípios estudados, os que tinham um ou mais

médicos por mil habitantes aumentaram de 163 em 2013 para 348 em 2015. A cobertura da atenção primária nos municípios inscritos aumentou de 77,9% em 2012 para 86,3% em 2015; e nos demais ficou estável. As internações evitáveis nos 1.450 municípios inscritos diminuíram de 44,9% em 2012 para 41,2% em 2015, mas permaneceram inalteradas nos 258 municípios controle. Esse foi um dos primeiros estudos fornecendo evidências sobre impacto do PMM na saúde²⁸. Esse resultado evidencia que, apesar do pequeno número de médicos cooperados em relação ao total de médicos já disponíveis no País (1,8%) e da maior concentração destes em áreas litorâneas e nas Regiões Sudeste e Sul²⁹, de fato, houve uma melhoria na distribuição de profissionais intra e inter-regiões e, especialmente, no acesso de amplos segmentos da população anteriormente excluídos de atendimento médico regular, mesmo nas regiões mais desenvolvidas.

Síntese das evidências científicas produzidas

Os dados coletados e analisados pelo projeto a respeito do PMM, e aqui reunidos, indicam:

- i. o desenvolvimento da atenção médica do PMM em municípios onde antes não havia médicos;
- ii. melhoria da qualidade e aumento da quantidade de médicos formados no País;
- iii. atuação dos médicos do PMM em áreas rurais, remotas e mais vulneráveis;
- iv. redução de municípios com extrema carência de médicos (menos que 0,1 médico por mil habitantes);
- v. provimento de médico em áreas Quilombolas e em todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI);
- vi. fortalecimento e aumento da cobertura da

APS em todo o território nacional;

- vii. significativa redução de hospitalizações por causas evitáveis;
- viii. criação de vínculo entre médico e paciente, com melhor adesão ao tratamento;
- ix. atendimento médico mais humanizado;
- x. maior satisfação da população e dos gestores com os serviços de saúde.

Situação atual do PMM para o Brasil

Em 14 de novembro de 2018, foram veiculadas na mídia nacional e internacional notícias sobre a interrupção da cooperação técnica dos governos de Cuba e do Brasil, por meio do PMM. A reação do governo cubano derivou de uma resposta às declarações do presidente eleito sobre sua intenção de modificar os critérios do Termo de Cooperação do Programa, além de suscitar questionamentos acerca da qualificação dos profissionais cubanos que o integram. Nesse cenário, cerca de 8.500 médicos cooperados deixaram o Programa, e o governo brasileiro busca uma solução para não deixar sem assistência à saúde 29 milhões de brasileiros, grande parte residente em locais mais vulneráveis do País, onde esses profissionais faziam parte das equipes de saúde da família. Segundo fontes oficiais, as vagas abertas para contratação de novos profissionais estão sendo preenchidas por médicos brasileiros com CRM, embora ainda haja lacunas, sobretudo em áreas remotas, incluindo DSEI.

Considerações finais

As contribuições do PMM para a efetivação e consolidação dos princípios e diretrizes constitucionais do SUS são, como descrito neste relato, amplas, perceptíveis e significativas.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Por isso, é fundamental estudar e avaliar os prejuízos e perdas para o sistema de saúde brasileiro com a desvinculação repentina desses médicos das equipes de saúde da família assim como o legado que deixam para o País e para a cultura das práticas da saúde. Ainda que todas as 8.300 vagas sejam rapidamente preenchidas por profissionais nacionais, perguntas são feitas sobre o grau de adesão temporal, permanência e a capacidade resolutiva dos novos médicos quanto à população. Essas perguntas para futuras pesquisas se tornam ainda mais importantes por se tratar de áreas econômica e socialmente mais desiguais e vulneráveis do Brasil, para onde, historicamente, os médicos brasileiros têm resistido a ir e a permanecer.

Não se pode esperar nem atribuir ao PMM a solução de todos os problemas e mazelas crônicas e reconhecidas do SUS, porém é indubitável creditar os avanços que o Programa trouxe ao País, especialmente para as populações socialmente excluídas onde houve provimento de profissionais médicos: as periferias das grandes cidades, os municípios pequenos e pobres e aqueles das regiões longínquas e de difícil acesso. É bem verdade que o volume de médicos formados no Brasil vem crescendo – também em virtude do PMM, que atuou no crescimento de escolas e das vagas para formação médica. Igualmente, sabe-se que, apesar do enorme esforço para mudar as diretrizes curriculares para a medicina, aproximando os profissionais formados das reais necessidades da população baseada na saúde coletiva e na APS, ainda prevalecem os valores que orientam, grosso modo, para as especialidades rentáveis. A formação dos médicos no Brasil majoritariamente estimula uma atuação predominante no mercado privado mesmo quando trabalhador do SUS, que busca especialidades mais rentáveis e dependentes de sofisticados insumos tecnológicos e que, com frequência, move-se por interesses mais mercadológicos do que humanitários.

Em seu livro ‘Medicina financeira: a ética estilhaçada’, o médico Luiz Vianna desenvolve sua tese central de que a medicina atual serve muito mais ao mercado dos planos de saúde e ao capital do complexo médico industrial que aos pacientes, e a partir de histórias e fatos vividos, fundamentados em clássicos do estudo da ética, o autor vai demonstrando as razões que confirmam sua afirmação. Dolorosa tese para um país que vive tamanha desigualdade e guarda esperanças de ver consolidado o direito universal à saúde nos moldes que a Constituição desta nação concebeu.

A presença dos médicos cubanos por aqui, nesses anos, deixou marcas fortes, resultantes de uma cultura médica distinta e necessária ao povo brasileiro. Poderiam ter ficado mais e consolidado o modelo de APS, influenciado irreversivelmente na formação das futuras gerações de médicos e na organização dos serviços. Tomara que os brasileiros, que agora assumem, assumam também o considerável desafio de mostrar que outro cuidado à saúde é possível, prosseguindo o que foi começado; e que, inspirados na experiência cubana, possam efetivamente avançar para um sistema de saúde resolutivo, universal, integral e equânime.

Colaboradores

Santos W (0000-0001-5705-936X)* contribuiu para a concepção e delineamento do estudo, análise dos dados, elaboração de versão preliminar do artigo, redação de significativo conteúdo intelectual e revisão do artigo. Comes Y (0000-0002-7745-6650)*, Pereira LL (0000-0001-9722-143X)*, Costa AM (0000-0002-1931-3969)*, Merchan-Hamann E (0000-0001-6775-9466)* e Santos LMP (0000-0002-6739-6260)* contribuíram para a concepção e delineamento do estudo, elaboração de versão preliminar do artigo, redação de significativo conteúdo intelectual e revisão do artigo. ■

Referências

1. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis, Rio de Janeiro. 2007; 17(1):77-93.
2. Carrapato P, Correia P, Garcia B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. Saude soc. 2017; 26(3):676-689.
3. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. J Epidemiol Commun Health, 2003; 57(4):254-258.
4. Foege WH. Public Health: moving from debt to legacy (1986 presidential address). Am J Pub Health, 1987; 77:1276-1278.
5. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. Divulg. Saúde debate. 2009; (44):13-24.
6. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
7. Scheffer M. Demografia Médica no Brasil: Cenários e indicadores de distribuição [relatório de pesquisa]. São Paulo: CRM-SP; CFM; 2013.
8. Conselho Federal de Medicina. Demografia Médica: Brasil possui médicos ativos com CRM em quantidade suficiente para atender demandas da população [internet]. [2018] [acesso em 2018 nov 28]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27983:2018-11-26-13-05-15&catid=3.
9. World Health Organization. Global Health Observatory: Density of physicians (total number per 1000 population): Latest available year [internet]. Geneva: WHO; [2018] [acesso em 2018 nov 28]. Disponível: http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/health_workforce/PhysiciansDensity_Total/tablet/atlas.html.
10. Brasil. Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Diário Oficial da União. 9 Jul 2013.
11. Brasil. Lei nº 12.87, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013.
12. Pereira LL, Santos LMP, Santos W, et al. Mais Médicos program: provision of medical doctors in rural, remote and socially vulnerable areas of Brazil, 2013-14. Rural and Remote Health [internet]. 2016 [acesso em 2018 jan 21]; 16:3616. Disponível em: <https://www.rrh.org.au/journal/article/3616>.
13. Oliveira JPA, Sanchez MN, Santos LMP. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2016 [acesso em 2018 out 30]; 21(9):2719-2727. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2719.pdf>.
14. Oliveira JPA. Análise do provimento de médicos em municípios participantes do Programa Mais Médicos entre 2013 e 2014. [dissertação] [internet]. Brasília, DF: UnB 2016 [acesso em 2018 nov 28]. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/20818>.
15. Comes Y, Trindade JS, Pessoa VM, et al. A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2016 [acesso em 2018 nov 28]; 21(9):2729-38. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2016.v21n9/2729-2738/pt>.
16. Oliveira FP, Santos LMP, Shimizu ER. Programa Mais Médicos e diretrizes curriculares nacionais: avanços e fortalecimento do sistema de saúde. Trab. educ. saúde. No prelo 2018.
17. Costa AM, Girardi SN, Rocha VXM, et al. Mais (e melhores) Médicos. Tempus (Brasília). 2015; 9(4):175-181.
18. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. O Sistema de Indicadores de Percepção Social. Brasília: IPEA; 2011.

19. Silva HP. O CRM, O Globo Repórter e o Mais Médicos. *Jornal do CRM-PA*, Ano 11, nº 100, jan-mar, p. 11-15, 2014 [acesso em 2018 nov 28]. Disponível em: http://www.academia.edu/12928996/O_CRM_O_Globo_Rep%C3%B3rter_e_o_Mais_M%C3%A9dicos.
20. Comes Y, Trindade JS, Shimizu HE, et al. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2016 [acesso em 2018 nov 28]; 21(9):2749-59. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2016.v21n9/2749-2759/pt>.
21. Comes Y, Díaz-Bermúdez XP, Pereira L, et al. Humanismo en la práctica de médicos cooperantes cubanos en Brasil: narrativas de equipos de atención básica. *Rev Panam Salud Pública* [internet]. 2017 [acesso em 2018 nov 28]; (2):1-7. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34585>.
22. Comes Y, Díaz-Bermúdez XP, Shimizu HE, et al. Representaciones sociales sobre el Programa Mais Médicos entre consejeros Municipales de salud de Brasil. *Rev Cuba Salud Publica*. No prelo 2018.
23. Silva HP, Tavares RB, Comes Y, et al. O Projeto Mais Médicos para o Brasil: desafios e contribuições à Atenção Básica na visão dos médicos cooperados. *Interface (Botucatu)* [internet]. 2017 [acesso em 2018 nov 28]; 21(supl1):1257-68. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2017.v21suppl1/1257-1268/pt>.
24. Arruda CAM, Pessoa VM, Barreto ICHC, et al. Percepções de gestores municipais de Saúde sobre o provimento e a atuação dos médicos do Programa Mais Médicos. *Interface Comun Saúde, Educ* [internet]. 2017 [acesso em 2018 nov 28]; 21(supl1):1269-80. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2017.v21suppl1/1269-1280/pt>.
25. Pereira LL, Santos LMP, Pereira H. Projeto Mais Médicos para o Brasil: estudo de caso em Comunidades Quilombolas. *ABPN*, 2015;7:28-51.
26. Pereira LL, Santos LMP. Programa Mais Médicos e Atenção à Saúde em uma comunidade quilombola no Pará. *Argumentum (Vitória)*, 2018; 10:203-219.
27. Pereira LL, Santos LMP. O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e garantia da atenção integral à saúde em áreas rurais na região amazônica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 2017; 21:1181-1192.
28. Santos LMP, Oliveira A, Trindade JS, et al. Implementation research: towards universal health coverage with More Doctors in Brazil. *Bull World Health Org* [internet]. 2017 [acesso em 2018 dez 3]; 95:103-112. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/95/2/16-178236.pdf>.
29. Conselho Federal de Medicina. Mais Médicos: Presença de intercambistas cubanos é maior em municípios mais desenvolvidos e no litoral [internet]. [2018]. [acesso em 2018 nov 29]. Disponível: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27984:2018-11-26-13-24-31&catid=3.

Recebido em 19/12/ 2018

Aprovado em 21/01/2019

Conflito de interesses: inexistente


Suporte financeiro: Pesquisa financiada pelo CNPq/Decit (Chamada MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit Nº 41/2013)

RESEARCH ARTICLE

Open Access



Impact of the Programa Mais médicos (more doctors Programme) on primary care doctor supply and amenable mortality: quasi-experimental study of 5565 Brazilian municipalities

Thomas Hone^{1*} , Timothy Powell-Jackson², Leonor Maria Pacheco Santos³, Ricardo de Sousa Soares⁴, Felipe Proenço de Oliveira⁴, Mauro Niskier Sanchez³, Matthew Harris⁵, Felipe de Oliveira de Souza Santos⁶ and Christopher Millett¹

Abstract

Background: Investing in human resources for health (HRH) is vital for achieving universal health care and the Sustainable Development Goals. The *Programa Mais Médicos* (PMM) (More Doctors Programme) provided 17,000 doctors, predominantly from Cuba, to work in Brazilian primary care. This study assesses whether PMM doctor allocation to municipalities was consistent with programme criteria and associated impacts on amenable mortality.

Methods: Difference-in-differences regression analysis, exploiting variation in PMM introduction across 5565 municipalities over the period 2008–2017, was employed to examine programme impacts on doctor density and mortality amenable to healthcare. Heterogeneity in effects was explored with respect to doctor allocation criteria and municipal doctor density prior to PMM introduction.

Results: After starting in 2013, PMM was associated with an increase in PMM-contracted primary care doctors of 15.1 per 100,000 population. However, largescale substitution of existing primary care doctors resulting in a net increase of only 5.7 per 100,000. Increases in both PMM and total primary care doctors were lower in priority municipalities due to lower allocation of PMM doctors and greater substitution effects. The PMM led to amenable mortality reductions of – 1.06 per 100,000 (95%CI: – 1.78 to – 0.34) annually – with greater benefits in municipalities prioritised for doctor allocation and where doctor density was low before programme implementation.

Conclusions: PMM potential health benefits were undermined due to widespread allocation of doctors to non-priority areas and local substitution effects. Policies seeking to strengthen HRH should develop and implement needs-based criteria for resource allocation.

Keywords: Brazil, Human resources for health, Mortality, Primary care, Doctors

* Correspondence: thomas.hone12@imperial.ac.uk

¹Public Health Policy Evaluation Unit, Imperial College London, London, UK
Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s). 2020 **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

Background

Investments in Human Resources for Health (HRH) which deliver sufficient numbers of highly-skilled, motivated and equitably distributed health professionals [1] are essential to achieve universal health care and health targets in the Sustainable Development Goals (SDGs). However, chronic HRH shortages persist in many settings with an estimated 10.3 million extra health workers needed globally to achieve UHC [2]. Interventions to address HRH deficiencies are essential, but so is ensuring implementation as planned to achieve their intended benefits.

Brazil, like many other low- and middle-income countries (LMICs), suffers substantial HRH challenges. Supply of doctors is low by international standards (180 per 100,000 population in 2013 [3]) with large geographic distributional inequalities. Many doctors work in the private hospital sector in urban areas rather than the public system where working conditions and career prospects are perceived to be poor [4, 5]. In 2012, over 42% of the population lived in areas with fewer than 25 doctors per 100,000 [6] – comparable to doctor densities in countries of sub-Saharan Africa (20 per 100,000) [7]. HRH shortages in primary care are especially problematic and contribute to suboptimal health outcomes and continued health inequalities in the country [8]. Brazil's *Estratégia Saúde da Família* (ESF) is a globally-renowned public primary care system that has delivered improvements in health outcomes [9–13]. However, expansion of the ESF in urban or remote areas has stalled in recent years due to HRH shortages [14].

In 2013, the Brazil government initiated the *Programa Mais Médicos* (PMM) (More Doctors Programme) to expand the number of doctors in under-served areas. In addition to funds for clinic construction and refurbishment, and new medical schools in areas lacking doctors, there was a politically-contentious “emergency expansion” of primary care doctors. These were predominantly Cuban doctors who entered Brazil following an agreement between Cuba and Brazil, organised by the Pan American Health Organisation (PAHO). One year later, in July 2014, there were 14,462 PMM doctors: 79.0% Cubans (11,429), 15.9% Brazilians (2302) and 5.1% other foreigners (731) [15]. By Sept 2015, the total had increased to 17,625 doctors [3]. Studies show that following the PMM there are now fewer municipalities with primary care doctor shortages [16, 17], access to doctors has increased, users are more satisfied, and services have improved including patient-doctor relations, continuity, and coordination [18, 19]. There is also evidence of reductions in hospitalisations, but no effect on infant mortality [20, 21]. However, little is known about PMM's impact on existing primary care services or adult mortality. Primary care expansion in Brazil led to reductions in

child and amenable adult mortality [10], health inequalities [11], and ambulatory care sensitive hospitalisations [9], and therefore health improvements from PMM are anticipated.

Criteria for allocating PMM doctors to Brazil's 5565 municipalities were developed prior to programme implementation, and based on indicators of local deprivation rather than a formal health needs assessment [22]. Actual allocation was widespread with 4509 (81.0%) municipalities receiving PMM doctors, including municipalities already achieving international benchmarks for doctor supply. PMM implementation provides important policy learning opportunity about prioritising scarce HRH to maximise health system performance and health outcomes [23]. This study examined the impact of PMM on primary care doctor supply and amenable mortality using longitudinal data from 5565 Brazilian municipalities between 2008 and 2017. It explored whether these relationships differ in areas prioritised under PMM allocation criteria, compared with those that were not, and by primary care doctor density prior to PMM introduction.

Key components and policies changes of the *Programa Mais Médicos* (PMM)

The Brazilian government launched *Programa Mais Médicos* (PMM) in July 2013 with three main components – an “emergency” expansion of primary care doctors, establishing new medical schools with increases in primary care residency positions, and funds for clinic construction and refurbishment.

The “emergency” expansion was the most visible and politically contentious component of PMM. Initially, local managers requested 16,000 primary care doctors to fill vacancies in underserved areas. Competitive salaries were offered under PMM to encourage Brazilian doctors to relocate, but only 1096 Brazilian doctors enrolled [15]. An international cooperation agreement between Brazil and Cuba facilitated by PAHO provided Cuban doctors to fill these vacancies following basic training in primary care and supervision from an accredited university [3, 24]. Municipalities were prioritized to receive PMM doctors using federally-set criteria: municipalities with 20% or more of the population in extreme poverty; 100 municipalities with more than 80,000 population and the lowest income per capita; state capitals, metropolitan regions, and other municipalities encompassing areas with extreme poverty; and municipalities with low/very low human development index or considered vulnerable (e.g. semi-arid or *Quilombo* communities) [6]. However many non-priority municipalities received PMM doctors [6] as the Brazilian Ministry of Health did not adhere to these criteria.

The costs of the PMM were substantial. In 2014, medical provision costs were US\$ 1.1 billion (R\$ 2.36 billion), 93% financed by the federal budget, or approximately US\$ 6000 (R\$ 14,000) per month per doctor [25]. Funding for clinic construction and refurbishment exceeded R\$5 billion [3]. By 2019, 13,000 new undergraduate medical places had also been created. However, construction and refurbishment of clinics and establishment of new medical schools was paused following a federal funding freeze.

In November 2018, the Cuban government withdrew all Cuban doctors from Brazil citing critical comments by President-elect Jair Bolsonaro. During the election period, he questioned the quality of their training and described them as “slaves” due to the low pay they receive (relative to payments made to the Cuban government) [5]. In August 2019 the government launched a new program called “*Medicos Pelo Brasil*” (Doctors for Brazil), but as of November 2019, approximately 5000 positions remain vacant.

Methods

Study design

This study employed differences in differences approaches using longitudinal (panel) regression models to compare the supply of primary care doctors and mortality amenable to healthcare before and after PMM introduction between municipalities that received the programme and municipalities that did not. It uses a panel dataset of 5565 Brazilian municipalities over the period 2008–2017. Longitudinal (panel) regression models are widely employed for programme evaluations [26] and exploit the varied roll out of the PMM programme over time across Brazilian municipalities.

Data sources and variables

Multiple publicly available data sources were collated. Official statistics on mortality, doctors, hospital beds, private health insurance plans, and municipal health expenditures were collated from the Brazilian Ministry of Health website. Data on PMM implementation was obtained from the Brazilian Ministry of Health including the number and nationality of PMM doctors in each municipality. The website of the Brazilian National Institute of Geography and Statistics (*Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística* - IBGE) was consulted for municipal-level data on population, gross domestic product (GDP), Bolsa Familia expenditure, and sociodemographic characteristics.

The main outcome variables of interest were public primary care doctor density per 100,000 (defined as doctors working in public primary care) and mortality amenable to healthcare (per 100,000 population) – both expressed at the municipal level. Quarterly data on

doctor numbers in a municipality and their employment hours were used to generate full time equivalents (FTEs) based on a 40-h working week. Primary care doctors were identified as those reporting ambulatory working hours in primary care facilities (health centres and posts, family health units, mixed healthcare units, water-based clinics serving fluvial communities, and indigenous health centres). Public primary care doctor density was further subdivided into PMM and non-PMM doctors - identified by their contract with the Ministry of Health. A variable denoting the percentage of PMM doctors that were Brazilian was generated for each quarter-municipality observation.

Amenable mortality rates were generated from official death statistics which were encoded based on reported ICD10 codes and age [27] – an approach employed previously [10]. Additionally, groups of amenable deaths were encoded based on categories of causes (see Additional file 1). Annual municipal population estimates were interpolated to generate quarterly observations and, using the age distribution of the population for each municipality from the latest census, denominator populations under 75 years of age were estimated.

A binary variable indicating the presence of PMM in a municipality was our exposure variable. It was defined as any PMM doctor operating in a municipality for each quarter-year to account for the time-varying nature of implementation in each municipality and that PMM doctors could leave municipalities.

Statistical analyses

Differences-in-differences analyses were employed with multiple time points using longitudinal fixed effects regression models. These models were used to identify associations between PMM introduction and changes in outcomes over time by comparing changes in mortality rates between areas that received the PMM and those that did not before and after PMM implementation. Existing studies examining hospitalisations and healthcare utilisation have employed similar analytical strategies and demonstrate the appropriateness of these approaches and validity of underlying assumptions [20, 21, 28, 29].

The regression models adjust for municipality fixed effects (rather than random effects specification) to control for time-invariant differences between municipalities. They further adjusted for state-quarter-year fixed effects and time-varying municipality characteristics. Time-varying confounders were chosen as proxies of socioeconomic and demographic characteristics of municipalities and to capture wider changes in the health system as used in similar studies [10, 11, 30–32]. Specifically there were: municipal health expenditure (R\$) per capita; private insurance plan coverage (%); hospital bed density (beds per 1000 population); municipal Gross Domestic Production

(GDP) per capita (R\$); Bolsa Familia expenditure per poor person (R\$); municipal illiteracy rate (%) (of those aged 15 years or more); percentage households with inadequate sanitation (%); municipal urbanisation rate (%); average municipal income per capita (R\$); and percentage households with no electricity (%).

Firstly, trends were explored descriptively and the effect of PMM implementation on doctor density and amenable mortality modelled using longitudinal fixed effects regression models. Models exploring mortality were weighted by average municipal population over the period to provide estimates relevant to an average individual (rather than an average municipality). Robust standard errors (clustered by municipality) were used to account for heteroskedasticity and autocorrelation [33]. Data was analysed using quarterly observations, but effect sizes for mortality were reported as annual to aid interpretability.

Secondly, heterogeneity in PMM impact was assessed by allocation criteria and baseline primary care doctor density. Municipalities were grouped into either priority or non-priority based on allocation criteria. A priority municipality was one that met any of the criteria. Municipalities were also divided into five equal sized groups (quintiles) based on the mean density of primary care doctors (FTE primary care doctors per 100,000 population) in the period prior to PMM implementation (2008–2012). Interactions with the indicator of PMM introduction were used to explore subgroup differences in separate models for programmatic priority and baseline doctor density quintiles. To aid interpretation, the reported effect sizes are calculated as the effect of PMM introduction in each group or quintile (rather than marginal effect sizes relative to Q1 as commonly reported).

Thirdly, heterogeneity between Brazilian PMM and foreign PMM doctors was assessed to explore whether differential PMM impacts existed by the percentage of PMM doctors that were foreign. A categorical variable was created denoting the combination of PMM implementation and percentage of PMM doctors that were Brazilian. Specifically: no PMM implementation; < 20% PMM doctors Brazilian; 20–80% PMM doctors Brazilian; and > 80% PMM doctors Brazilian. This variable was used in the main regression model described above.

Sensitivity analyses

Model specifications with variations in time and fixed effects were tested. These included additional state-quarter-year fixed effects and state-year-quarter linear time trends. Univariate analyses and stepwise addition of covariates were undertaken to explore stability of effect estimates and the models. In addition to step changes following PMM introduction, slope changes (in underlying trends) were also tested. The PROVAB programme

(Program to Value Primary Healthcare Professionals; *Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica*) was operational at a similar time to the PMM. It offered training for primary care doctors which was incorporated into the PMM in 2016 (allowing these doctors to also enter the PMM). Possible bias from co-introduction of this programme was tested by repeating regression analyses with PROVAB-PMM doctors omitted. Models with alternative covariate specifications, including linear time trends interacted with baseline covariate values (2008 Q1) were used to assess the robustness of the findings. Additionally, inverse probability weighting of treatment (IPTW) was employed to test whether further weighting of municipalities by baseline covariates would affect regression results. An event study analysis was also carried out on doctor density outcomes and amenable mortality to examine evidence of pre-trends and test robustness of the findings to alternative analytical approaches.

Results

Total FTE doctors in Brazil increased from 268,970 in Q1 2008 to 418,566 in Q4 2017 representing an increase from 145.1 to 210.6 per 100,000 population (see Additional file 1). However, the proportion working in the public sector decreased (from 86.8 to 75.3%). Total full-time equivalent (FTE) doctors working in primary care in the public system (hereafter ‘primary care doctors’) grew 14.2% from 60,900 to 69,536. Although, as the number of doctors in other parts of the public system increased, the proportion of primary care doctors declined (from 26.1 to 22.1%) (Fig. 1).

Over the period 2013–2017, 35,060 PMM doctors were contracted - 72.8% of these were non-Brazilian. The peak number of PMM doctors working was in Q1 2016 with 18,088 doctors in operation. Of 5565 municipalities, 4509 (81.0%) ever received a PMM doctor between 2013 and 2017, but this averaged 4000 municipalities from mid-2015 onwards (see Additional file 1). This compares to the 46.5% (2589) of municipalities prioritised for PMM allocation under programme criteria; including 1527 due to high levels of extreme poverty, 486 capitals or in metropolitan areas, 98 classified as populations over 80,000 and low incomes, and 478 under other vulnerabilities (semi-arid, low human development index, indigenous areas).

PMM introduction coincided with increases in total primary care doctors, but there were concurrent reductions in the number of non-PMM primary care doctors. The mean number of municipal primary care doctors (FTEs) per 100,000 grew 11.0% from 46.1 in Q1 2012 to 51.6 in Q4 2017. Regions with lowest primary care density at baseline were mainly in the north and north east of Brazil and were also the areas that had the largest

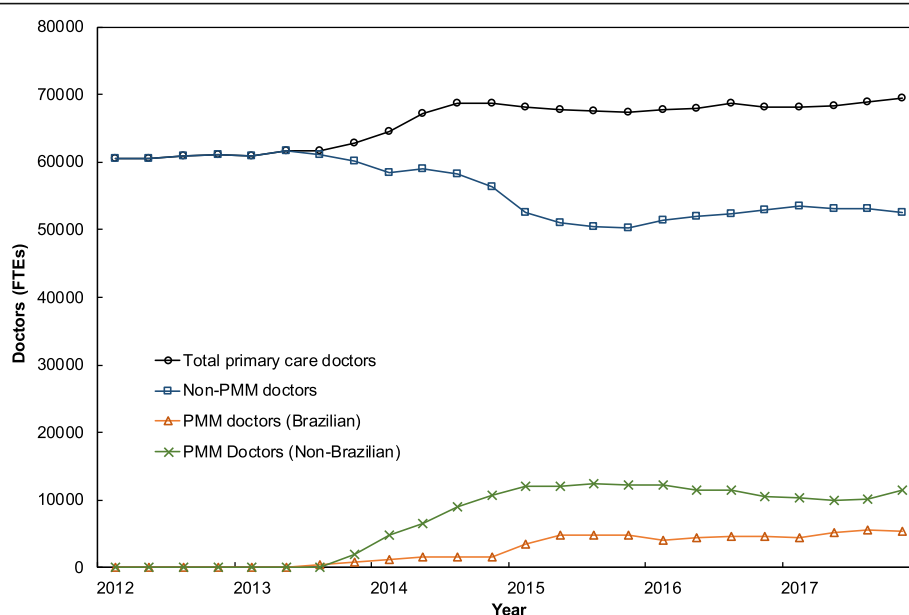


Fig. 1 Total number of primary care doctors working in public system in Brazil 2012–2017. Source: CNES, Ministry of Health and author's own work

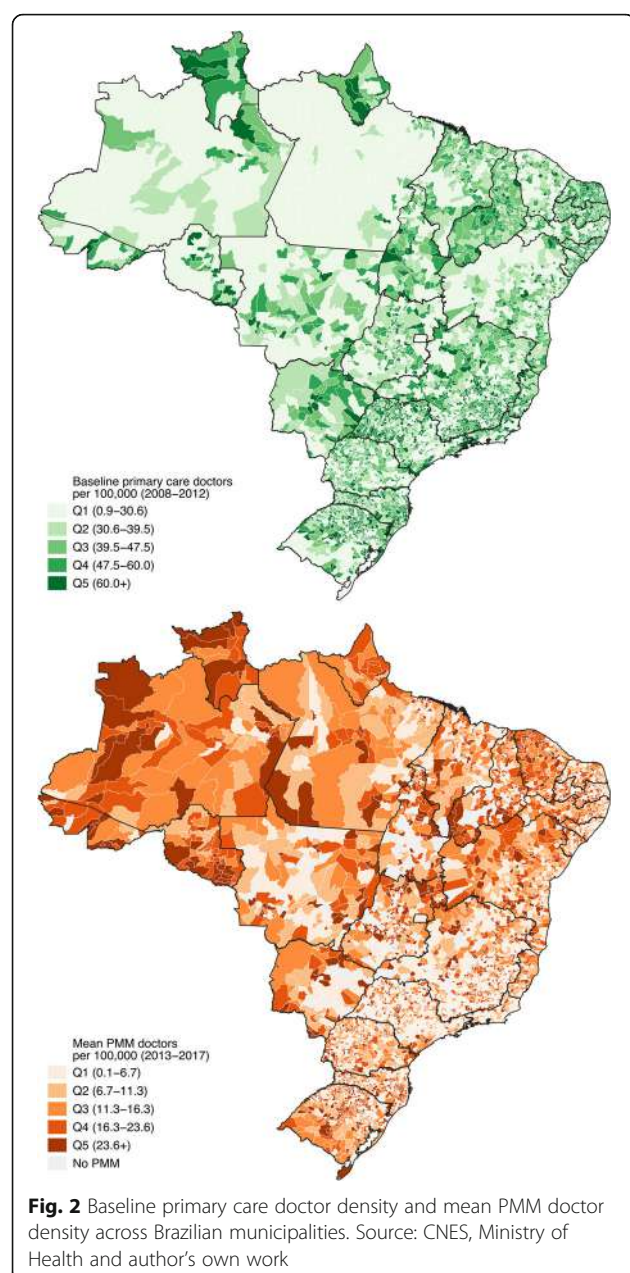
increases in doctor density following PMM introduction (Fig. 2). In adjusted differences-in-differences models, PMM introduction was associated with an increase of 5.7 (95%CI, 5.1, 6.4) total primary care doctors per 100,000 (Table 1) representing a 12.2% increase on a baseline of 47.2 doctors per 100,000. This overall change was made up of a 15.1 increase (95%CI, 14.9, 15.5) in PMM doctors per 100,000 population, but also a reduction of -9.4 (95%CI, -10.0, -8.8) per 100,000 in non-PMM doctors.

Over the period 2008–2017, there were 7,431,535 deaths of individuals aged under 75 years, with 21.5% of these (1,594,117) amenable to healthcare. The weighted-mean annual municipal amenable mortality rate increased from 81.1 deaths per 100,000 in 2008 to 85.7 in 2017. Adjusted difference-in-differences analysis showed that PMM introduction was associated with an immediate (step-change) lower amenable mortality rate of -1.06 deaths per 100,000 (95%CI, -1.78 to -0.34) per year (Table 1). There was no indication of ongoing reductions (slope change) in amenable mortality following PMM introduction over above annual trends (see Additional file 1). With an average annual amenable mortality rate of 83.6 deaths per 100,000 over the period, this corresponds to a 1.3% reduction. This effect was predominantly driven by reductions in respiratory diseases including influenza and pneumonia (see Additional file 1).

Exploring heterogeneity of impact by municipality prioritisation for PMM (Table 2) revealed larger increases in primary care doctor density following PMM

introduction in non-priority (7.43 doctors per 100,000 (95%CI, 6.49, 8.36, 14% relative increase) than priority municipalities (4.32 (95%CI, 3.65, 4.99); 10% relative increase). This was driven by greater allocation of PMM doctors to non-priority municipalities and higher rates of substitution of non-PMM doctors in priority municipalities. Notably, PMM introduction was associated with reductions in amenable mortality in priority municipalities (-1.26 (95%CI, -2.08, -0.44), but not in non-priority municipalities.

The PMM was associated with larger increases in total primary care doctor density in municipalities that had lower densities of primary care doctors at baseline compared to municipalities with higher baseline doctor density (Table 2). However, this overall increase in total doctors was driven by two opposing trends. Municipalities with higher doctor density at baseline experienced larger increases in PMM doctors following PMM implementation, but also increases in substitution of existing doctors. Thus, Q5 (highest baseline doctor density) received the greatest increase in PMM doctors, but there was near complete substitution of non-PMM doctors and no significant change in overall primary care doctor density following PMM introduction. This compared to municipalities in Q1 (lowest) which had lower increases in PMM density, but the lowest rates of substitution resulting in the largest increases in overall primary care doctor density. Notably, there were reductions in mortality associated with PMM introduction in municipalities Q1, Q2, and Q3 (lower baseline doctor density),



with no changes in mortality in municipalities in Q4 and Q5 (the highest).

Differential associations of the PMM by PMM doctor nationality were examined. Total primary care doctor density increased the most in municipalities where PMM doctors were mostly foreign (i.e. non-Brazilian) (Table 3). Whilst these areas had higher increases in PMM doctors, and also higher rates of substitution of non-PMM doctors, they were the only areas where there were reductions in amenable mortality associated with PMM introduction (-1.50 deaths per 100,000 per year (95%CI, $-2.32, -0.69$)).

Sensitivity analyses

Models were robust to alternative time and state fixed effects specifications (see Additional file 1). Stepwise addition of covariates indicated the stability of the modelling approach. The PROVAB programme only contributed a small proportion of doctors entering the PMM (1544 FTEs in Q4 2015, 9.0% of the total PMM FTEs). Adjusting the PMM analysis to remove these doctors did not alter the main findings and effect sizes. Alternative specifications of covariates including interactions of linear time trends with baseline covariates did not substantially alter our findings. Furthermore, the use of IPTW revealed similar findings with PMM introduction associated with a lower amenable mortality rate of -1.61 deaths per 100,000 (95%CI, -2.72 to -0.49) per year. Event study approaches demonstrated the validity of the analytical approach and confirmed the main findings.

Discussion

This study found the PMM in Brazil led to increases in primary care doctor density and was associated modest (1.4%) reductions in mortality amenable to healthcare. However, several findings indicate that programme impacts were lower than might be anticipated. The original criteria for prioritising municipalities to receive PMM doctors was not adhered to (81.0% of municipalities received a PMM doctor but only 46.5% met criteria), and there was large-scale substitution of existing primary care doctors. As a result, municipalities prioritised under programme criteria received fewer PMM doctors than non-priority municipalities where substitution effects were greater. Likewise, municipalities with a greater need for doctors received the smallest increases in PMM doctors.

Allocation of doctors to non-priority areas and local substitution effects likely undermined potential health benefits of PMM. Any municipality requesting a PMM doctor received at least one doctor. The substitution of existing doctors, particularly in areas with the greater primary care doctors at baseline, may be explained by a few factors. Although formal substitution was not allowed, more stringent attendance, training and supervision requirements for PMM doctors (particularly the Cubans) may have prompted existing doctors with high rates of absenteeism to leave [34]. Additionally, existing Brazilian doctors may have joined PMM due to higher remuneration and reliable salaries (from federal as opposed to municipal governments). Another factor is that participation in PMM by Brazilian doctors for a minimum of one year conferred an advantage in competition to enter residency in other, “more prestigious” medical specialties.

Table 1 Effect of PMM on primary care doctor density and mortality amenable to healthcare

	Total primary care doctor density	95%CI	PMM Doctor density	95%CI	Non- PMM Doctor density	95%CI	Amenable mortality rate	95%CI
PMM Introduction	5.74***	5.11,6.37	15.14***	14.80,15.48	-9.40***	-10.03,-8.77	-1.06**	-1.78,-0.33
Health expenditure (R\$) per capita	13.17***	10.20,16.14	4.87***	3.68,6.06	8.30***	5.66,10.94	2.95*	0.17,5.86
Private insurance plan coverage (%)	0.02	-0.06,0.11	0.02	-0.00,0.05	0.00	-0.08,0.08	0.34***	0.26,0.41
Hospital beds per 1000 pop	0.00	-0.36,0.36	0.07	-0.06,0.20	-0.07	-0.43,0.28	0.81***	0.40,1.21
GDP per capita	-17.90	-44.63,8.83	-15.17*	-27.39,-2.95	-2.73	-29.11,23.64	-7.81	-34.68,19.06
Bolsa Familia expenditure per poor person	0.01***	0.01,0.02	0.02***	0.01,0.02	-0.00	-0.01,0.00	0.02***	0.02,0.03
Illiteracy rate (15 + year)	-0.17	-0.43,0.09	-0.04	-0.19,0.11	-0.13	-0.39,0.13	0.63***	0.28,0.97
Households with inadequate sanitation (%)	-0.11***	-0.18,-0.05	0.04	-0.00,0.08	-0.15***	-0.22,-0.08	-0.14*	-0.25,-0.02
Urbanisation rate (%)	0.03	-0.05,0.10	0.09***	0.06,0.13	-0.06	-0.14,0.01	0.10*	0.02,0.29
Income (R\$) per capita	-0.00	-0.01,0.01	-0.00	-0.01,0.00	-0.00	-0.01,0.01	-0.02***	-0.03,-0.01
Households with no electricity (%)	-0.29***	-0.38,-0.20	-0.10***	-0.15,-0.05	-0.19***	-0.29,-0.09	0.29***	0.12,0.46
N (municipalities)	5565		5565		5565		5565	
N (observations)	222,600		222,600		222,600		222,600	

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$; Cluster robust standard errors employed; Doctor densities refer to full-time equivalents per 100,000 population; Amenable mortality rate is expressed per 100,000 population and reported as annual effect sizes; Amenable mortality regression results are weighted by municipal population

Table 2 Subgroup effects of PMM introduction according to priority under allocation criteria and baseline primary care doctor density

	Primary care doctor density	95%CI	Relative change	PMM doctor density	95%CI	Non-PMM doctor density	95%CI	Amenable mortality	95%CI
Groups of municipalities by allocation criteria									
Non-Priority	7.43***	6.49,8.36	14.1%	15.73***	15.18,16.28	-8.30***	-9.21,-7.40	-0.61	-1.20,0.38
Priority	4.32***	3.65,4.99	10.3%	14.63***	14.22,15.04	-10.31***	-11.01,-9.61	-1.26**	-2.08,-0.44
Quintiles of baseline primary care doctor density									
Q1 (lowest)	9.90***	9.08,10.71	40.2%	10.95***	10.48,11.42	-1.05**	-1.78,-0.31	-1.19**	-2.04,-0.34
Q2	7.51***	6.72,8.30	21.8%	12.60***	12.03,13.17	-5.09***	-5.83,-4.35	-2.23*	-2.58,-0.09
Q3	5.33***	4.47,6.19	12.1%	14.46***	13.84,15.08	-9.13***	-9.96,-8.29	-1.69*	-3.01,-0.38
Q4	4.77***	3.72,5.82	9.0%	17.12***	16.39,17.85	-12.35***	-13.35,-11.36	0.53	-0.99,2.04
Q5 (Highest)	0.15	-1.64,1.95	0.1%	21.79***	20.83,22.75	-21.63***	-23.29,-19.98	0.55	-1.25,2.34

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$; Cluster robust standard errors employed; Municipalities grouped into priority or non-priority by programme allocation criteria and into five quintiles based on primary care doctor density prior to PMM implementation; Allocation priority and quintiles dummies interacted with dummy variable for PMM introduction to obtain effect sizes for each group from two separate regression models (priority and baseline quintiles) for each outcome; Adjusted for Health expenditure (R\$) per capita, Private insurance plan coverage (%), Hospital beds per 1000 pop, GDP per capita, Bolsa Familia expenditure per poor person, Illiteracy rate (15 + year), Households with inadequate sanitation (%), Urbanisation rate (%), Income (R\$) per capita, Households with no electricity (%), and state-year-quarter and municipal fixed effects; Doctor densities expressed per 100,000 population. Amenable mortality rate per 100,000 population aged under 75 years

The finding that expanding supply of primary care doctors is associated with reductions in amenable mortality is concordant with evidence showing mortality reductions (including amenable [10], cardiovascular [12] and infant mortality [35, 36]) following ESF expansion. It is also inline with broader international evidence on health benefits from expanding primary care services [37, 38] and the relationship between HRH and health outcomes [39]. The findings also align with evidence showing reductions in hospitalisations following PMM introduction [20, 21, 28, 29] and support a causal interpretation of population health improvement. Mortality reductions could come from a range of mechanisms. Primary care's role in prevention and resolving basic health needs is important and evidence shows PMM improved access, satisfaction, service quality, and utilisation [18, 19, 21]. Specifically, reductions in respiratory mortality identified could stem from vaccination and access to antibiotics [40, 41]. Mortality benefits could also accrue through increased referral to hospitals with evidence

demonstrating PMM's role in increasing referrals [21]. However, reductions in mortality were small and there may be reasons why other causes of death were not significantly associated with PMM introduction. A few new doctors across a large area may not have substantially improved healthcare access or quality if there were existing health professionals (including nurses and community health workers) already providing care. Some amenable conditions, such as neoplasms and maternal outcomes may be more amenable to secondary care. Also, wider factors likely constrained primary care effectiveness including weak secondary care and a need to address wider social determinants of health [42].

There are limitations pertinent to this study. Firstly, the analytical approach was ecological, prohibiting individual inference and limiting causal interpretation. However, the approach was robust, has been employed by similar studies [10, 11, 21, 28, 29, 43], exploits the quasi-experimental nature of the programme, and provides stronger evidence over most other observational studies. Sensitivity analyses

Table 3 Subgroup effects of PMM implementation according to PMM doctor nationality

Percentage of PMM doctors that are Brazilian in participating municipalities	Primary care doctor density	95%CI	PMM doctor density	95%CI	Non-PMM doctor density	95%CI	Amenable mortality	95%CI
< 20%	6.40***	5.70,7.09	16.04***	15.65,16.43	-9.64***	-10.34,-8.95	-1.50***	-2.32,-0.69
20–80%	5.73***	4.92,6.55	16.99***	16.40,17.58	-11.26***	-12.12,-10.40	-0.92	-1.84,0.01
> 80%	3.63***	2.67,4.58	10.88***	10.33,11.43	-7.25***	-8.24,-6.26	-0.35	-1.34,0.64

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$; Cluster robust standard errors employed; PMM implementation variable divided into three categories based on percentage of PMM doctors that were Brazilian; Dummies denoting categories interacted with dummy variable for PMM implementation to obtain effect sizes for each category in one regression model per each outcome; Adjusted for Health expenditure (R\$) per capita, Private insurance plan coverage (%), Hospital beds per 1000 pop, GDP per capita, Bolsa Familia expenditure per poor person, Illiteracy rate (15 + year), Households with inadequate sanitation (%), Urbanisation rate (%), Income (R\$) per capita, Households with no electricity (%), and state-year-quarter and municipal fixed effects; Doctor densities expressed per 100,000 population. Amenable mortality rate per 100,000 population aged under 75 years

demonstrate the robustness of the findings to alternative specifications in covariates and time trends. Using municipalities as the unit of analysis may also underestimate programme effects if there is targeting to certain populations in municipalities, and smaller units of analysis such as health units could be appropriate in future studies [44]. Secondly, there is potential for bias from data errors and manipulation, and modelling specifications. All data sources come from administrative sources considered of high quality, and sensitivity analyses point to the robustness of the findings. Thirdly, potential bias can come from comparing PMM and non-PMM receiving municipalities given they may be different in certain respects. Other studies employing the same methods point to the validity of the assumptions underpinning the analysis [21, 29], and descriptive trends show parallel trends at baseline (see Additional file 1). Event study approaches further demonstrate the validity of these assumptions (see Additional file 1). Fourthly, the amenable mortality metric is limited as it also includes conditions sensitive to secondary care and may have limited identification of mortality effects directly related to primary care. Fifthly, the PMM may have prompted better recording and doctor allocation by local health system managers, and the substitution effect could partly have come from absent doctors being removed from the system.

Evidence is growing that large-scale health system interventions to address HRH supply shortages can deliver health gains [1, 20]. However, this study demonstrates the importance of developing and adhering to comprehensive needs-based criteria for HRH allocation. The PMM could have delivered a near 30% increase in primary care doctors (a peak of 18,000 PMM doctors added to the 61,000 primary care doctor workforce in Brazil during 2013), but the actual increase was only 12.2% as nearly two thirds of PMM doctors substituted existing primary care doctors. The programme did not deploy a formal, comprehensive needs-based approach for doctor allocation [22] and widespread allocation of PMM doctors to non-prioritised municipalities in addition to local substitution effects mean full health benefits of PMM were not realised. Improved targeting and implementation of HRH interventions is needed to maximize benefits and to drive progress towards UHC and the SDGs - especially in LMICs.

Political, administrative and financial factors likely undermined the PMM's effectiveness in Brazil, but a wider question remains around the longer-term sustainability of programmes which import foreign health professionals to address domestic shortages in HRH. This was an issue for the PMM with the withdrawal of all Cuban doctors by the Cuban government in November 2018. The introduction of Cuban doctors was an "emergency" component of the PMM, and there were efforts

to primary care clinics and training positions for doctors. Despite funding shortages, these longer-term sustainable solutions to appropriately train and distribute sufficient high-quality professionals domestically must remain a key priority. In December 2019, Brazil introduced the "Medicos Pelo Brasil" (Doctors for Brazil) programme to replace the PMM. It aims fill 18,000 positions with Brazilian doctors in underserved areas incentivized with higher salaries for Brazilian doctors and increased training. However, despite the departure of the Cuban doctors, many positions remain unfilled and the 2020 COVID-19 pandemic in Brazil has significantly disrupted plans to recruit Brazilian doctors, with some Cuban doctors returning to take over empty positions. Great uncertainty remains over how future policies will tackle Brazil's sizeable inequalities in HRH. Furthermore, the Brazilian government has introduced deep austerity measures restricting public health expenditures for the next 20 years [45]. This is likely to have a major impact on financing for HRH in the future and, combined with withdrawal of Cuban doctors, negative impacts on population health [46, 47].

Conclusion

The recent entry of over 35,000 doctors into primary care in Brazil through PMM serves as an internationally important natural experiment in HRH policy. The widespread allocation of PMM doctors to non-priority areas and local substitution effects undermined programme impacts, including contributing to relatively modest reductions in amenable mortality. Policymakers should recognize the importance of developing policies to expand HRH provision in improving health, but must prioritize actions to maximize the benefits and ensure policy effectiveness including developing and implementing comprehensive needs-based criteria.

Supplementary information

Supplementary information accompanies this paper at <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05716-2>.

Additional file 1. Supplementary material. Appendices and supplementary analyses.

Abbreviations

PMM: More Doctors Programme; SDGs : Sustainable Development Goals; HRH : Human Resources for Health; LMICs : Low- and middle-income countries; ESF : Estratégia Saúde da Família; GDP : Gross Domestic Production; FTE: Full time equivalents

Acknowledgements

Not applicable.

Authors' contributions

TH, LMPS, RSS, FPO, MNS, MH and CM conceived the idea for the study. TH carried out the literature search with contributions from all authors on wider literature. TH, LMPS, RSS, FPO, and FS compiled the data for the study. TH and TPJ carried out the analysis with input. TH, TPJ, LMPS, RSS, FPO, MNS,

MH, FS, CM contributed to interpretation of the findings. TH wrote the initial draft of the manuscript. All authors contributed to subsequent revisions and edits, and provided intellectual inputs. All authors approved the submitted versions (and modified revisions). All authors agreed both to be personally accountable for their own contributions and to ensure that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work, even ones in which the author was not personally involved, are appropriately investigated, resolved, and the resolution documented in the literature.

Funding

This project was funded by Medical Research Council (MRC)/Newton Fund UK-CONFAP Joint Initiative on Health Systems Research grant MR/R022887/1, Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal (FAP/DF) grant number 00193-00000356/2018-24 and Fundação de Apoio à Pesquisa da Paraíba (FAPESQ/ PB) grant number 001/2018. The funders had no role in study design; data collection, analysis, and interpretation; report writing; and paper submission.

Availability of data and materials

All data used in this study are available from public sources (see citations in text), but data used that support the findings of this study are available from the corresponding author upon reasonable request.

Ethics approval and consent to participate

This research was approved by the ethical committee of at the Center of Medical Sciences of the Federal University of Paraíba.

Consent for publication

Not applicable.

Competing interests

RSS is a current supervisor of PMM at the Federal University of Campina Grande, Brazil.

FPO was the director of the department of human resources planning at the Brazilian Ministry of Health between 2013 and 2016 and is currently a university tutor for the Programa Mais Médicos in the state of Paraíba.

MH is a non-exec director of Primary Care International and on the editorial committee of the PAHO/PAJPH special edition on HRH for UHC.

All other authors declare they have no conflicts of interest.

Author details

¹Public Health Policy Evaluation Unit, Imperial College London, London, UK.

²Department of Global Health and Development, London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, UK. ³Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brazil. ⁴Departamento de Promoção da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brazil. ⁵Department of Primary Care and Public Health, Imperial College London, London, UK.

⁶Secretaria Estadual de Saúde Paraíba, João Pessoa, PB, Brazil.

Received: 1 June 2020 Accepted: 4 September 2020

Published online: 15 September 2020

References

- Campbell J, Buchan J, Cometto G, David B, Dussault G, Fogstad H, Fronteira I, Lozano R, Nyongator F, Pablos-Méndez A. Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. *Bull World Health Organ*. 2013;91(11):853–63.
- International Labour Office. *World Social Protection Report 2014–15: Building economic recovery, inclusive development and social justice*. Geneva: Switzerland International Labour Office (ILO); 2014.
- Santos LMP, Oliveira A, Trindade JS, Barreto IC, Palmeira PA, Comes Y, Santos FO, Santos W, Oliveira JPA, Pessoa VM. Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. *Bull World Health Organ*. 2017;95(2):103.
- Nogueira PTA, Bezerra AFB, Leite AFB, IMdS C, Gonçalves RF, KSd B-S. Characteristics of the distribution of doctors in the Mais Médicos (more doctors) program in the states of Brazil's northeast. *Cien Saude Colet*. 2016; 21:2889–98.
- Santos LMP, Millett C, Rasella D, Hone T. The end of Brazil's more doctors programme? *BMJ*. 2018;363.
- Oliveira JPA, Sanchez MN, Santos LMP. The Mais Médicos (more doctors) program: the placement of physicians in priority municipalities in Brazil from 2013 to 2014. *Ciê Saude Colet*. 2016;21(9):2719–27.
- Chen L, Evans T, Anand S, Boufford JL, Brown H, Chowdhury M, Cueto M, Dare L, Dussault G, Elzinga G. Human resources for health: overcoming the crisis. *Lancet*. 2004;364(9449):1984–90.
- Osorio RG, Servo LMS, Piola SF. Necessidade de saúde insatisfeita no Brasil: uma investigação sobre a não procura de atendimento. *Ciê Saude Colet*. 2011;16:3741–54.
- Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy — delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med*. 2015;372(23):2177–81.
- Hone T, Rasella D, Barreto M, Atun R, Majeed A, Millett C. Large reductions in amenable mortality associated with Brazil's primary care expansion and strong health governance. *Health Aff*. 2017;36(1):149–58.
- Hone T, Rasella D, Barreto ML, Majeed A, Millett C. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: a national longitudinal analysis. *PLoS Med*. 2017;14(5):e1002306.
- Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ*. 2014;349:g4014.
- Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo Pde F, Lima-Costa MF, Medina MG, Mota E, de Oliveira VB, Turci MA. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Aff (Millwood)*. 2010; 29(12):2149–60.
- Andrade MV, Coelho AQ, Xavier Neto M, LRd C, Atun R, Castro MC. Brazil's family health strategy: factors associated with programme uptake and coverage expansion over 15 years (1998–2012). *Health Policy Plan*. 2018; 33(3):368–80.
- Pereira L, Santos L, Santos W, Oliveira A, Rattnar D. Mais Médicos program: provision of medical doctors in rural, remote and socially vulnerable areas of Brazil, 2013–2014. *Rural Remote Health*. 2016;16(1):3616.
- Girardi SN, ACdSv S, Cella JN, Wan Der Maas L, Carvalho CL, EdO F. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciê Saude Colet*. 2016;21:2675–84.
- Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Mais medicos program: an effective action to reduce health inequities in Brazil. *Cien Saude Colet*. 2015;20(11): 3547–52.
- Comes Y, JdS T, Pessoa VM, ICdHC B, Shimizu HE, Dewes D, CAM A, LMP S. The implementation of the Mais Médicos (more doctors) program and comprehensiveness of care in the family health strategy. *Ciê Saude Colet*. 2016;21(9):2729–38.
- Comes Y, JdS T, Shimizu HE, Hamann EM, Bargioni F, Ramirez L, Sanchez MN, LMP S. Evaluation of user satisfaction and service responsiveness in municipalities enrolled in the Mais Médicos (more doctors) program. *Ciê Saude Colet*. 2016;21(9):2749–59.
- Maffioli EM, Hernandez Rocha TA, Vivas G, Rosales C, Staton C, Nickenig Vissoci JR. Addressing inequalities in medical workforce distribution: evidence from a quasi-experimental study in Brazil. *BMJ Glob Health*. 2019;4(6):e001827.
- Mattos E, Mazetto D. Assessing the impact of more doctors' program on healthcare indicators in Brazil. *World Dev*. 2019;123:104617.
- Diderichsen F. Resource allocation for health equity: issues and methods. 2004.
- McPake B, Maeda A, Araújo EC, Lemiere C, El Maghraby A, Cometto G. Why do health labour market forces matter? *Bull World Health Organ*. 2013; 91(11):841–6.
- Harris M. Mais Médicos (more doctors) program a view from England. *Ciê Saude Colet*. 2016;21(9):2919–23.
- ENd S, Ramos MC, Santos W, Rasella D, Oliveira A, LMP S. Cost of providing doctors in remote and vulnerable areas: Programa Mais Médicos in Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e11.
- Craig P, Cooper C, Gunnell D, Haw S, Lawson K, Macintyre S, Ogilvie D, Petticrew M, Reeves B, Sutton M, et al. Using natural experiments to evaluate population health interventions: new Medical Research Council guidance. *J Epidemiol Community Health*. 2012;66(12):1182–6.
- Nolte E, McKee CM. Measuring the health of nations: updating an earlier analysis. *Health Aff (Millwood)*. 2008;27(1):58–71.
- Carrillo B, Feres J. More Doctors, Better Health? Evidence from a Physician Distribution Policy. In: HEDG, c/o Department of Economics, University of York; 2017.

29. Fontes LFC, Conceição OC, PdA J. Evaluating the impact of physicians' provision on primary healthcare: evidence from Brazil's more doctors program. *Health Econ.* 2018;27(8):1284–99.
30. Guanais F, Macinko J. Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. *J Ambul Care Manag.* 2009;32(2):115–22.
31. Guanais FC. The combined effects of the expansion of primary health care and conditional cash transfers on infant mortality in Brazil, 1998–2010. *Am J Public Health.* 2013;103(11):2000–6.
32. da Silva EN, Powell-Jackson T. Does expanding primary healthcare improve hospital efficiency? Evidence from a panel analysis of avoidable hospitalisations in 5506 municipalities in Brazil, 2000–2014. *BMJ Glob Health.* 2017;2(2):e000242.
33. Bertrand M, Duflo E, Mullainathan S. How much should we trust differences-in-differences estimates? *Q J Econ.* 2004;119(1):249–75.
34. Pierantoni CR, CMdM V, França T, Magnago C, MPdS R. Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. *Saúde Debate.* 2015;39:637–47.
35. Macinko J, de Marinho Souza Mde F, Guanais FC, da Silva Simoes CC. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999–2004. *Soc Sci Med.* 2007; 65(10):2070–80.
36. Guanais FC, Macinko J. The health effects of decentralizing primary care in Brazil. *Health Aff (Millwood).* 2009;28(4):1127–35.
37. Kruk ME, Porignon D, Rockers PC, Van Lerberghe W. The contribution of primary care to health and health systems in low- and middle-income countries: a critical review of major primary care initiatives. *Soc Sci Med.* 2010;70(6):904–11.
38. Macinko J, Starfield B, Erinosho T. The impact of primary healthcare on population health in low-and middle-income countries. *J Ambul Care Manag.* 2009;32(2):150–71.
39. Anand S, Bärnighausen T. Human resources and health outcomes: cross-country econometric study. *Lancet.* 2004;364(9445):1603–9.
40. Hortensia R, Perez-Cuevas R, Salmeron J, Tome P, Guiscafne H, Gutierrez G. Infant mortality due to acute respiratory infections: the influence of primary care processes. *Health Policy Plan.* 1997;12(3):214–30.
41. Winchester CC, Macfarlane TV, Thomas M, Price D. Antibiotic prescribing and outcomes of lower respiratory tract infection in UK primary care. *Chest.* 2009;135(5):1163–72.
42. Arruda CAM, Pessoa VM, ICdHC B, Carneiro FF, Comes Y, JdS T, DDd S, LMP S. Perceptions of city health managers about the provision and activity of physicians from the more doctors program. *Interface-Comun Saúde Educ.* 2017;21:1269–80.
43. Hone T, Szklo AS, Filippidis FT, Lavery AA, Sattamini I, Been JV, Vianna C, Souza M, de Almeida LM, Millett C. Smoke-free legislation and neonatal and infant mortality in Brazil: longitudinal quasi-experimental study. *Tobacco Control.* 2020;29(3):312.
44. Barbosa ACQ, Amaral PV, Francesconi GV, Rosales C, Kemper ES, da Silva NC, Soares JGN, Molina J, Rocha TAH. More Doctors recruitment program: a new approach to overcome inequalities in human resources (Programa Más Médicos: cómo evaluar el impacto de un enfoque innovador para superar las inequidades en recursos humanos). *Rev Panam Salud Publica.* 2018;42: e185.
45. Rasella D, Basu S, Hone T, Paes-Sousa R, Ocké-Reis CO, Millett C. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: a nationwide microsimulation study. *PLoS Med.* 2018;15(5):e1002570.
46. Francesconi GV, Tasca R, Basu S, Rocha TAH, Rasella D. Mortality associated with alternative policy options for primary care and the Mais Médicos (more doctors) program in Brazil: forecasting future scenarios. *Rev Panam Salud Publica.* 2020;44:e31.
47. Rasella D, Hone T, de Souza LE, Tasca R, Basu S, Millett C. Mortality associated with alternative primary healthcare policies: a nationwide microsimulation modelling study in Brazil. *BMC Med.* 2019;17(1):82.

Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Ready to submit your research? Choose BMC and benefit from:

- fast, convenient online submission
- thorough peer review by experienced researchers in your field
- rapid publication on acceptance
- support for research data, including large and complex data types
- gold Open Access which fosters wider collaboration and increased citations
- maximum visibility for your research: over 100M website views per year

At BMC, research is always in progress.

Learn more biomedcentral.com/submissions



RESEARCH

Open Access



Spatial distribution of the “*Mais Médicos* (More Doctors) Program” and social vulnerability: an analysis of the Brazilian metropolitan regions

Aimê Oliveira^{1*} , Jorge Otávio Maia Barreto², Sidclei Queiroga de Araújo¹ and Leonor Maria Pacheco Santos¹

Abstract

Background: The “*Mais Médicos* (More Doctors) Program” established in 2013 by the Brazilian Government aimed to reduce inequalities by means of an emergency provision of physicians, the improvement of medical care service in the Brazilian Unified Health System, and the expansion of medical education training in Brazil. In this context, equity should be considered when defining priorities and allocating resources. This study describes the distribution of physicians for the Program in five Brazilian metropolitan regions (MRs) and analyses whether the most vulnerable areas within each one of these regions had been prioritized in compliance with the legislation framework of the program.

Methods: This is a quantitative cross-sectional study. Official secondary data was analyzed to verify the relationship between the Index of Social Vulnerability, set up by the Institute of Applied Economic Research, and the physician allocation provided by the Program. The data were organized into categories and quintiles. For spatialization purposes, the QGIS 3.4 Madeira software was used.

Results: There are 2592 primary health care units, (in Portuguese, UBS), within the five MRs studied; 981 of these hosted at least one physician from the Program. In the Manaus, Recife, and the DF MRs, the 4th and 5th quintiles (the most vulnerable ones) hosted physicians in more significant proportions than the other quintiles, namely, 71.4%, 71.4%, and 52.2%, respectively, exceeding the national average (51.7%). It is worth mentioning that in the São Paulo MR, the units located in the most vulnerable quintiles (4th and 5th) also hosted physicians in proportions significantly higher than others (45.8%); however, this proportion did not reach 50%. There was no significant difference in the allocation of physicians in the Porto Alegre MR, indicating that there was no prioritization of the UBS according to vulnerability.

(Continued on next page)

* Correspondence: oliveira.aime@gmail.com

¹University of Brasília, UNB, Brasília, Brazil

Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s). 2020 **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

(Continued from previous page)

Conclusions: These results appoint to the enormous gaps of vulnerability existing both between the analyzed MRs and internally in each one of them. It emphasizes the need for criteria for the allocation of physicians so as not to increase inequities. It also highlights the importance of the continuity of the “*Mais Médicos* (More Doctors) Program” in the metropolitan regions, above all, in areas of extreme vulnerabilities. On the other hand, they contribute to the national debate about the importance of public policies regarding constitutional rights related to access to health care and the relevance of primary care and the “*Mais Médicos* (More Doctors) Program” for the reduction of disparities regarding access to health care, especially for the citizens who live in regions of greater vulnerability, whether it is inside or outside large metropolitan regions.

Keywords: Public health, Equity, Health vulnerability, More Doctors Program/*Mais Médicos* Program

Background

Improvement in the population's health and the reduction of inequalities are common goals for universal health systems. In order to reach these objectives, especially to achieve equity in the results of health care actions, it is mandatory that the health system is guided and grounded by the primary health care (PHC) focused on the social health determinants [1, 2], as health conditions are influenced by the socioeconomic, environmental, cultural, behavioral, and work conditions and the lifestyle, among other features, in addition to the access to quality health services [3].

PHC in Brazil is defined as “a set of individual, family, and collective health actions that involve the promotion, prevention, protection, diagnosis, treatment, rehabilitation, damage reduction, palliative care, and health surveillance” [4–6]. The Ministry of Health also states that the PHC must be based on the totality of actions to promote, diagnose, treat, and rehabilitate health, besides fostering the organization of the Brazilian Unified Health System (in Portuguese, SUS) [4, 6, 7]. It also emphasizes that its development must be carried out by means of interdisciplinary, democratic, and participative teamwork processes, using high-complexity and low-density technologies, characterized by the integrality of individual and collective care and the guarantee of bond and continuity (humanization) [8]. The collective dimension and the individual's uniqueness must be its object of work whose purpose is based on solving the most frequent health issues and are more relevant [8, 9]. Thus, this level of care is paramount for the organization of the SUS. It is the gateway to foster the integrality of collective actions, without taking for granted the existing particularities [6].

The Brazilian socioeconomic inequality is seen throughout very heterogeneous territories and even co-exists within the municipalities, especially in Brazilian capital cities and inside the large metropolitan regions. The unequal income distribution reflects such disparities in neighboring populations, and it contributes to the inefficiency in the access to health care and the

distribution of resources, which directly impacts those individuals who live within a context of social vulnerability associated to poverty [10]. Social justice cannot be considered separate from the context of people's lives. The way in which these people express themselves can influence the way they position themselves in society and how they see themselves. When the government in some way omits its role of social protection, it creates situations of oppression in inequality in access to policies and services [43].

For many years, the allocation and distribution of health professionals, especially physicians, have been considered as an important barrier to increasing coverage and access to PHC [11]. The shortage of physicians mainly occurs in areas of greater social vulnerability, which include regions that are difficult to access, remote, and with lower income [12, 13]. A study has recently revealed that 90% of the Brazilian physicians who graduated from municipalities with less than 100 000 inhabitants did not stay in these locations [14]. In other countries, professional migration is justified by the pursuit of better salaries, better living and working conditions, and employment, in addition to earning more experience [15]. For this reason, in recent years, the Brazilian Federal Government has sought to establish strategies for the settlement and allocation of physicians in regions with low medical coverage, such as the “PHC Valorization Program” (in Portuguese, PROVAB) and the “*Mais Médicos* (More Doctors) Program” (in Portuguese PMM, in English “More Doctors Program”) [16].

The *Mais Médicos* Program and equity

The PMM is considered one of the most relevant initiatives implemented in the country in order to expand and develop the PHCs and to reduce the disparities in health care. The program was inaugurated in 2013; within its lines of actions, one finds the emergency provision of physicians in remote or difficult to access areas and/or populations of greater vulnerability, according to some criteria, among which are municipalities with 20% or more of their population in extreme poverty and areas

of high social and economic vulnerability in the capital cities and metropolitan regions (MR) [17, 18].

By the end of 2015, 73% of the Brazilian municipalities [19] had already been taking part in the PMM. The reduction of social and regional inequalities depends on the recognition of the needs of each population group, and it is based on equity, one of the principles of the SUS to guarantee and sustain the right to health care, which is envisaged by the Brazilian public policies [20]. Among the diversity of the proposed concepts, equity can be translated into actions carried out to reach everyone, in an equal and even way, but also in treating the unequal in an appropriate way, prioritizing those who are at more disadvantage owing to previous conditions, especially economic and related to social capital, as well as groups at higher risk [21]. In this respect, it is possible to infer that the offer of services and the availability to access it by the population is also determined by the sociodemographic characteristics of different population groups within their territorial contexts [22].

Some authors refer the PMM was a response to the movement “Where is the Doctor?” launched by the National Front of Mayors in February 2013, in which the mayors claimed about the difficulties in recruiting and maintaining physicians in their remote regions and areas with higher social vulnerability [2, 23, 24]. Other authors state that the Program emerged from a window of opportunity created by the national-level social manifestations that occurred in 2013, which claimed for improvement in the health care in general and in addition to other various demands such as urban mobility, free transportation pass, education, democratization of media, and public security [25].

In this context, the PMM was created and implemented by means of a provisional bill in June 2013, and more than 14 000 physicians were allocated in the first 12 months of the Program, mainly in these regions of greater vulnerability and where it was difficult to attract professionals [2, 26] specially those municipalities with 20% or more of their population living in extreme poverty [27]. However, there is no information about how the distribution of these professionals took place within the very populous municipalities.

Considering that socioeconomic disparities are a reality in the Brazilian state capitals and MRs, even though they might share boundaries, it is important to investigate the distribution of physicians by the PMM at this geographic level using an equity lens. These results can contribute to increase the knowledge on the PMM and to the discussion on how the program was important to reduce the disparities in the access to the medical health care in Brazil.

The Social Vulnerability Index—IPEA

In order to map the social vulnerability in the greater MRs, the Institute for Applied Economic Research (in Portuguese, IPEA), based on the social vulnerability indexes of the Brazilian Human Development Atlas, proposed the Social Vulnerability Index (in Portuguese, IVS). The IVS translated the access and the insufficiency of resources enabling the identification of the deficiency in the offering of health services and actions [10]; it is composed of three dimensions: urban infrastructure, human capital (health and education), and income and work. It is calculated on the arithmetical mean of the sub-indexes of each of the dimensions, worked out from the demographic census variables presented by the Brazilian Institute of Geography and Statistics. The IVS vulnerability varies from 0 to 1, where the closest values to 1 represent more vulnerable. The current available IVS is based on data from the 2010 Brazilian National Census [10].

In order to characterize the areas with continual territory and socioeconomic similarities, the IPEA took into account the housing development units (in Portuguese, UDH), put together from data from censitary sectors mapped in the National Census. These units enable us to capture the diversity of context and social features that occur within these spaces portraying inequalities closer to the real scenario. Each one of the UDHs has a unique code, and the calculation of the respective IVS is based on the mean of values of specific variables registered by the sectors which compose each UDH [10].

According to the IPEA, improvement in the social conditions of the population, observed in recent years, took place in a heterogeneous way throughout the Brazilian territory showing that public policies implemented in the last decades were not enough to equate the situation of uneven equity [10].

Moser [28] points out that the wellness of a population and its individuals depends not only on their income, but also on suitable housing, basic sanitation, access to PHC, education, and quality public transportation. The concept of vulnerability used in the setting up of the IVS index takes into account all, and any risks are unevenly distributed among individuals, making those who contribute with less materials and/or symbolic assets more vulnerable [10].

Public policies and health programs aim to put into practice health actions and services in compliance with the guidelines and must seek opportunities so that the right to health care be given to all citizens, according to the principles established by the SUS: integrality, universality, decentralization, and equity, among others [29]. For Carrapato et al., the pursuit of health services and actions reinforces the importance of effective measures so as to mitigate the effects of health determinants on populations [30].

The legislation which grounds the PMM states as its goal to reduce the shortage of physicians in the priority regions for the SUS so as to reduce regional inequalities in health care provision [18]. Thus, it seeks to provide medical assistance available in compliance with the demand requested by the municipal managers.

Given such elements, the present study aims to analyze if the distribution of the physicians from the PMM was compliant with the perspective of equity considering the social vulnerability as an important parameter to be taken into consideration in view of the existing disparities among the populations of the greater Brazilian MRs.

Methods

This is a cross-sectional study with a quantitative approach based on secondary data. A MR with the largest population for each of the Brazilian geographic regions was selected, namely, South Region: Porto Alegre; Southeast Region: São Paulo; Midwest Region: Distrito Federal (DF); North Region: Manaus; and Northeast Region: Recife. For the purpose of this study, Brasília, which is the National Capital of Brazil and its 21 surrounding municipalities, was considered in the composition of the Distrito Federal MR, according to the Complementary Law n° 94, February 19, 1998 [31]. The population criteria were chosen instead of density because studies indicate that places with a high demographic density are places with greater ease of urban services [44]. Information regarding the Family Health Teams (in Portuguese, “ESF”) was collected from the “Team Implementation Record” provided by the Primary Health Care Department from the Brazilian Ministry of Health [32]. In order to estimate the ESF population coverage, the parameter of 3450 individuals per team was taken into account, in compliance with the guidelines established by the Ministry of Health [32]. Information about the allocation of physicians and geo-referencing of the primary health units (UBS) is public and is available in the National Registry of Health Establishments (CNES) database; it is made available by the SUS Informatics Department (DATASUS). Data about UBS and IVS physicians were composed with the assistance of the QGIS 3.4.5 Madeira program, which is the same program used in the construction of the maps and they correspond to June 2016, approximately 3 years after the implementation of the Program.

According to the IPEA, there are five levels of vulnerability: IVS values that range from 0 to 0.200 and which rank the UDH as “very low” in vulnerability, from 0.201 to 0.300 and which belong to the “low” category, from 0.301 to 0.400 which is “average,” from 0.401 to 0.500 the “high category,” and from 0.501 and above ranked as “very high” in vulnerability [10]. In some of the studied

MRs, the poorest areas present values that do not characterize “very high vulnerability” according to the IVS, which is the case of Porto Alegre and São Paulo. So, the quintile analysis was also carried out for each one of the MR so as to guarantee an equal proportion of UDHs in each cluster. Thus, the first and second quintiles correspond to the groups with the lowest values of vulnerability, the third with intermediary values; the fourth and fifth refer to the UDHs with the highest IVS and, therefore, the most vulnerable.

At first, the UBSs were identified through their codes from the analysis MR obtaining their geo-localization data from the addresses registered with the [33–35], as well as with the *Google Earth* software. Then, each UBS was linked to the UDH where it had been located for the connection with their respective IVS that had characterized the social vulnerability of the context for the insertion of the physician from the Program. In this study, the number of physicians allocated in each UBS was not taken into account, since the objective is limited to the presence of at least one physician from the PMM in each of the units.

The study did not involve the collection of information directly from the research participants, and therefore, the approval from the Ethics Committee was not required. The data used is secondary, and publicly available.

Results

The average IVS for each MR hides the existing internal inequalities as they present values that are too far between the minimum and the maximum (Table 1). The São Paulo MR stands out; it is the one with the largest population, which, despite the number of ESFs comparatively higher in relation to others, it shows the lowest coverage of ESF (34.0%), while Recife MR appears to have the highest coverage (54.4%).

Of the 2592 existing UBSs in the five MRs of the study, Table 2 presents striking differences between these regions: in Porto Alegre MR, 73% of the UBSs are located in areas of “low” or “very low” vulnerability. On the other hand, in the Manaus and Recife MRs, the situation is the opposite: the UBSs are founded in areas of “high” and “very high” vulnerability: 58.4% and 57.1%, respectively. The fixed cut-off points were used to compare the five MRs regarding the IVS category; clearly they present different levels of vulnerability among themselves.

In the data organized by quintiles, the analysis is carried out within the reality of each MR, where the highest vulnerability is observed in the 4th/5th quintiles and the lowest vulnerability in the 1st/2nd quintiles.

Comparing with the analysis by category, it seems that standardized categorization can hide existing disparities

Table 1 Description of the characteristic of the Vulnerability Index and the Family Health Strategy in the analyzed metropolitan regions, 2016, Brazil

Metropolitan region (MR)	IVS ^a average	Min-Max ^a	2016 ^b population	ESF ^c number of teams	ESF (%) ^d coverage
Porto Alegre	0.270	0.065–0.445 ^e	4 276 475	602	48.5
São Paulo	0.299	0.040–0.475 ^e	21 242 939	2 093	34.0
Distrito Federal	0.322	0.055–0.504	4 284 676	480	38.6
Manaus	0.415	0.083–0.683	2 568 817	315	42.3
Recife	0.392	0.076–0.704	4 019 396	634	54.4

^aIndex of Social Vulnerability calculated by the IPEA^bPopulation estimate for 2016—IBGE^cESF estimate from the Primary Health Care Department (DAB)—Ministry of Health^dCoverage based on an average of 3 450 people who usually have a follow-up by each ESF^eIn these MRs, there are no areas with IVS \geq 0.501, that is, with very high vulnerability

in the distribution of units in different areas within each MR; in this case, the values “average” for the category stand out. According to the IVS categorization, the Porto Alegre and São Paulo MRs do not have areas of “very high” vulnerability.

In Manaus, 76.2% of the physicians worked in the “high” or “very high” vulnerability unit; on the other hand, 4.8% of the physicians from the PMM were allocated in units located in “low” vulnerability areas and none of them at “very low” vulnerability sites (Table 3). The São Paulo MR was the one which hosted more physicians (369), of which, 62.9% were allocated in regions with “medium” vulnerability. In Recife, 63.9% of the physicians worked in a unit of “high” or “very high” vulnerability.

When analyzing the 95% confidence intervals calculated for each IVS distribution category (Table 3), it is observed that there is a statistically significant difference in the MR in Porto Alegre, indicating a higher proportion of PMM physicians allocated in UBSs in regions with “low” or “very low” vulnerability (totaling 65.8%). On the other hand, in the MRs of São Paulo and DF, there was a significantly higher number of physicians from the PMM (62.6% and 45.3%, respectively) in the “medium” vulnerability UBSs. In the MRs of Manaus and Recife, 76.5% and 63.9% of the proportion of PMM physicians (significant) were allocated to areas of “high” or “very high” vulnerability, respectively. According to these criteria, only the last two RMs prioritized the most vulnerable areas.

Table 2 Distribution and percentage of the primary health care units according to the classification by the Index of Social Vulnerability by categories and quintiles in the five metropolitan regions, 2016, Brazil

Distribution of the primary health care units by category according to the Index of Social Vulnerability (N and %)						
IVS Category ^a	Porto Alegre ^b	São Paulo ^b	Distrito Federal	Manaus	Recife	Total
Very low	120 (25.5)	117 (12.3)	26 (6.9)	2 (0.7)	22 (4.5)	287 (11.1)
Low	225 (47.9)	295 (30.9)	90 (23.8)	34 (11.4)	34 (6.9)	678 (26.2)
Medium	113 (24.0)	492 (51.6)	166 (43.9)	88 (29.5)	155 (31.5)	1014 (39.1)
High	12 (2.6)	50 (5.2)	90 (23.8)	115 (38.6)	191 (38.8)	458 (17.7)
Very high	0 (0)	0 (0)	6 (1.6)	59 (19.8)	90 (18.3)	155 (6.0)
Total	470 (100)	954 (100)	378 (100)	298 (100)	492 (100)	2.592 (100)
Distribution of the primary health care units by quintiles according to the Social Vulnerability Index (N and %)						
Quintiles ^c	Porto Alegre	São Paulo	Distrito Federal	Manaus	Recife	Total
1st	98 (20.9)	175 (18.3)	36 (9.5)	10 (3.4)	29 (5.9)	348 (13.4)
2nd	95 (20.2)	205 (21.5)	71 (18.8)	55 (18.5)	67 (13.6)	493 (19.0)
3rd	130 (27.7)	241 (25.3)	76 (20.1)	71 (23.8)	99 (20.1)	617 (23.8)
4th	88 (18.7)	215 (22.5)	73 (19.3)	71 (23.8)	131 (26.6)	578 (22.3)
5th	59 (12.6)	118 (12.4)	122 (32.3)	91 (30.5)	166 (33.7)	556 (21.5)
Total	470 (100)	954 (100)	378 (100)	298 (100)	492 (100)	2.592 (100)

^aIPEA's IVS categories: very high > 0.500, high 0.500 to 0.401, medium 0.400 to 0.301, low 0.300 to 0.201, and very low \leq 0.200^bNonexistent areas with very high vulnerability in the Porto Alegre and São Paulo metropolitan regions^cIVS quintiles: Porto Alegre 1st 0.065 to 0.180, 2nd 0.190 to 0.230, 3rd 0.240 to 0.290, 4th 0.300 to 0.340, and 5th 0.350 to 0.445; São Paulo 1st 0.055 to 0.220, 2nd 0.230 to 0.290, 3rd 0.300 to 0.350, 4th 0.360 to 0.390, and 5th 0.400 to 0.504; Distrito Federal 1st 0.040 to 0.230, 2nd 0.240 to 0.290, 3rd 0.300 to 0.340, 4th 0.350 to 0.380, and 5th 0.390 to 0.475; Manaus 1st 0.083 to 0.250, 2nd 0.260 to 0.330, 3rd 0.340 to 0.410, 4th 0.420 to 0.470, and 5th 0.480 to 0.686; and Recife 1st 0.076 to 0.260, 2nd 0.270 to 0.320, 3rd 0.330 to 0.390, 4th 0.400 to 0.460, and 5th 0.470 to 0.704

Table 3 Percentage of primary health units with physicians from the Program allocated according to the classification of the Social Vulnerability Index by category and quintile, at the five metropolitan regions, 2016, Brazil

Primary health unit percentage with physicians from the PMM by the Index of Social Vulnerability by category						
IVS ^a category	Porto Alegre ^b	São Paulo ^b	Distrito Federal	Manaus ^c	Recife	Total
Very low and low vulnerability [IC _{95%}]	65.8 ^e [59.3–72.4]	29.5 [23.3–35.8]	26.8 [20.8–32.9]	4.8 [1.9–7.6]	4.1 [1.4–6.7]	30.6 [24.5–36.7]
Medium vulnerability [IC _{95%}]	29.7 [23.4–36.0]	62.9 ^e [56.2–69.5]	45.3 ^e [38.5–52.0]	19.0 [13.8–24.3]	32.0 [25.8–38.2]	44.4 [37.9–51.0]
High and very high vulnerability [IC _{95%}]	4.5 [1.6–7.3]	7.6 [4.0–11.2]	27.9 [21.9–34.0]	76.2 ^e [70.5–81.9]	63.9 ^e [57.6–70.3]	25.0 [19.3–30.7]
Total % (n)	100% (202)	100% (369)	100% (179)	100% (84)	100% (147)	100% (981)
Primary health unit percentage with physicians from the PMM by the Index of Social Vulnerability by quintile						
IVS ^d quintiles	Porto Alegre	São Paulo	Distrito Federal	Manaus	Recife	Total
1st and 2nd [IC _{95%}]	31.7 [25.3–38.1]	25.5 [21.0–29.9]	24.6 [18.3–30.9]	9.5 [3.2–15.8]	9.5 [4.8–14.3]	22.8 [20.2–25.5]
3rd [IC _{95%}]	29.2 [22.9–35.5]	28.7 [24.1–33.3]	22.9 [16.7–29.1]	19.0 [10.7–27.4]	19.0 [12.7–25.4]	25.5 [22.8–28.2]
4th and 5th [IC _{95%}]	39.1 [32.4–45.8]	45.8 ^e [40.7–50.9]	52.5 ^e [45.2–59.8]	71.4 ^e [61.8–81.1]	71.4 ^e [64.1–78.7]	51.7 [48.6–54.8]
Total % (n)	100% (202)	100% (369)	100% (179)	100% (84)	100% (147)	100% (981)

^aIPEA's IVS categories: very high > 0.500, high 0.500 to 0.401, medium 0.400 to 0.301, low 0.300 to 0.201, and very low ≤ 0.200

^bNonexistent areas with very high vulnerability in the Porto Alegre and São Paulo metropolitan regions

^cNonexistent physicians from the PMM allocated in the UBSs at areas of very low vulnerability in the Manaus metropolitan region

^dIVS quintiles: Porto Alegre 1st 0.065 to 0.180, 2nd 0.190 to 0.230, 3rd 0.240 to 0.290, 4th 0.300 to 0.340, and 5th 0.350 to 0.445; São Paulo 1st 0.055 to 0.220, 2nd 0.230 to 0.290, 3rd 0.300 to 0.350, 4th 0.360 to 0.390, and 5th 0.400 to 0.504; Distrito Federal 1st 0.040 to 0.230, 2nd 0.240 to 0.290, 3rd 0.300 to 0.340, 4th 0.350 to 0.380, and 5th 0.390 to 0.475; Manaus 1st 0.083 to 0.250, 2nd 0.260 to 0.330, 3rd 0.340 to 0.410, 4th 0.420 to 0.470, and 5th 0.480 to 0.686; Recife 1st 0.076 to 0.260, 2nd 0.270 to 0.320, 3rd 0.330 to 0.390, 4th 0.400 to 0.460, and 5th 0.470 to 0.704

^eIC_{95%} shows that there is a statistically significant difference between this proportion and further proportions in the column

Analyzing the distribution of UBSs with physicians from the PMM allocated by quintiles of vulnerability and intervals of confidence (IC_{95%}) calculated for each MR, it is noticed that the Recife, Manaus, and the DF MRs, the 4th and 5th quintiles (the most vulnerable), hosted physicians in a significantly higher proportion than the other quintiles, namely 71.4%, 71.4%, and 52.5%, respectively, all of which exceed the national average (51.7%). It is worth mentioning that in the São Paulo MR, the UBSs located in the high vulnerability quintiles (4th and 5th) also hosted physicians in a significantly higher proportion than others (45.8%); despite being significant, this proportion did not reach 50%, that is, in this RM, most UBSs with physicians are located in the areas of the smallest quintiles (1st, 2nd, and 3rd, which together represent 54.2%). There was no significant difference in the allocation of physicians in the MR in Porto Alegre, indicating that there was no prioritization of UBSs according to the vulnerability.

With the exception of the South Region MR, historically regarded as the most developed region in terms of economy, the other MRs, São Paulo, the DF, Manaus, and Recife, showed a highly proportionate distribution of physicians in areas of high vulnerability. We highlight Recife as the place with the greater quantity of physicians allocated in units with the highest IVSs from the sample.

According to the findings, it is possible to suggest that the Porto Alegre MR prioritized the allocation of physicians in areas of “very low” and “low” vulnerability, that is, areas which were not a priority for the PMM. Still within this context, São Paulo, the Distrito Federal,

Manaus, and Recife allocated physicians in areas of “high” and “very high” IVS. This trend can also be seen in the maps categorized by quintiles, which enables the visualization and localization of these areas, usually, peripheral. Figures 1 and 2 (available in a larger size in the supplementary material 1) make it evident how much the same region, even with a large population and/or strong economy, can present socioeconomic inequalities and consequently have groups of citizens who live under extreme indexes of vulnerability which impact on the limitation to access to the health care services. From the maps, Manaus and Recife MRs show the largest area of their territories affected by high vulnerability, according to the red and orange color displayed, in addition to the UDH concentration with the best values for the central regions of each MR.

The use of the quintiles was justified by observing the different realities portrayed in the MRs: the most vulnerable areas in Porto Alegre (0.445) differ in relation to the highest indexes in Recife (0.704) and in relation to the category previously determined by the IVS from IPEA. Nevertheless, even though the indexes regarded as the highest in Porto Alegre falls in the category “high” and not “very high” vulnerability, this is the most critical area observed within this region and should be prioritized, as established by the PMM's normatives.

Discussion

Based on the availability of sociodemographic information and health data, it is possible to carry out

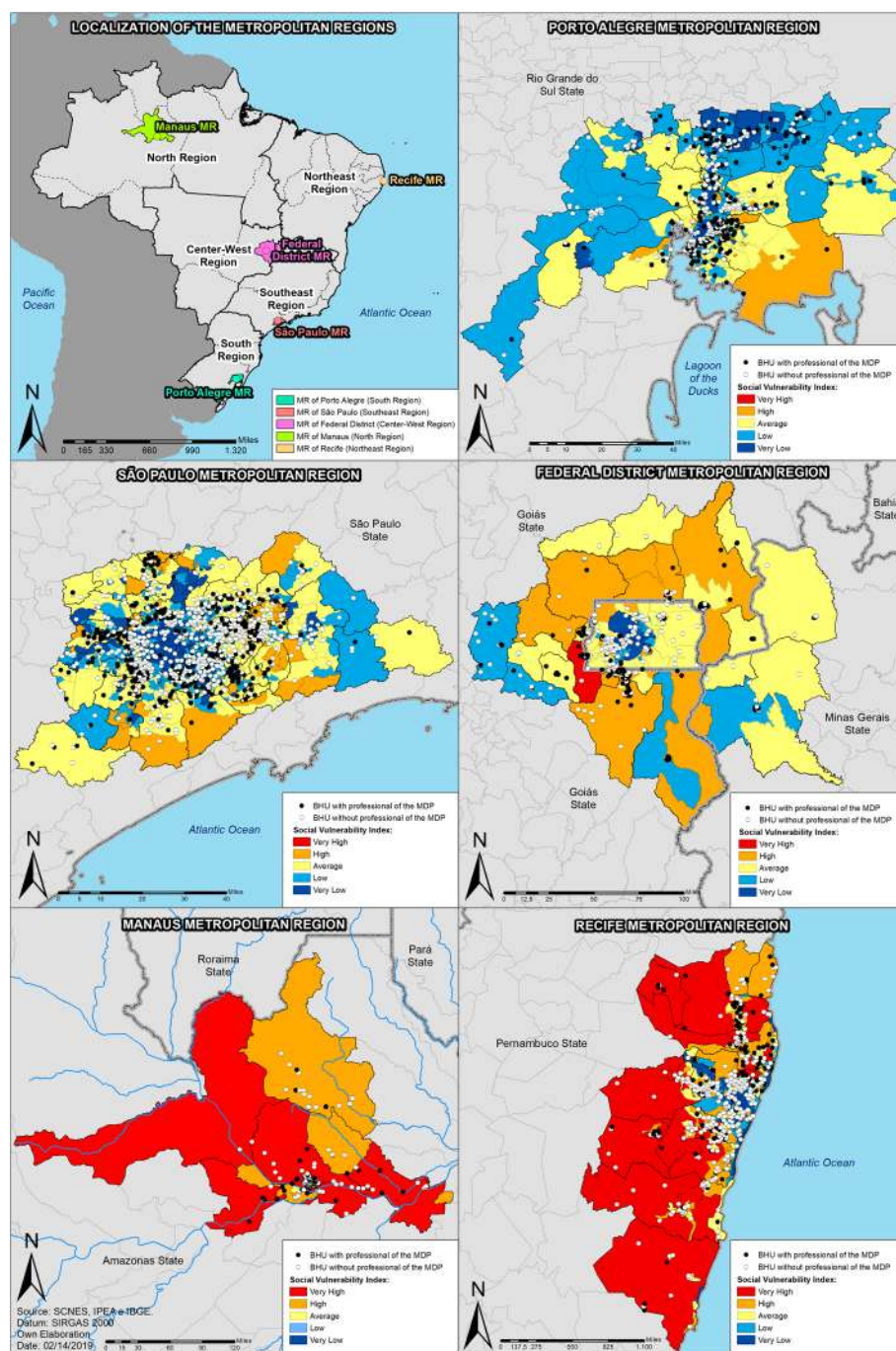


Fig. 1 Localization of the Mais Medicos Doctors in the metropolitan regions and the primary health units in the Housing Development Units, according to the IVS categories, 2016, Brazil

studies to investigate how the health care processes affect a population, in addition to discussing the results of the initiatives to expand medical assistance. In this work, specifically, it was possible to highlight that the PMM initiative contributed to the availability of PHC in regions with different degrees of social vulnerability, focusing on the most vulnerable areas. On

the other hand, the findings showed the absence of UBSs in areas with a higher Index of Social Vulnerability in the largest MRs (Sao Paulo and Porto Alegre).

The importance of a more cautious attention becomes clearer when analyzing whether the distribution of physicians of the PMM within the MRs met the priority

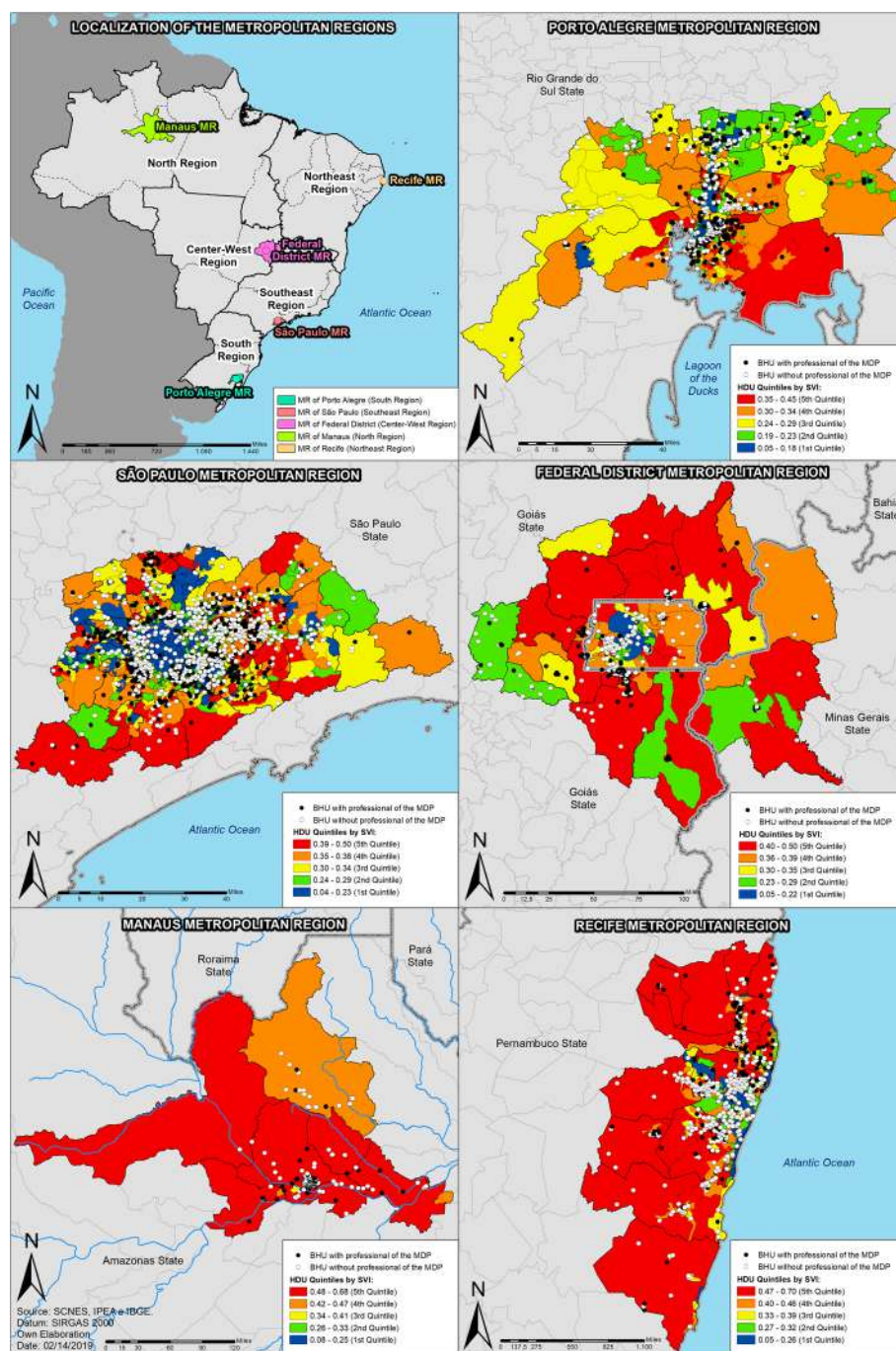


Fig. 2 Localization of the Mais Médicos Doctors in the metropolitan regions and the primary health units in the Housing Development Units, according to quintile, 2016, Brazil

criteria for the poor and vulnerable areas set in the official documents for the program, according to the criteria of equity. This is so because extreme values of vulnerability tend to create average values that hide important realities that, at times, may go unnoticed in the setting up of strategies to reduce inequity, which are most often created at municipal levels. According to the findings

presented by this study, in three MRs, Manaus, Recife, and the DF, most of the UBSs were located in peripheral and most vulnerable areas. It was also found that the allocation of physicians occurred mainly in these regions, in line with the Program's normative framework and with other studies' which have already pointed out that municipalities with extreme poverty—that is, highly

vulnerable—were to be prioritized in the implementation of the PMM so that it would assist the populations with greater needs of attention [36].

The results of this study in addition to further research suggest that conditions were provided for the PMM to produce positive results regarding the expansion of coverage and the reduction of inequality to access the system, especially in regions with shortage of these professionals, mainly in the North and Northeast regions [37], besides the potential contribution for a more geographic equitable distribution to address resources, considering the most vulnerable areas, also considering the improvement in the infrastructure of the UBS [38]. The PMM was even more important to supply the needs regarding the lack of medical professionals in various regions throughout Brazil, with special emphasis in the most vulnerable areas [39], as it had been determined by its priority goals, once the highest concentration of participating physicians was found in the municipalities of extreme poverty: a number threefold higher than in the capital cities and richest municipalities [28].

Studies have pointed out the significant evolution of the ESF and the PMM [40, 41], and have indicated that the increase in the number of physicians in the ESF enabled a greater effectiveness and more equity in the primary level of care attention, considering the hospitalizations regarding outpatient care, especially for more socially vulnerable populations and/or where there is a lack of these professionals [27]. More than 50% of the implemented ESF in Brazil in 2012 were incorporated into the PMM, and most of these teams were from municipalities with less than 30 000 inhabitants, providing the chance to improve access to health for these populations.

The establishment of the PMM increased the coverage of health care in about 100% of the population in small municipalities resulting in the decrease in referrals to specialists and urgent care and a reduction in the waiting time between the request of an appointment and the day of the appointment [2, 42]. These results corroborate the results of this analysis; they confirm the prioritization in areas of greater resource inequities, in the access and health care, not only in the municipal level, but sub-municipal too.

Despite the fact that results from previous studies have shown municipalities where extreme poverty was greater had been prioritized in the implementation of the PMM, this is the first study that analyzed the sub-municipal level to consider a social vulnerability index as a parameter to characterize aspects of equity in the distribution of the Program's physicians. The results presented by this study show that in the MR analyzed, despite the presence of the immense socioeconomic inequalities, the PMM aimed to prioritize those areas that were more

unprivileged, therefore contributing to the reduction of disparities in the access to PHC. The health policies within a universal system such as the Brazilian SUS may work as a redistributing mechanism, in as much as it reduces disparities of access and, consequently, it favors equity in the country's health care. Thus, as stated by Giovanella and her collaborators, it is necessary to study and to get to know the health systems, as well as their programs and strategic performance as it allows us to know how and where their structure fail or success in achieving the improvement of the health conditions of the populations [29]. The coverage area and action of each ESF can also be taken into account, as well as the number of physicians allocated for each MR to justify, for instance, the non-significant prioritization of physicians in more vulnerable areas of large cities, such as this is the case of the Porto Alegre MR.

Limitations of the present study include the fact that the data used for the IVS calculus, despite being the most recent currently available, correspond to the 2010 Census, and the base year for the study is 2016. It must be taken into account that some factors may have been time-influenced, influenced by the demographic transition among other features that might have altered the vulnerability profile of the population along these 6 years. Another limitation might be a reflection of some inaccuracies of the UBS geographic location of data and the distribution of physicians available in the official databases. At last, for this study, the number of the PMM's physicians allocated in each UBS was not taken into consideration, but only the presence of the PMM in the UBSs.

Conclusions

New studies should be carried out so as to further research the issues raised by the present study, especially aiming to provide more evidence of the effects of the PMM, which would enable a better assessment of the effectiveness of the Program and the APS in Brazil. In this context, it is worth highlighting that the equity in the results, besides its use as an informing principle for the elaboration of policies, is an aspect of high relevance to present the effects of the Program for the welfare assistance and in the reduction of inequities in the access; it also serves as a subsidy for the discussion of policies of provision and retention of professionals, especially in the least assisted, remote, and vulnerable areas.

It can be accredited to the PMM, in addition to its other objectives such as medical training and the structuring of a humanized curriculum, that it enabled people from remote and difficult-to-reach regions and citizens from the outskirts of the MRs as they had improved their access to medical services. It deeply mattered in the upgrade of life quality for the most vulnerable

population, even for those citizens who live in the capital cities. The PMM was probably not able to solve all health care access issues and barriers, but it has enabled socially excluded people to count on the assistance of the Program's physicians. It is worth mentioning that the equity in the attention to health care depends on a process that involves the integration of other levels of care, it must take into account issues that go beyond social problems triggered in the populations, the problems the Brazilian health system itself is facing, whether structural, institutional, or political. Knowing the pattern of distribution of a population facilitates the decision-making in the elaboration of policies and further actions and services offered equally, prioritizing the more unprivileged citizens and those who are at risk.

Supplementary information

Supplementary information accompanies this paper at <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00497-5>.

Additional file 1: Larger Figure S1.

Additional file 2: Larger Figure S2.

Abbreviations

CNES: National Registry of Healthcare Establishments; DATASUS: Department of Information Technology of SUS; DF: Federal District; ESF: Family Health Teams; IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; IPEA: Institute for Applied Economic Research; IVS: Social Vulnerability Index; MRs: Metropolitan regions; PHC: Primary health care; PMM: *Mais Médicos* Program (More Doctors Program); PROVAB: Primary Health Care Valorization Program; SUS: Unified Health System; UBS: Primary health care units; UDH: Housing development units

Acknowledgements

Not applicable.

Authors' contributions

AO and JOMB conceived and designed the study. AO performed the data collection under JOMB supervision. AO and SQA performed the data systematization and analysis. AO provided the first version of the article. All authors (AO, JOMB, LMPS, and SQA) contributed to the interpretation and findings of the discussion, as well as the critical revision and final approval of the version to publish.

Funding

This project was supported by Chamada Pública MCTI/CNPq/CT- Saúde/MS/ SCTIE/Decit No41/2013.

Availability of data and materials

The data that support the findings of this study are available on request from the authors.

Ethics approval and consent to participate

Not applicable.

Consent for publication

All authors have approved the manuscript for submission.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Author details

¹University of Brasília, UNB, Brasília, Brazil. ²Oswaldo Cruz Foundation, Fiocruz, Brasília, Brazil.

Received: 15 October 2019 Accepted: 21 July 2020

Published online: 05 August 2020

References


- Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. UNESCO. Ministério da Saúde. editors. Vol. 6. Brasília; 2002. 726 p. Available from: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>.
- de Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, dos Santos JTR, de Figueiredo AM, de Araujo SQ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface - Comun Saúde Educ*. 2015;19(c):623–34.
- Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2007;17(1):77–93. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=pt&tlng=pt.
- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Vol. 136. Portaria MS nº 2.488. DE 21 DE Outubro de 2011. 23–42 p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Manual para organização da Atenção Básica [Internet]. Secretaria de Atenção à Saúde. 1999 [cited 2019 Mar 7]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/organizacao_atencao.pdf.
- Mendes EV. A Construção Social da Atenção Primária à Saúde. [Internet]. 2015 [cited 2018 Oct 25]. p. 239. Available from: <http://www.saude.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Vol. exto const. Brasília - DF: Senado Federal. Coordenação de Edições Técnicas. 2016; 1988. 496 p. Available from: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf.
- Fertonani HP, de Pires DEP, Biff D, dos Scherer MD A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2015;20(6):1869–78. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=pt&tlng=pt.
- Brasil. Ministério da Saúde. Planos estaduais para o fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica [Internet]. Portaria MS nº 588. de 07 de abril de 2004º 588. de 07 de abril de 2004. Brasília - DF; 2004. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0588_07_04_2004.html.
- Brasil. Ipea - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Atlas da vulnerabilidade social nas regiões metropolitanas brasileiras [Internet]. Costa MA. Marguti BO. editors. Brasília - DF: IPEA; 2015. 240 p. Available from: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/151008_atlas_regioes_metropolitanas_brasileiras.pdf.
- Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2015; 20(11):3547–52. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001103547&lng=pt&tlng=pt.
- Pereira LL, Santos LMP, Santos W, Oliveira A, Rattner D. Mais Médicos program: provision of medical doctors in rural, remote and socially vulnerable areas of Brazil. 2013-2014. *Rural Remote Health*. 2016;16(1):3616.
- Póvoa L, Andrade MV. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2006 Aug;22(8):1555–64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/04.pdf>.
- Scheffer MC, Cassenote AJF, Guilloux AGA, Dal Poz MR. Internal migration of physicians who graduated in Brazil between 1980 and 2014. *Hum Resour Health*. 2018;16(1):1–11.
- Vujcic M, Zurn P, Diallo K, Adams O, Mario R, Poz D. Human Resources for Health developing countries. *Hum Resour Health* [Internet]. 2004;2(3):1–14. Available from: <http://www.human-resources-health.com/content/2/1/3>.
- Oliveira FP, de Araújo C A, Torres OM, Figueiredo AM, Azevedo PC, de Oliveira FA. O Programa Mais Médicos e o reordenamento da formação da Residência Médica com enfoque na Medicina de Família e Comunidade. *Interface - Comun Saúde. Educ*. 2018;No prelo:1–16.
- Brasil. Medida Provisória Nº 621. de 8 de julho de 2013 [Internet]. Brasília - DF; 2013. Available from: <http://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=3039542&disposition=inline>.
- Brasil. Lei nº 12.871. de 22 de outubro de 2013. DOU 23102013. 2013;2100–25. Available from: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/27199575/artigo-1-da-lei-n-12871-de-22-de-outubro-de-2013>; <https://www.jusbrasil.com.br/>

- temas/27199571/inciso-i-do-artigo-1-da-lei-n-12871-de-22-de-outubro-de-2013.
19. Pinto HA, de Oliveira FP, Santana JSS, de Santos F, O de S, de Araujo SQ, de Figueiredo AM, et al. Programa Mais Médicos: Avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. *Interface Commun Heal Educ*. 2017;21(c): 1087–101.
 20. Rizzotto MLF, Bortolotto C. O conceito de equidade no desenho de políticas sociais: pressupostos políticos e ideológicos da proposta de desenvolvimento da CEPAL. *Interface - Comun Saúde. Educ* [Internet]. 2011 Sep;15(38):793–804. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000300014&lng=pt&tlng=pt.
 21. Granja GF, Zoboli ELP, Fracolini LA. O discurso dos gestores sobre a equidade: um desafio para o SUS. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2013 Dec; 18(12):3759–64. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001200032&lng=pt&tlng=pt.
 22. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2004;20(suppl 2):S190–8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=pt&tlng=pt.
 23. Frente Nacional de Prefeitos. Petição Cadê o Médico? [Internet]. postado 18 de fevereiro de 2013. [cited 2019 May 18]. p. 1–5. Available from: <http://cadeomedico.blogspot.com/>.
 24. Gonçalves Junior O, Gava GB, da Silva MS. Programa Mais Médicos. aperfeiçoando o SUS e democratizando a saúde: um balanço analítico do programa. *Saúde e Soc* [Internet]. 2017 Dec;26(4):872–87. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000400872&lng=pt&tlng=pt.
 25. dos Macedo A S, de Alcântara V C, Andrade LFS, Ferreira PA. O papel dos atores na formulação e implementação de políticas públicas: dinâmicas, conflitos e interesses no Programa Mais Médicos. *Cad EBAPEBR* [Internet]. 2016 Jul;14(spe):593–618. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512016000700593&lng=pt&tlng=pt.
 26. Melo EA. O que pode o Mais Médicos? *Cien Saude Colet*. 2016;21(9):2672–4.
 27. Oliveira JPA, Sanchez MN, Santos LMP. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2016;21(9):2719–27. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902719&lng=pt&tlng=pt.
 28. Moser CON. The asset vulnerability framework: reassessing urban poverty reduction strategies. *World Dev* [Internet]. 1998 Jan;26(1):1–19. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0305750X97100158>.
 29. Giovanella L, Escorel S, de Lobato L VC, de Noronha J C, de Carvalho AI. Políticas e sistema de saúde no Brasil [Internet]. Vol. 18. *Ciência & Saúde Coletiva*. Editora FIOCRUZ; 2012. 3101–3103 p. Available from: <http://books.scielo.org/id/c5nm2>.
 30. Carrapato P, Correia P, Garcia B. Determinante da saúde no Brasil: A procura da equidade na saúde. *Saude e Soc*. 2017;26(3):676–89.
 31. Brasil. Ministério da Saúde. Informações de Saúde (TABNET) [Internet]. 2018 [cited 2018 Dec 12]. p. 1–2. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.
 32. Brasil. Ministério da Saúde. e-Gestor Atenção Básica - Informação e Gestão da Atenção Básica [Internet]. 2018 [cited 2018 Dec 12]. Available from: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>.
 33. Brasil. Ministério da Saúde. CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. 2018 [cited 2018 Dec 21]. Available from: <http://cnes.datasus.gov.br/>.
 34. Barcellos C, Ramalho WM, Gracie R, de Magalhães M AFM, Fontes MP, Skaba D. Georreferenciamento de dados de saúde na escala submunicipal: algumas experiências no Brasil. *Epidemiol e Serviços Saúde* [Internet]. 2008 Mar;17(1):59–70. Available from: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742008000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
 35. Bonifácio SR, Lopes EL. Mapeamento de Agravos de Saúde: Uma aplicação da técnica de georreferenciamento com uso do software Google Earth. *An do VII Simpósio Int Gestão Proj Inovação e Sustentabilidade (VII SINGEP)* [Internet]. 2018; Available from: <https://singep.org.br/7singep/resultado/98.pdf>.
 36. Dos Santos W, Comes Y, Pereira LL, Costa AM, Merchan-Hamann E, Santos LMP. Avaliação do Programa Mais Médicos: relato de experiência. *Saúde em Debate* [Internet]. 2019;43(120):256–68. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000100256&lng=pt&tlng=pt.
 37. Girardi SN, de Sousa van Stralen AC, Cella JN, Der Maas LW, Carvalho CL, de Oliveira Faria E. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Cien Saude Colet*. 2016;21(9): 2675–84.
 38. Santos LMP, Oliveira A, Trindade JS, Barreto IC, Palmeira PA, Comes Y, et al. Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2017 Feb 1;95(2):103–12. Available from: <http://www.who.int/entity/bulletin/volumes/95/2/16-178236.pdf>.
 39. Mourão Netto JJ, Rodrigues AR, Aragão O, Goyanna N, Cavalcante AE, Vasconcelos MA, et al. Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. *Rev Panam Salud Pública*. 2018;1–7.
 40. Miranda GMD, da CG MA, da Silva ALA, dos Santos Neto PM. a Ampliação Das Equipes De Saúde Da Família E O Programa Mais Médicos Nos Municípios Brasileiros. *Trab Educ e Saúde*. 2017;15(1):131–45.
 41. Brasil. Adesão de Médicos ao Projeto Mais Médicos para o Brasil - Edital N°39, de 8 de junho de 2013. DOU 08/06/2013 [Internet]. 2013; Available from: <https://sistemas.mre.gov.br/kitweb/datafiles/Miami/en-us/file/Editaln39Adesão de Médicos ao Programa Mais M.pdf>.
 42. Silva E, Ramos MC, Santos W, Rasella D, Oliveira A, Santos LM. Cost of providing doctors in remote and vulnerable areas: Programa Mais Médicos in Brazil. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2018; (i):1–7. Available from: <http://iris.paho.org/xmliui/handle/123456789/34972>.
- ### Publisher's Note
- Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.
- Ready to submit your research? Choose BMC and benefit from:**

 - fast, convenient online submission
 - thorough peer review by experienced researchers in your field
 - rapid publication on acceptance
 - support for research data, including large and complex data types
 - gold Open Access which fosters wider collaboration and increased citations
 - maximum visibility for your research: over 100M website views per year

At BMC, research is always in progress.

Learn more biomedcentral.com/submissions



Editorial

A revista *Tempus Actas* está dando um novo salto, produzindo um número temático com foco em um conteúdo que está contribuindo para revolucionar a formação de médicos no Brasil.

Desde que o Movimento Sanitário conquistou a VIII Conferência Nacional de Saúde, e dela, os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que sucessivos governos vem se dedicando a temática de como suprir de médicos as necessidades da população. Hoje, temos pela frente o Programa Mais Médicos, que está se propondo a equacionar de forma racional este problema, tema deste número da revista.

Na década de 1970, foram realizadas algumas experiências isoladas de formação de médico necessário, nas residências de Medicina Comunitária, que se propunham a juntar a nascente saúde coletiva com a boa prática clínica, rompendo a centralidade do modelo biomédico. Os conflitos entre a comunitária (de fato) e a familiar (clínica ampliada) vicejaram, mas o impacto para a população desassistida foi mínimo. Chegamos a ter em torno de 10 residências no Brasil, mas só aderiam os médicos que tinham afinidade ideológica. Fazer Medicina Comunitária era comprometer-se com o povo, e ser caracterizado como contra-hegemonia (havia orgulho em ser contra-hegemônico).

Na década de 80, com o fim da ditadura militar e o início dos anos 90, o Brasil tencionava com o ascendente neo-liberalismo mundial, e a ênfase ideológica começava a arrefecer. Quando aprovamos a Constituição em 1988, pensávamos que as soluções fluiriam a partir da inscrição do SUS em nossa carta. Descobrimos que precisava mais que a democracia formal e o SUS aprovado, para termos os profissionais de saúde próximos da população que os necessitava. Deflagraram-se então inúmeras tentativas de superar o problema.

Nos primeiros anos pós ditadura foram realizados esforços de iniciar a organização do SUS. Só em 1990 são aprovadas as leis orgânicas.

Em 1994, durante o Governo Itamar cria-se o Programa Saúde da Família (PSF), mas é a partir da criação de um conjunto de incentivos financeiro, entre eles o Piso da Atenção Básica (PAB Fixo) e Variável, esta modalidade de ampliação da cobertura das equipes, adicionado ao projeto do Banco Mundial, para expansão nas cidades acima de 100 mil habitantes. Essas, se constituíram estratégias de inverter o modelo médico assistencial nos grandes centros urbanos.

Em 2001 inicia-se uma política mais aguda de ampliação de equipes. Cria-se o incentivo financeiro federal para os municípios. Isso faz com que avance o número de equipes, mas há uma estagnação decorrente da falta de interesse dos recém-formados de especialização nesta área.

Neste mesmo ano nascem as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), que apregoam a formação

mais ampla e resolutiva além de ampliarem a atuação do médico para muito além da atividade clínica. Em 1997 criam-se os Polos de Formação, Capacitação e Educação Permanente para as equipes de Saúde da Família, e as residências multiprofissionais (alvo de um imenso conflito com a categoria médica).

O Promed –incentivo financeiro do MS para as Universidades –, buscava mudança do currículo apontando para três ênfases significativas: a ruptura com a determinação biológica e a substituição pela determinação social do processo saúde-doença; a adoção de uma relação horizontalizada na relação docente-discente; e a formação fora do exclusivo ambiente hospitalar. Os resultados são pífios.

Em 2003 novo governo, novas tentativas. Criam-se os pólos de educação permanente envolvendo gestores e docentes. Assegura-se a prioridade das residências em saúde da família (mais conflitos com a categoria médica). Em 2005 reedita-se o Promed com o nome de Pró-saúde, expandindo o número de faculdades financiadas e os cursos envolvidos (inicialmente enfermagem e odontologia). Consegue-se enfim a regulamentação das residências multiprofissionais em saúde, mas excluindo a medicina que tem formação exclusiva (Lei 11 629 de 2005). Cria-se ainda o PET-Saúde em 2008, onde indiretamente se constata que a modificação dos currículos e da ênfase em atenção básica, sem a modificação dos professores não permitia avanço.

Em 2011 cria-se o PROVAB, primeira experiência de alocação de médicos em lugares descobertos, em troca de bolsa federal, e incentivo para ingresso nas residências. Expande-se o Provab em 2013 para outras profissões com a lógica de privilegiar equipes e não somente o médico. Constata-se que a categoria médica adere, mas como ponte para as residências em outras áreas, e assim mesmo fazendo sua prática provabiana não muito longe dos grandes centros.

Era necessária uma atuação mais abrangente para mudar. O que fazer? Plano de carreira? (necessário mas emperrado no Congresso há 12 anos) Mais verbas para o SUS? (amplamente necessária, mas não mudaria o modelo). Ênfase no financiamento da atenção básica em detrimento da sustentação do complexo médico-industrial? (estruturante, mas iníquo). Equipamentos sofisticados em pequenos municípios? (absolutamente irracional).

Mas sem dúvida os fatores determinantes para uma política mais arrojada do governo federal nascem de dois movimentos. O primeiro, ainda em 2012, partindo das prefeituras municipais. No I Seminário de Saúde nos municípios em 2012- Vitória, seguido de o I Encontro Nacional de Prefeitos em janeiro de 2013 configura-se uma frente nacional de prefeitos intitulada Cadê o Médico? Mais de 2000 municípios subscrevem-no. O segundo movimento foi o da população na rua no primeiro semestre de 2013 reivindicando mais atenção a saúde (uma pesquisa nacional em 2011, indicava que 58% da população queria mais médicos). Como resposta o Governo apresenta o programa Mais Médicos no dia 8 de julho de 2013, aprovado pelo Congresso Nacional em 17 de outubro.

Tornava-se uma obviedade que se organizasse um macro política que englobasse simultaneamente diversos aspectos; desde a expansão de número de faculdades, especialmente em locais com populações com menos de 50 mil habitantes, bem como a expansão do número de vagas nas faculdades já existentes- mas isso, somente concedido com completa reestruturação do currículo ,enfazizando atenção básica desde o início do curso. Necessária também a contratação de profissionais-professores com formação na área. Importante igualmente, assumir a regulação de especialidades, a expansão das residências necessárias a população brasileira, além da busca de ajuda internacional provisória enquanto nossas mudanças não impactassem no resultado. Tínhamos mais de seis mil UBS sem médicos,mais de 50 milhões de brasileiros sem acesso ao médico,especialmente nos interiores: da Amazônia, do Nordeste, do Pantanal,além das periferias das cidades grandes. Nosso número total de médicos em relação a população evidenciava a falta dos mesmos .

O programa Mais Médicos surge como possibilidade. Há muito o que caminhar, e temos uma dívida histórica com o povo brasileiro. Muitos problemas a superar, mas os resultados surgem como evidência. Em dois anos, desde sua implantação, a política se mostra forte para avançar, e muito nesta mudança. Temos muitos resultados de impacto para exhibir.

Este número da revista pretende demonstrar alguns destes avanços já obtidos, dialogar com os profissionais de saúde comprometidos com a saúde da população, para além das lutas corporativas, e apontar para exemplos a ser disseminados. Boas reflexões e boa leitura.

Leonor Pacheco Santos (UnB)

Maria Fátima de Sousa (UnB)

Marco Aurélio da Ros (UFSC)

Paulo Roberto de Santana (UFPE)

EDITORES DO NÚMERO

Mais (e melhores) Médicos

Ana Maria COSTA¹

Sábado Nicolau GIRARDI²

Vinicius Ximenes Muricy da ROCHA³

Erika Rodrigues de ALMEIDA⁴

Leonor Maria Pacheco SANTOS⁵

INTRODUÇÃO

Em um primeiro plano, é imprescindível reafirmar que a assistência à saúde depende diretamente dos trabalhadores deste setor e da capacidade dos mesmos para a produção do cuidado. Mesmo considerando que hoje a medicina e a atenção à saúde estão impregnados por noções que supervalorizam as máquinas, os exames e as tecnologias duras, é necessário enfatizar que saúde se faz com e para as pessoas, sendo determinante a atuação dos profissionais de saúde para se estabelecer o sucesso de um modelo de atenção.

Também deve ser pontuado que há deficiências, quantitativas e qualitativas, na formação de diversas profissões da saúde no Brasil, e que estas profissões são fundamentais na constituição da equipe para uma atenção integral. A equipe de saúde deve ofertar um cuidado abrangente, ser resolutiva e capaz de atender o maior volume dos problemas de saúde apresentados pela população de um determinado território. É por esta razão que as equipes devem ser suficientes, qualificadas e bem distribuídas, efetivando o acesso universal da população residente em toda a extensão do país, nos moldes definidos para o direito constitucional dos brasileiros. Há evidências suficientes na literatura que mostram o tamanho desse desafio e o drama dos gestores municipais quanto ao provimento dos profissionais, com claro destaque sobre maiores dificuldades em relação aos médicos.

Estudo sobre a força de trabalho em medicina, enfermagem e odontologia apontou que entre 2000 e 2010 o número de médicos apresentou crescimento próximo ao observado para o total da economia, de 3% ao ano, e bem inferior ao crescimento do mercado no setor saúde. Este setor engloba os serviços de saúde propriamente ditos, atividades de produção e distribuição de fármacos, vacinas e medicamentos para uso humano; produção de insumos e equipamentos para o

1 Professora no Curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal, ESCS. Ex- Presidenta do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES.

2 Coordenador da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ Observatório de Recursos Humanos em Saúde da UFMG, Membro do Grupo de Especialistas da Organização Mundial da Saúde para aumento do acesso aos trabalhadores de saúde em áreas remotas.

3 Médico de Família e Comunidade e Sanitarista, professor da Universidade Federal de Campina Grande.

4 Sanitarista, Gestora de Políticas Públicas de Saúde.

5 Patologista, Chefe do Departamento de Saúde Coletiva da UNB.

setor; atividades de ensino, pesquisa e desenvolvimento; atividades de planos de saúde; atividades de saneamento e a gestão governamental dos serviços de saúde¹.

Para a população, tal como mostrou a pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), o principal problema do Sistema Único de Saúde (SUS) para os usuários é a falta de médicos². Mesmo discordando dessa assertiva, que localiza exclusivamente na falta destes profissionais principal problema da saúde, é preciso reconhecer o que mostram diversos estudos^{3,4,5}: faltam médicos no Brasil e esta falta ocorre principalmente no setor público do sistema de saúde.

Por outro lado, seria falacioso afirmar que o principal problema do SUS é a falta de médicos. Na verdade, este é mais um dos sintomas do descaso crônico na implantação do SUS, que vem sendo relegado, pelos sucessivos governos no período pós-constitucional, a ser um sistema de baixa qualidade para atendimento da população pobre que não pode pagar a saúde suplementar.

É preciso analisar as razões pelas quais os médicos não se vinculam ao SUS e não ocupam o vasto vazio geográfico destes profissionais. Nesse sentido, o argumento de que são apenas as más condições de estrutura e trabalho que explicam a ausência de médicos no SUS talvez não seja suficiente para a elucidação do problema. Isso só poderia ser verdade se existisse um contingente de médicos desempregados por recusa de condições insuficientes, o que não existe, segundo as pesquisas. Ao contrário, praticamente todos os médicos brasileiros possuem um ou mais empregos, inclusive com carga horária semanal que ultrapassa 40 horas, como evidencia recente pesquisa do IPEA⁶.

Perspectivas para a formação médica com o Programa Mais Médicos

A carência e má distribuição dos profissionais médicos têm sido temas amplamente demonstrados. Em virtude disso, em janeiro de 2013 a Frente Nacional dos Prefeitos do Brasil lançou a campanha “*Cadê o médico?*”, reivindicando do Governo Federal a contratação de médicos estrangeiros para atuar em municípios onde havia escassez⁷. Em resposta, o Programa Mais Médicos foi criado por Medida Provisória em julho de 2013, convertida na Lei 12.871, em 22 de outubro de 2013. O programa elegeu três frentes estratégicas: (i) qualificação profissional, com abertura de vagas em Cursos de Medicina orientados por novas Diretrizes Curriculares Nacionais; (ii) investimentos na construção e melhoria na infraestrutura de Unidades Básicas de Saúde; e (iii) provimento de médicos brasileiros e estrangeiros em municípios com áreas de maior vulnerabilidade.

A argumentação em oposição ao Programa Mais Médicos, sustentada especialmente pelas entidades médicas, está baseada na suficiência de médicos, desconhecendo o conjunto de estudos que mostram existir deficiência e má distribuição destes profissionais, caracterizado por sua extensão como um problema grave. Associações de classe impetraram duas Ações Diretas

de Inconstitucionalidade (ADIn) contra o Programa, questionando, entre outros aspectos, a ausência de requisitos de relevância e urgência⁸. Opareceres da Câmara dos Deputados, Senado Federal, Presidência da República, Advocacia-Geral da União e Procuradoria-Geral da República argumentaram que o Programa não transgrediu normativamente os preceitos constitucionais. As ADInsainda permanecemem julgamento no Supremo Tribunal Federal eambos os processos encontram-se conclusos ao Ministro Relator, aguardando decisão⁸.

O Brasil adiou, durante muitos anos, o enfrentamento dessa questão, e caso não tivesse lançado o Programa Mais Médicospersistiriam as injustas desigualdades regionais de acesso de estudantes a cursos de Medicina.As evidências indicam e a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a interiorização da oferta de escolas médicas como estratégia de ampliar as chances de fixação dos profissionais em áreas rurais, periféricas e remotas⁹.

Estudossobre a força de trabalho em medicina, enfermagem e odontologia já citados¹, mostraram que durante o período compreendido entre 1991 e 2012 houve aumento de vagas para os três cursos no país e foram criadas 10.145 vagas em Medicina, o que representou um incremento bruto de 229%. No entanto, os dados apontaram que no caso de Enfermagem e Odontologia,a oferta de vagas foi superior à procura, em contraponto, nos cursos de Medicina o aumento da oferta esteve sempre acompanhado pela demanda correspondente, não havendo desperdício¹.

Adicionalmente, apesar de haver mais de 250 escolas médicas no Brasil, a quantidade de vagas em cursos de Medicina por 10 mil habitantes nopáís está bem abaixo de vários outros países com sistemas públicos e universais de saúde. Tínhamos, em 2011, 0,8 vagas para cada 10 mil habitantes. Em relação a ingressantes, também estamos aquém. O Reino Unido, por exemplo, já tinha, no mesmo período,uma relação de 1,61 para 10 mil habitantes, com uma quantidade de escolas médicas bem inferior à nossa¹⁰.

É preciso também considerar uma forte desigualdade regional na distribuição de vagas de graduação e residência em Medicina, com as regiões Norte, Nordeste e Centro–Oeste com uma desproporção de vagas enorme em relação ao Sul e Sudeste do país. E mesmo nestas duas últimas regiões, observa-se uma distribuição extremamente irregular dentro de seus territórios estaduais.

Neste sentido, junto àimplantação denovos cursos de Medicina contemplandolocalidades com dificuldade para provimento de médicos, deve estar associadatambém a abertura, na mesma proporção, de vagas de residência médica, principalmente na área de Medicina Geral de Família e Comunidade e mais duas outras áreas básicas (Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Geral e Medicina Preventiva e Social). Estas medidas, oportunizadas a jovens destas localidades, potencializam a fixação de profissionais médicos⁹. Além disso, hospitais conveniados vinculados ao SUS, que são campos de prática para estes cursos, podem pleitear a certificação

como hospitais de ensino, política que contribui para incentivos financeiros a estes serviços.

Este modelo de cursos de medicina regionalizados, como os propostos pelas universidades de Western Ontário, no Canadá, James Cook, na Austrália e Walter Sisulu, na África do Sul, seguem parâmetros internacionais preconizados por importantes autoridades da discussão sobre a educação médica mundial. Há um consenso entre estudiosos desta área quanto à necessidade de mudanças na formação, proporcionando médicos mais próximos e habilitados ao cuidado integral e à resolução dos problemas mais prevalentes na população. É preciso desenvolver atitudes, habilidades e conhecimentos para serem bons médicos generalistas, antes de serem eventualmente bons especialistas. Assim, vêm sendo experimentadas propostas de inovação curriculares em diversos países, incluindo pesquisadores da Universidade de Harvard que afirmam que se vivencia um momento de uma nova geração de reformas na educação médica mundial, na qual os cursos de Medicina podem prescindir do hospital universitário, com enfoque na atenção terciária. Esta proposta crítica substitui o aprendizado focado principalmente nas doenças raras e em procedimentos baseados essencialmente na alta tecnologia¹¹.

No âmbito do Programa Mais Médicos, estão previstas mais 11.447 vagas em cursos de graduação em Medicina, sendo 3.615 vagas previstas em Instituições Federais de Educação Superior (IFES), através tanto do aumento de vagas em cursos existentes como a abertura de 38 novos cursos, exclusivamente em áreas interioranas, como o semiárido nordestino, Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Baixada Maranhense, Amazônia Legal, Contestado Catarinense, Pampa Gaúcho, novas áreas agrícolas e regiões de fronteira no Cone-Sul¹².

Estes cursos, além de uma orientação do ensino baseado na comunidade e fortemente pautados pela integração ensino-serviço, buscam metodologias problematizadoras para a formação médica e vêm experimentando mecanismos de valorização de ingresso para estudantes pobres e das camadas médias dessas regiões historicamente marginalizadas pelas políticas públicas. Alguns destes cursos têm oportunizado o acesso à graduação em Medicina por meio de processos seletivos que consideram argumentos de inclusão regional, complementarmente à Lei de Cotas.

É mister que processos inclusivos desta magnitude não podem descuidar de aspectos relacionados à gestão da qualidade. Neste sentido, o aperfeiçoamento do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), com melhoria de seus processos de avaliação externa, sinergicamente articulados com avaliações bianuais progressivas dos estudantes de Medicina e acompanhamento permanente dos novos cursos nas IFES, através de especialistas em educação médica que compõem a Comissão de Acompanhamento e Monitoramento das Escolas Médicas (CAMEM), induzem a implementação desse novo parâmetro internacional de qualidade na formação médica não apenas nos novos cursos de Medicina, mas alcançando também os cursos tradicionais.

Sobre o acesso aos cursos de Medicina, pesquisas realizadas por especialistas em educação sobre uma análise do perfil socioeconômico do estudante de graduação, tanto em instituições públicas como privadas, vêm mostrando que políticas como PROUNI, PROIES, SISU, FIES, Lei de Cotas, PNAES e outras vêm garantindo, mesmo nos cursos de Medicina, um perfil menos branco e com menor proporção de estudantes de famílias de alta renda. Entretanto, estas evidências indicam que, no caso da Medicina, o Brasil ainda está aquém dos avanços de inclusão social observados em outros cursos de educação superior¹³. O Programa Mais Médicos vem para enfrentar estes desafios, diante de uma importante agenda de inclusão social e regional.

Talvez este seja o fator de maior reação por parte dos setores organizados enquanto corporação, na categoria médica, que criticam impiedosamente a nova política: uma possível mudança do perfil do estudante de Medicina, diante de uma maior oportunidade a jovens de várias camadas sociais ingressarem nestes cursos, diversificando, assim, a composição dos mesmos.

Reação que é, no mínimo, injustificada, pois além de não haver horizonte de saturação do mercado de trabalho da profissão a médio e longo prazo, estes setores da sociedade de onde predominantemente vem a corporação médica continuarão presentes, mantendo a oportunidade de seus filhos estarem nesses cursos. A perspectiva de mudança é que este segmento da sociedade não terá mais a exclusividade de acesso à formação médica, como praticamente tinha até então.

Assim, diversificando-se socialmente os cursos de Medicina e constituindo um perfil de formação médica que valorize a Clínica Geral, denominada no Brasil de Medicina (Geral) de Família e Comunidade, como a base fundamental para a prática da Medicina, poderemos garantir não só *mais*, como melhores médicos para o país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WAN DER MAAS L, CARVALHO CL, PIERANTONI CR, GIRARDI SN. Estrutura atual e estimativas futuras da força de trabalho em medicina, enfermagem e odontologia no Brasil - 2000 a 2030. Saúde Amanhã; Textos para Discussão No 6. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2015. [Acesso em 29 dez 2015] Disponível em: <http://saudeamanha.fiocruz.br/sites/saudeamanha.fiocruz.br/files/SA%20-%20TD%2006.pdf>
2. BRASIL. IPEA Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. O Sistema de Indicadores de Percepção Social. Brasília: IPEA, 2011. [Acesso em 29 dez 2015] Disponível: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf
3. ATTAL-TOUBERT K, VANDERSCHULDEN M. La démographie médicale à l'horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales. Etud Résult; (679). 2009 [Acesso em 29 Dez 2015]. Disponível em: <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-demographie-medical-a-l-horizon-2030>

4. CARVALHO MS, SOUSA MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? Interface (Botucatu) 2013;17(47):913-26. [Acesso em 29 Dez 2015] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0403>

5. OLIVEIRA FP, VANNI T, PINTO HA, SANTOS JTR, FIGUEIREDO AM, ARAÚJO SQ, MATOS MFM, CYRINO EG. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. Interface (Botucatu) [online] 2015;(19)54: 623-34. [Acesso em 29 Dez 2015] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n54/1807-5762-icse-19-54-0623.pdf>

6. BRASIL. IPEA Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Perspectivas Profissionais nível médio e superior. Radar; Tecnologia, Produção e Comércio Exterior. Brasília: IPEA; 2011; p. 21.[Acesso em 29 Dez 2015] Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/radar/130703_radar27.pdf

7. COSER JC. Novos prefeitos e a falta de médicos no país. [Acesso em 29 Dez 2015]. Disponível em: <http://cadeomedico.blogspot.com.br/p/deu-na-midia.html>

8. SANTOS LMP, SILVA SM. Estudo das Ações Diretas de Inconstitucionalidade do Programa Mais Médicos. Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit., Brasília, v.4, n.1, jan/mar. 2015. [Acesso em 29 Dez 2015]. Disponível em: <http://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/viewFile/154/215>

9. WHO. World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention - Global policy recommendations. Geneva: WHO Press; 2010. [Acesso em 29 Dez 2015] Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44369/1/9789241564014_eng.pdf

10. HEFCE. Higher Education Funding Council for Wales. Medical and dental students survey 2014 - Survey for the Department of Health and the UK higher education funding bodies. England: Hefce; 2014 [Acesso em 29 Dez 2015] Disponível em: http://www.hefce.ac.uk/media/hefce/content/pubs/2014/201419/HEFCE2014_19.pdf

11. FRENK J, CHEN L, BHUTTA ZA, COHEN J, CRISP N, EVANS T, FINEBERG H, GARCÍA PJ, KE Y, KELLEY P, KISTNASAMY B, MELEIS A, NAYLOR D, PABLOS-MENDEZ A, REDDY S, SCRIMSHAW S, SEPULVEDA J, SERWADDA D, ZURAYK H. Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2011; 28(2): 337-41. [Acesso em 29 Dez 2015] Disponível em: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v28n2/>

12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília : Ministério da Saúde, 2015.p. 53-64. [Acesso em 29 Dez 2015] Disponível em: http://cdnmaismedicos.elivepress.com.br/images/PDF/Livro_2_Anos_Mais_Medicos_Ministerio_da_Saude_2015.pdf

13.RISTOFF D. O novo perfil do campus brasileiro: uma análise do perfil socioeconômico do estudante de graduação. Avaliação (Campinas) [online]. 2014, vol.19, n.3, pp. 723-747. [Acesso em 29Dez 2015] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/aval/v19n3/10.pdf>

Artigo apresentado em 12-10-15

Artigo aprovado em 29-11-15

Artigo publicado no sistema em 30-12-15



PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL: ESTUDO DE CASO EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS

Lucélia Luiz Pereira¹

Hilton Pereira da Silva²

Leonor Maria Pacheco Santos³

Resumo: O Projeto Mais Médicos para o Brasil tem como objetivo o provimento de profissionais brasileiros e estrangeiros para atuar em municípios de difícil acesso e acentuada vulnerabilidade socioeconômica, e estabelece os grupos quilombolas como uma das prioridades. Este artigo analisa de que forma o Projeto tem contribuído para a atenção primária à saúde em comunidades quilombolas do Nordeste e do Norte do país, por meio de uma investigação qualitativa em duas comunidades no Rio Grande do Norte e uma no Pará. Foram realizados grupos focais com usuários de Unidades Básicas de Saúde e entrevistas semiestruturadas com médicos, profissionais de saúde das equipes das Unidades Básicas de Saúde, gestores das Secretarias Municipais de Saúde, conselheiros municipais de saúde e lideranças locais. Conclui-se que o Mais Médicos contribuiu na garantia do acesso à saúde nas comunidades estudadas. A permanência dos médicos nos municípios possibilitou a realização de ações de prevenção e promoção da saúde e o estabelecimento de vínculo com os usuários.

Palavras-chave: Quilombolas; Médicos; Saúde pública; Atenção Primária; Populações rurais.

MORE MEDICAL DOCTORS PROGRAM TO BRAZIL: A CASE STUDY IN MAROON COMMUNITIES

Abstract: The More Medical Doctors Program for Brazil aims to provide Brazilian and foreign professionals to work in towns of difficult access and high socioeconomic vulnerability, and establishes the Maroons groups as a priority. This article analyzes how the program has contributed to primary health care in maroon communities of the Northeast and North of the country, through a qualitative research in two communities in Rio Grande do Norte State and one in Pará State. Were conducted focus groups with users of the Basic Units of Health and semi-structured interviews with doctors, health professionals from the Basic Units of Health teams, managers of Municipal Health, local health counselors and local leaders. We conclude that the More Medical Doctors contributed in ensuring access to health care in the communities studied. The permanence of doctors in the cities made possible the development of preventive actions, health promotion and the establishment of a connection with users.

Key-words: Maroons; Medical Doctors; Public health; Primary Care; rural populations

¹ Universidade de Brasília, Núcleo de Análise e Avaliação de Políticas Públicas – NAAPP – Departamento de Serviço Social, Brasília, DF, Brasil. lucelia@unb.br

² Universidade Federal do Pará, Laboratório de Estudos Bioantropológicos em Saúde e Meio Ambiente - LEBIOS, Programa de Pós-Graduação em Antropologia – PPGA e Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia - PPGSAS, Belém, PA, Brasil. hdasilva@ufpa.br

³ Universidade de Brasília, Departamento de Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – PGCS e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PPGSC da UnB, Brasília, DF, Brasil. leopac@unb.br



PROJET MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL: UNE ÉTUDE DE CAS DANS LES COMMUNAUTÉS MARRONS

Résumé: Le projet Mais Médicos para o Brasil vise à disposition des professionnels brésiliens et étrangers de travailler dans les villes de l'accès difficile et la vulnérabilité socio-économique, et établit les groupes Maroons comme une priorité. Cet article analyse la forme que le projet a contribué pour l'attention primaire à santé primaires dans les communautés marrons du Nord-Est et du Nord du pays, à travers une recherche qualitative dans deux communautés de Rio Grande do Norte et un en Pará. Ont réalisé des groupes avec d'utilisateurs d'Unités de Bases de Santé et des entretiens semi-structurés avec des médecins, professionnels de la santé des équipes d'Unités de Bases de Santé, les gestionnaires du Bureaux Municipales de Santé, conseil de santé local et les dirigeants locaux. Nous concluons que le projet Mais Médicos ont contribué à assurer l'accès aux soins de santé dans les communautés étudiées. La permanence de médecins dans les villes a rendu possible le développement de la prévention et de promotion de la santé et de l'établissement d'une connexion avec les utilisateurs.

Mots-clés: Communautés Marrons; Médecins; Santé Publique; L'Attention Primaire; Les populations rurales.

PROYECTO MÁS MÉDICOS PARA EL BRASIL: ESTUDIO DE CASO EN COMUNIDADES QUILOMBOLAS

Resumen: El Proyecto Más Médicos para el Brasil, tiene como objetivo obtener profesionales brasileños y extranjeros para actuar en municipios de difícil acceso y acentuada vulnerabilidad socioeconómica, y establece los grupos quilombolas como una de las prioridades. Este artículo analiza de qué manera el Proyecto contribuye para la atención primaria a la salud en comunidades quilombolas del Nordeste y del Norte del país, por medio de una investigación cualitativa en dos comunidades en el Río Grande del Norte y una del Pará. Fueron realizadas grupos con usuarios de Unidades Básicas de Salud y entrevistas semiestructuradas con médicos, profesionales de salud de los equipos de las Unidades Básicas de Salud, gestores de las Secretarías Municipales de Salud, consejeros municipales de salud y liderazgos locales. Se concluyó que el Más Médicos ha contribuido en la garantía del acceso a la salud en las comunidades estudiadas. La permanencia de los médicos posibilitó la realización de acciones de prevención y promoción de la salud y el establecimiento de vínculo con los usuarios.

Palabras-clave: Quilombolas; Médicos; Salud pública; Atención Primaria; Poblaciones rurales.

INTRODUÇÃO

À atenção primária é atribuída a responsabilidade por desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde, localizando sua atuação na fase inicial do cuidado, antecedendo níveis de atenção mais complexos e especializados. O objetivo é prevenir os problemas de saúde, bem como promover a saúde da população. A atenção primária foi definida na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde de 1978, em Alma-Ata, como uma atenção fundamental à saúde que deve ser garantida de forma universal às pessoas e famílias, como parte do sistema de saúde, certificando que a

oferta de ações esteja o mais próximo do local de moradia das pessoas para assegurar um processo contínuo de atenção (OMS, 1979).

Apesar do reconhecimento nacional da importância da atenção primária à saúde, os cuidados básicos ainda não são universais para a população, não sendo ofertados igualmente a todos os brasileiros (Sousa, 2007). Desta forma, faz-se necessário minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, garantindo acesso aos serviços de saúde, não só na atenção primária, mas em todos os níveis do sistema de saúde. Para tal, é fundamental a adoção de estratégias que garantam a equidade e facilitem o acesso de grupos populacionais que historicamente estão em desvantagem.

DESIGUALDADES NO ACESSO A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), os países em desenvolvimento tem como meta prioritária a redução das desigualdades no acesso aos cuidados de atenção primária. Tal prioridade se faz necessária tendo em vista que, muito embora haja um reconhecimento internacional - Declaração de Alma-Ata (OMS, 1979) e nas legislações brasileiras (Brasil, 1988; Brasil, 1990) do direito fundamental de todos ao acesso aos serviços de saúde, tal garantia legal não é efetivada devido a muitas barreiras e obstáculos que ainda impedem o acesso universal ao SUS.

Um dos fatores que influenciam fortemente as desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde é o geográfico/espacial. Pesquisas apontam que populações que vivem em áreas caracterizadas como mais carentes e remotas, distantes dos centros urbanos, de difícil acesso e/ou em situação rural, geralmente sofrem de forma mais intensa com a ausência de atenção e disponibilidade de redes de atenção primária (Cavalcante, 2011; D Dolea et al., 2010; Kruk, et al., 2010; Travassos et al., 2006).

Tais disparidades podem ser explicadas não só pela dificuldade de mobilidade e deslocamento das pessoas na busca de responder suas necessidades de saúde, mas também por problemas advindos das características de oferta e organização dos serviços de atenção à saúde nestas áreas. Elementos como disponibilidade de serviços e sua distribuição geográfica, disponibilidade de recursos humanos qualificados, recursos tecnológicos e financiamento podem determinar o acesso da população (Castro & Machado, 2010; Cavalcante, 2011; Travassos et al., 2006).

Em relação à gestão dos recursos humanos em saúde, o Brasil vivencia dificuldades na oferta e disponibilidade de profissionais de saúde para implementar as ações, sendo que o problema é maior nas áreas rurais, havendo um grande diferencial de atenção entre as regiões do país. A população das regiões Norte e Nordeste tem um acesso limitado aos serviços de atenção primária, se comparado aos residentes nas regiões centro-oeste, sudeste e sul. De acordo com Travassos e colaboradores (2006), os residentes da região Norte têm 45% menos chances de uso dos serviços de saúde se comparados aos residentes das regiões Sul e Sudeste.

No entanto, a oferta de médicos parece ser onde se evidencia os maiores diferenciais de atenção. As regiões Nordeste e Norte oferecem menor disponibilidade de oferta de médicos, enquanto a região Sudeste se situa acima da média brasileira e as regiões Sul e Centro-oeste estão mais próximas dessa média (Cremesp, 2013).

As disparidades regionais na distribuição de médicos persistem no Brasil há muitos anos. De acordo com Maciel Filho (2007, p. 49), já na década de 1970 esse descompasso se mostrava presente tendo em vista que “naquele ano, cerca de 80% dos médicos do país concentravam-se nas regiões Sudeste e Sul, embora nelas residissem aproximadamente 60% da população”. A partir do índice de escassez de médicos na atenção primária, Girardi (2010) demonstrou que a maioria dos municípios brasileiros com escassez de médicos está localizada na região Nordeste (51,8%) em contraposição à região Centro-Oeste, que apresenta a menor quantidade de municípios com escassez.

A Portaria GM nº 1.101/2002 do Ministério da Saúde apresentou alguns parâmetros para recursos humanos em saúde, propondo a razão de um médico/mil habitantes (Brasil, 2002). Em 2011, o índice no Brasil era de 1,8 médicos/mil habitantes, de acordo com a OMS (Brasil, 2013; Garcia, 2013), inferior ao da Argentina (3,2 médicos/mil hab) e do Uruguai (3,7 médicos/mil hab) e de países europeus.

Além disso, verifica-se que a distribuição deste tipo de profissional por região, unidades da federação e residência na capital ou interior, aponta uma acentuada concentração. De acordo com o estudo “Demografia Médica no Brasil” (Cremesp, 2013, p. 36) “Duas das grandes regiões do país estão abaixo do índice nacional, a região Norte, com 1,01, e a Nordeste, onde há 1,2 médico por 1.000 habitantes. Na melhor posição está o Sudeste, com razão de 2,67, seguido pela região Sul, com 2,09, e o Centro-Oeste, com 2,05”.

Ainda segundo o Cremesp (2013, p. 36), ocorre uma acentuação das desigualdades no caso das diferentes Unidades da Federação. “O Distrito Federal lidera o ranking, com uma razão de 4,09 médicos por 1.000 habitantes, seguido pelo Rio de Janeiro, com 3,62, e São Paulo, com razão de 2,64”. “Na ponta de baixo do ranking, com menos de 1 médico por 1.000 habitantes estão Amapá (0,95), Pará (0,84) e Maranhão (0,71).” Outro estudo aponta que 22 Estados encontram-se abaixo da média do País, com destaque para o Maranhão, que é apresentado com o índice inferior ao primeiro estudo, apenas 0,58/mil hab (Garcia et al., 2013). O cenário de desigualdade na distribuição geográfica de médicos entre regiões, estados e municípios demonstra que o aumento da oferta desse profissional não tem beneficiado a população brasileira de forma homogênea.

DESIGUALDADES NA ATENÇÃO A SAÚDE EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS

Além da carência de profissionais, outros fatores influenciam na atenção à saúde e atingem os grupos populacionais de maneira diferenciada. Diversos estudos mostram que ocorrências de doenças e eventos de saúde são socialmente determinados, refletindo diferenças biológicas, distinções econômicas e iniquidades sociais, tendo como expressão as desigualdades em saúde (Brasil, 2009; Buss & Pellegrini Filho, 2007; Nunes et al., 2001). Tais desigualdades são mais prevalentes em determinados grupos sociais, dentre eles, a população negra (Araújo et al., 2010; Batista et al., 2012; Cunha, 2012; Heringer, 2002; Filho, 2012; Lopes, 2005a,b; Paixão et al., 2005).

Desta forma, a redução das inequidades deve considerar a questão do racismo que persiste no Brasil e que provoca o agravamento das vulnerabilidades a que está exposta a população negra. No caso da saúde, destaca-se a necessidade de combater o racismo institucional que “constitui-se na produção sistemática da segregação étnico-racial, nos processos institucionais. Manifesta-se por meio de normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano de trabalho, resultantes de ignorância, falta de atenção, preconceitos ou estereótipos racistas” (Brasil, 2007, p. 30).

Nos últimos anos tem havido uma expansão de estudos e investigações sobre a situação de saúde das populações quilombolas. No entanto, tais estudos ainda são insuficientes para caracterizar os diferenciais de atenção à saúde bem como as especificidades demandadas por este público, apesar de contribuírem na visibilidade das

inequidades em saúde no país.

Para compreender as características das comunidades quilombolas é importante fazer uma relação com a história econômica, política e social do Brasil, que vivenciou o sistema escravocrata por quase quatrocentos anos. Os quilombos comumente estão associados à resistência dos negros a este sistema que os colocou em uma situação de desigualdade, numa posição desfavorável social e economicamente (Moura, 1981). Pelo vultoso número de comunidades quilombolas, bem como pelas características próprias desta população, várias são as vulnerabilidades a que este segmento está exposto, sendo uma delas as necessidades na área de atenção primária em saúde.

Diversos estudos apontam as precárias condições de vida e saneamento ambiental vivenciadas pelas comunidades quilombolas, influenciando no perfil epidemiológico relacionado aos indicadores de adoecimento e mortalidade, e evidenciando as persistentes inequidades raciais em saúde (Amorim et al., 2013; Andrade et al, 2011; Bezerra et al., 2014; Borges, 2011; Cavalcante, 2011; Freitas, 2009, 2011; Ferreira et al., 2011; Guerrero et al., 2007; Jesus et al., 2014; Silva, 2007; Silva et al, 2010; Oshai & Silva, 2013; Vicente, 2003).

Um dos principais problemas apontados pelas investigações em comunidades quilombolas se refere às questões higiênico-sanitárias abarcando a qualidade da água, energia, rede de esgoto, coleta de lixo e manejo de resíduos. Estudo realizado por Silva (2007, p. 118) em Caiana dos Crioulos na Paraíba revelou “uma acentuada vulnerabilidade em razão das péssimas condições higiênico-sanitárias, evidenciadas pela ausência de serviços básicos (saneamento, água tratada) e pelo acúmulo de lixo domiciliar”.

As condições sanitárias precárias, sem rede de esgoto, com utilização de água inadequada para o consumo humano e com exposição de lixo a céu aberto foi igualmente relatada nos estudos em comunidades quilombolas localizadas em Minas Gerais (Andrade et al, 2011; Marques et al., 2010), Bahia (Bezerra et al., 2014), Pará (Cavalcante, 2011; Freitas et al, 2009; Silva et al., 2010), Alagoas (Ferreira et al., 2011), São Paulo (Vicente, 2003; Volochko & Batista, 2009), dentre outros, evidenciando que as condições insatisfatórias de saneamento básico aumentam a vulnerabilidade a que está submetida esta população. Tais características corroboram com o estudo nacional da Chamada Nutricional Quilombola, que revelou situação semelhante na maioria das 60 comunidades quilombolas de 22 estados que participaram da investigação (Brasil,



2008; Brasil, 2014).

De acordo com Bezerra (2014, p. 1836), “de forma geral, as pesquisas realizadas em comunidades quilombolas demonstram alta prevalência de problemas básicos de saúde ligados às precárias condições de vida e moradia, à ausência de saneamento básico e ao acesso restrito à educação e serviços de saúde”. Assim, os indicadores de condições sanitárias, somados às condições de moradia, à vulnerabilidade socioeconômica e à insegurança alimentar (Brasil, 2008, Carvalho et al., 2014; Silva et al., 2010;) além da baixa escolaridade presente nas comunidades quilombolas, contribuem decisivamente para o atual perfil epidemiológico e situação de saúde destes grupos.

Os resultados das investigações de saúde realizadas junto às comunidades quilombolas demonstram, ainda, que eles enfrentam uma intensa transição epidemiológica, pois entre as enfermidades mais prevalentes estão tanto as doenças infecto-parasitárias, como as doenças crônicas, destacando-se a hipertensão, o diabetes e a desnutrição, além de queixas como dor de cabeça, dor de dentes, verminoses, resfriados, alergias e infecções cutâneas (Amorim et al., 2013; Andrade, 2011; Ferreira et al., 2011; Freitas, 2011; Guimarães e Silva, 2015; Silva, 2007; Brasil, 2008; Volochko & Batista, 2009). Há também estudos que relatam elevadas frequências de anemia falciforme (Volochko & Batista, 2009). Estudo realizado por Amorim e colaboradores (2013) na comunidade de Boqueirão (Bahia) e por Borges (2011), no Pará, apontam amplo desconhecimento da população dos fatores de risco para a hipertensão arterial, um dos principais assassinos do século XX.

Diante do quadro de necessidades de atenção à saúde pelas comunidades quilombolas é importante destacar que a rede de serviços disponibilizados à população não garante atendimento integral e universal, como preconizado na legislação. Estudos junto às estas comunidades revelam que a população quilombola utiliza quase que exclusivamente o SUS e que quando adoece, geralmente procura o atendimento no posto de saúde, localizado na própria comunidade ou em bairro mais próximo, tendo em vista que as comunidades estão localizadas em áreas rurais, e necessitam percorrer longas distâncias para se deslocar aos hospitais. Os estudos demonstram, ainda, que em sua maioria as comunidades tem uma estrutura insuficiente para a prestação de serviços básicos, pouca disponibilidade de insumos e equipamentos e grandes barreiras geográficas devido ao isolamento físico, além de quadro insuficiente de profissionais

(Amorim et al, 2013; Cavalcante, 2011; SILVA et al., 2010).

Adicionalmente, Volochko e Batista (2009) apontam que apesar dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), médicos e enfermeiros serem os profissionais mais procurados pela população, há o grave problema da alta rotatividade e muitas vezes da ausência dos profissionais, principalmente médicos, nas localidades e cidades menores.

Reconhecendo o impacto negativo das condições ambientais e socioeconômicas associadas à oferta limitada de serviços na permanência das inequidades em saúde, algumas iniciativas governamentais vêm sendo implementadas, dentre elas a implantação do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMM) (Brasil, 2013a).

IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

Maciel Filho (2007) relata a experiência do Brasil na implementação de iniciativas governamentais para fomentar o recrutamento e fixação de médicos para atuação em áreas distantes dos centros urbanos e/ou de difícil acesso, ou seja, na interiorização das ações de saúde. Destaca como exemplos destas iniciativas o Projeto Rondon (1960-1989), o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS (1976-1985), o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde – PISUS (1993-1994), o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde – PITS (2001-2004). Mais recentemente, podemos acrescentar também o Programa de Valorização da Atenção Básica – PROVAB (2011) (Brasil, 2011) e o Programa Mais Médicos para o Brasil, criado em 2013.

O Programa Mais Médicos foi instituído pela Lei n.12.871 de 22 de outubro de 2013 (Brasil, 2013b, Brasil, 2013c) buscando solucionar o problema persistente de escassez e/ou da má distribuição de médicos no Brasil e ampliar investimentos na formação profissional com a criação de novos cursos de medicina em regiões onde há carência destes profissionais, entre outras medidas. Em paralelo, foi instituído o Projeto Mais Médicos (PMM), a partir da Portaria Interministerial n.1.369, de 08 de Julho de 2013 (Brasil, 2013a), incentivando médicos brasileiros e estrangeiros a atuarem nas áreas do interior do Brasil, em municípios de difícil acesso e de acentuada vulnerabilidade econômica e social. Tal estratégia inclui as comunidades quilombolas como público prioritário para o recebimento de médicos contratados pelo Programa (Brasil, 2014).

A chamada para contratação de médicos é realizada por meio de Editais, podendo participar tanto médicos brasileiros, formados no Brasil e em outros países, quanto estrangeiros, que poderão ocupar os postos de trabalhos não preenchidos por brasileiros.

Em março de 2014, o Ministério da Saúde lançou o Edital n. 22 de adesão dos municípios ao PMM (Brasil, 2014). Neste Edital, os municípios com comunidades quilombolas foram também incluídos como prioritários para alocação dos médicos. Da mesma forma, no Edital n. 01 de 15 de janeiro de 2015 (Brasil, 2015), foi estabelecido como obrigação dos municípios, a alocação de médicos em equipes que atendessem populações vulneráveis, dentre elas, as comunidades quilombolas.

Para atuação nos municípios, os médicos selecionados pelo PMM recebem uma bolsa de dez mil reais (R\$ 10.000) por mês, que é paga pelo Ministério da Saúde, ficando o município responsável pelo provimento de moradia, alimentação e transporte para a realização das atividades. O contrato com o médico é realizado por um período de três anos, podendo ser renovado uma vez, por igual período (Brasil, 2013a).

Os médicos estrangeiros selecionados pelo PMM desenvolvem suas atividades com licença provisória do Ministério da Saúde, que lhes permite atuar somente durante o prazo estabelecido no contrato firmado e restringe o exercício das atividades as unidades básicas de saúde do município onde forem alocados. De agosto de 2013 a julho de 2014 houve o provimento de 14.462 médicos, sendo 1.846 médicos formados no Brasil, 11.429 cooperantes vindos de Cuba e 1.187 intercambistas formados em outros países. A Lei que criou o programa determina que se abram as vagas primeiro para médicos brasileiros, depois, médicos intercambistas, que se formaram no exterior e, somente em última instância, é acionada a cooperação internacional com a OPAS, que estabeleceu parceria com o governo cubano.

Buscando integrar ensino e serviço, o PMM estabelece ainda que os médicos selecionados devem obrigatoriamente participar de curso de especialização em saúde da família. O Curso é oferecido na modalidade de educação à distância por meio da Universidade Aberta do SUS (Una-SUS). O acompanhamento das atividades dos médicos, bem como sua participação na especialização é realizado por tutores e supervisores vinculados às universidades públicas que aderiram à iniciativa. Os médicos devem cumprir 32 horas semanais de atividades nas unidades básicas de saúde e oito horas no curso de especialização (Brasil, 2013a).

Este artigo analisa de que forma o PMM tem contribuído para a atenção primária à saúde em comunidades quilombolas, tomando como exemplo estudos de caso no Nordeste e no Norte do país.

METODOLOGIA

Além do levantamento e análise da literatura pertinente, a investigação se deu através de entrevistas semiestruturadas e grupos focais, buscando compreender, a partir das percepções dos diversos atores chaves selecionados, de que forma o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMM) tem influenciado na atenção primária.

Para tal, três comunidades quilombolas foram envolvidas como estudo de caso, duas no Rio Grande do Norte e uma no Pará⁴. De acordo com Denis e Champagne (1997, p. 71) o estudo de caso é “uma estratégia na qual o pesquisador decide trabalhar sobre uma quantidade muito pequena de unidades de análise. A observação é feita no interior de cada caso (...) A potência explicativa decorre, portanto, da profundidade da análise do caso e não do número de unidades”. A coleta de dados compreendeu três grupos focais com usuários quilombolas, 13 entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde e 3 com representantes do controle social.

O instrumental do grupo focal buscou apreender as percepções dos usuários quilombolas sobre a implementação do PMM e suas contribuições para melhorias na atenção à saúde. Para tal, foram incluídas questões sobre situação de saúde nas comunidades, principais problemas de saúde percebidos, oferta de serviços pelo município, avaliação sobre implantação do PMM, bem como mudanças percebidas após chegada dos médicos. Os usuários quilombolas foram identificados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde foram alocados os médicos participantes do PMM. Os grupos focais contaram com uma média de 10 participantes, sendo compostos em sua maioria por mulheres. As lideranças comunitárias auxiliaram no processo de divulgação e convite para que os moradores das comunidades quilombolas participassem voluntariamente dos grupos focais, agendados com antecedência.

No total foram realizadas de 16 entrevistas semiestruturadas sendo: três médicos cubanos participantes do PMM, que atuam nas UBS, cinco profissionais de saúde, que compõem a equipe das UBS, quatro gestores, sendo duas secretárias municipais de

⁴ No intuito de garantir o sigilo das informações e não identificação dos entrevistados, optou-se por não identificar as comunidades quilombolas participantes da pesquisa.

saúde e duas coordenadoras da atenção básica, três representantes do Conselho Municipal da Saúde e uma liderança de uma das comunidades. Assim, a investigação buscou abarcar um conjunto de atores sociais, com inserção e envolvimento diferenciado com o PMM, para possibilitar a apreensão das diferentes narrativas e pontos de vista.

Os dados apresentados representam uma análise preliminar de parte da pesquisa matriz⁵, que foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (Parecer número 399.461).

RESULTADOS

IMPLANTAÇÃO DO PROJETO MAIS MÉDICOS EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS

Dos 14.462 médicos contratados pelo Projeto Mais Médicos (PMM) nas cinco primeiras etapas, 3.390 foram alocados em 801 municípios com presença de comunidades quilombolas, ou seja, aproximadamente 23% das contratações. No entanto, não é possível afirmar que todos os médicos alocados atuam em áreas quilombolas, tendo em vista que alocação nas equipes é de responsabilidade dos gestores municipais. A região nordeste foi a que recebeu a maior quantidade de médicos (1.535), seguida da região sudeste (653).

Em relação às comunidades quilombolas pesquisadas (Tabela 1), destaca-se que todas estão localizadas a mais de 10 km da sede do município e a mais de 6 km da UBS mais próxima. Nenhuma delas é registrada no CNES como unidade de saúde quilombola. A comunidade do Pará está sem ACS há quatro anos, inviabilizando o acompanhamento das famílias por meio de visitas domiciliares (Tabela 1).

Tabela 1: Características das comunidades quilombolas participantes, Pará/PA e Rio Grande do Norte/RN, *Projeto Mais Médicos para o Brasil*, 2013-2014.

Características das comunidades quilombolas	Comunidade 1 RN	Comunidade 2 RN	Comunidade 3 PA
Situação da área	Certificada	Certificada	Titulada

⁵ Esta pesquisa faz parte do projeto multicêntrico intitulado: “Análise da efetividade da iniciativa Mais Médicos na realização do direito universal à saúde e na consolidação das Redes de Serviços de Saúde”, financiado pelo CNPq e pelo Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde por meio da Chamada Pública MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit Nº 41/2013.



Nº de famílias	40	55	88
Km da Sede do município	10km	15km	11km
UBS na comunidade	Em	Em construção	Em
Km - comunidade para UBS de	7km	6km	9 km
Existência de ACS	Sim	Sim	Não
Tempo de atuação do Médico do	15 meses	13 meses	11 meses

Fonte: Dados da pesquisa

No que diz respeito à situação de saúde, os usuários destacaram como principais problemas enfrentados pelas comunidades quilombolas: distância entre comunidade e UBS, número reduzido de visitas domiciliares pelas equipes, falta de medicamentos, dificuldades para agendamento de exames, ausência de médicos no município nos finais de semana, insuficiência e alta rotatividade dos profissionais de saúde e dificuldades para agendamento de consultas com especialistas.

Tanto os profissionais quanto os usuários relatam que diabetes, hipertensão e diarreia são as principais doenças que acometem os moradores da comunidade, mas que em menor número também estão presentes o alcoolismo, câncer e depressão. As dificuldades no controle e tratamento das enfermidades ocorrem não apenas devido a distância da UBS e dificuldades no agendamento de consultas, mas também devido a frequente falta de medicamentos e demora na marcação de exames:

“Falta remédio de todo tipo, de pressão alta, de diabetes, as vezes xarope, as vezes de dor, fica difícil, aí para não piorar a gente acaba comprando” (GF 3, Participante 2).

“O SUS a gente sabe que deveria cobrir tudo, mas as vezes não cobre os exames, por falta de máquinas, de agenda, e aí temos que pagar pelo exame porque as vezes não dá para esperar. E as vezes quando a gente consegue fazer, o resultado do exame demora muito” (GF 1, Participante 4).

Como estratégia para amenizar as dificuldades em acessar os serviços de saúde, ou mesmo, associado ao tratamento alopático, os usuários relatam a utilização da *bezenção* e de ervas e plantas medicinais, que ocorrem geralmente em forma de sumo, chá, infusão, xaropes, raizadas etc. Além do significado cultural dessas práticas, percebe-se que as comunidades quilombolas utilizam a sabedoria popular e conhecimentos repassados por seus ancestrais como alternativas ou complemento para a garantir a saúde de sua população:



“Nem sempre a gente consegue o remédio na farmácia do postinho, aí ou compra ou então vai se virando em casa mesmo, porque a gente usa muito as plantas, o remédio caseiro, as garrafadas, o chá, o melado, tem um monte de coisas até que esses remédios que o doutor passa não resolve. Aí as benzedeiras ajudam também, rezando de quebranto, mal olhado, espinhela caída, e vai se virando” (GF 3, Participante 8).

PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS QUILOMBOLAS SOBRE ATENÇÃO À SAÚDE APÓS A IMPLANTAÇÃO DO PROJETO MAIS MÉDICOS

Em relação ao PMM, a maioria dos participantes dos grupos focais consideraram a iniciativa importante para a garantia do acesso das comunidades à atenção básica, conforme um dos relatos:

“Ah, eu acho que teve muita mudança com esse mais médicos, com a doutora cubana que chegou porque às vezes a gente saía daqui para lá (UBS) andando, e não tinha uma ficha pra gente se consultar, aí tinha que ficar de manhã até a tarde e as vezes o médico não ia, aí tinha que voltar sem consultar. Isso sem falar quando o médico ia embora do município e a gente ficava 9, 10 meses, quase um ano sem médico. É um sofrimento para nós. Agora não, a gente tem certeza que a médica vai tá lá para atender, então isso mudou ne?” (GF 2, Participante 6).

As mudanças mais destacadas pelos usuários quilombolas se relacionam à frequência semanal dos médicos nas UBS, a maior facilidade no agendamento das consultas, o aumento de visitas domiciliares e as características diferenciadas da prática clínica. Para os usuários, há uma maior organização dos agendamentos e o atendimento dispensado nas consultas é diferente dos anteriormente realizados por outros médicos que atuaram nas UBS:

“Achei diferente dos outros porque a gente fica muito tempo na consulta, e ela fala, olha para gente, pergunta, aí examina, tudo direitinho, parece que não está com pressa. Antes os outros médicos ficava pouco aqui na comunidade e atendia rápido para dar tempo de atender todo mundo porque eles vinha pouco. (GF 1, Participante 4).

É bom porque as consultas já ficam marcadas de hipertensos e diabéticos como eu, aí não precisa ficar toda vez esperando fichas para marcar. Isso foi uma vantagem com esse novo médico (GF 3, Participante 10).

Vários participantes destacaram que a chegada dos médicos às UBS tornou mais ágil o processo de retorno e o acompanhamento das doenças crônicas. Relatam também a participação em grupos de prevenção, que não existiam antes. Destacaram que

anteriormente havia alta rotatividade dos profissionais das equipes, principalmente médicos. De acordo com os entrevistados, os médicos tinham vínculos empregatícios em municípios vizinhos o que contribuía para sua vinda esporádica e infrequente, deixando descoberto as equipes, havendo acúmulo de demandas por consultas e uma desorganização da agenda da UBS.

No entanto, mesmo com a presença do médico do PMM, destaca-se que alguns dos problemas referentes aos serviços de saúde, relatados pelas comunidades permanecem. Em relação ao deslocamento até a UBS, nem sempre o município disponibiliza o transporte, por isso, muitas vezes os moradores vão a pé ou de bicicleta. Por isso, uma das reivindicações das comunidades é que haja UBS funcionando nas próprias comunidades. Além disso, os participantes relatam a necessidade de alocação de mais médicos nos municípios. Destacam que apesar dos médicos do PMM terem carga horária semanal de 40 horas, geralmente ficam responsáveis por uma área rural extensa, adotando como estratégia a definição de dias de referência para atendimento de cada área. Por isso, geralmente os médicos atendem a área quilombola somente uma ou duas vezes por semana.

Por fim, a sustentabilidade do PMM também é apontada pelos participantes, e também pelos gestores, como uma preocupação:

Eu espero que ela continue aqui pelo menos dez anos porque os outros médicos antes ficava muito pouco, mas dizem que eles vão ficar só três anos. Não sei como vai ser quando acabar o contrato dela, mas a comunidade vai ter que ver isso, vai ter que cobrar do município (GF 3, Participante 9).

Quando acabar o Mais Médicos, ou sei lá. Quando derem outro nome, a comunidade já vai saber que ela tem o direito, que tem uma assistência mais integrada, com mais qualidade. E aí eles não vão mais aceitar certas coisas que acontecia antes. Aí nós vamos ser cobrados, mas nós vamos cobrar do ministério também (Gestor).

Eu não sei quando expirar o prazo do Mais Médicos, como é que o governo vai lidar com essa situação, porque ele acostumou a população a ter esse profissional, que era uma dificuldade de falta de médicos no nosso município (Conselheiro de Saúde).

Segundo a legislação, o governo federal estabelece contratos de três anos com os médicos, podendo ser renovado por igual período. A longo prazo, o programa prevê novos cursos de medicina, ampliando as vagas para a formação médica no país. Faz-se necessário que o Brasil desenvolva estratégias para que os profissionais de saúde,

especialmente médicos, sejam fixados na atenção primária à saúde, principalmente nas zonas rurais, de difícil acesso e em vulnerabilidade.

PERCEPÇÃO DOS GESTORES, PROFISSIONAIS E REPRESENTANTES DOS CONSELHOS MUNICIPAIS SOBRE ATENÇÃO À SAÚDE APÓS A IMPLANTAÇÃO DO PROJETO MAIS MÉDICOS

Semelhante aos usuários, os profissionais entrevistados ressaltam a hipertensão e o diabetes como as enfermidades que mais acometem os quilombolas. No entanto, acrescentam, também, a gravidez na adolescência, a depressão e dores na coluna como problemas de saúde expressivos nestas comunidades. Ressaltam a importância das visitas domiciliares, tanto do ACS como também da equipe da UBS para desenvolver trabalho de educação em saúde, buscando a adesão dos usuários com doenças crônicas ao tratamento, bem como fornecer informações e orientações para a promoção da saúde e prevenção de agravos.

Em relação a implantação do PMM, os gestores destacam mudanças na organização dos serviços, tendo em vista o aumento de demandas por consultas, exames e utilização de medicamentos, consequência da atuação mais presente dos novos médicos. No entanto, os médicos do PMM, assim como os usuários, destacam a necessidade dos municípios terem uma melhor estrutura para os atendimentos em saúde, principalmente no que diz respeito a equipamentos para as UBS, maior agilidade na realização de exames solicitados e também maior disponibilidade de medicamentos.

Às vezes a gente apresenta dificuldade com a falta de balanças infantis e os termômetros que faltam. E o problema da medicação, porque um dos problemas para controlar a diabetes e a hipertensão é a adesão ao tratamento. E às vezes a adesão depende da disponibilidade do remédio e nem sempre tem (Médico MM).

Ainda em relação às alterações na organização e oferta dos serviços de saúde primária, os gestores ressaltam a participação dos médicos nas reuniões de planejamento e de organização das agendas o que, de acordo com os entrevistados, é uma novidade já que não havia esta prática por parte dos médicos que anteriormente atuaram nos municípios. Além disso, os profissionais das equipes das UBS ressaltam um fortalecimento das relações de equipe e uma articulação maior entre os profissionais.



Tem uma certa diferença dos brasileiros porque ela é muito acolhedora e muito humilde. Se enturma com qualquer um da equipe, ela não tem essa história de dizer agente de saúde é diferente do médico, do enfermeiro, todo mundo ela trata de uma maneira só (Auxiliar de Enfermagem).

Porque assim, eles tem uma outra visão a nível assistencial no sentido de trabalhar mais em equipe, não desarticulado, porque para garantir a integralidade do cuidado a gente precisa ter o olhar da rede, ver a questão social também (Enfermeiro).

Uma questão destacada de forma unânime pelos entrevistados foi o exercício diferenciado da prática clínica pelos médicos do PMM. Tanto gestores quanto profissionais das equipes deram destaque não só a efetiva fixação dos médicos nas zonas rurais e distantes dos municípios, mas também à forma de atendimento dispensado aos usuários.

Eu vejo na atenção básica, vejo a necessidade de trabalhar prevenção e ela trouxe isso, ela é diferenciada, os outros só querem tratar, clinicar. Ela vê a pessoa como um todo e nisso ela previne outras doenças, isso é o diferencial. Ela escuta, dialoga e somente depois prescreve (Gestor).

Ele faz consultas, faz pré-natal, atende as crianças para avaliar crescimento e desenvolvimento ele faz um trabalho de busca ativa de hipertensos e diabéticos na área, faz educação em saúde, ele também participa do grupinho de fumantes, participa de tudo (Enfermeiro).

Para os profissionais, uma das grandes vantagens do atendimento mais cuidadoso e humanizado oferecido pelos médicos, é que os usuários aderem ao tratamento e frequentam mais as UBS. Relatam que a curto prazo o número de consultas se ampliou porque havia uma demanda reprimida de atendimentos. Uma das profissionais destacou que, no momento, eles vivenciam uma realidade de maior frequência dos usuários nos serviços, não para consultas, mas para participar de grupos de educação em saúde, ou seja, uma perspectiva de promoção da saúde:

E também a demanda do posto, você está vendo que hoje é terça-feira a tarde e não tem muita gente no posto. Por que? Porque já não tem mais tanta gente doente. O pessoal já está vindo mais pra promoção mesmo da saúde, para as palestras. Quando é dia dos hipertensos, eles não vem se queixando de dor, eles vem mais pra assistir a palestra, pegar medicação, verificar a pressão e volta pra casa (Enfermeiro).

Os médicos ressaltam que tiveram uma formação com foco na atenção primária, baseando-se numa perspectiva de promoção da saúde. Os três médicos entrevistados relatam experiência superior a dez anos atuando na área preventiva, não só em Cuba, mas também em outros países como Venezuela, Colômbia e em África.

Eu fui formada de uma maneira clínica, com exame físico e um bom interrogatório. Com isso a gente consegue mais de 60% do provável diagnóstico. Você não precisa chegar até um exame a nível terciário. Eu faço muito trabalho educativo aqui na consulta e é um dos motivos que faz com que a consulta demore mais (Médico MM).

Eles afirmam que buscam conhecer o território onde atuam, reconhecendo que, no caso das comunidades quilombolas, estas vivenciam situações de vulnerabilidade social e que os usuários tem que percorrer longas distâncias para ter garantido o seu direito à saúde. Afirmam que a unidade de saúde é muito importante porque muitas vezes se constitui como a única via de assistência médica, já que as cidades ficam muito distantes. Destacam ainda que a garantia da integralidade das ações depende também de uma maior organização do SUS, concretizando a referência e contra-referência:

Essa questão da referência e contra-referência é difícil. Eles vão a consulta e eu não tenho retorno. Eu esperava que o especialista, não fosse fazer um tratado, mas pelo menos um diagnóstico, alguma coisa que me oriente para saber o que o especialista encontrou, para eu conseguir fazer um acompanhamento melhor aqui na área (Médico MM).

Os médicos explicam que apesar das dificuldades relacionadas à questão de infraestrutura nos municípios, atuam de forma a garantir o atendimento dos usuários, seja nas UBS ou em visitas domiciliares, buscando respeitar suas especificidades, inclusive culturais. No caso das comunidades quilombolas, destacam que muitas vezes aliam a medicina tradicional, presente de forma expressiva nestas comunidades, com o tratamento alopático.

Em relação a atuação dos médicos, o universo dos entrevistados, usuários, profissionais, gestores e conselheiros de saúde, demonstraram uma análise positiva das experiências dos municípios com a presença dos profissionais do PMM.

A partir das falas, verifica-se que o PMM contribui não só para uma melhor viabilização das ações de atenção básica nos territórios, mas também demonstra que é viável a fixação de médicos nas equipes de saúde, mesmo em áreas mais distantes e

vulneráveis. Portanto, desmistifica o modelo largamente adotado na atenção à saúde de desenvolvimento de ações primárias à saúde voltadas somente ao atendimento individual e de uma equipe de saúde que conta com a presença esporádica e rotativa de profissionais de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população negra, e de modo particular, as comunidades quilombolas, são segmentos com desvantagem em várias esferas e maior dificuldade de acesso a bens sociais, inclusive serviços de saúde (Cavalcante, 2011; Ianni et al., 2007; Heringer, 2002). Os estudos da relação entre raça e saúde revelam, a partir dos indicadores sociais, que os negros vivenciam condições de vida e saúde desfavoráveis e precárias e menor qualidade de atenção. Desta forma, verifica-se que as desigualdades sociais comprometem a saúde da população negra, demandando ações concretas por parte do Estado, de forma a enfrentar a situação e garantir que os princípios da equidade, universalidade e integralidade sejam efetivados no âmbito do SUS.

A implementação do PMM representou uma iniciativa governamental voltada a sanar a carência de médicos nos serviços de saúde em áreas com alta vulnerabilidade social e com dificuldades históricas de atração e fixação destes profissionais, dentre elas, as comunidades quilombolas (Brasil, 2014). Os resultados desta pesquisa apontaram que houve um maior acesso dos usuários quilombolas aos serviços de saúde, apesar dos diversos obstáculos ainda existentes. Percebeu-se que a presença de médicos na atenção primária é essencial na prestação de cuidados de forma continuada aos usuários e suas famílias, e que tem importante impacto na sua saúde e no funcionamento dos serviços. A permanência de tais profissionais facilita a criação de vínculo com as comunidades, contribuindo para a compreensão dos processos de saúde e doença, bem como seus determinantes, auxiliando na formulação de estratégias mais adequadas às necessidades da população.

Destaca-se, no entanto, a necessidade da formulação de políticas e ações voltadas a efetivação do SUS em longo prazo, principalmente no que diz respeito à melhoria das condições de trabalho e de infra-estrutura, expansão de contratações de profissionais para compor as equipes de saúde, criação de planos de carreira para os profissionais, e a priorização da atenção primária, focando no fortalecimento da prevenção e na promoção da saúde. Nesse sentido, tanto os usuários quilombolas quanto



os profissionais participantes da pesquisa, chamam atenção para a necessidade do desenvolvimento de estratégias de médio e longo prazo, buscando resolver de forma permanente o problema da ausência de profissionais na atenção básica à saúde em áreas distantes e de grande vulnerabilidade social, bem como solucionar as inequidades raciais em saúde, garantindo o acesso das populações negras e quilombolas às ações de promoção, prevenção, recuperação e tratamento, conforme previsto na Constituição Federal.

Agradecimentos

Ao CNPq e Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde pelo financiamento da pesquisa por meio da Chamada Pública MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit Nº 41/2013.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Maise Mendonça, TOMAZI, Laize; SILVA, Amaro Augusto da; GESTINARI, Tiana Baqueiro Figueiredo. Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola Boqueirão, Bahia. *Bioscience Journal*, v. 29, n. 4, 2013, p. 1049-1057.

ANDRADE, Elisabeth Campos de; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves; VIEIRA, Marcel de Toledo; ABRAMO, Clarice; TIBIRIÇÁ, Sandra Helena Cerrato, SILVA, Priscila Lima. Prevalência de parasitoses intestinais em comunidade quilombola no Município de Bias Fortes, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2008. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 20, n. 3, 2011, p. 337-34.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; PAULA, Juliana Braga de. Promoção da Saúde: aspectos históricos e conceituais. In: CATRIB, Ana Marina Fontenelle; DIAS, Maria Socorro de Araújo; FROTA, Mirna Albuquerque (Orgs.). *Promoção da Saúde no Contexto da Estratégia Saúde da Família*. Campinas, SP: Saberes Editora, 2011.

ARAÚJO, Edna Maria de; COSTA, Maria da Conceição Nascimento; NORONHA, Ceci Vilar; HOGAN, Vijaya; VINES, Anissa I.; ARAÚJO, Tania de Amaro. Desigualdades em saúde e raça/cor da pele: revisão da literatura do Brasil e dos Estados Unidos (1996-2005). *Saúde Coletiva*, v. 7 n. 40, 2010, p. 116-121.

BATISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda. (Orgs) *Saúde da população negra*, 2 ed./Brasília, DF: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.

BEZERRA, Vanessa Moraes; MEDEIROS, Danielle Souto de; GOMES, Karine de Oliveira; SOUZAS, Raquel; GIATTI, Luana; STEFFENS, Ana Paula; KOCHERGIN, Cláudia Nicolaevna; SOUZA, Cláudio Lima; MOURA, Cristiano Soares de; SOARES, Daniela Arruda; SANTOS, Luís Rogério Cosme Silva; CARDOSO, Luiz Gustavo. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, 2014, p. 1835-1847. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n6/1413-8123-csc-19-06-01835.pdf> Acesso em: 22 de maio de 2015.

BORGES, William Dias. *Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica e Seus Determinantes Bioantropológicos em Populações Quilombolas da Amazônia*. Dissertação (Mestrado em Saúde Sociedade e Endemias na Amazônia) - Universidade Federal do Pará: Belém, 2011.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*, 1988.

_____. *Lei nº 8080 de 19 de Setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. *Ministério da Saúde (MS)*. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília: MS; 2007.

_____. Ministério da Saúde. Edital No 01, de 15 de Janeiro de 2015. Dispõe sobre a Adesão de municípios no Projeto Mais Médicos para o Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. *Diário Oficial União*. 16 de Janeiro de 2015; Seção 3:120.

_____. Ministério da Saúde. Edital No 22, de 31 de Março de 2014. Dispõe sobre a Adesão de municípios no Projeto Mais Médicos para o Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. *Diário Oficial União*. 01 de Abril de 2014; Seção 3:140.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial n.º 1101/GM, de 12 de junho de 2002. Dispõe sobre os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*. 13 de julho de 2002; Seção 1:36.

_____. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ *Ministério da Saúde*, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n. 2087, de 1º de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html Acesso em: 02 de novembro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial No 1.369, de 8 de Julho de 2013a. Dispõe sobre a implementação do “Projeto Mais Médicos para o Brasil”.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Cadernos de Estudos: Desenvolvimento Social em Debate*, no. 9 . Brasília, DF. 2008.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Quilombos do Brasil: segurança alimentar e nutricional em territórios titulados. *Cadernos de Estudos: Desenvolvimento Social em Debate*, no 20. Brasília: MDS, 2014.

_____. Presidência da República. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013b. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências (Online). Brasília, DF; 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm (Acesso em 09 de Dezembro de 2014).

_____. Presidência da República. Medida Provisória no 621, de 8 de julho de 2013c. Institui o “Programa Mais Médicos” e dá outras providências.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]*. vol.17, n.1, 2007, pp. 77-93.

CARVALHO, Andréia Santos; OLIVEIRA e SILVA, Denise. Perspectivas de segurança alimentar e nutricional no Quilombo de Tijuacu, Brasil: a produção da agricultura familiar para a alimentação escolar. *Interface Botucatu*, v. 18, n. 50, 2014, p. 521-532.

CASTRO, A.L.B., MACHADO, C.V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cadernos de Saúde Pública* (Online), v. 26, n. 4, 2010, p. 693-705. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n4/12.pdf> Acesso em 24 de Abril de 2015.

CAVALCANTE, Inara Mariela da Silva. *Acesso e Acessibilidade aos Serviços de Saúde em Três Quilombos da Amazônia Paraense: um olhar antropológico*. Dissertação (Mestrado em Saúde Sociedade e Endemias na Amazônia) - Universidade Federal do Pará: Belém, 2011.

CREMESP, Demografia Médica no Brasil, v. 2 / Coordenação de Mário Scheffer; Equipe de pesquisa: Alex Cassenote, Aureliano Biancarelli. – São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: *Conselho Federal de Medicina*, 2013.

CUNHA, Estela Maria Garcia de Pinto. Recorte étnico-racial: caminhos trilhados e novos desafios. In: BATISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda. (Orgs) *Saúde da população negra*, 2 ed./Brasília, DF: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.

DENIS, Jean-Louis; CHAMPAGNE, François. Análise da Implantação. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (Org.) *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*— Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

DOLEA, Carmen; STORMONT, Laura; BRAICHET, Jean-Marc. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bull World Health Organ*, Genebra, v. 88, n. 5, 2010, p. 379–385.

FERREIRA, Haroldo da Silva, LAMENHA, Maria Laura Dias, XAVIER JÚNIOR, Antonio Fernando Silva CAVALCANTE, Jairo Calado; SANTOS, Andréa Marques dos. Nutrição e saúde das crianças das comunidades remanescentes dos quilombos no Estado de Alagoas, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, Washington, v. 30, n. 1, 2011, p.51-58. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v30n1/v30n1a08.pdf> Acesso em 04 de maio de 2015.

FILHO, Adauto Martins Soares. O recorte étnico-racial nos sistemas de informações em saúde do Brasil: Potencialidades para a tomada de decisão. In: BATISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda. (Orgs) **Saúde da população negra**, 2 ed./Brasília, DF: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.

FREITAS, Daniel Antunes, CABALLERO, Antonio Diaz; MARQUES, Amaro Sérgio, HERNÁNDEZ, Clara Inés Vergara; ANTUNES, Stéffany Lara Nunes Oliveira. *Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura*. Rev. CEFAC, São Paulo, v. 13, n. 5, 2011, p. 937-943. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v13n5/151-10.pdf> Acesso em 02 de janeiro de 2015.

FREITAS, Dionísio Bellé de; SILVA, Jasson de Miranda; GALVÃO, Edna Ferreira. A Relação do lazer com a saúde nas comunidades quilombolas de Santarém. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, Campinas, v.30, n. 2, 2009, p. 89-105. Disponível em:

LOPES, Fernanda. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: Tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: Brasil. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a equidade*. Brasília: Funasa; 2005a. p. 9-45.

_____. Para além das barreiras dos números: desigualdades raciais em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, 2005b, p. 1595-601. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500034&lng=en&nrm=iso Acesso em 03 de março de 2015.

MACIEL FILHO, R. *Estratégias para distribuição e fixação de médicos em Sistemas Nacionais de Saúde*. 2007. Tese (Doutorado em Política, Planejamento e Administração em Saúde). Instituto de Medicina Social e Preventiva. Universidade Estadual do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, 2007.

MARQUES, Amaro Sérgio; CALDEIRA, Antônio Prates; SOUZA, Lucas Ramos; ZUCCH, Paola; CARDOSO, Wesley Diego Antunes. População quilombola no Norte de Minas Gerais: invisibilidade, desigualdades e negação de acesso ao sistema público de saúde. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)*, São Paulo, v. 12, n. 2, 2010, p. 155-161.

MOURA, C. *Os quilombos e a rebelião negra*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1981.

NUNES, André; BARATA, Rita Barradas; BARATA, James Richard Silva Santos; VIANNA, Solon Magalhães. *Medindo as Desigualdades em Saúde no Brasil*. Brasília: OPAS/IPEA, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde, 1978, Alma-Ata, URSS. *Cuidados primários de saúde: relatório da Conferência*. Brasília: UNICEF, 1979.

OSHA, Cristina Maria Arêda; SILVA, Hilton Pereira. A PNAB e o acesso à saúde em populações quilombolas. *Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade*. Belém, v. 12, 2013, p. 1426.

PAIXÃO, Marcelo Jorge de Paula; CARVANO, Luiz Marcelo Ferreira; OLIVEIRA, Juarez de Castro; ERVATTI, Leila Regina. Contando vencidos: diferenciais de esperança de vida e de anos de vida perdidos segundo os grupos de raça/cor e sexo no Brasil e grandes regiões. In: BRASIL. FUNASA. *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a equidade*. Brasília: Funasa; 2005.

SILVA, José Antônio Novaes da. Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 2, 2007, p. 111-124. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200011&lng=en&nrm=iso Acesso em: 04 de março de 2015.

SILVA, Maria Josenilda Gonçalves da; LIMA, Francisca Sueli da Silva; HAMANN, Edgar Merchan. Uso dos serviços públicos de saúde para DST/HIV/aids por comunidades remanescentes de Quilombos no Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, supl. 2, 2010, p. 109-120. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php> Acesso em 14 de dezembro de 2014.

SOUSA, Maria Fátima de. Programa de Saúde da Família no Brasil – análise da desigualdade no acesso à atenção básica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília v. 62, n. 2, 2008, p. 153-158. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a02v61n2> Acesso em: 03 de março de 2015.



TRAVASSOS, Claudia; OLIVEIRA, Evangelina X. G. de; VIACAVA, Francisco. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*. Rio de Janeiro, vol.11, n.4, 2006, p. 975-986. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400019&lng=en&nrm=iso Acesso em: 03 de abril de 2015.

VICENTE, João Pedro. Os remanescentes de quilombos do Vale do Ribeira no Sudoeste de São Paulo: piora na situação socioeconômica e de saúde? (Carta ao Editor). *Pediatrics*, São Paulo, v. 26, n. 1, 2003, p. 63-65.

VOLOCHKO, Anna; BATISTA, Luís Eduardo. Saúde nos quilombos. São Paulo: *Instituto de Saúde – SESSP*, São Paulo: GTAE – SESSP, 2009.

Recebido em Janeiro de 2015
Aprovado em Maio de 2015

A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família

The implementation of the *Mais Médicos* (More Doctors) Program and comprehensiveness of care in the Family Health Strategy

Yamila Comes¹

Josélia de Souza Trindade¹

Vanira Matos Pessoa²

Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto²

Helena Eri Shimizu¹

Diego Dewes³

Carlos André Moura Arruda⁴

Leonor Maria Pacheco Santos¹

Abstract The *Mais Médicos* (More Doctors) Program is a Brazilian government program that aims to expand access to medical care and thus improve the quality of primary healthcare delivery. This study aims to analyze the perceptions of nondoctor members of the Family Health Strategy teams regarding comprehensiveness of care after the inclusion of doctors from the program. The study encompassed 32 poor municipalities in Brazil's five geographical regions. A total of 78 health workers were interviewed. The interviews were transcribed and analyzed using content analysis and the software Atlas.ti Version 1.0.36. The study found that the program led to: an increase in access to and accessibility of services provided under the Family Health Strategy; humanized care and the establishment of bonds - understanding, partnership, friendship and respect; going back to clinical approaches - dedicated time, listening attentively, and detailed physical examination; the desire and willingness to resolve problems; continuity of care; guaranteeing home visits; and coordination of multidisciplinary teams in networks. It was concluded that the *Mais Médicos* Program contributed to the enhancement of comprehensiveness, thus leading to improvements in primary health care delivery.

Key words Comprehensive Health Care, Family Health Strategy, National Health Programs, Unified Health System

Resumo O Programa Mais Médicos (PMM) é uma estratégia do governo do Brasil que visa à ampliação do acesso a profissionais médicos e, consequentemente, melhorias na qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde. Objetivou-se analisar a percepção dos outros membros das equipes de saúde da família acerca da integralidade nas práticas a partir da incorporação do médico do Programa. Estudo em 32 municípios pobres nas cinco regiões do Brasil, nos quais foram entrevistados 78 profissionais de saúde, não médicos, das equipes que receberam médicos do PMM. As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo auxiliada pelo software Atlas.ti. Os principais achados revelaram o aumento do acesso e da acessibilidade ao serviço de saúde da Estratégia Saúde da Família; acolhimento humanizado e vínculo: compreensão, parceria, amizade e respeito; o resgate da clínica: tempo dedicado, escuta atenta, exame físico minucioso; o desejo e a disponibilidade para resolver problemas; a continuidade dos cuidados; a garantia de visitas domiciliares e as equipes multiprofissionais articuladas em redes. Conclui-se que o Programa Mais Médicos contribuiu na presença de traços de integralidade nas práticas de saúde, impactando positivamente na melhoria da Atenção Básica à Saúde.

Palavras-chave Integralidade em saúde, Estratégia Saúde da Família, Programas nacionais de saúde, Sistema Único de Saúde

¹ Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte. 70510-900 Brasília DF Brasil. ycomes@gmail.com

² Fundação Oswaldo Cruz. Fortaleza CE Brasil.

³ Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre RS Brasil.

⁴ Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza CE Brasil.

Introdução

A atenção primária à saúde (APS), ou atenção básica à saúde (ABS), no Brasil, que a partir de 1994 alcançou grande expansão de cobertura por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), nas últimas duas décadas apresentou muitos avanços, mas continua enfrentando importantes desafios¹. A avaliação destes avanços e desafios nas práticas da ABS constituem importante material para a análise da equidade em saúde da população brasileira.

Em 2011, o Decreto 7.508 tornou lei o que antes era apenas normatizado pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e institucionalizou a ESF como porta de entrada principal do SUS, auxiliada pelas redes de urgência e emergência, das redes de saúde mental e dos serviços especiais de acesso aberto².

Neste contexto, cabe-nos destacar a importância da integralidade da atenção para a operacionalização desse Decreto. A integralidade é um conceito incorporado na constituição brasileira como *atendimento integral*³ e constitui uma das diretrizes do SUS. Mattos⁴ define-a como uma imagem objetivo e acentua que seu principal propósito é distinguir, do que se almeja fazer, o que existe, bem como tenta indicar a direção que queremos imprimir à transformação da realidade. Ele a considera como um conceito polissêmico que tem diversos sentidos segundo cada situação. Entre os sentidos que descreve, figura a integralidade como traços de boa medicina. Além disso, inclui todos os aspectos relacionados à visão integral dos cidadãos/usuários do SUS. Qualquer prática clínica que abrange mais do que os aspectos biológicos das pessoas, aportaria à integralidade dentro do SUS. Outro conjunto de sentidos se relaciona com a organização dos serviços e das práticas de saúde, ou seja, esse sentido critica a dissociação entre as práticas de saúde pública e as assistenciais⁴. Por outro lado, Starsfield⁵ define a integralidade como *a disponibilidade e prestação de serviços para atender a todas as necessidades da população, exceto as incomuns*.

Existe consenso em se referir à integralidade ou ao atendimento integral como aquele que contempla as ações de promoção e prevenção e não somente as de atenção e, também, como as práticas que tendem a resolver as necessidades de saúde da população, como por exemplo, equilibrar a demanda espontânea com a programada, favorecendo o acesso e a acessibilidade⁴⁻⁷. Também o termo é utilizado para se referir à rede de

atenção com a condição para contemplar a integração das ações dentro do SUS⁴. Trata-se, portanto, de um conceito amplo que abarca diversos aspectos do processo de trabalho em saúde e inclui a articulação da rede de atenção em saúde e a intersectorialidade para dar uma resposta às necessidades de saúde da população^{8,9}.

O Programa Mais Médicos

Em 2013, respondendo ao pedido da Frente Nacional de Prefeitos, bem como às manifestações populares que reivindicavam melhorias nos serviços de saúde, foi criado o Programa *Mais Médicos* (PMM) 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, consequentemente, aumentar a capacidade de integralidade e resolutividade das redes de atenção⁹. Além disso, este programa é caracterizado pela tentativa de modificação da lógica assistencial vigente, voltada mais para a “cura” de doenças do que para a promoção em saúde e prevenção.

O PMM previu o provimento imediato de médicos nas EqSF, a criação de novas faculdades de medicina e a oferta de vagas para formar mais médicos em regiões onde há carência deste profissional¹⁰, além de investimentos na melhoria da infraestrutura física das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Em termos do provimento imediato de profissionais, em 2015 o programa tinha em torno de 18.000 médicos trabalhando em 4.000 municípios e assistindo a 63 milhões de habitantes¹¹. Destes médicos, a maioria são estrangeiros – especialmente profissionais de programa de cooperação com Cuba.

Este artigo visa descrever aspectos da integralidade nas práticas das equipes de saúde da família a partir da incorporação de um médico do Programa Mais Médicos. Apresenta parte dos resultados preliminares da pesquisa *Análise da efetividade da iniciativa Mais Médicos na realização do direito universal à saúde e na consolidação das Redes de Serviços de Saúde*, coordenado pela Universidade de Brasília (UnB). O estudo foi orientado por questões, tais como: (a) as equipes da ESF poderiam incorporar traços da integralidade, com pessoas formadas em outro país, cuja língua materna que não é o português? (b) o médico atuará conforme o modelo médico clássico das organizações de saúde? (c) se o desafio é a

integralidade da atenção, o quanto desta poderia ser desenvolvida numa prática profissional colaborativa no interior das EqSF, agora com a presença de um médico, em sua grande maioria estrangeiro?

Metodologia

Utilizou-se a abordagem qualitativa que permite a compreensão de fenômenos sociais recentes e complexos¹². Trata-se de um estudo de caso descritivo realizado em municípios selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: 20% ou mais da população em situação de pobreza extrema, inscrito no primeiro ou segundo ciclo do PMM, com menos de cinco médicos e menos de 0,5 médicos por mil habitantes antes do Programa (junho de 2013). A seleção da amostra foi aleatória com divisão proporcional ao número de municípios com as características descritas anteriormente. Aplicados os critérios de inclusão, foram geradas listas com números aleatórios para selecionar 32 municípios de todas as regiões do Brasil, sendo 14 no Norte, 12 no Nordeste, três no Sudeste, dois no Centro-Oeste e um no Sul. No total foram visitados 16 estados brasileiros.

Foram realizadas 78 entrevistas semiestruturadas com outros profissionais das EqSF que receberam médicos, sendo 30 enfermeiros, 27 técnicos de enfermagem, 19 Agentes Comunitários de Saúde, 1 técnico de farmácia e 1 administrativo que trabalhavam em conjunto com as equipes. O médico do PMM não foi incluído, pois interessava conhecer a percepção dos demais profissionais sobre a inclusão desse novo ator social na EqSF para o desempenho da atenção integral.

Os membros das equipes entrevistados se referiram ao trabalho dos médicos do PMM dos 32 municípios selecionados. Trata-se de um total de 97 médicos atuantes nos municípios visitados com idade média de 43 anos, sendo 60% mulheres e 40% homens. A maioria ingressou no primeiro e segundo ciclos em diferentes etapas do PMM; no terceiro ciclo de ingresso incluíram-se nove médicos. Do total de 97 médicos das equipes estudadas, 78% são de nacionalidade cubana, seguidos por 17% de médicos brasileiros, além de um da Bolívia e outro da Espanha.

O roteiro das entrevistas versou sobre as seguintes dimensões: a) como os membros das equipes significavam e vivenciavam o trabalho com os médicos do Programa; b) como avaliavam a integralidade, desde o ponto de vista da relação das equipes com a comunidade, com os

Núcleos de Apoio à Estratégia Saúde da Família (NASF), com outros pontos de atenção do SUS, (referência e contra referência); c) como trabalhavam com as necessidades da população; e, d) como foi a integração do olhar dos médicos PMM na prática clínica e comunitária. As entrevistas tiveram uma duração média de 20 minutos cada. O trabalho de campo foi realizado entre novembro de 2014 e junho de 2015.

A análise foi feita seguindo a teoria de análise de conteúdo¹³ e foi auxiliada pelo software Atlas.ti Versão 1.0.36 (129)¹⁴.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – CEP/FS-UNB e cada um dos profissionais assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido explicando o objetivo da pesquisa e as condições da participação.

Resultados e discussão

Da análise das entrevistas emergiram os seguintes temas: colaboração interprofissional e compromisso para superar a barreira da diferença de idioma; aumento do acesso ao serviço de saúde e confiança da comunidade na ESF; acolhimento: compreensão, parceria, amizade, respeito; o resgate da clínica: tempo dedicado, escuta atenta, exame físico minucioso e vínculo; o desejo e a disponibilidade para “resolver” problemas; garantia de visitas domiciliares; com o médico (a) JUNTO somos EQUIPE; e a experiência com os NASF.

Colaboração interprofissional e compromisso para superar a barreira da diferença de idioma

O primeiro passo no exercício da integralidade requer uma boa acolhida (humanizada) no serviço e a criação de vínculos de confiança entre os trabalhadores de saúde e a população. Para uma boa acolhida, é necessário boa comunicação entre usuários e profissionais. Considerando que a maioria dos médicos veio de Cuba e muitos deles não falavam a língua portuguesa, se fez essencial indagar: *A língua foi um obstáculo para se integrar?*

No processo de construção das relações entre serviço, usuários e trabalhadores, a comunicação representa um aspecto fundamental para o acolhimento¹⁵. Os profissionais entrevistados foram unânimes em afirmar que no primeiro momento não entendiam muito os médicos cubanos, mas

depois de algum tempo, por exemplo, na ocasião da pesquisa, já os compreendiam e a comunicação com estes ocorria de forma fluida. De início, vários profissionais expressaram ter a seguinte preocupação: *a gente não sabe a língua, não vai entender o que os médicos dizem e eles também não vão entender o que a gente fala*; porém a seguir: *mas com o tempo a gente foi acostumando*. Os médicos cubanos contaram com a colaboração dos profissionais brasileiros para superar essa barreira sem maiores dificuldades.

*A comunicação envolve não só a capacidade de se fazer entender claramente, mas, sobretudo de escutar o outro de forma acolhedora. Para sensibilizar e mobilizar os indivíduos é preciso atingir sua subjetividade, não apenas conceder-lhes informação proporcionando um entendimento conceitual*¹⁶. Muitas são as habilidades para que a comunicação flua, não somente a língua; é preciso acolher de forma humanizada a população usuária.

Entretanto, as dificuldades com a comunicação entre médico e usuários, ainda acontecem com maior frequência entre os idosos que são moradores da zona rural, principalmente aqueles com pouca escolaridade. Embora, nestes casos, os profissionais relatem soluções simples. *Em termos de comunicação, [...] porque tem muito idoso, pessoal que vem da zona rural, eles têm muita dificuldade de entender o que o médico está falando com eles. Mas a médica que está aqui, por exemplo, ela é muito paciente, explica várias vezes, e quando o paciente não entende ela chama algum profissional para poder tentar transmitir para o paciente o que está explicando*.

Na literatura encontra-se bem definida a relação entre comunicação médico-paciente e qualidade de atenção, sendo que uma boa comunicação determina uma atenção médica mais humanizada e aporta maior qualidade ao serviço^{17,18}. Algumas pesquisas abordaram a importância dos aspectos comunicacionais na aderência aos tratamentos¹⁹.

Aumento do acesso e acessibilidade da comunidade à ESF

Com vistas a alcançar a integralidade da atenção constituem requisitos necessários *a acessibilidade e o acesso*. O acesso, segundo Barbara Starfield⁵, é definido como a experiência do usuário no serviço de saúde. A autora diferencia acesso de acessibilidade. Esta depende da existência de uma oferta disponível para resolver os problemas de saúde ou a disponibilidade de um *primeiro contato*. Outros autores definem o acesso como

a capacidade dos sujeitos para procurar e obter atenção²⁰.

Entre os fatos relacionados com o provimento de médicos relatados pelos profissionais de saúde entrevistados uma *mudança positiva* foi a melhora substancial da acessibilidade. Os relatos dos profissionais apontam claramente que antes faltava médico e que agora eles têm (acessibilidade). A oferta de consultas médicas está disponível e a população pode se encontrar com esses médicos (acesso). *A população se sente mais segura, mais confortável quando tem um médico na unidade e desde que, são duas médicas cubanas que estão no município, desde que elas chegaram, desafogou muito o hospital e a população tem mais facilidade no acesso*.

Entre os comentários sobre a carência de médicos nos municípios anterior ao PMM encontram-se: a falta total, a alta rotatividade ou a baixa quantidade de médicos. *Sim, teve mudança, porque antes a gente tinha muita carência de médico; aí vinha uma vez médico, uma vez por mês e pronto; agora a população tem confiança de que ao buscar atenção em um posto de saúde encontrará médicos atuantes e acessíveis*. Um deles comenta que o hospital está mais *desafogado* porque as pessoas recorrem à unidade de saúde ao saber que conta com médico de forma permanente.

Alguns depoimentos ressaltaram a ampliação da acessibilidade e do acesso, pois agora as comunidades ribeirinhas e rurais podem acessar o serviço de saúde, devido à disponibilidade contínua de médicos do PMM e à flexibilidade destes para atender a demanda espontânea. *Sempre as médicas atendem, às vezes ultrapassa 5 ou 6 fichas além, porque elas também olham esse lado que os ribeirinhos, o pessoal comunitário vem com a intenção de se consultar. Às vezes o barco atrasa, às vezes o mau tempo e quando eles chegam aqui às vezes não há ficha. [...] Todo este sacrifício os usuários fazem, mas as médicas atendem todo mundo e muito bem*. Os profissionais enfatizam como novidade, a disposição para ficar depois de horário e atender a demanda espontânea. A atenção da demanda espontânea é uma das atribuições do profissional médico que trabalha na APS²¹.

Apenas um profissional de saúde comentou que não mudou a acessibilidade, porque no município já tinham médico. Outros profissionais destacaram os problemas de acesso aos exames, dentre estes, as mamografias.

Identificou-se que a maioria dos estudos realizados no Brasil relatam avanços no acesso e na acessibilidade às UBS e como desafio remanescente figuram as barreiras existentes para conseguir fazer os exames, consultas especializadas

e ter acesso aos medicamentos²². O estudo aqui apresentado reafirma os mesmos problemas, demonstrando que houve ampliação do acesso e da acessibilidade à consulta médica e das equipes de saúde, mas persistem problemas de acesso aos exames complementares.

A integralidade como disponibilidade e prestação de serviços para atender as necessidades⁵, teve uma melhora já que há mais médicos nas equipes e os que estão ampliaram a disponibilidade. Por outro lado, toda prática que favoreça o acesso e a acessibilidade é significada como aporte para a integralidade²³.

Acolhimento: compreensão, parceria, amizade, respeito

Tendo dirimido o problema do acesso, outro passo importante para a integralidade é uma acolhida humanizada. O acolhimento humanizado permite relações de confiança com a comunidade²⁴. Êmerson Merhy define o acolhimento como uma relação humanizada entre trabalhadores e usuários e o relaciona com o vínculo e com a sensibilidade²⁵. O acolhimento implica uma reorganização do serviço de forma a garantir atenção humanizada, incluindo além das habilidades das equipes para se sensibilizar com os usuários, a possibilidades de abrir a porta dos serviços de saúde para tudo que necessita de atenção (garantir o acesso universal)¹⁻²⁶.

A maioria dos entrevistados destacou que agora, com a vinda dos médicos do PMM, a comunidade está atribuindo maior valor para o cuidado em saúde. Isto poderia ser pensado como construção de vínculo baseado na expectativa de um atendimento mais atento, acessível e resolutivo. *Eu acho que a população está dando um pouquinho mais de valor ao atendimento; os usuários têm também dado valor aos cuidados que as médicas passam e que a gente repassa de uma maneira geral.*

Todos os técnicos e profissionais coincidem em destacar o bom vínculo que os médicos construíram com eles e com a comunidade. Algumas das palavras que utilizam ao se referir ao trabalho com eles são: *compreensão, parceria e amizade; a relação é ótima. Trabalho flui bem, tem aquela parceria, compreensão, entendimento, respeito. O trabalho está ótimo; não tem diferença, desigualdade por não ser brasileiro, tem uma integração muito boa.*

O discurso acima está em consonância com estudos que consideram que para haver vínculo, a empatia e o respeito são indispensáveis, e que os elementos que denotam a formação do vínculo

estão baseados no reconhecimento mútuo entre o serviço e a comunidade, pois não se estabelece vínculo sem a condição de sujeito, sem a livre expressão do usuário, por meio da fala, julgamento e desejo.

Ademais, os profissionais destacam o quanto os médicos são mais acessíveis em comparação aos anteriores, a *preocupação* que têm pelas pessoas, e o *cuidado* que eles têm com a comunidade. *Mais prestativos, mais comunicação, [...] é muito bom esse projeto, porque se as pessoas não podem chegar até o posto, os médicos vão até as pessoas.*

Neste caso, observa-se um aumento da integralidade na dimensão de *traços de boa medicina*⁴.

O resgate da clínica: tempo dedicado, escuta atenta, exame físico minucioso

A atenção centrada na pessoa, descrita na literatura internacional como “*patient-centred medicine* ou *patient-centred care*”, apresenta uma abordagem para o encontro clínico entre profissional de saúde e paciente, em que há a valorização da expressão do sofrimento experienciado pelo paciente. Espera-se que o profissional na consulta explore os problemas do paciente na perspectiva biomédica e do paciente; assegure-se que a informação obtida é acurada, completa e mutuamente compreendida; certifique-se de que o paciente se sinta ouvido e que suas visões são valorizadas; continue a desenvolver um relacionamento; estruture a consulta para assegurar eficiência na coleta da informação e permitir ao paciente compreender os rumos da consulta. Essa consulta exige o estabelecimento de uma aliança terapêutica que requer tempo, escuta atenta e exame físico minucioso do paciente.

Os discursos da maioria dos profissionais entrevistados apontam evidências de atenção humanizada e têm uma opinião homogênea sobre a consulta, tendo sido destacado o tempo. Eles ressaltam a delicadeza e a dedicação com que os médicos realizam a consulta; *o tempo para fazer exame físico, o tempo para olhar a cara do paciente, o acompanhamento, o bom trato e o tempo para melhor acolhimento do paciente; a questão de atendimento quanto ao exame físico mesmo, que algumas vezes nossos outros médicos que trabalhavam conosco aqui no município não tinham tanto esse tempo de estar avaliando cada um; antes as pessoas reclamavam, assim: ah, o médico nem olhou no meu rosto, nem olhou na minha cara, e já estas médicas dão toda atenção.*

As falas apontam a incorporação da dimensão da promoção e prevenção na prática dos mé-

dicos já não tem mais tanta gente doente. O pessoal já está vindo mais para a promoção mesmo da saúde, para as palestras.

O compromisso dos médicos do PMM é valorado nas falas dos profissionais da equipe. O compromisso está ligado à consulta com tempo, ao exame detalhado do paciente, ao olhar nos olhos do paciente e à confiança. Todos estes aspectos biopsicossociais relacionam-se a uma perspectiva teórica que atribui relevância ao relacionamento médico-paciente no desfecho da doença, aportando a uma maior integralidade na dimensão de traços de boa medicina⁴. Isso é diferente da perspectiva biomédica que sugere um relacionamento impessoal no processo saúde-doença-atenção.

O desejo e a disponibilidade para “resolver” o retorno dos pacientes

A resolubilidade é outra dimensão que aportaria à integralidade. Neste caso, os entrevistados relataram que os médicos do PMM tentam desenvolver diferentes estratégias para conseguir resolver o retorno do paciente depois de um encaminhamento ou da consulta com especialistas.

A integralidade também está presente na *continuidade dos cuidados* através da oferta de serviços pelo SUS coordenada pela ESF, por meio das formas colaborativas de trabalho dos profissionais das EqSF entre si, e destas equipes em relação a outras das redes de atenção do SUS, como as de atenção ambulatorial especializada, hospitalar, de saúde mental, de urgência e emergência e outros serviços.

A continuidade de cuidados pode ser definida como o trajeto de eventos entre uma consulta e outra, de uma doença específica, e incluindo a transferência de informação para tomar decisões sobre o tratamento do paciente⁵. O conceito de relação terapêutica duradoura implica um vínculo ao longo do tempo no qual flua informação, onde se ofereça o tratamento adequado à doença e se estabeleça uma relação com os profissionais atuantes, coordenados pela APS, que garanta a continuidade do tratamento²⁷. Observou-se neste estudo alguns traços destas características. A continuidade do cuidado foi observada na forma de retorno para acompanhamento clínico na EqSF, depois de consultas e/ou exames realizados em outra rede de serviços ou ainda na forma de nova consulta na ESF para os pacientes que não tiveram sucesso em obter atendimento em outro ponto de atenção para os quais haviam sido encaminhados. *Com a chegada da médica... o pa-*

ciente vai ficar vindo, retornando para a unidade até ele se estabilizar. Então a gente já remarca, o usuário já sai daqui com a consulta remarcada pra próxima semana, né? E aí a médica dá essa continuidade até o paciente estabilizar.

Como contraste da situação atual, temos o relato de uma componente da equipe se referindo aos médicos anteriores à chegada do PMM *aí os pacientes nem voltavam mais, eles se revoltavam. Teve um que rasgou a receita aqui no corredor. [...] teve dias que ninguém queria mais consultar com aquele médico.*

Neste caso haveria aumento da integralidade no que se refere a tentar resolver os problemas, convocando a rede do SUS⁴.

Garantia de visitas domiciliares

As *visitas domiciliares* também têm contribuído para um melhor *acesso, acolhimento, vínculo e continuidade*, segundo estes entrevistados, especialmente porque os profissionais acham que é uma forma de chegar até as pessoas que precisam fazer o seguimento da sua doença e estão impossibilitados de vir para UBS por alguma forma de limitação. *Então isso é um ponto positivo, que as nossas famílias, aqueles que não podem se deslocar, os acamados, eles são contemplados com a visita médica, onde a médica solicita exames, onde depois ela faz o acompanhamento desses pacientes.* As visitas domiciliares também constituem uma oportunidade para fazer promoção da saúde e prevenção das doenças, outros dos aspectos da integralidade. *A gente faz visita domiciliar toda semana, que também serve para inseri-la num contexto como um todo.*

Com o médico (a) JUNTO somos EQUIPE

Nesta dimensão objetivou-se descrever como e qual era o trabalho que deveriam “fazer juntos”, segundo os princípios da atenção básica. Se tinham planejamento das reuniões, se pensavam juntos os problemas e as soluções ou se ocorria a preponderância do papel de algum profissional ou técnico na tomada de decisões.

Ter *equipes multiprofissionais articuladas em redes*, pensando e acionando estratégias resolutivas e efetivas para os usuários constituiriam outros indicadores da integralidade. A forma em que as equipes organizam o trabalho e o tipo de tarefas compartilhadas resultam bons indicadores da integralidade na ABS. A relação com os NASF e a rede de serviços do SUS poderiam marcar também alguns traços de integralidade dentro das práticas.

O trabalho em equipe é uma modalidade coletiva e implica integração de saberes e consensos coletivos nas práticas e não deveria ser uma justaposição de saberes disciplinares. Uma das queixas que havia antes, por parte dos *não médicos* dentro das equipes, era a falta de espaço para o exercício de suas funções, e os médicos tenderem a visualizar o trabalho em equipe como em equipes médicas²⁸. Um consenso é que o trabalho em equipe implica um planejamento conjunto das tarefas.

Marina Peduzzi descreve uma tipologia do *trabalho em equipe* baseada no conceito de *integração ou agrupamento de pessoas*²⁹. A integração significa estar em consonância com a proposta de trabalho integral; e o agrupamento em concordância com um modelo fragmentado de agir na realidade. Dentro destes tipos, ela descreve a comunicação e relaciona a integração com uma comunicação intrínseca ao trabalho, ao fazer juntos.

O trabalho das EqSF com os profissionais do PMM vem sendo desenvolvido *junto*. Ao fazer uma análise geral das ideias expressadas pelos profissionais, é interessante observar a maior presença das palavras *junto*; *faz*; *sempre* e *equipe* (a palavra *junto* foi padronizada pelo seu significado, dessa maneira cada vez que eles diziam *junta*, *juntos*, *junto*, *juntas* ou *em conjunto* foi contado como “*junto*”) (Figura 1).

Dentro do trabalho que os profissionais e técnicos consideram junto ou em conjunto, eles expressaram alguns elementos de horizontalidade, especialmente quando se refere ao fato de que o médico do PMM não faz diferenças pela

categoria profissional, é a *humildade para se relacionar* referente aos médicos ou ao conceito de *parceria* que aparece em vários dos depoimentos. *A médica é muito acolhedora e muito humilde, se enturma com qualquer um da equipe, ela não tem essa história de dizer agente de saúde é diferente do médico, do enfermeiro, todo mundo para ela é tratado de uma maneira só; um ajuda ao outro, quando tenho dúvida o médico me ajuda, uma pessoa bem solícita.*

Além de trabalhar da maneira que eles consideram *juntos*, os profissionais não médicos elogiam o apoio dos médicos para com cada um dos membros das equipes, referente a esclarecer dúvidas, auxiliar nas dificuldades no trabalho e a união. *Muito boa, nós temos uma relação muito boa. Não só comigo, mas com toda equipe. Nós sentamos, nós conversamos, nós tiramos dúvidas. [...] Eu quando tenho dificuldade, eu levo a minha paciente. Quando a médica tem alguma dificuldade ela vem comigo. A gente decide, as duas juntas.*

Os atores entrevistados falaram sobre as reuniões da equipe e comentaram a sua experiência. Eles expressaram que resolvem e conversam em grupo. *Tudo que nós fazemos aqui é de comum acordo, em parceria, ... nós temos nossa reunião mensal assim pra ver como é que está o trabalho, pra melhorar, assim alguma coisa que falta, levantar um pouquinho assim das coisas como estão.*

Nessas reuniões juntam-se todos os profissionais da unidade para ações de planejamento, característica necessária para o trabalho interdisciplinar. A maioria das falas aponta nesse sentido. *Temos reunião com a equipe para planejar juntas*



Figura 1. Nuvem das 50 palavras mais utilizadas para descrever o trabalho em equipe – Entrevistas a membros das equipes de saúde da família dos médicos do Programa Mais Médicos em municípios selecionados – Brasil, 2014-2015.

[...] *na reunião a gente ver uma maneira mais fácil pra gente trabalhar/sair para a visita com a médica.*

Neste sentido, as reuniões marcadas com antecipação entre eles, o planejamento em conjunto das atividades coletivas e a horizontalização das relações entre os membros contribuem para um trabalho integrado nas equipes multiprofissionais. Estudos sobre o trabalho em EqSF evidenciaram no Brasil baixo grau de interação entre as categorias profissionais e relações de poder desiguais³⁰ e a situação com o PMM marcaria uma diferença nesta modalidade de trabalho, segundo os atores entrevistados.

A comunicação dentro das equipes, atributo fundamental do trabalho em equipe, também foi um tema que emergiu nas falas. Eles elogiaram a comunicação que tinham com os médicos do PMM em todos os depoimentos. *A gente está sempre junto, sempre conversando, sempre se atualizando; a gente acha que a gente tem bastante união e comunicação.*

No trabalho em equipe também há relatos que apontam aos aprendizados que os profissionais estrangeiros trouxeram para a prática da ABS como as mudanças nos processos de trabalho. Fundamentalmente na organização da atenção e como dispõem do agendamento e da demanda espontânea segundo seja o caso. *Com isso que os médicos chegaram várias coisas ensinaram para a gente também como é que se faz, que a gente não tinha essa noção. Então, assim, o que a gente mudou foi a questão do agendamento; as consultas hoje são agendadas, mas tem [...] para urgências que a gente deixa, que são as demandas espontâneas também que como é zona rural nem todo mundo tem a facilidade de vir aqui marcar uma consulta e no outro dia retornar.*

Contudo, em algumas equipes foi identificada a modalidade de trabalho tipo “agrupamento”, caracterizados por casos nos quais o médico(a) fica demandando os profissionais e técnicos somente quando precisa e não mantém espaço de discussão e problematização das tarefas²⁹. Em um dos poucos casos em que isso ocorreu, um membro da equipe comentou que *tudo tem que ser da forma do médico* dando a entender a escassa capacidade deste médico para chegar a consensos para a realização das tarefas, pilar fundamental do trabalho em equipe.

Por último, ressalta-se que o único comentário negativo sobre o trabalho com os médicos do PMM foi por questões pessoais de relacio-

namento com a equipe e, ainda nesse caso, os profissionais relatam que a qualidade melhorou, mesmo tendo problemas com o profissional médico. *A qualidade da consulta melhorou, melhorou e os pacientes também gostam, o problema desta médica é só porque ela é, ela tem, eu não sei, um temperamento forte assim, o gênio forte, ela tem aquele assim de querer mandar assim, eu acho que ela pensa sou médica e eu posso mandar em todo mundo.* As dificuldades do trabalho em equipe estão mediadas pelo modelo médico hegemônico³¹ que privilegia a visão biológica dos problemas de saúde e reduz o ser humano somente à sua dimensão biológica, sem analisar a inter-relação com outras dimensões tais como as sociais, as econômicas, as culturais e as subjetivas.

A experiência com os NASF

A maioria dos entrevistados expressou não ter NASF no seu município ou estar se formando e que isto constitui um obstáculo para se integrar com os profissionais de apoio. Gastão Campos³² descreve o NASF como apoiador das equipes da ESF. Eugênio Villaça Mendes³³ aclara que mesmo tendo resultados positivos com o apoio do NASF nas equipes, ainda assim, é insuficiente para garantir resultados sanitários positivos em relação às condições crônicas, principalmente nas equipes multiprofissionais. E que a inserção desses profissionais nas equipes deveria ser de forma orgânica e não apenas como apoiadores.

Em sintonia com a literatura, entre os que relataram ter NASF, muitos comentaram que a integração se dá por meio de *trabalhar em conjunto*, pode ser um mutirão, ações na comunidade, saúde da escola. *Os médicos são bem interativos e trabalham em conjunto, eu acho isso importante.* A integração estaria facilitada pelo fato de compartilhar o mesmo lugar físico. *Eu acho que agora o NASF está mais frequente. Porque antes era assim: tinha um encaminhamento para um nutricionista ou psicólogo, eles não vinham atender aqui na unidade, [...]. Era encaminhado pra lá. Agora não, agora eles já vêm atender aqui na unidade. Sempre está junto com o médico, com o Mais Médicos.*

Nestes últimos tópicos, a integralidade se observa na integração de práticas das equipes e com os NASF já que ambos favorecem a interdisciplinaridade e a intersetorialidade respectivamente. A força contrária à fragmentação também é definida como uns dos fios condutores da integralidade⁷.

Conclusões

Verificou-se presença de traços de integralidade nas práticas das equipes de saúde da família a partir da incorporação dos médicos do programa Mais Médicos nas seguintes dimensões: *aumento da acessibilidade*, já que se ampliou a capacidade de oferta e se gerou uma maior disponibilidade para atender as necessidades; *melhor acolhimento, vínculo e respeito aos usuários* porque estes valores vão além dos aspectos biológicos da saúde e enriquecem a integralidade como traços de boa medicina; *a disponibilidade para resolver problemas e a continuidade de cuidados* porque se fortaleceu a capacidade de coordenação de toda a rede do

SUS e o papel da atenção básica como organizador do sistema; *a garantia das visitas domiciliares* porque trabalhou ajustando a oferta de atenção às necessidades de saúde dessa população e isto foi uma oportunidade para fazer promoção da saúde e prevenção das doenças; e *a integração das equipes dentro da unidade e com os NASF* já que favoreceu a interdisciplinaridade e a intersetorialidade e favoreceu a integração da compreensão do processo saúde doença.

Conclui-se que, na ótica dos membros das equipes de saúde da família, o Programa Mais Médicos contribuiu na presença de traços de integralidade nas práticas, impactando positivamente na melhoria da atenção básica à saúde.

Colaboradores

Y Comes participou da coleta de dados em campo, colaborou na concepção e delineamento do artigo, na análise e interpretação de dados, na discussão, conclusões e revisão crítica. ICHC Barreto, VM Pessoa, JS Trindade, CAM Arruda e D Dewes participaram da coleta de dados em campo, colaboraram na interpretação dos dados e na redação do artigo e revisão crítica. HE Shimizu colaborou na redação do artigo e na revisão crítica. LMP Santos elaborou o projeto, coordenou a pesquisa, participou da coleta de dados em campo e colaborou na revisão crítica do artigo. Todos os autores revisaram e aprovaram a versão final do manuscrito.

Agradecimentos

Ao CNPq/DECIT pelo financiamento, por meio da Chamada Pública MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT.

Referências

1. Andrade LOM, Barreto I, Coelho, LCDA C, Rouquayrol MZ, Gurgel MA. Estratégia Saúde da Família e o SUS. *Epidemiol Saúde Medbook* 2013; 31(7):601-621.
2. Victora CG, Aquino EM, Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde no Brasil. 2 Saúde de mães e crianças no Brasil: Progressos e desafios. *Lancet* 2011; 6736(11):32-46.
3. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* 1988; 5 out.
4. Mattos RA. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC; 2014. p. 1-20.
5. Starfield B. *Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
6. Sala A, Luppi CG, Simões O, Marsiglia RG. Integralidade e atenção primária à saúde: Avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saude e Soc* 2011; 20(4):948-960.
7. Minozzo F, Reis C, AT V, Ceolin M, Benevides I. Avaliação para melhoria da qualidade na Estratégia Saúde da Família: reflexões sobre a integralidade do cuidado em saúde. In: CEPESC, IMS/UERJ, Abrasco, editors. *VII Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde- Ateliês do Cuidado Serviço, Pesquisa e Ensino*. [Internet]. 1st ed. Rio de Janeiro; 2008. p. 1-179. [acessado 2015 nov 26]. Disponível em: http://www.lappis.org.br/site/images/stories/livros/textos_livros/livro_atelies_cuidado.pdf
8. Ayres J, Carvalho Y, Nasser M, Saltão R, Mendes V. Caminhos da integralidade. *Interface (Botucatu)* 2012; 16(40):67-81.

9. Pinheiro R. Práticas de saúde e integralidade: as experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. In: Brasil. Ministério da Saúde (MS), editor. *Projeto Reforsus Componente II Experiências Inovadoras no SUS: relatos de experiências: novas tecnologias assistenciais*. Brasília - DF; 2002. p. 15.
10. Costa AM, Girardi SN, Rocha VXM, Almeida ER, Santos LMP. Mais (e melhores) Médicos. *Tempus Actas de Saúde Coletiva* 2015; 9(4):175-181.
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Programa Mais Médicos - Dois anos: Mais Saúde para os Brasileiros [Internet]. 2015. [acessado 2015 nov 26]. Disponível em: http://dkw4g894e1jim.cloudfront.net/images/PDF/Livro_2_Anos_Mais_Medicos_Ministerio_da_Sau-de_2015.pdf
12. Bosi M, Mercado F. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Editora Vozes; 2004.
13. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Editora 70; 2011.
14. Muhr T. *Atlas.ti*. Berlin: Scientific Software; 2013.
15. Matumoto S, Mishima SM, Fortuna CM, Bistafa MJ. A comunicação como ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. Proceedings of the 8 Brazilian Nursing Communication Symposium [Internet]. São Paulo; 2002. p. 1-7. [acessado 2015 nov 26]. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000100050&lng=pt&nrm=van
16. Oliveira A, Silva Neto JC, Machado MLT, Souza MBB, Feliciano AB, Ogata MN. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. *Interface (Botucatu)* 2008; 12(27):749-762.
17. Rosana M, Nassar F. Comunicação e Humanização : a reconstrução do relacionamento médico – paciente como critério de qualidade na prestação de serviço. *Contemporânea* 2005; 3(5):1-13.
18. Oliveira VZ, Gomes WB. Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. *Estud Psicol* 2004; 9(3):459-469.
19. Barletta JB, Gennari MDS, Cipolotti R. A perspectiva cognitivo-comportamental dos aspectos psicossociais que interferem na qualidade da relação médico-paciente. *Psicol em Rev* 2012; 17(3):396-413.
20. Giovanella L, Fleury S. Universalidade da Atenção à Saúde: Acesso como Categoria de Análise. In: Fiocruz, editor. *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p. 177-198.
21. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C. *Medicina ambulatorial. Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
22. Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Cien Saude Colet* 2012; 17(8):2071-2085.
23. Pinheiro R, Mattos R. VII Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde- Ateliês do Cuidado Serviço, Pesquisa e Ensino. CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO, editors. VII Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde- Ateliês do Cuidado Serviço, Pesquisa e Ensino. Rio de Janeiro; 2008. 1-179 p.
24. Brasil. Ministério de Saúde (MS). Acolhimento nas práticas de produção de Saúde. 2ª ed. Brasília: MS; 2010.
25. Merhy E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida. In: Cecilio LCO. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 117-160. (Saúde em Debate. Serie Didática, 76, 3).
26. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil “User embracement” and the working process in health : Betim’ s case, Minas Gerais, Brazil. *Cad Saude Publica* 1999; 15(2):345-353.
27. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ Br Med J* 2003; 327(7425):1219-1221.
28. Araújo M, Rocha P. Trabalho em equipe: Um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Cien Saude Colet* 2007; 12(2):455-464.
29. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saude Publica* 2001; 35(1):103-109.
30. Jids P, Teles J. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família Agreements and disagreements in the Family Health Care Program team. *Health Care* 2001; 35(3):303-311.
31. Menéndez EL. El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Salud Colectiva* 2005; 1(1):9-32.
32. Campos G. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Cien Saude Colet* 1999; 4(2):393-403.
33. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. 2ª ed. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de saúde; 2011.

Artigo apresentado em 04/03/2016

Aprovado em 08/06/2016

Versão final apresentada em 10/06/2016

O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014

The *Mais Médicos* (More Doctors) Program: the placement of physicians in priority municipalities in Brazil from 2013 to 2014

João Paulo Alves Oliveira ¹
Mauro Niskier Sanchez ¹
Leonor Maria Pacheco Santos ¹

Abstract The inadequate placement and distribution of health professionals are problems that occur in various countries. The scope of the “Programa Mais Médicos” (More Doctors Program) was to reduce the shortfall of physicians and diminish regional inequalities in health. A descriptive study on the placement of physicians between 2013 and 2014 using the Ministry of Health database is presented. There was an allocation of 14,168 physicians to the 3,785 municipalities that signed up to the program: 2,377 met the priority and/or vulnerability criteria and received 77.7% of the physicians; 1,408 received 22.3% of the physicians, but did not meet the established priorities. This study reveals the reduction in the lack of physicians, mainly in the North and Northeast. These regions account for 36% of the Brazilian population and 46.3% of the physicians were allocated there. However, the introduction of an eligibility profile, which allocated 3,166 physicians in 1,408 non-priority municipalities is questionable. The conclusion drawn is that this may have hindered the ability of the Mais Médicos Program to fully achieve its objectives as a public policy aimed at reducing regional inequalities of access to primary healthcare. Further studies are necessary to evaluate the impact of the Mais Médicos Program.

Key words Mais Médicos Program, Human Resources in health, Health evaluation

Resumo O provimento e a distribuição inadequada de profissionais de saúde são problemas que ocorrem em diversos países. O Programa Mais Médicos tem como objetivos a diminuição da carência de médicos e a redução das desigualdades regionais em saúde. Apresenta-se estudo descritivo sobre a alocação de médicos entre 2013 e 2014, empregando o banco de dados do Ministério da Saúde. Houve o provimento de 14.168 médicos nos 3.785 municípios que aderiram: 2.377 atendiam aos critérios de prioridade e/ou vulnerabilidade e receberam 77,7% dos médicos; 1.408 municípios, que receberam 22,3% dos médicos, não correspondiam às prioridades estabelecidas. Apresentam-se evidências da redução da carência de médicos, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste. Nestas áreas residem cerca de 36% da população brasileira e houve a alocação 46,3% dos médicos. Contudo, questiona-se a introdução de um perfil de elegibilidade que possibilitou alocar 3.166 médicos em 1.408 municípios não prioritários. Conclui-se que este fato pode ter comprometido a capacidade de o Programa Mais Médicos atingir plenamente seus objetivos como política pública que visa à redução das desigualdades regionais no acesso à atenção básica em saúde. Outros estudos serão necessários para avaliar o impacto gerado pela implementação do Programa Mais Médicos.

Palavras-chave Programa Mais Médicos, Recursos humanos em saúde, Avaliação em saúde

¹ Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília. Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte. 70910-900 Brasília DF Brasil. joaopaulo.aoliveira@gmail.com

Introdução

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

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

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

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

A desigualdade gerada pela carência de profissionais e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde potencializa uma situação de subdesenvolvimento de regiões remotas e isoladas, habitadas majoritariamente por população de baixa renda. Alguns autores apontam que essas situações ocorrem em sinergia com outras vulnerabilidades de caráter socioeconômico, tais como a insegurança alimentar e o analfabetismo⁵.

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

Em 2009, estimava-se que 42% da população brasileira residia em municípios com densidade menor do que 0,25 médicos por mil habitantes. Nas regiões Norte e Nordeste o caso era ainda mais grave. O Norte com 8% da população total do país tinha 4,3% do total de médicos. Já o Nor-

deste com 28% da população brasileira contava com 18,2% do total de médicos¹. Enquanto isso, a região Sudeste, com 42% da população, concentrava 60% de todos os médicos do país⁵.

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

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

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

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

Neste sentido, visando ao alcance dos objetivos propostos, a partir do provimento emergencial de médicos, foi instituído, por meio da Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013, o “Projeto Mais Médicos para o Brasil”⁹. Entre outras disposições, a portaria definiu quais seriam as regiões prioritárias para o SUS e o perfil dos médicos elegíveis para participação. Destaca-se que a adesão de municípios e médicos não foi obrigatória. Entre 2013 e 2014, o MS realizou cinco ciclos de chamamento de municípios e médicos, por meio de editais para adesão ao PMM.

Considerando que o PMM 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. A modernização da Administração Pública e a adoção de princípios de gestão pública empreendedora impulsionam a prática avaliativa, já amplamente disseminada em países desenvolvidos¹⁰. Para Akerman e Furtado¹¹, a avaliação envolve a sistematização de determinadas práticas, que acompanham critérios preestabelecidos, a fim de realizar um julgamento, um juízo de valor sobre medidas implementadas, que proporcione subsídios para a tomada de decisão. Nesta perspectiva de análise, se avaliam os aspectos técnicos da operacionalização e desenvolvimento da política¹². A implementação de políticas públicas, como campo de estudo, se relaciona com a possibilidade de compreensão mais profunda dos processos político-administrativos e dos problemas e serem corrigidos¹³.

O objetivo deste estudo foi avaliar a implementação do PMM, com base nos objetivos e critérios definidos em sua estrutura normativa, quais sejam, diminuir a carência de médicos em áreas remotas e de difícil acesso e reduzir as desigualdades regionais na área da saúde.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo da implementação do provimento de médicos pelo Programa Mais Médicos, no período de 2013 a 2014, com base nos objetivos normativos do programa. Como fonte de dados para a análise foram utilizados dados oficiais fornecidos pela Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES, do Ministério da Saúde (MS), à coordenação do projeto de pesquisa “Análise da efetividade da iniciativa Mais Médicos na realização do direito universal à saúde e na consolidação das Redes de Serviços de Saúde”, financiado por meio da Chamada Pública MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT. Na elaboração dos mapas empregou-se o programa ArcGIS (versão Free Trial) com a malha municipal.

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

Para fins desta pesquisa não foram considerados os 294 médicos alocados nos 34 Distritos Sanitários Indígenas – DSEI, pois os seus limites

geográficos sobrepõem os dos municípios, que neste caso foi a unidade geográfica de análise. Além disso, uma das vantagens de se utilizar o município como unidade de análise é o fato de estes serem áreas com certo grau de autossuficiência na produção e consumo de serviços de saúde. Desse modo, a própria população, a partir de suas características socioeconômicas, demográficas, epidemiológicas e culturais é que demandam os serviços de saúde municipais¹⁴.

A análise verificou a distribuição regional dos municípios participantes e foi realizada com base nos critérios de prioridade e vulnerabilidade definidos nos atos normativos que regulamentaram a implantação do programa, vigentes no período de análise. Para tanto, foi considerada a Portaria Interministerial nº 1.369 de 8 de julho de 2013 e, o Edital nº 40 da SGTES/MS de 18 de julho de 2013¹⁴ e Edital nº 22 da SGTES/MS de 31 de março de 2014¹⁵, como descrito no Quadro 1.

Outro aspecto pesquisado foi a alocação dos médicos com base nas seguintes características dos profissionais: a) Médico com registro no Conselho Regional de Medicina (CRM); b) Intercambista Individual – médicos formados no exterior, habilitados a exercer a profissão, sem CRM; e, c) Cooperante – médicos contratados para o programa via o acordo de cooperação com Cuba intermediado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)⁹.

Resultados

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

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

A região Sul foi a que mais contou com a participação de municípios localizados em regiões Metropolitanas (22,6%). A região Nordeste foi a região com o maior número de municípios com 20% ou mais população vivendo em extrema pobreza que aderiram ao PMM. Foi também a região com o maior número de municípios inscritos no PMM (1.318).

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

Perfil do Município	Descrição	Normativa
20% de pobreza	Município com 20% (vinte por cento) ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), disponíveis no endereço eletrônico www.mds.gov.br/sagi .	Portaria Interministerial 1.369/2013 Mantido no Edital nº40/2013/SGTES/ MS
G-100	Áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos Municípios que estão entre os 100 (cem) com mais de 80.000 (oitenta mil) habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública “per capita” e alta vulnerabilidade social de seus habitantes (G-100).	Portaria Interministerial 1.369/2013 Mantido no Edital nº40/2013/SGTES/MS
Capital	Áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza das Capitais, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).	Portaria Interministerial 1.369/2013 Mantido no Edital nº40/2013/SGTES/MS
Região Metropolitana	Áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos Municípios situados em região metropolitana, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).	Portaria Interministerial 1.369/2013 Mantido no Edital nº40/2013/SGTES/MS
Demais Municípios	Áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos demais Municípios, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).	Introduzido pelo Edital nº40/2013/SGTES/MS
Situações de Vulnerabilidade	Municípios com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM baixo/muito baixo; das regiões dos Vales do Jequitinhonha - MG, Mucuri - SP e Ribeira – SP e PR; do Semiárido da Região Nordeste; com residentes em comunidades remanescentes de quilombos; demais municípios localizados nas Regiões Norte e Nordeste.	Introduzido pelo Edital nº22/2014/SGTES/MS no Item 2.2.3

Tabela 1. Perfil dos municípios participantes do Programa Mais Médicos por região geográfica do Brasil, entre 2013 e 2014.

Perfil do Município	Regiões geográficas do Brasil											
	Centro-oeste		Nordeste		Norte		Sudeste		Sul		Total	
20% de pobreza	32	10,8%	978	74,2%	221	60,9%	55	5,9%	48	5,5%	1.334	35,2%
G-100	9	3,1%	36	2,7%	14	3,9%	22	2,4%	12	1,4%	93	2,5%
Capital	3	1,0%	9	0,7%	7	1,9%	4	0,4%	3	0,3%	26	0,7%
Região Metropolitana	21	7,1%	39	3,0%	5	1,4%	113	12,1%	198	22,6%	376	9,9%
Vulnerabilidade	27	9,2%	222	16,8%	107	29,5%	147	15,8%	45	5,1%	548	14,5%
Total de municípios prioritários e/ou vulneráveis	92	31,2%	1.284	97,4%	354	97,5%	341	36,5%	306	34,9%	2.377	62,8%
Demais municípios	203	68,8%	34	2,6%	9	2,5%	592	63,5%	570	65,1%	1.408	37,2%
Total geral de municípios	295	100%	1.318	100%	363	100%	933	100%	876	100%	3.785	100%

As regiões Sudeste e Sul foram as regiões com o maior número de municípios categorizados como “Demais localidades” que aderiram ao programa, com 592 e 570, respectivamente. No entanto, municípios não prioritários de todas as regiões geográficas do país receberam médicos pelo programa (Figura 1B).

A análise mostrou também que 699 municípios elegíveis, ou seja, 22,7% dos municípios prioritários não se inscreveram ou cancelaram sua inscrição no PMM, sendo: 450 da região Nordeste, 52 do Norte, 101 do Sudeste, 75 do Sul e 21 do Centro-oeste (Figura 1B). Além disso, quanto ao perfil destes municípios, destaca-se que 374 eram municípios com 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza, uma capital (Cuiabá), cinco municípios do G-100, 133 municípios de regiões metropolitanas e 186 municípios com alguma das situações de vulnerabilidade.

Entre 2013 e 2014 o PMM viabilizou o provimento de 14.168 médicos entre os municípios que aderiram ao programa. A partir dos editais de chamamento para seleção dos médicos foi estabelecida uma ordem de prioridade na contratação e ocupação das vagas ofertadas. Desse modo, o médico com registro no CRM teve prioridade sobre o médico intercambista individual, que por sua vez foi priorizado sobre o cooperante.

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

do acordo com Cuba, diferentemente dos outros, que indicaram preferência quanto ao município de atuação.

Outro aspecto normatizado nos editais foi a proibição de contratação de médicos intercambistas ou realização de acordos de cooperação no âmbito do PMM, caso a razão médico por mil habitante fosse menor que 1,8 no país de origem da atuação profissional¹⁶.

Entre todos os médicos contratados pelo PMM, 11.150 foram cooperantes, fruto de acordo firmado entre o governo brasileiro e Cuba, representando cerca de 80% do total. A região Nordeste foi a que mais recebeu médicos cooperantes, seguida pelo Sudeste e Sul. Além disso, o PMM contou com a participação de médicos de 47 diferentes nacionalidades.

Contudo, em todas as regiões do país verificou-se que a maior parte dos médicos alocados eram cooperantes. Ademais, o Nordeste foi a região que recebeu a maior quantidade de médicos com registro nos CRM (965). Quanto ao intercambista individual, as regiões Sul e Sudeste foram que receberam o maior número, 418 e 346, respectivamente. Destaca-se que a região Nordeste foi a que mais recebeu médicos do programa, 4.853, seguida pelo Sudeste, 4.336. Os dados indicam redução da carência de médicos nas regiões Norte e Nordeste. Nestas áreas residem cerca de 36% da população brasileira e houve alguma discriminação positiva, com a alocação

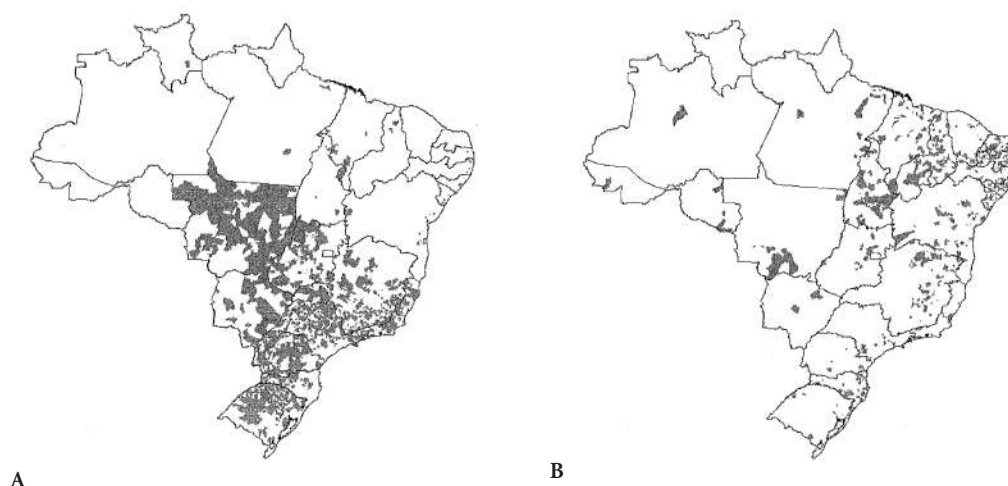


Figura 1. A - Distribuição dos municípios que receberam médicos do Programa Mais Médicos, sem critério de prioridade ou vulnerabilidade. **B** - Distribuição dos municípios elegíveis para participar do Programa Mais Médicos que não aderiram. (2013-2014).

de 6.565 médicos, o que corresponde a 46,3% do total (Tabela 2).

Conforme a Tabela 3, os médicos com registro no CRM, aqueles que escolheram o local de atuação, foram alocados principalmente em municípios com 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza (31,3%). Um terço dos médicos cooperantes também foi para municípios com este perfil (31,7%). Os intercambistas individuais optaram, principalmente, por regiões metropolitanas e capitais e em último lugar por municípios com alguma situação de vulnerabilidade.

Os 2.377 municípios prioritários e vulneráveis que aderiram ao PMM receberam 11.002 médicos (77,7%). Os “demais municípios” receberam 3.166 médicos (22,3%), sendo 2.825 cooperantes, que foram alocados pelo próprio MS. Médicos com registro no CRM e intercambistas individuais também foram distribuídos em municípios não prioritários ou vulneráveis.

Discussão

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

Tal como Menicucci¹⁷, defende-se que a implementação promove efeitos retroalimentadores sobre o processo de formulação. Além disso, se reconhece que a formação da política acontece quando há integração entre os processos de formulação, implementação e avaliação da política¹⁸. Destaca-se a maior adesão de municípios prioritários do Norte e Nordeste, regiões onde a escassez de médicos reflete a grave condição socioeconômica vivida⁶. Há evidências de que o PMM promoveu a redução da carência de médicos em regiões prioritárias e vulneráveis, a partir da alocação dos 11.002 médicos, sendo que isso

Tabela 2. Distribuição dos médicos participantes do Programa Mais Médicos, por região geográfica do Brasil, 2013-2014.

Perfil dos médicos	Regiões geográficas do Brasil											
	Centro-oeste		Nordeste		Norte		Sudeste		Sul		Total	
Médicos com registro no CRM	134	15,1%	965	20,0%	194	11,3%	395	9,1%	146	6,1%	1.834	12,9%
Intercambista individual	96	10,8%	194	4,0%	130	7,6%	346	8,0%	418	17,6%	1.184	8,4%
Cooperante	660	74,2%	3.694	76,1%	1.388	81,1%	3.595	82,9%	1.813	76,3%	11.150	78,7%
Total	890	100%	4.853	100%	1.712	100%	4.336	100%	2.377	100%	14.168	100%

Tabela 3. Médicos participantes do Programa Mais Médicos por perfil de prioridade e vulnerabilidade dos municípios. Brasil, 2013-2014.

Perfil dos municípios	Perfil dos Médicos							
	Médicos com registro no CRM		Intercambista Individual		Cooperante		Total	
20% de pobreza	574	31,3%	149	12,6%	3.538	31,7%	4.261	30,1%
G-100	264	14,4%	149	12,6%	780	7,0%	1.193	8,4%
Capital	324	17,7%	301	25,4%	858	7,7%	1.483	10,5%
R. Metropolitana	351	19,1%	326	27,5%	1.603	14,4%	2.280	16,1%
Vulnerabilidade	152	8,3%	87	7,3%	1.546	13,9%	1.785	12,6%
Total de médicos alocados em municípios prioritários e/ou vulneráveis	1.665	85,5%	1.012	85,5%	8.325	74,7%	11.002	77,7%
Médicos alocados nos demais municípios	169	9,2%	172	14,5%	2.825	25,3%	3.166	22,3%
Total geral de médicos	1.834	100%	1.184	100%	11.150	100%	14.168	100%

somente foi possível pelo fato do PMM ter inovado com realização das chamadas internacionais para contratação de médicos e o acordo de cooperação com Cuba mediado pela OPAS: uma inovação frente às outras estratégias implantadas até então no Brasil.

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

Não obstante, os resultados chamam a atenção para possíveis lacunas na implementação do PMM. A primeira trata da criação posterior de um perfil que possibilitou a adesão de 1.408 municípios não prioritários, quando da formulação do programa, correspondente aos “Demais municípios”.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), por meio da Nota Técnica nº 23/2013, corrobora com o posicionamento de que apenas as Capitais, Regiões Metropolitanas, G-100, municípios com 20% ou mais de população vivendo em extrema pobreza e aqueles com alguma das situações de vulnerabilidade descritas eram prioritários para fins do PMM¹⁹.

O'Brien e Lianjiang²⁰ consideram que certo grau de discricionariedade por parte daqueles que estão a cargo da implementação pode ser desejável, pois têm mais conhecimento da realidade local, podendo inovar e adaptar o plano. Contudo, é importante manter o foco quantos aos objetivos da política, que foi formulada para atuar sobre uma situação previamente definida. A criação do perfil “demais municípios” leva a prejuízo na priorização das regiões vulneráveis.

Quando da formulação do PMM, sabia-se que as desigualdades regionais em saúde no Brasil são enormes. Por exemplo, a região Sudeste com 2,6 médicos por mil habitantes apresentava uma concentração de médicos 2,6 vezes maior em comparação com a região Norte (0,98)²¹. Paim²² considera que algumas evidências indicam que houve ao longo dos anos redução das desigualdades na distribuição de recursos do SUS no Brasil. Contudo, as regiões Norte e Nordeste ainda necessitam de uma melhor redistribuição de recursos em seu favor.

A segunda lacuna da implementação foi que 22,7% dos municípios prioritários para o SUS ficaram de fora da iniciativa, pelo fato da adesão dos municípios não ser obrigatória. Entre estes municípios, 72% se localizam nas regiões Norte e Nordeste. Os 100% dos municípios que aderiram

foram atendidos, contudo, deve-se reconhecer que na prática a demanda era maior.

Os resultados encontrados neste estudo contrastam bem a distribuição dos municípios não prioritários e aqueles elegíveis que não aderiram ao PMM, como apresentado na Figura 1. Além disso, em relação ao número de médicos solicitados, estudo recente indicou que, na prática, a necessidade de médicos era maior. Os municípios que aderiram entre agosto de 2013 e julho de 2014 solicitaram 15.460 médicos e o programa atendeu 93,5% desta demanda²³.

Nas regiões de difícil acesso do país e periferias das grandes cidades, a população não consegue acesso aos serviços de saúde. Para mudar esta realidade precisava-se de médicos para atuar junto com os demais profissionais das equipes ESF. Sem a presença do médico, o atendimento à população fica prejudicado e as ações de atenção integral da saúde limitadas, em decorrência do desfalque da equipe.

O Tribunal de Contas da União (TCU), em seu Relatório de Auditoria nº 005.391/2014-8, também apontou que o processo de provimento de médicos do PMM apresentou problemas. No documento o TCU destacou que até maio de 2014 o Ministério da Saúde havia deixado de fora do PMM 592 municípios prioritários para o SUS²⁴. O TCU infere que uma das causas para a má distribuição pode estar relacionada com a forma de seleção dos municípios participantes, visto que foi o próprio município que manifestou o interesse e indicou a quantidade de médicos necessários. Desse modo, apesar de haver respeito à autonomia dos entes federados, aqueles municípios com mais capacidade de planejamento e gestão levaram vantagem em detrimento dos menos articulados²⁴.

Lima e Luciano¹³ argumentam que diversos fatores influenciam os resultados do processo de implementação. Entre eles destacam variáveis relacionadas às normativas e a clareza com que o plano estrutura a implementação. Outros são variáveis de contexto político-econômico e derivam do apoio, resistência ou boicote à política, por parte dos atores sociais, que influenciam a disponibilidade de recursos essenciais para o sucesso da implementação.

Na realidade, para se legitimar uma política é preciso considerar que as informações não são perfeitas, o consenso é construído progressivamente e os recursos são limitados. A criação do PMM, desde seu anúncio provocou intensas disputas em seu entorno. Ocorreu confronto acirrado entre diferentes atores sociais, principalmente

representantes do governo, corporações médicas, partidos políticos e o Congresso Nacional. Algumas entidades médicas chegaram a impetrar duas Ações Diretas de Inconstitucionalidade, junto ao Supremo Tribunal Federal, na tentativa de provar que o Programa feria preceitos constitucionais²⁵.

Por sua vez, a mídia promoveu uma celeuma em torno do PMM, ampliando teses e discussões, nem sempre retratadas de forma adequada. Apesar disso contribuiu para a realização de pesquisas de opinião que mostraram gradualmente resultados favoráveis ao PMM.

Em agosto de 2013, uma pesquisa Datafolha registrou que 54% da população entrevistada aprovava o “Programa Mais Médicos”²⁶. Pesquisas da Confederação Nacional dos Transportes (CNT) apontaram 49,7% de aprovação em julho de 2013, 73,9% em setembro e 84,3% em novembro do mesmo ano²⁷.

Embora diversas iniciativas implementadas nas últimas décadas buscassem reduzir as iniquidades em saúde, ora combinando critérios técnicos de alocação de recursos, ora promovendo a realização de análises que pudessem auxiliar na formulação de políticas de saúde orientadas para a equidade, as evidências mostram que a qualidade de vida, o lazer, a distância para as áreas centrais dos grandes centros e a renda média são mais significativas para explicar a presença do médico nos municípios²⁸.

Portanto, imagina-se que quando definidos os municípios prioritários, estes eram aqueles que menos ofereciam à população condições para usufruir do direito à saúde, considerando a falta de médico. Neste sentido, é importante que todos os municípios prioritários para o SUS sejam atendidos pelo PMM, para reduzir a carência de médicos, de modo a garantir à população o acesso aos serviços de saúde. Entre outras, a carência de oferta de médicos é característica que

obstrui a capacidade da população utilizar os serviços de saúde.

Considerações finais

Os objetivos primordiais da criação PMM foram a garantia de acesso e a redução das iniquidades em saúde. Reduzir a má distribuição de médicos não é uma tarefa fácil, tampouco exequível em curto prazo. As soluções não são simples e o desenvolvimento em paralelo de diferentes estratégias pode apresentar resultados promissores.

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

O PMM possibilitou a ampliação do acesso a ações de atenção básica em milhares de municípios brasileiros. Contudo, a introdução do perfil “demais municípios” que permitiu a participação de tantos municípios não prioritários pode ter causado repercussão nos resultados do programa diferente do que se esperava em termos de redução das desigualdades regionais em saúde, se considerarmos a densidade de médicos.

É importante ponderar também que mesmo nos municípios não prioritários há bolsões de populações vulneráveis com dificuldade de acesso a profissionais e serviços médicos. Contudo, conclui-se que a alocação dos médicos em municípios não prioritários nem vulneráveis impactou na capacidade de o Programa Mais Médicos reduzir, de modo ainda mais significativo, as desigualdades regionais no acesso à atenção em saúde, o que demanda novos estudos para se verificar os possíveis efeitos em médio prazo.

Colaboradores

JPA Oliveira trabalhou na concepção, na pesquisa, na metodologia e na redação final. MN Sanchez trabalhou na pesquisa, na redação final e na revisão crítica. LMP Santos trabalhou na concepção, na metodologia e na revisão crítica.

Referências

- Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidade. *Revista Divulgação em Saúde para Debate* 2009; (44):13-34.
- Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, Matos MFM, Cyrino EG. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(54):623-634.
- Backer LC, Molina A. Cuba and the Construction of Alternative Global Trade Systems: ALBA and Free Trade in the Americas. *Journal of International Economic Law* 2010; 31(3):37-38.
- Maciel Filho R. *Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em Sistemas Nacionais de Saúde: o caso brasileiro* [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.
- Girardi SN, Carvalho CL, Araújo JF, Farah JM, Wan der Maas L, Campos LAB. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: Pierantoni CR, Dal Poz MR, França T, organizadores. *O trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ, ObservaRH; 2011. p. 171-186.
- Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Cien Saude Colet* 2015; 20(11):3547-3552.
- Antunes R, Braga R. Os dias que abalaram o Brasil: as rebeliões de junho, julho de 2013. *R. Pol. Públ.* 2014; N Esp:41-47.
- Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2013; 23 out.
- Brasil. Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Programa Mais Médicos para o Brasil. *Diário Oficial da União* 2013; 9 jun.
- Cunha CGS. Avaliação de Políticas Públicas e Programas Governamentais: tendências recentes e experiências no Brasil. 2006. [acessado 2016 mar 1]. Disponível em: <http://www.ufpa.br/epdir/images/docs/paper29.pdf>
- Akerman M, Furtado JP, organizadores. *Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos*. Porto Alegre: Rede Unida; 2015.
- Cavalcanti Vaz Mendes GS, Lemes de Sordi MR. Metodologia de avaliação de implementação de programas e políticas públicas. *EccoS – Rev. Cient.* 2013; 30:93-111.
- Lima LL, Luciano DA. Implementação de Políticas Públicas: perspectivas analíticas. *Rev de Sociologia e Política* 2013; 21(48):101-110.
- Brasil. Edital nº 40, de 18 de julho de 2013. Alteração do edital de adesão do Distrito Federal e dos municípios no Programa Mais Médicos para o Brasil. *Diário Oficial da União* 2013; 19 jul.
- Brasil. Edital nº 22, de 31 de março de 2014. Adesão de municípios no Programa Mais Médicos para o Brasil. *Diário Oficial da União* 2014; 01 abr.
- Brasil. Edital nº 39, de 8 de julho de 2013. Adesão de Municípios ao Programa Mais Médicos para o Brasil. *Diário Oficial da União* 2013; 9 jul.
- Menicucci T. A implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. In: Hochman G, Arretche M, Marques E, organizadores. *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. p. 303-325.
- Raeder S. Ciclo de Políticas: uma abordagem integradora dos modelos para análise de políticas públicas. *Perspectivas em Políticas Públicas* 2014; II(13):121-146.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). Programa Mais Médicos – Nota Técnica 23/2013. [acessado 2016 mar 1]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/Notas%20t%C3%A9cnicas%202013/NT%2023-2013%20-%20Programa%20Mais%20Me%CC%81dicos.pdf>
- O'Brien KJ, Lianjiang L. 1999. Selective Policy Implementation in Rural China. *Comparative Politics* 1999; 31(2):167-186.
- Scheffer M, Biancarelli A, Cassenote A, organizadores. *Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Medicina; 2011.
- Paim JS. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA; 2006.
- Pereira LL, Santos LMP, Santos W, Oliveira A, Rattner D. Mais Médicos program: provision of medical doctors in rural, remote and socially vulnerable areas of Brazil, 2013-2014. *Rural Remote Health* 2016; 16(1):3616.
- Brasil. Tribunal de Contas da União. Relatório de auditoria. TC n.005.391/2014-8. Relator: Benjamin Zymler. 4 mar. 2015. [acessado 2016 mar 1]. Disponível em: http://portal3.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/imprensa/noticias/noticias_arquivos/005.391-2014-8%20Mais%20M%C3%A9dicos.pdf
- Silva S, Santos LMP. Estudo das Ações Diretas de Inconstitucionalidade do Programa Mais Médicos. *Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.* 2015; 4(2):68-82.
- Morais I, Alkmin D, Lopes J, Santos M, Leonel M, Santos R, Rosa W, Mendonça A, Sousa M. Jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o Programa Mais Médicos? *Rev. esc. enferm. USP* 2014; 48(Spec. 2):107-115.
- Brasil. Agência Brasil de Comunicação. Apoio da população ao programa Mais Médicos alcança 84,3% na pesquisa CNT. 2013. [acessado 2016 mar 1]. Disponível em: <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-11-07/apoio-da-populacao-ao-programa-mais-medicos-alcanca-843-na-pesquisa-cnt>
- Scheffer M, Biancarelli A, Cassenote A. *Demografia Médica no Brasil 2015*. São Paulo: DMPUSP, Cremespe, CFM; 2015.

Artigo apresentado em 03/03/2016

Aprovado em 24/06/2016

Versão final apresentada em 26/06/2016

PROJECT REPORT

Mais Médicos program: provision of medical doctors in rural, remote and socially vulnerable areas of Brazil, 2013–2014

LL Pereira, LMP Santos, W Santos, A Oliveira, D Ratner

Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Brasília

Submitted: 2 June 2015; Revised: 11 February 2016; Accepted: 19 February 2016; Published: 29 March 2016

Pereira LL, Santos LMP, Santos W, Oliveira A, Ratner D

**Mais Médicos program: provision of medical doctors in rural, remote and socially vulnerable areas of Brazil,
2013–2014**

Rural and Remote Health 16: 3616. (Online) 2016

Available: <http://www.rrh.org.au>

ABSTRACT

Introduction: The Mais Médicos program was introduced in 2013 with the aim of reducing the shortage of doctors in priority regions and diminishing regional inequalities in health. One of the strategies has been to offer 3-year contracts for doctors to work in primary healthcare services in small towns, inland, rural, remote, and socially vulnerable areas. This report describes the program's implementation and the allocation of doctors to these target areas in 2014.

Methods: To describe the provision of doctors in the first year of implementation, we compared the doctor-to-population ratio in the 5570 municipalities of Brazil before and after the program, based on the Federal Board of Medicine database (2013), and the official dataset provided by the Ministry of Health (2014).

Results: In its first public call (July 2013) 3511 municipalities joined the Mais Médicos program, requesting a total of 15 460 doctors; although the program prioritizes the recruitment of Brazilians, only 1096 nationals enrolled and were hired, together with 522 foreign doctors. As a consequence, an international cooperation agreement was set in place to recruit Cuban doctors. In 12 months the program recruited 14 462 doctors: 79.0% Cubans, 15.9% Brazilians and 5.1% of other nationalities, covering 93.5% of the doctors demanded; they were assigned to all the 3785 municipalities enrolled. The study reveals a major decrease in the number of municipalities with fewer than 0.1 doctors per thousand inhabitants, which dropped from 374 in 2013 to 95 in 2014 (75% reduction). Of the total, 294 doctors were sent to work in the country's 34 Indigenous Health Districts (100% coverage) and 3390 doctors were deployed in municipalities containing certified rural maroon communities (formed centuries ago by runaway slaves). After 1 year of implementation, the municipalities with maroon communities with less than 0.1 doctors per



thousand inhabitants were reduced by 87% in the poorest north region. More than 30% of municipalities with maroon communities in the richest regions had more than 1.0 doctors per thousand inhabitants, whereas in the poorest regions fewer than 7% of municipalities reached that level.

Conclusions: The Mais Médicos program has granted medical assistance to these historically overlooked populations. However, it is important to evaluate the mid- and long-term sustainability of this initiative.

Key words: Brazil, doctors, indigenous population, maroon communities, primary healthcare.

Introduction

Tackling health inequalities is a global challenge. Around half the world's population live in rural and/or remote areas, but only 38% of these have access to nurses, while the supply of doctors is lower and more patchy¹.

To address the problem of the unequal geographical distribution of health workers, several countries have adopted specific policies designed to attract and retain these professionals, doctors included, in rural and/or remote areas. International experience shows that access to and uptake of health services is dependent on health equity strategies, whereby efforts are made to recruit and retain professionals in more vulnerable areas to provide their populations with health care¹⁻⁴.

Maciel Filho⁵ has reported on government initiatives from some countries to boost the recruitment and retention of doctors in areas that are far from big cities and/or hard to access. Colombia, Peru, Costa Rica, Mexico, and Ecuador have all introduced compulsory social service. In Colombia in particular, universities are important actors in this process, since the new university curriculum has made this social service – better known as 'the rural year' (*el año rural*) – a prerequisite for obtaining a medical license.

Mexico's work in this field is more consolidated, because Mexico first introduced this social service in 1945, via rural cooperatives. For would-be doctors to obtain their license, they must first spend 12 months at a designated location. Meanwhile, in Chile, medical career paths are established according to the specific features of the

target areas, such as their geographical distance and risks, and the physical and financial infrastructure available for the work, while also providing professional development opportunities. In Australia, scholarships are available for students of medicine willing to gain experience at rural or remote locations^{5,6}.

The form these measures take can be more incentive-oriented or more coercive in nature, covering regulations, education, selection, and financial support^{1,2}. Most of them are aligned with WHO's recommendations to improve the retention of health workers in rural and remote areas⁷.

The reality around the world is that there are disparities in healthcare, shortages of health workers, and a poor distribution of the existing workforce. Recognizing this fact, many countries are developing joint strategies to assure equitable health care based on global perspectives on health^{8,9}. One of the strategies being pursued is the organized migration of health workers from countries with more health professionals to those with a shortage^{10,11}.

A notable case in Latin America was Venezuela's Inside the Neighborhood Mission (*Misión Barrio Adentro*), a program created in 2003 to strengthen primary health care in cooperation with Cuba. Thanks to this program, primary healthcare coverage has been expanded, with the training and deployment of health teams made up of doctors, nurses, dentists, and other professionals. It has also served to decentralize the offer of health services and foster their uptake by the population¹²⁻¹⁴.

Wilson et al (2009)² have argued that more detailed research is needed to assess programs where foreign doctors are



recruited to cover shortfalls in given areas. Although such initiatives may alleviate the problems in the short term, the terms of the international agreements must be considered, as well as language issues, cultural barriers, ethical issues, and the experience of doctors and service users.

In Brazil, the challenge of providing a proportionate offer of health professionals, especially doctors, throughout the country has been addressed in a number of government interventions^{5,15}. According to Maciel Filho⁵, the country's efforts to attract and retain health workers to its inland regions; small and mid-sized municipalities; and rural, remote, hard-to-access, and socially vulnerable areas date back to the 1960s.

Basically, two key initiatives have been taken in Brazil this century. The first was the Inland Health Care Program (*Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde*), which ran from 2001 to 2004. Its aim was to foster primary health care through the Family Health Program, improving the distribution and training of doctors and nurses in order to assure their presence in municipalities in inland parts of the country, which are often poor and remote. Unfortunately, only 469 doctors were provided through the program⁵. The other government initiative is the Valuing Primary Healthcare Program (*Programa de Valorização da Atenção Básica*, PROVAB), introduced by Inter-Ministerial Directive 2087 on 1 September 2011, with the aim of getting doctors, nurses, dentists, and other health workers to spend a year working in primary health care in areas with a shortage of these professionals. Newly graduated doctors receive a monthly stipend and potentially an extra 10% on their grade in their medical residency exam. Although it has helped attract doctors to remote areas, PROVAB has failed to attain the numbers necessary to meet the needs of the target municipalities because of the limited interest shown by medical professionals. In 2012, 4671 health professionals – doctors, nurses, and dentists – were selected as part of the PROVAB program. However, only 617 were actually hired, and only 381 of these were doctors. Most of them (67%) were deployed in the Northeast Region of the country¹⁶. In 2013, the program hired 3800 doctors, who were allocated in 1300 different municipalities¹⁷.

Until recently, the difficulty of attracting and retaining doctors and other health workers to remote/rural areas, areas far from big cities, and small municipalities remained. This has hampered the supply of health services and thereby entrenched the inequitable access to health services by different portions of the population. Several studies have identified a marked inequality between different regions of Brazil when it comes to access to health services^{18,19}.

There is a marked disparity in the concentration of doctors in different regions and states, and between state capitals and other parts of states²⁰. According to the Federal Board of Medicine (FBM) 'two of the major regions of the country are below the national rate: the North, with 1.01, and the Northeast, where there are 1.2 doctors per thousand inhabitants. The best placed region is the Southeast, with a ratio of 2.67, followed by the South, with 2.09, and the Central West, with 2.05' (p. 36)²¹. In other words, the South and Central West regions are the closest to the national average, while the North and Northeast regions have the fewest doctors per inhabitant; the best supplied region is the Southeast Region, where there are more doctors than the national average^{20,21}.

A study by Girardi²² to identify the shortage of primary healthcare doctors shows that the shortfall is far more marked in municipalities in the North Region of Brazil (the Amazon region). The study also shows significant disparities in the distribution of these professionals between state capitals and other parts of states.

This study focuses specifically on the provision of medical professionals in the remotest areas of Brazil inhabited by the most isolated peoples: indigenous groups and maroon communities. According to the 2010 census, the native Brazilian indigenous population comprises 517 383 people, occupying 505 indigenous reserves in forest and rural lands, covering 12.5% of the national territory. They belong to 250 ethnic groups and speak 274 different languages; about half of them live in the reserves in northern Brazil (Amazon region)²³. The indigenous health subsystem is organized into 34 Indigenous Health Districts (*Distritos Sanitários Especiais Indígenas*, DSEIs).



Throughout the Americas, when runaway slaves formed rural maroon communities, the places they chose were typically hard to access – normally remote and inhospitable²⁴. More than 3000 maroon communities are currently estimated to remain in Brazil. The first step for their official recognition is certification by the government agency *Fundação Cultural Palmares*, based on an anthropological report. In November 2014 there were 2431 certified maroon communities in 801 municipalities in Brazil²⁵. Both maroon communities and native indigenous populations live in very remote, often vulnerable rural settings with limited access to health services^{26,27}.

This report describes the implementation of the *Mais Médicos* program and maps out the provision of doctors in the country in 2014, comparing it with the corresponding data for 2013, focusing on their distribution in rural, remote, and socially vulnerable settings.

Methods

To analyze the implementation of the *Mais Médicos* program, we mapped out the provision of doctors in the country, comparing their supply per municipality in 2014 with the corresponding data for 2013. It was difficult to determine exactly how many doctors were working in each of the 5570 municipalities in July 2013, as there is no reliable baseline for the number of physicians in Brazil. We opted to use the information from the FBM published in February 2013²¹. The National Register of Health Establishments (*Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*, CNES) system was another potential source of data, but three main problems precluded its use:

- *Completeness of the databases*: the professionals themselves entered data into the FBM database, which had 415 206 doctors registered. The data on the CNES database are provided by the municipal health authorities. There were 315 965 doctors on the CNES database in June 2013. A plausible hypothesis is that the CNES data is out of date, as

there are no penalties for municipalities that fail to keep them updated.

- *Quality of information*: CNES is a complex information system that stores different types of administrative data on the national health system (*Sistema Único de Saúde*). The data are entered by employees working at the country's 5570 municipal health departments. The quality of the information varies greatly, as does the timeliness of updates. The data on the FBM database are entered by the doctors themselves, who are more likely to provide reliable information for their professional license.
- *Credibility and transparency for medical professionals*: by working with the FBM database, access to which was made available to us promptly upon request, we were able to ensure the transparency and credibility of the study results for medical professionals. While it is possible to access the CNES database from the Ministry of Health website, the procedures are complex and require multiple interpretations and decoding operations.

One limitation of the FBM database is the lack of precision in the determination of the number of doctors per municipality, since it classifies doctors by the mailing address they register. Another point is that the FBM does not provide data on every municipality, with the information gap being particularly marked in municipalities with a smaller population. In order to extrapolate the data for areas where none was available (28%), we imputed the regional medians (North, Northeast, Central West, Southeast, and South) for the different categories of municipality (<5000 inhabitants; 5001–10 000 inhabitants; 10 001–20 000 inhabitants; 20 001–50 000 inhabitants; >50 000 inhabitants). We used medians to prevent extreme values from biasing the data. When we plotted the trend line, we found that the imputed data hardly altered the distribution of the values for the states. Since the FBM data were published, five new municipalities have been created, to which we have assigned the same ratio of doctors per thousand inhabitants as were in the municipality of origin.



To prepare the maps, the ratio of one doctor per thousand inhabitants was taken as the parameter of reference, as set forth in Ministry of Health Directive 1101 of 2002²⁸. In the legends for the maps, the municipalities in the highest category (green) are the ones that have this or a higher doctor-to-population ratio. The municipalities marked red are in the lowest category, with less than 0.1 doctors per thousand inhabitants, which corresponds to one-tenth of the number recommended in the legislation. The computer program used to prepare the maps and legends was TabWin v3.6 (Datusus; <http://www.datusus.gov.br/tabwin>).

Ethics approval

The study was approved by the Research Ethics Board of the University of Brasilia (Parecer #399.461 – CAAE 21688313.9.0000.0030).

Results

Program implementation in priority areas

The Mais Médicos program was instituted by Provisional Measure 621 on 8 July 2013²⁹, and Law 12.871 of 22 October 2013³⁰. It introduced long- and short-term measures designed to cover shortfalls in the supply of doctors at primary healthcare units and to diminish regional inequalities in health.

In the short term, the program offers 3-year contracts to attract doctors to work in primary health care in municipalities in inland, rural, and remote areas, and the outskirts of big cities³¹. In its first public call (July 2013) 3511 municipalities applied to join the program, requesting a total of 15 460 doctors for the primary healthcare units. Although the program prioritizes the recruitment of Brazilian professionals, only 1096 doctors registered in Brazil enrolled and were hired, while another 522 places were taken by physicians who had trained abroad, together filling 10.5% of the vacancies. These doctors were sent to work in 579 municipalities, or 16.4% of the municipalities that originally requested doctors³². As a result, a technical cooperation agreement was signed with the Pan-American

Health Organization to create a partnership between Brazil and Cuba for positions not filled by Brazilian doctors to be taken by Cubans. The influx of doctors from Cuba and other countries has been strongly opposed by medical entities in Brazil, which have filed two injunctions, claiming it is unconstitutional³³.

The doctors enrolled under the program receive a monthly stipend paid by the Ministry of Health, while the municipality where they work is responsible for covering their food and housing costs, as well as any transportation costs they incur in exercising their professional activities. The contracts are for 3 years, and can be renewed for another 3 years.

Initially, the priority municipalities for participation in the program were ones that had 20% or more of their population living in extreme poverty, or were located in poor peripheral areas around big cities, or had more than 80 000 inhabitants and the lowest levels of public revenue per capita, or had Amerindians living in indigenous reserves (forest/rural) covered by DSEIs³¹. Subsequently, municipalities with other characteristics were included: those with a low or very low human development index, or situated in the semiarid region in the Northeast Region of the country, or in the North Region (remote areas of the Amazon), or in the Jequitinhonha, Mucuri, and Ribeira river valleys (areas of extreme poverty); municipalities with rural maroon communities or agrarian reform settlements were also made eligible^{34,35}. Table 1 shows the vulnerability profile of the 5570 Brazilian municipalities according to the above-mentioned criteria.

The long-term measures of the Mais Médicos program are geared towards improving the medical education in the country by increasing the supply of medical courses, as well as providing for more places on degree courses and medical residencies. By January 2015 almost 4400 new places had been created on medical courses – 1400 at public institutions and 3000 at private ones – while 39 municipalities had been selected to host new medical schools³⁶. In parallel, there are also investments in infrastructure, with the primary healthcare units at all the participating municipalities receiving new equipment and refurbishments.



Table 1: Distribution of municipalities and participation in the Mais Médicos program, according to the profiles of vulnerability defined in the regulations for the program, Brazil, 2013–2014

Profiles established in the program norms	Municipalities included in the program and number of doctors provided			
	Number of municipalities	Municipalities in the program	Proportion in the program (%)	Number of doctors provided
Municipalities with 20% or more of the population in extreme poverty	1708	1334	78.1	4261
Municipalities with other kinds of vulnerable population [†]	734	548	74.7	1785
Indigenous Health Districts (<i>Distritos Sanitários Especiais Indígenas</i>) [‡]	(34)	(34)	100.0	294
State Capitals (poor peripheral areas)	27	26	96.3	1483
Metropolitan regions (poor peripheral areas)	509	376	73.9	2280
Municipalities with low revenue and population of more than 80 000 (G100) [§]	98	93	94.9	1193
Other localities	2494	1408	56.5	3166
Total	5570	3785	68.0	14 462

[†]Low/very low human development index; North (remote areas of the Amazon with a shortage of doctors); semi-arid region; Jequitinhonha, Mucuri, and Ribeira river valleys (very poor areas); rural maroon communities; population of agrarian reform settlements

[‡]These include several municipalities (shown in brackets) already included in the program by other criteria, so they are not added to the total number of municipalities; however, the number of doctors provided is added

[§]Group of 100 large, poor municipalities with the lowest public revenues per capita and high social vulnerability (G100)

Mapping the provision of doctors for rural, remote, and socially vulnerable areas

In the 12-month period from July 2013 to July 2014, there were five separate public calls for doctors to join the program, which attracted a total of 14 462 professionals, corresponding to 93.5% of the doctors demanded; all the 3785 participating municipalities (68.0% of the total) received doctors (Table 1). According to the data analyzed for this report, 1846 (12.8%) were Brazilians who trained in Brazil and were registered with the FBM; 456 (3.1%) were Brazilians who had trained abroad and were not registered in the country; 11 429 (79.0%) were from the technical cooperation agreement with Cuba, and 731 (5.1%) were foreigners of other nationalities, mainly Venezuelans and Argentines. All the doctors who earned their degrees abroad received a Ministry of Health Registration number (*Registro do Ministério da Saúde*) to work in primary health care in a specific municipality for the 36-month duration of the program.

The professionals from the program were deployed in areas identified as having a shortage of doctors, namely rural and remote

areas far from big cities, areas with traditional indigenous, river-dependent, and maroon communities, and socially vulnerable urban areas. Table 1 shows the 3785 municipalities that are covered by the program and their vulnerability profiles. Each of the 34 DSEIs includes several municipalities already listed in the program under another profile, so they were not added to the total of municipalities, but the number of doctors allocated to the DSEIs was added. Most of the municipalities included in the program (more than 70%) fitted into at least one of the priority profiles, but more than half of the 'Other localities' were also included.

If we compare the doctor-to-inhabitant ratio per municipality before and after the Mais Médicos program, we can see that in the February 2013 baseline, there was a marked concentration of doctors in the South, Southeast, and Central West regions (Fig1). There were 374 municipalities, mostly in the North and Northeast regions, that had fewer than 0.1 doctors per thousand inhabitants, which is ten times lower than the ratio established by the Ministry of Health²².

When we analyzed the scenario 12 months after the introduction of Mais Médicos, we found a significant increase in the supply of



doctors in the target municipalities (Fig2), especially in the most critical regions. More than 80% of the municipalities in the North and around 73% of the municipalities in the Northeast – the two regions with the most critical shortage of medical professionals – received doctors from the program. The number of municipalities with fewer than 0.1 doctors per thousand inhabitants decreased from 374 to 95, which represents a 75% reduction. Eighty-one of the 95 municipalities remaining in the lowest category (85%) did not enroll for the program. The increase in the ratio of doctors per inhabitant in areas with a scarcity of such professionals has helped counterbalance the inequality of access to health care, one of the objectives of the legislation.

A total of 294 doctors were deployed to cover all the 34 DSEIs included in the program (100%). We calculated a ratio of 0.45 doctors per thousand indigenous people for this population group, but with significant differences between different DSEIs. The most highly populated was found to have 0.04 doctors per thousand inhabitants, while the least populated had 2.02. These values are only for the doctors from the 'Mais Médicos program' serving the indigenous people registered in a national database called the Indigenous Healthcare Information System (*Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena*); there were no data available on the number of doctors serving in DSEIs before the program³⁷.

Table 2 shows the distribution of municipalities with certified maroon communities, by region and number of doctors provided. The 801 municipalities in question received 3390 new doctors thanks to this program – around 23% of the total. Before Mais Médicos, there were already no municipalities with maroon communities in the Central West or South regions with fewer than 0.1 doctors per thousand inhabitants. By the end of the period under study, there was a significant decrease in the number of municipalities with maroon communities with fewer than 0.1 doctors per thousand inhabitants, with the largest drop occurring in the North Region: from 18.3% to 2.4% municipalities (decrease of 87%).

In 2014, more than 30% of the municipalities with maroon communities in the richest regions (Southeast, South and Central West) had more than one doctor per thousand inhabitants,

whereas in the North and Northeast fewer than 7% of the municipalities reached that goal. Essentially, although regional inequalities have decreased, they have not been eliminated.

Discussion

The strategies adopted by the Brazilian government since the 1960s have not been successful in spreading the supply of healthcare services inland or achieving a more equitable distribution of health workers, especially doctors, as evidenced by the data available until 2013.

Dolea et al and Wilson et al have undertaken critical reviews of the development of international interventions in recent years. They warn that although coercive strategies may relieve the recruitment problem in the short run, there is no evidence of the sustainability of their positive results over time. They add that doctors who do a residency in family health and gain experience in rural areas are more likely to work in these areas after graduating^{1,2}.

Some studies^{1-3,38} have identified the factors that health professionals see as hampering and/or preventing their staying in rural areas, which include academic isolation, lack of local support, poor physical or limited infrastructure at the healthcare units, limited employment opportunities for their spouse/partner, family issues such as lifestyle options and access to educational and leisure services, and poor housing.

Another finding of some studies^{1,2} is that the inclusion of rural residencies in medical school curricula and the provision of grants for doctors to work in rural areas can effectively contribute to the retention of doctors in these areas. The origin of medical professionals also has an influence: doctors originally from rural and/or inland parts are often more inclined to work in such areas. One of the Mais Médicos program actions promotes profound changes in medical education: new medical schools were created in smaller interior towns and precocious insertion of students into primary health care in poor areas is mandatory³⁹.



Table 2: Distribution of municipalities with certified maroon communities according to the region and the doctor-to-inhabitant ratio before and after the Mais Médicos program, Brazil, 2013–2014

	Municipalities with maroon communities certified by Fundação Cultural Palmares and doctors provided											
	Central West		Northeast		North		Southeast		South		Brazil	
Municipalities with maroon communities (<i>n</i>) [†]	82		435		53		142		89		801	
Municipalities with maroon communities that joined Mais Médicos (<i>n</i> (%))	67 (81%)		353 (81%)		43 (81%)		108 (76%)		76 (85%)		647 (80%)	
Doctors provided by Mais Médicos (<i>n</i>)	293		1535		341		653		568		3390	
Doctors per 1000 inhabitants [‡]	Municipalities with maroon communities according to the region and the doctor-to-population ratio											
	Central West		Northeast		North		Southeast		South		Brazil	
	Before (%) [§]	After (%) [‡]	Before (%) [§]	After (%) [‡]	Before (%) [§]	After (%) [‡]	Before (%) [§]	After (%) [‡]	Before (%) [§]	After (%) [‡]	Before (%) [§]	After (%) [‡]
<0.1	0.0	0.0	17.2	4.4	18.3	2.4	2.8	0.7	0.0	0.0	11.7	2.7
≥0.1 and <0.4	39.6	18.9	65.3	59.3	56.1	52.4	28.2	19.0	25.8	12.4	51.7	43.6
≥0.4 and <0.7	30.2	30.2	9.0	23.7	18.3	30.5	28.2	28.9	31.5	28.1	17.2	26.2
≥0.7 and <1.0	7.5	20.8	3.7	6.9	3.7	8.5	13.4	21.1	15.7	28.1	7.0	12.9
≥1.0	22.6	30.2	4.8	5.7	3.7	6.1	27.5	30.3	27.0	31.5	12.4	14.6

[†]Communities certified by Fundação Cultural Palmares by August 2014. Available at <http://www.palmares.gov.br>. Accessed 18 November 2014

[‡]Ministry of Health Directive 1101 of 2002 sets the minimum doctor-to-population ratio at one doctor per thousand inhabitants

[§]Number of doctors per thousand inhabitants before the Mais Médicos program

[‡]Number of doctors per thousand inhabitants after the Mais Médicos program

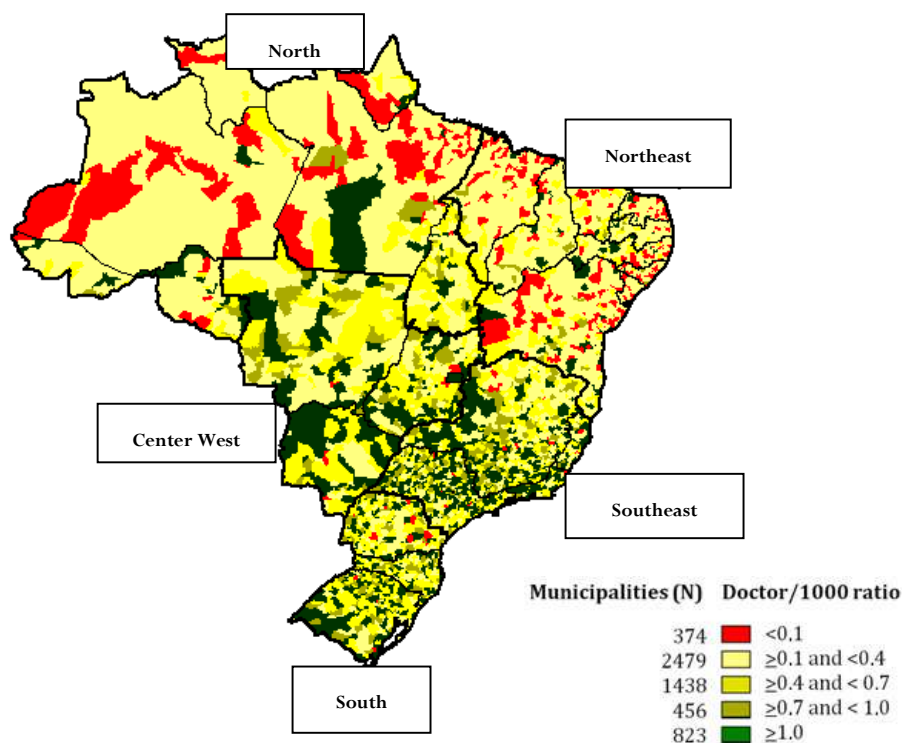


Figure 1: Distribution of municipalities according to the number of doctors per thousand inhabitants prior to the Mais Médicos program, Brazil, 2013.

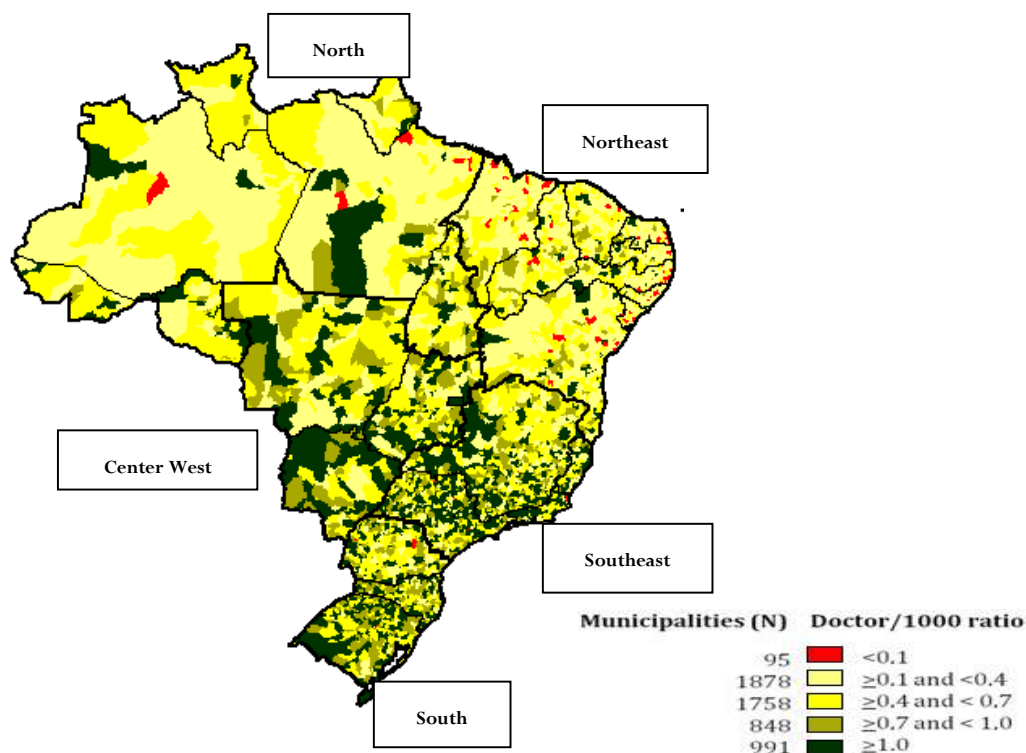


Figure 2: Distribution of municipalities according to the number of doctors per thousand inhabitants after the Mais Médicos program, Brazil, 2014.

One limitation of this study is the fact that it analyzes secondary data, and is therefore unable to assess the aspects that may impinge on the retention of professionals in places where they are assigned to work under the Mais Médicos program. Undergoing projects and future studies based on primary data to investigate the retention of doctors in rural areas of Brazil could fill this gap.

This study analyzes the introduction of the Mais Médicos program in Brazil by mapping out the distribution of doctors in the country, demonstrating that when it comes to rural and remote areas, two priority target groups – indigenous groups (DSEIs) and maroon communities – have particularly benefitted from the deployment of new doctors. These populations live in very remote, often vulnerable rural settings with limited access to health services^{26,27}.

Based on the data presented here, we can state that the Mais Médicos program has provided greater access to health services by population groups that have traditionally been deprived of such services, thanks to the government strategy to provide a more equitable supply of primary healthcare services.

Conclusions

This initial analysis shows that the Mais Médicos program has achieved positive indicators in the short term, assuring the presence of doctors in primary healthcare teams in rural, remote, hard-to-access, and socially and economically vulnerable areas. However, substitution of the currently working foreign professionals with doctors newly graduated from Brazilian schools of medicine under new curriculum guidelines and a more systematic integration with the public



health system are targets yet to be attained in the mid- and long term. Currently, the professionals are working under 3-year contracts, renewable for a further 3 years, but there is no guarantee that these will be renewed. It is therefore important to discuss the sustainability of this government initiative, meaning continued coverage for population groups that have historically been overlooked.

Acknowledgements

This research project was funded by the Brazilian National Research Council (CNPq) and the Science and Technology Department (DECIT) under Public Call no. 41/2013, protocol 405103/2013-1, coordinated by Dr Leonor Maria Pacheco Santos (University of Brasilia). The authors are grateful to Professor Sandra Maria Chaves dos Santos (Federal University of Bahia) and Professor Mauro Niskier Sanchez (University of Brasilia), who collaborated in the project preparation for grant application.

References

1. Dolea C, Stormont L, Braichet JM. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bulletin of the World Health Organization* 2010; **88**: 379-385.
2. Wilson NW, Couper ID, De Vries E, Reid S, Fish T, Marais BJ. A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. *Rural and Remote Health* (Internet) 2009; **9**: 1060. Available: www.rrh.org.au (Accessed 18 December 2015).
3. Strasser R, Neusy AJ. Context counts: training health workers in and for rural and remote areas. *Bulletin of the World Health Organization* 2010; **88**(10): 777-782.
4. Huicho L, Dieleman M, Campbell J, Codjia L, Balabanova D, Dussault G, et al. Increasing access to health workers in underserved areas: a conceptual framework for measuring results. *Bulletin of the World Health Organization* 2010; **88**(5): 357-363.
5. Maciel Filho R. *Estratégias para Distribuição e Fixação de Médicos em Sistemas Nacionais de Saúde*. (Tese de Doutorado em Política, Planejamento e Administração em Saúde). Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social e Preventiva, 2007.
6. Carvalho MS. *Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica: um olhar implicado sobre sua implantação*. (Dissertação de Mestrado). Brasília: Universidade de Brasília, Pós Graduação em Saúde Coletiva, 2013.
7. Rourke J. WHO recommendations to improve retention of rural and remote health workers – important for all countries. *Rural and Remote Health* (Internet) 2010; **10**: 1654. Available: www.rrh.org.au (Accessed 19 December 2015).
8. Forcier MB, Simoens S, Giuffrida A. Impact, regulation and health policy implications of physician migration in OECD countries. *Human Resources for Health* (Internet) 2004; **2**: 12. Available: <http://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-2-12> (Accessed 21 December 2015).
9. Miguelote VRS, Fortes MT, Fagundes M, Varella TC. Distribuição da Força de Trabalho: equidade e negociação. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 2008; **18**(2): 317-338.
10. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*; 2010; **376**: 1923-1958.
11. Scheffler RM, Liu JX, Kinfu Y, Dal Poz MR. Forecasting the global shortage of physicians: an economic- and needs-based approach. *Bulletin of the World Health Organization* 2008; **86**(7): 516-523.
12. Aguirre V. Barrio Adentro en Salud: un proyecto político y social de la República Bolivariana de Venezuela. *Salud Colectiva* (Internet) 2008; **4**(2): 221-238. Available: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652008000200011 (Accessed 22 December 2015).



13. Briggs CL, Mantini-Brigg C. 'Misión Barrio Adentro': Medicina Social, Movimientos Sociales de los Pobres y Nuevas Coaliciones en Venezuela. *Salud Colectiva* (Internet) 2007; **3(2)**: 159-176. Available: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652007000200005 (Accessed 22 December 2015).
14. Henrique F, Da Ros MA, Goronzi TA, Soares GB, Gama LA. Modelo de atenção primária à saúde na Venezuela, Misión Barrio Adentro I: 2003–2006. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2014; **12(2)**: 305-326.
15. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos STR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)* (Internet) 2015; **19(54)**: 623-634 Available: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000300623&script=sci_arttext (Accessed 5 March 2016).
16. Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? *Interface (Botucatu)* (Internet) 2013; **17(47)**: 913-926. Available: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000400012 (Accessed 17 December 2015).
17. Ministério da Saúde. *Pacto Nacional pela Saúde* (Internet) 2013. Available: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_nacional_saude_mais_medicos.pdf. (Accessed 18 December 2015).
18. Tomasi E, Fachini LA, Thumé E, Piccini RX, Osorio A, Silveira DS, et al. Características da utilização de serviços de atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Ciência e Saúde Coletiva* 2011; **16(11)**: 4395-4404.
19. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. *A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades*. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro. (Internet) 2009; **44**: 13-24. Available: http://www.cnts.org.br/public/arquivos/Artigo_Campos.pdf (Accessed 3 January 2016).
20. Nogueira RP. Mercado de trabajo en salud. Conceptos y medidas. *Educación Médica y Salud* (Internet) 1986; **20(4)**: 524-532. Available: <http://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/pah-16631> (Accessed 28 December 2015).
21. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. CREMESP, *Demografia Médica no Brasil*, v. 2/Coordenação de Mário Scheffer; Equipe de pesquisa: Alex Cassenote, Aureliano Biancarelli. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013.
22. Girardi S. *Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde*. Estação de Pesquisa Sinais de Mercado. Núcleo de Saúde da Comunidade. (Internet) 2010; Available: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2443.pdf> (Accessed 22 December 2015).
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2010: Características Gerais dos Indígenas – Resultados do Universo* (Internet) 2010. Available: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/95/cd_2010_indigenas_universo.pdf (Accessed 12 January 2016).
24. Price R. *Maroon societies: rebel slave communities in the Americas*. (Internet) 1979. Available: http://www.folklife.si.edu/resources/maroon/educational_guide/23.htm (Accessed 5 March 2016).
25. Ministério da Cultura. *Quadro Geral de Comunidades remanescentes de quilombos* (Internet) 2014. Available: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/crqs/lista-das-crqs-certificadas-ate-27-11-2014.pdf> (Accessed 18 February 2015).
26. Oliveira SKM, Silveira JCS, Pereira MM, Freitas DA. Saúde em comunidade rural quilombola: relato de experiência sob o prisma dos atributos da atenção primária à saúde. *Motricidade* (Internet) 2012; **8(2)**: 83-88. Available: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273023568011> (Accessed 8 January 2016).
27. Garnelo L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: L Garnelo, *Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: MEC-SECADI, 2012.
28. Ministério da Saúde. *Portaria Ministerial n.º 1101/GM, de 12 de junho de 2002. Dispõe sobre os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS*. Brasília: Diário Oficial da União, 13 July 2002; section 1:36.



29. Presidência da República. *Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013 (a). Institui o 'Programa Mais Médicos' e dá outras providências.* Brasília: Diário Oficial da União, 9 July 2013; section 3.
30. Presidência da República. *Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013(b). Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências.* (Internet) 2013. Available: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm (Accessed 2 January 2016).
31. Ministério da Saúde. *Portaria Interministerial No 1.369, de 8 de Julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do 'Projeto Mais Médicos para o Brasil.* Brasília: Diário Oficial União, 9 July 2013; section 1:49.
32. Portal da Saúde. *Mais Médicos: 1.618 profissionais confirmam participação na primeira seleção do programa.* (Internet) 2013. Available: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/noticias-anteriores-agencia-saude/5297-mais-medicos-1-618-profissionais-confirmam-participacao-na-primeira-selecao-do-programa> (Accessed 6 January 2016).
33. Supremo Tribunal Federal. *Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 5.035.* (Internet) 2013. Available: <http://www.stf.jus.br/portal/peticaoInicial/verPeticaoInicial.asp?base=ADIN&s1=m%E9dico&processo=5035> (Accessed 20 January 2016).
34. Ministério da Saúde. *Edital No 22, de 31 de Março de 2014. Dispõe sobre a Adesão de municípios no Projeto Mais Médicos para o Brasil.* Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Brasília: Diário Oficial União, 1 April 2014; section 3:140.
35. Ministério da Saúde. *Edital No 01, de 15 de Janeiro de 2015. Dispõe sobre a Adesão de municípios no Projeto Mais Médicos para o Brasil.* Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Brasília: Diário Oficial União, 16 January 2015; section 3:120.
36. Universidade Aberta do SUS. *Mais Médicos; abertas inscrições de propostas para novos cursos de medicina.* (Internet) 2015. Available: <http://www.unasus.gov.br/noticia/mais-medicos-abertas-inscricoes-de-propostas-para-novos-cursos-de-medicina> (Accessed 18 January 2016).
37. Ministério da Saúde. *Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena. Relatório de dados populacionais de 2013, por DSEI.* Available: <http://zip.net/bvqXhj> (Accessed 27 January 2016).
38. Perpétuo IHO, Oliveira AC, Ribeiro MM, Rodrigues RB. *A categoria profissional dos médicos: fatores condicionantes da sua atração e fixação na Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais.* (Internet) 2009. Available: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3065.pdf> (Accessed 17 December 2015).
39. Costa AM, Girardi SN, Rocha VXM, Almeida ER, Santos LMP. *Mais (e melhores) Médicos. Tempus, Actas de Saúde Coletiva* (Internet) 2015; **9(4)**: 175-181. Available: <http://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1810>. (Accessed 5 March 2016).

Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos

Evaluation of user satisfaction and service responsiveness in municipalities enrolled in the *Mais Médicos* (More Doctors) Program

Yamila Comes¹
Josélia de Souza Trindade¹
Helena Eri Shimizu¹
Edgar Merchan Hamann¹
Florença Bargioni¹
Loana Ramirez¹
Mauro Niskier Sanchez¹
Leonor Maria Pacheco Santos¹

Abstract The Mais Médicos (More Doctors) Program (PMM) addresses shortages of doctors, one of whose objectives is to reduce regional inequalities in access to health care. This descriptive cross-sectional study evaluated service responsiveness and user satisfaction with PMM doctors among 263 users of the public health system in 32 municipalities with 20% or more of extreme poverty. Questionnaires of open and closed questions were used. Users were satisfied with patient-doctor relationships, information about diseases and treatment and the clarity and comprehensibility of medical indications. The doctors' technical and humanised conduct helped ensure satisfaction among users, who stressed the importance of the programme's continuance. As regards responsiveness, most users were pleased with the non-medical aspects of care: prompt scheduling of appointments, waiting times of less than one hour and privacy. Users suggested improving infrastructure and making more medicines and more doctors available, which should be considered by SUS managers to help ensure access to the right to health guaranteed in Brazil's constitution.

Key words Distribution of doctors, Primary health care, Patient satisfaction, Health care quality, access, and evaluation

Resumo A finalidade do Programa Mais Médicos é diminuir a carência de médicos e reduzir as desigualdades regionais no acesso à atenção à saúde. O estudo objetivou avaliar a satisfação dos usuários com os médicos do Programa e a responsividade destes serviços de saúde. Estudo transversal descritivo realizado em 32 municípios com 20% ou mais de extrema pobreza com 263 usuários dos serviços de saúde. Aplicou-se um questionário estruturado com perguntas abertas e fechadas. Os usuários expressaram satisfação quanto ao atendimento médico, às informações recebidas sobre a doença e o tratamento, e a clareza e a compreensão das indicações. O bom desempenho técnico e humanizado dos médicos contribuiu para a satisfação dos usuários que ressaltaram a importância da continuidade do programa. Na dimensão responsividade, a maioria dos usuários externou contentamento quanto aos aspectos não médicos do cuidado: rapidez no agendamento, tempo de espera inferior a uma hora e privacidade. As sugestões dos usuários de melhorias na infraestrutura, maior disponibilidade de medicamentos e presença de mais médicos, devem ser consideradas pelos gestores do Sistema Único de Saúde para avançar na garantia do direito constitucional de acesso à saúde no Brasil.

Palavras-chave Distribuição de médicos, Atenção Primária à Saúde, Qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde, Satisfação dos usuários

¹ Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte. 70510-900 Brasília DF Brasil. ycomes@gmail.com

Introdução

As desigualdades na distribuição de médicos têm sido um problema em muitos países do mundo, inclusive no Brasil. Até 2013, estudos evidenciavam desigualdades entre os habitantes das regiões brasileiras no que diz respeito ao acesso aos cuidados médicos. O Índice de Escassez de Profissionais de Saúde na Atenção Primária, desenvolvido pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, demonstrou que a escassez grave de médicos atingia sobremaneira as populações das regiões Norte e Nordeste; as iniquidades também eram notáveis ao comparar a densidade de médicos nas capitais e no interior dos estados^{1,2}.

Um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) é a equidade e este princípio tende a compensar as desigualdades injustas, evitáveis e desnecessárias³. Neste caso, a desigual distribuição dos médicos aprofunda a iniquidade e, portanto, precisa ser revertida.

O Programa Mais Médicos (PMM) foi criado no ano de 2013 com a finalidade de dar uma resposta ao problema da falta de profissionais da medicina, especialmente em áreas rurais e remotas do Brasil. A agenda política iniciou a partir da manifestação pública da Frente Nacional de Prefeitos (FNP) que, em 4 de fevereiro de 2013, liderou um movimento denominado *Cadê o médico?* e organizou uma petição por mais médicos no SUS, demandando resposta do Governo Federal; a frente reivindicou a adoção imediata das medidas necessárias para a contratação de médicos formados em outros países⁴. Em junho do mesmo ano manifestações populares reivindicaram melhorias nos serviços públicos, sobretudo de educação e saúde⁵.

O Ministério da Saúde já havia identificado que a média nacional de médicos por 1.000 habitantes era abaixo da necessária para o país, que demandava maior quantidade destes profissionais em diversas regiões. As regiões Norte e Nordeste eram as mais desfavorecidas nessa distribuição de médicos, com parte dos estados e municípios chegando a ter muito menos do que um médico por mil habitantes⁶.

O Programa Mais Médicos (PMM) foi instituído em 8 de julho de 2013. Para receber prioritariamente médicos do programa, os Municípios deviam apresentar pelo menos uma das seguintes características: 20% ou mais da população em extrema pobreza; ser um município com mais de 80.000 habitantes e com baixo nível socioeconômico; e/ou ser uma Capital ou região metropolitana na qual existem setores censitários com alto

percentual de população em extrema pobreza. As vagas destinadas a médicos para atuar em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) também foram priorizadas.

Para o ingresso ao PMM, o governo publicou Editais a fim de dar prioridade aos médicos brasileiros com título validado no país. Em segundo lugar, foi dada prioridade aos médicos brasileiros formados em universidades estrangeiras e com habilitação para o exercício profissional no exterior. Por último, foi dada a opção aos médicos estrangeiros com habilitação para o exercício da medicina no exterior.

Em julho de 2014 os dados oficiais do Ministério da Saúde registraram o deslocamento de 14.462 médicos em 3.785 municípios e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas. O provimento de médicos teve como propósito garantir o que seriam os princípios e as diretrizes do SUS, na tentativa de assegurar o direito à saúde para todos os brasileiros e tendo a atenção básica como porta de entrada do sistema. Desde a Conferência de Alma-Ata, a Atenção Primária à Saúde (APS) é entendida como central e organizadora dos sistemas de saúde integrando o processo de atenção com a promoção, a prevenção e a reabilitação⁷.

Macinko e Lima evidenciaram a associação da Estratégia Saúde da Família (ESF) com melhoria no acesso, uso e satisfação com os serviços de APS no Brasil⁸. A rápida expansão da ESF evidenciou a má distribuição dos médicos no território nacional, à qual o Brasil respondeu com o PMM. Essa medida foi recentemente reconhecida por artigo publicado no *The New England Journal of Medicine* como um dos maiores programas do governo brasileiro em resposta aos protestos sobre a necessidade de maior investimento público na área da saúde⁹.

Conceitos e definições sobre satisfação dos usuários

Neste trabalho, a *satisfação dos usuários* é enfocada como uma dimensão da qualidade da atenção. Segundo expressa Barbara Starfield¹⁰, o conceito de qualidade tem sido utilizado em sentido amplo como o *grau de satisfação com os serviços, os custos da atenção à saúde, as aptidões do pessoal sanitário, a segurança e a compatibilidade dos centros onde se prestam os serviços, a idoneidade da equipe para contribuir para um bom provisionamento de serviços*. Esta autora deixa explícito que a satisfação dos usuários com os serviços não é diretamente uma medida de qualidade assistencial, e sim uma medida indireta da quali-

dade, porque a satisfação poderia influenciar na busca de serviços, o que melhoraria a saúde das pessoas.

Donabedian¹¹ define a satisfação como uma medida de resultado da interação entre o profissional da saúde e o paciente. O conceito de satisfação dos usuários ganhou relevância a partir dos anos 1960 acompanhando o desenvolvimento da *avaliação de serviços de saúde*¹². Destaca-se que a ideia da satisfação do paciente define-o como sujeito de práticas e coloca-o no lugar de poder valorizar certos atributos que são considerados importantes para a atenção. Esta valorização do relato do paciente outorga-lhe um lugar privilegiado como sujeito de direitos e fortalece, direta e indiretamente, a *cultura participativa*¹³.

Os estudos de satisfação dos usuários, usualmente incluem estratégias metodológicas quantitativas e qualitativas. Existe grande variedade de estudos com metodologias quantitativas e qualitativas sobre satisfação, cada qual com aspectos positivos e algumas limitações¹². Na literatura, o alto nível de satisfação encontrado a partir da aplicação de diferentes instrumentos de diversas tradições metodológicas, denominado como *sentimento de gratidão*¹⁴ ou *efeito de elevação das taxas de satisfação*¹², tem sido um dos aspectos mais destacados por pesquisadores para apontar limites e questionar a validade dos estudos de satisfação. Argumenta-se que o *gratitude bias* – sentimento de gratidão – pode dificultar uma visão mais crítica do atendimento¹⁴.

A responsividade dos serviços de saúde

Para prover qualidade, os serviços de saúde têm que ter bom desempenho, o que abrange respeitar as pessoas em todos os sentidos. Deve respeitar a confidencialidade dos dados clínicos, respeitar a dignidade, que inclui o trato humanizado e a autonomia do usuário para tomar decisões, e oferecer instalações e infraestrutura de qualidade. Este bom desempenho dos sistemas de saúde foi denominado de capacidade de resposta, ou responsividade, pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁵.

A partir de então a OMS incorpora o conceito de responsividade em complementação ao de satisfação dos usuários, utilizado desde a década de 1960. Satisfação foca nas distintas dimensões que envolvem o cuidado da saúde desde a relação médico-paciente até a qualidade do atendimento clínico e dos profissionais da saúde¹⁴. Em contraste, a responsividade é um conceito que se refere aos *aspectos não médicos do cuidado*. Este concei-

to se relaciona com o modo como os sistemas de saúde reconhecem e conseguem responder às expectativas dos indivíduos em relação aos aspectos não médicos do cuidado. A OMS introduz este conceito para se referir aos elementos não diretamente ligados ao estado de saúde, considerando que, além de promover e manter a saúde das pessoas, os sistemas de saúde devem tratar com dignidade, facilitar a participação nas decisões sobre os procedimentos médicos, incentivar a comunicação clara entre profissionais e usuários, além de garantir a confidencialidade dos dados médicos dos pacientes¹⁶.

Vaitsman e Andrade¹⁴ operacionalizam o conceito de responsividade com as seguintes variáveis: a qualidade das instalações; o acesso a redes de apoio social para os pacientes; a liberdade para escolher o serviço de saúde; e o respeito pelas pessoas, que abrange o respeito pela dignidade, o caráter confidencial da informação sobre a própria saúde, a autonomia para participar de decisões sobre a saúde e a orientação ao cliente, que incorpora a pronta atenção, com possibilidades de escolhas de acordo com as suas necessidades. As pesquisas sobre responsividade diferem das de satisfação dos usuários porque avaliam o sistema de saúde como um todo: os aspectos não médicos do cuidado e as percepções individuais sobre as expectativas universalmente legítimas dos usuários. Em contraste, nas pesquisas de satisfação, mais subjetivas, avalia-se o usuário e sua relação com os profissionais da saúde e trabalhadores, as interações clínicas dos usuários e profissionais e as necessidades percebidas individualmente¹⁴.

Para este estudo adotaram-se os aportes de Vaitsman e Andrade¹⁴. Consideraram-se os aspectos médicos do cuidado como parte da satisfação dos usuários e a responsividade incluiu os aspectos que deveriam ser garantidos por um sistema de saúde e que não estão relacionados ao cuidado direto, tais como o respeito por parte dos profissionais e trabalhadores do sistema, o tempo de espera, a limpeza e o conforto dos serviços de saúde¹⁵.

Metodologia

Objetivos, métodos, amostragem, coleta e análise dos dados

Trata-se de um estudo descritivo, sobre a satisfação dos usuários e a responsividade dos serviços em 32 municípios selecionados, participantes do Programa Mais Médicos. O critério

de seleção se deu a partir de municípios com 20% ou mais de extrema pobreza inscritos no primeiro ou segundo ciclo do PMM, com menos de cinco médicos atuando nele e com menos do que 0,50 médicos por 1.000 habitantes em junho de 2013. A seleção final foi aleatória por meio de partilha proporcional ao número de municípios com 20% ou mais de pobreza, inscritos no PMM por região e por UF. O processo resultou em 32 municípios de todas as regiões do Brasil, sendo: quatorze no Norte, doze no Nordeste, três no Sudeste, dois no Centro-Oeste e um no Sul.

Foi elaborado e pré-testado um questionário com perguntas abertas e outras fechadas, com base em um instrumento de avaliação de satisfação dos usuários e responsividade dos serviços já publicado¹³. As variáveis contidas no questionário correspondiam às seguintes dimensões da satisfação dos usuários: satisfação com o modo de agir do médico do PMM, satisfação com as informações prestadas, compreensão das explicações e índice geral de satisfação, medido por meio de uma escala hedônica facial. As variáveis correspondentes à responsividade foram: agilidade no agendamento da consulta, tempo de espera no dia da consulta, duração da consulta, privacidade, visitas domiciliares e sugestões para melhoria do PMM. Além disso, dados demográficos, condição social e escolaridade dos entrevistados foram coletados.

O trabalho de campo foi realizado entre os meses de novembro de 2014 e junho de 2015 mediante uma visita às unidades de saúde dos municípios selecionados. Foram abordados pacientes que se encontravam aguardando, ou no momento da sua saída da consulta médica. Foram aplicados 263 questionários em 50 Equipes de Saúde da Família dos 32 municípios.

A análise quantitativa foi realizada mediante procedimentos da estatística descritiva (média, mediana, moda e frequência) e foram cruzadas as variáveis do estudo com algumas variáveis sociais e demográficas. A análise das perguntas abertas do questionário foi feita mediante a técnica de análise de conteúdo. Alguns dos dados qualitativos foram representados na forma de nuvens de palavras empregando o software livre WORDLE.

Para categorização do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – Educação, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – Renda e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – Longevidade, foram utilizados critérios do Atlas Brasil¹⁷.

Esta análise faz parte da pesquisa *Avaliação da efetividade do Programa Mais Médicos na re-*

alização do direito universal à saúde e na consolidação das redes de serviços em saúde. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – CEP/FS-UNB.

Como limites do presente estudo pode-se destacar vieses metodológicos próprios da avaliação de serviços de saúde, quando esta se apoia apenas na subjetividade dos usuários. No entanto, o uso do instrumento para avaliação de responsividade foi capaz de reduzir parte da subjetividade da avaliação da qualidade dos serviços. Esta característica é inerente a este método por mensurar mais objetivamente o desempenho da atenção e tirar do usuário o julgamento de valor que pode ser variável, diante de situações semelhantes. Ainda assim, algum tipo de viés pode ter ocorrido. Um importante aspecto refere-se ao fenômeno que alguns estudiosos chamam de “paradoxo da satisfação”¹⁸, que diz respeito ao viés de percepção quando, apesar dos serviços de saúde apresentarem vários problemas estruturais, organizacionais e de acesso, os usuários expressam grau elevado de satisfação. Neste estudo, esse tipo de viés – *gratitude bias* ou sentimento de gratidão – pode estar relacionado à possibilidade de acesso aos serviços de saúde proporcionada pelo PMM a populações antes totalmente excluídas do sistema, ou até mesmo esquecidas por viverem em áreas remotas e de difícil acesso.

Resultados

Caracterização dos municípios

Os 32 municípios selecionados tinham entre 4.000 e 50.000 habitantes (média = 14.500; mediana 11.200 habitantes). O IDHM variou entre 0,496 e 0,643 (média = 0,576; mediana 0,572), sendo considerado, em geral, como baixo. Na distribuição dos municípios segundo o IDHM, foi verificado que apenas um dos municípios encontra-se com um IDHM categorizado como muito baixo, 22 deles com IDHM considerado baixo e nove com IDHM médio. O IDHM-Educação variou entre 0,317 e 0,550 (média = 0,454; mediana = 0,440), sendo esses valores considerados muito baixos para todos os municípios selecionados. No que diz respeito ao IDHM-Renda, os municípios apresentam valores entre 0,470 e 0,658, classificados como muito baixo e médio (mediana 0,553 e média 0,549). Quanto ao IDHM Longevidade, nos municípios selecionados observa-se um intervalo entre 68,4 e 75,8 anos a esperança de vida

ao nascer (média = 71; mediana = 70,8 anos).

Considerando os critérios de seleção da amostra, de fato foram incluídos municípios vulneráveis, remotos e distantes das capitais. Em campo constatou-se a presença de 49 médicos do PMM nos 32 municípios, sendo 47 cubanos e dois brasileiros.

Participaram do estudo 263 usuários do SUS, sendo que a maioria era do sexo feminino (214; 81,4%) com idade média de 61 anos e mediana de 37 anos, sendo a mínima 14 e a máxima 94 anos. A raça/cor predominante foi parda (138; 52,2%), seguida de branca (46; 17,5) e negra (32; 12,2%). O nível de escolaridade demonstrou ser bastante baixo, com preponderância de ensino fundamental incompleto (97 casos; 37,5%), seguido do ensino médio completo (63 casos; 24%). Contudo, a maioria das pessoas (215; 83%) referiu ter boa capacidade para leitura de um texto ou jornal. Em relação à ocupação, constatou-se número relevante de trabalhadoras do campo (48; 18,5 %), do lar (48; 18,5%), servidor público (32; 12,3%) e empregadas domésticas (19; 7,3%).

A satisfação dos usuários do programa Mais Médicos

A satisfação dos usuários foi em geral elevada (Tabela 1). Mais especificamente no que concerne ao atendimento médico e à relação médico-paciente, a grande maioria dos usuários (98,1%) considerou que o médico ouviu atentamente todas as suas queixas e 95,8% dos participantes expressaram que receberam todas as informações necessárias. Ademais, 93,5% dos usuários afirmaram que receberam todas as informações sobre o tratamento e 87,7% disseram que compreenderam as orientações que deveriam seguir.

Ainda que a grande maioria tenha compreendido as orientações recebidas, a comunicação com o médico estrangeiro, cubano, que fala o espanhol, foi avaliada como parcialmente difícil: 57,5% dos usuários entrevistados afirmaram alguma dificuldade para compreender as indicações dadas pelo profissional.

Quanto à satisfação geral com o médico do Programa Mais Médicos, a avaliação foi positiva.

Tabela 1. Aspectos analisados da satisfação dos usuários em 32 municípios selecionados com 20% ou mais de pobreza, inscritos no Programa Mais Médicos. Brasil, 2014-2015.

Dimensões da satisfação dos usuários	Valores	N	%
Durante a consulta, o médico ouviu com atenção todas as suas queixas?	Sim	257	98,1
	Parcialmente	3	1,1
	Não	2	0,8
	Total	262	100,0
Durante a consulta, o médico deu todas as informações que precisava?	Sim	251	95,8
	Parcialmente	7	2,7
	Não	4	1,5
	Total	262	100,0
Durante a consulta, o médico explicou de forma clara todo o seu tratamento?	Sim	243	93,5
	Parcialmente	10	3,8
	Não	7	2,7
	Total	260	100,0
O Sr./Sra. compreendeu as explicações e indicações que o médico lhe forneceu?	Sim	227	87,0
	Parcialmente	29	11,1
	Não	5	1,9
	Total	261	100,0
Pelo fato do médico ser estrangeiro, o Sr./Sra. teve alguma dificuldade para compreender as indicações que ele te deu?	Sim	64	26,7
	Parcialmente	74	30,8
	Não	102	42,5
	Total	240	100,0
Gostaria que o Sr./Sra. assinalasse a carinha para mostrar o quanto o Sr./Sra. está satisfeito com o Médico do programa Mais Médicos desta unidade	Muito ruim	5	1,9
	Ruim	2	0,8
	Indiferente	7	2,7
	Bom	104	39,5
	Muito Bom	145	55,1
	Total	263	100,0

Fonte: elaboração própria a partir de dados coletados em campo.

A grande maioria selecionou o estado de satisfação bom e muito bom (94,6%).

Dos dados obtidos das perguntas abertas, os principais comentários centraram-se no bom atendimento dos médicos. O segundo lugar dentre os argumentos que justificam a alta satisfação geral foi o fato de não haver médico antes do PMM, o que os obrigava a realizar deslocamentos para outros municípios. Outros usuários sustentaram suas respostas com comentários positivos sobre a postura ou atitude dos médicos, sendo descritos como *sempre sorridentes, atenciosos, humildes e educados*. Outro conjunto de usuários argumenta com comentários positivos sobre a sua vivência dentro da consulta, seja no consultório ou no domicílio, apontando para o fato de que *foram bem tratados, que se sentiram considerados, que os médicos se interessavam sobre a sua vida*. Como frase que representa boa parte dos depoimentos, um usuário manifestou *eles nos tocam e não têm nojo da gente*.

A Figura 1 apresenta na forma de nuvens de palavras, a análise das perguntas abertas sobre a satisfação geral. Destaca as palavras evocadas com maior frequência, que diz respeito a que avaliação o grupo compartilha sobre o fenômeno. Observa-se que estão em destaque as palavras: bem, gente, médico, atende, atenção, bom.

A responsividade dos serviços onde atendem médicos do PMM

Os resultados das dimensões da responsividade dos serviços são apresentados na Tabela 2.

O tempo de espera no dia da consulta foi menor do que uma hora para 75,7% dos usuários (média = 59,8 minutos; mediana = 30 minutos) e avaliado como pouca espera por 57,6% e mais ou menos por 33,2%. Ao selecionar a carinha para mostrar a satisfação com o tempo de espera entre o momento que chegou à unidade e que foi atendido pelo médico, 78,7% dos usuários avaliaram como bom e muito bom. Destaca-se que quando indagados, por meio de perguntas abertas sobre dificuldades, alguns usuários relataram dificuldades de acesso a resultados dos exames laboratoriais e de diagnóstico.

Em relação ao tempo de duração da consulta, a maioria dos usuários, 98,1%, informou que durou menos de meia hora, sendo que variou de 2 a 60 minutos (média = 21 minutos; mediana = 20).

A grande maioria dos usuários (84,5%) teve a privacidade respeitada durante a consulta médica ou exames. Todavia, 15,5% dos usuários afirmaram que foram interrompidos com a entrada de outra pessoa durante o procedimento médico; destes, 69,6% afirmaram ter consentido essa entrada. A falta de privacidade foi relatada por 16% das pessoas que sabem ler e 9% das pessoas que não sabem ler.

Foi-lhes perguntado sobre visitas domiciliares e 28,9% dos usuários informaram que receberam visita do médico em seu domicílio; a maioria deles (71,6%) avaliou essa visita satisfatoriamente. A população beneficiada pelas visitas foi majoritariamente: os idosos, os deficientes, as gestantes com complicações, as crianças com algum agravo agudo. Nas visitas foram realizadas con-



Figura 1. Frequência da aparição de cada palavra nos depoimentos dos usuários sobre a satisfação geral em 32 municípios selecionados com 20% ou mais de pobreza inscritos no programa Mais Médicos. Brasil, 2014-2015.

Fonte: elaboração própria a partir de dados coletados em campo.

Tabela 2. Dimensões da responsividade dos serviços em 32 municípios selecionados com 20% ou mais de pobreza, inscritos no Programa Mais Médicos. Brasil 2014-2015.

Dimensão da responsividade	Valores	N	%
Neste dia, quanto tempo o Sr./ a Sra. esperou para ser atendido/a?	Muito	24	9,2
	Mais ou menos	87	33,2
	Pouco	151	57,6
	Total	262	100,0
Intervalo de horas que esperou até ser atendido	1. Menos de uma hora	199	75,7
	2. Entre uma e duas horas	48	18,3
	3. Mais de duas horas	16	6,1
	Total	263	100,0
Intervalo de tempo que levou a consulta	1. Menos de meia hora	258	98,1
	3. Mais de uma hora	5	1,9
	Total	263	100,0
Durante as consultas ou exames, alguém entrou na sala enquanto o médico estava examinando o Sr./Sra.?	Sim	40	15,5
	Não	218	84,5
	Total	258	100,0
Agora assinale a carinha para mostrar a sua satisfação com o tempo de espera entre o momento que pede/solicita a consulta e o dia da consulta	Muito ruim	3	1,2
	Ruim	16	6,5
	Indiferente	12	4,9
	Bom	115	46,9
	Muito Bom	99	40,4
	Total	245	100,0
Agora assinale a carinha para mostrar a sua satisfação com o tempo de espera entre o momento que chegou à unidade e que foi atendido pelo médico	Muito ruim	5	1,9
	Ruim	21	8,0
	Indiferente	30	11,5
	Bom	133	50,8
	Muito Bom	73	27,9
	Total	262	100,0
Médico dos Mais Médicos visitou o seu domicílio?	Sim	76	28,9
	Não	187	71,1
	Total	263	100,0

Fonte: Elaboração própria a partir de dados coletados em campo.

sultas, aferição da pressão arterial, e orientação para cuidados de si e dos familiares, e, eventualmente, do ambiente com o objetivo de prevenir doenças.

A avaliação do tempo de espera entre o momento que o usuário solicita a consulta e o dia em que é atendido foi avaliado como muito bom e bom por 87,3% dos usuários, demonstrando que o acesso à consulta se tornou fácil após a implantação do PMM.

A Figura 2 apresenta as nuvens de palavras referentes às perguntas abertas sobre a responsividade com relação ao tempo de espera. As palavras repetidas com maior frequência foram: dia, atendida, consulta, tempo, demora.

Como sugestões para melhorar a responsividade do programa, a maioria dos usuários ex-

pressou que nada havia para melhorar, porque o PMM estava bem assim. Os que fizeram comentários disseram que queriam *melhorias na infraestrutura, maior disponibilidade de medicamentos, Mais Médicos* (mais profissionais inseridos no Programa Mais Médicos), *maior apoio do município para os médicos, melhoras no transporte para o acesso às comunidades rurais e remotas, mais especialistas*. Outros expressaram que queriam a *continuidade do programa*.

Discussão

Os usuários que participaram deste estudo são oriundos de municípios remotos, pequenos e pobres. Muitos desses municípios convivem há

paciente, bem como os medos e as preocupações que envolvem a queixa clínica²².

As dimensões melhor avaliadas foram as informações dadas pelo médico, que explicou de forma clara tudo sobre a doença. Este resultado é similar ao achado no estudo de Brandão et al.²³, no qual essas duas dimensões também obtiveram a maior pontuação.

Starfield¹⁰ aponta a relevância da expressão dos usuários na avaliação dos serviços. Argumenta que analisar a satisfação significa entrar no campo da subjetividade dos usuários, das relações interpessoais entre estes e os profissionais que o cuidado envolve para além dos procedimentos técnicos. Neste estudo, os dados qualitativos demonstram que os usuários foram muito bem atendidos nos serviços de saúde. A atenção dada pelos médicos aos usuários durante as consultas parece modular essa avaliação positiva. Tanto no presente estudo como em um outro que foi realizado num bairro dos subúrbios de Fortaleza, observou-se que a avaliação qualitativa da satisfação dos usuários foi considerada, em ambos casos, como boa. No estudo realizado em Fortaleza, a mesma população mostrou uma capacidade de reconhecer quando os serviços de saúde não eram bons. Situação que não foi testada com a população de referência do presente estudo²⁴. Outro estudo realizado em Caucaia-CE, também evidenciou alto nível de satisfação, contudo, os usuários apresentavam baixa expectativa. Com estas evidências, os autores alertam sobre a necessidade de cautela na análise não sendo possível generalizar estes resultados²⁴. Outros estudos realizados no Brasil também destacam a importância do bom relacionamento entre médicos e usuários, que ultrapassa meramente o aspecto técnico, para fortalecer a confidencialidade, a dignidade e a humanização na atenção²⁵.

Quanto à responsividade do serviço, a maioria dos usuários avaliou positivamente o acesso ao serviço de atenção básica à saúde, sobretudo porque tem conseguido rápido atendimento médico, quase sempre no mesmo dia. É possível o atendimento por demanda espontânea, mesmo sem agendamento prévio, o que quebra as barreiras institucionais causadas pela necessidade de marcação prévia e reduz a espera. Possivelmente, além da disponibilidade de médicos, o fato da maioria dos municípios serem de pequeno porte, portanto sem grandes demandas reprimidas, contribui para a redução do tempo de espera. Neste estudo observou-se que o serviço buscou realizar o atendimento rápido dos usuários, quase sempre no mesmo dia. Essa disponibilidade

dos profissionais em atendê-los prontamente quando procuram certamente contribui para o aumento do grau de satisfação e da responsividade do serviço. A dificuldade de acesso aos serviços de APS tem sido confirmada como fator que influencia o grau de responsividade na Europa bem como na África^{26,27}.

O tempo de espera para consulta dentro dos serviços esteve em torno de 30 minutos, portanto dentro do tempo recomendado por estudiosos da qualidade dos serviços de saúde^{10,11}. O tempo de espera foi avaliado em outros estudos no Brasil e os resultados são em geral negativos, observando-se queixas sobre esta dimensão. As queixas referiram a necessidade de receber atendimento mais rápido²⁸, o tempo de espera ser demorado²⁹ e as dificuldades para a marcação das consultas²³.

O tempo médio de duração da consulta foi em torno de 20 minutos, que é considerado razoável para um atendimento na unidade básica. Nesse sentido, é preciso destacar que o momento da consulta é central no processo diagnóstico e terapêutico, sendo necessário o entendimento da subjetividade do indivíduo e da influência nas queixas clínicas dos aspectos psicossociais, culturais, religiosos. O tempo da consulta, no modelo centrado no paciente deve permitir abordar: a agenda do médico relacionada aos sintomas e à doença; a agenda do paciente que inclui suas preocupações, medos e experiência de adoecer; e a integração entre as duas agendas²².

Embora tenha sido pequeno o número de usuários que referiram a privacidade prejudicada durante as consultas e os procedimentos, aponta-se a necessidade dos serviços de APS aprimorarem este aspecto, que envolve a dimensão ética do atendimento, pois todos os usuários têm direito a confidencialidade¹⁴. Nesse sentido, tanto a infraestrutura física dos serviços deve garantir salas ou consultórios privativos, como o pessoal deve ter treinamento adequado para manter o sigilo das informações¹⁸. Estes resultados e as dificuldades relatadas de acesso aos exames diagnósticos apontam para a necessidade de maior investimento para melhorar a infraestrutura e equipar as unidades básicas, além da necessidade de implantar serviços de saúde de outros níveis de complexidade nos municípios e nas correspondentes regiões. Trata-se de territórios com enormes vazios assistenciais, devido ao baixo investimento financeiro recebido historicamente.

Cerca de um terço dos usuários já tinha recebido uma visita médica domiciliar de profissional do PMM. Os usuários mostraram-se bastante satisfeitos com as visitas domiciliares realizadas

pelos médicos, especialmente pela atenção dedicada aos mais frágeis e dependentes (idosos, deficientes, gestantes, portadores de doença mental). Essa atividade permite aproximação com as necessidades da população e ainda com um olhar ampliado, voltado para identificar os agravos ambientais. Há que se ressaltar que estudos têm mostrado que nos últimos anos, devido à complexidade das situações com as quais os profissionais têm de lidar no território vivo, cada vez mais os médicos têm deixado de realizar visitas, delegando-as aos ACS e, eventualmente, às enfermeiras²¹.

Conclusões

Os usuários avaliaram positivamente os aspectos médicos (satisfação dos usuários) e não médicos (responsividade) do cuidado em 32 municípios inscritos no PMM. Contribuem para esses resultados, o acesso ao médico para populações que raramente ou nunca tinham tido esse profissional no município. Além disso, foi evidente o bom desempenho dos médicos do PMM, especialmente no que tange à maneira de se relacionar com usuários, famílias e comunidade. A disponibilidade e a sensibilidade do profissional do PMM que a tem tratado com respeito e dignidade, motiva a população a reafirmar a importância da continuidade do PMM. Nessa perspectiva, o desempenho técnico e humanizado dos médicos contribuiu para garantir o acesso e o direito à saúde.

A responsividade dos serviços de saúde obteve também avaliação positiva pelos usuários. Contribuem para esses resultados: o fato de os usuários conseguirem rápido atendimento mesmo sem agendamento prévio, ter um tempo de espera e um tempo de duração da consulta considerados razoáveis para atendimento em serviços de APS, ter mantido a privacidade durante as consultas e os procedimentos médicos e respeitado a confidencialidade, em quase todos os casos. Porém, a infraestrutura dos serviços de APS ainda é deficiente, o que aponta para a necessidade de maior investimento para melhor equipá-los, além da necessidade de oferta de serviços de saúde de outros níveis de complexidade nos municípios e nas correspondentes regiões.

As sugestões para melhorar a responsividade do programa, tais como adequação da infraestrutura, maior disponibilidade de medicamentos, mais profissionais inseridos no Programa Mais Médicos, mais especialistas, mais apoio de transporte para acesso às comunidades rurais e remotas devem ser levadas em consideração pelos gestores federais e municipais do SUS de modo a contribuir para a garantia do acesso e do direito constitucional à saúde.

Colaboradores

Declaramos que a autora Y Comes contribuiu para a concepção do projeto de pesquisa e planejamento de trabalho, análise e interpretação dos resultados, elaboração do manuscrito, revisão crítica do conteúdo; JS Trindade contribuiu para a análise e interpretação dos resultados, elaboração do manuscrito e revisão crítica de conteúdo; HE Shimizu na concepção do projeto de pesquisa e planejamento de trabalho, elaboração da discussão e revisão crítica do conteúdo; EM Hamann na concepção do projeto de pesquisa e planejamento de trabalho, elaboração dos resultados de pesquisa e revisão crítica do conteúdo; F Bargioni e L Ramirez contribuíram na introdução, análise e interpretação dos resultados; MN Sanchez na concepção do projeto de pesquisa e planejamento de trabalho e revisão crítica de conteúdo; LMP Santos na concepção do projeto de pesquisa e planejamento de trabalho, elaboração de manuscrito, revisão crítica de conteúdo. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito.

Agradecimentos

Ao CNPq/DECIT pelo financiamento deste estudo, por meio da Chamada Pública MCTI/CNPq/CT-Saúde/ MS/SCTIE/DECIT.

Referências

- Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Estação de Pesquisa de 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. [acessado 2015 jul 3]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2443.pdf>
- Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ UFMG. Identificação de Áreas de Escassez de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG; 2012. [acessado 2015 jul 3]. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Identifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20C3%A1reas%20de%20escassez%20de%20RHS%20no%20Brasil.pdf
- Whitehead M, Dahlgren G. *Concepts and principles for tackling social inequities in health: levelling up part 1*. Copenhagen: WHO; 2006.
- Frente Nacional de Prefeitos. Petição Cadê o Médico? Frente Nacional de Prefeitos promove petição eletrônica por mais médicos no SUS. [acessado 2015 out 13]. Disponível em: <http://cadeomedico.blogspot.com.br/p/peticao.html>
- Antunes R, Braga R. Dias que abalaram o Brasil; as rebeliões de junho, julho de 2013. *R. Pol. Públ.* 2014; N Especial:41-47. [acessado 2015 jun 18]. Disponível: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/viewFile/2694/720>
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Pacto Nacional pela Saúde*. Brasília: MS; 2013. [acessado 2015 out 5]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_nacional_saude_mais_medicos.pdf
- Giovanella L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? *Cad Saúde Pública* 2008; 24(Supl. 1):s21-s23.
- Macinko J, Lima MFC. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. *Trop Med Int Health* 2012; 17(1):36-42.
- Macinko J, Harris MB. Brazil's Family Health Strategy: delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *N Engl J Med* 2015; 372(23):2177-2181.
- Starfield B. *Atención primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona: Masson; 2004.
- Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch. Pathol. Lab Med.* 1990; 114(11):1115-1118.
- Esperidião M, Trad L. Avaliação de satisfação de usuários. *Cien Saude Colet* 2005; 10(Supl.):303-312.
- Hollanda E, Siqueira SAVD, Andrade GRBD, Molinaro A, Vaitsman J. Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. *Cien Saude Colet* 2012; 17(12):3343-3352.
- Vaitsman J, Andrade GRBD. Satisfação e Responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Cien Saude Colet* 2005; 10(3):599-613.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Cap.2 ¿Cuán bueno es el desempeño de los sistemas de salud? 2000. [acessado 2015 jun 4]. Disponível em: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf?ua=1
- Silva A. A framework for measuring responsiveness. Geneva: World Health Organization; 2000. (GPE Discussion Paper Series, n. 32). [acessado 2015 jun 8]. Disponível em: <http://www.who.int/responsiveness/papers/paper32.pdf?ua=1>
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. *Atlas do Desenvolvimento Humano dos municípios brasileiros, 2013*. [acessado 2015 out 13]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>
- Serapioni MG, Silva CD. Avaliação da qualidade do programa Saúde da Família em municípios do Ceará: uma abordagem multidimensional. *Cien Saude Colet* 2011; 16(11):4315-4326.
- Carvalho MD, Santos NRD, Campos GWDS. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. *Saúde em debate* 2013; 37(98):372-387.
- Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface (Botucatu)* 2010; 14(35):1-14.
- Cunha MS, Sá MC. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. *Interface (Botucatu)* 2013; 17(44):61-63.
- Ballester D, Zuccolotto SMC, Gannam SDSA, Escobar AMU. A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. *Rev. bras. educ. med.* 2010; 34(4):598-606.
- Brandão ALRBS, Giovanella L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Cien Saude Colet* 2013; 18(1):103-114.
- Aguiar ACS, Moura ERF. Percepção do usuário sobre a atuação da equipe de saúde da família de um distrito de Caucaia-CE. *Rev Bras em Promoção da Saúde* 2004; 17(4):163-169.
- Santiago RF, Mendes ADCG, Miranda GMD, Duarte PO, Furtado BMASM, Souza WVD. Qualidade do atendimento nas unidades de saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários. *Cien Saude Colet* 2013; 18(1):35-44.
- Mohammed S, Bermejo JL, Souares A, Sauerborn R, Dong H. Assessing responsiveness of health care services within a health insurance scheme in Nigeria: users' perspectives. *BMC Health Serv Res* 2013; 13:502.
- Sánchez-Piedra CA, Prado-Galbarro FJ. Factors associated with patient satisfaction with primary care in Europe: results from the EUprimecare project. *Qual prim care* 2014; 22(3):147-155.
- Moimaz SAS, Marques JAM, Saliba O, Garbin CAS, Zina, GL, Saliba NA. Satisfação e percepção do usuário do SUS Sobre o Serviço Público De Saúde. *Physis* 2010; 20(04):1419-1440.
- Schwartz TD, Ferreira JTB, Maciel ELN, Lima RDCD. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). *Cien Saude Colet* 2010; 15(4):2145-2154.

Artigo apresentado em 07/03/2016

Aprovado em 15/06/2016

Versão final apresentada em 17/06/2016