



Interface - Comunicação, Saúde,
Educação

ISSN: 1414-3283

revista.interface@gmail.com

Universidade Estadual Paulista Júlio de
Mesquita Filho
Brasil

Pinto, Hêider Aurélio; Proenço de Oliveira, Felipe; Santos Souza Santana, José; de
Oliveira de Souza Santos, Felipe; Queiroga de Araujo, Sidclei; Medeiros de Figueiredo,
Alexandre; Damasceno de Araújo, Grasiela
Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015
Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 1, núm. 21, 2017, pp. 1087-1101
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Botucatu, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180153322002>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Programa Mais Médicos:

avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015

Hêider Aurélio Pinto^(a)Felipe Proença de Oliveira^(b)José Santos Souza Santana^(c)Felipe de Oliveira de Souza Santos^(d)Sidclei Queiroga de Araujo^(e)

Pinto HA, Oliveira FP, Santana JSS, Santos FOS, Araujo SQ, Figueiredo AM, et al. The Brazilian More Doctors Program: evaluating the implementation of the "Provision" axis from 2013 to 2015. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1087-101.

The More Doctors Program was created in 2013 to address challenges that constrained the expansion and development of Primary Care (PC), mainly the insufficiency and maldistribution of physicians and the inadequate training profile related to the needs of the population. The program consists of three axes: emergency provision, improvement of infrastructure and changes in training. This paper performs documentary and literature review as well as analysis of official databases with the objective of evaluating the results achieved up to 2015 with regards to physicians supply. We identified important advances in the allocation of physicians with equity; in the expansion of PC coverage; in expanding access to basic health care for the population; its impact on health indicators; and the positive evaluation made by users, physicians and managers regarding the program. As a conclusion, challenges faced by the program to effectively achieve its objectives are pointed out.

Keywords: Primary health care. Physicians shortage. More Doctors Program.

O Programa Mais Médicos foi criado em 2013 para enfrentar desafios que condicionavam a expansão e o desenvolvimento da Atenção Básica (AB), sobretudo, a insuficiência e má distribuição de médicos e o perfil de formação inadequado às necessidades da população. O programa é composto por três eixos: provimento emergencial, qualificação da infraestrutura e mudança da formação. Neste artigo realizamos análise documental, análise de bancos de dados oficiais e revisão de literatura, com o objetivo de avaliar resultados do provimento de médicos alcançados até 2015. Identificamos avanços importantes na alocação dos médicos com equidade; na ampliação da cobertura da AB; na ampliação do acesso da população às ações de AB; no impacto nos indicadores de saúde; e na avaliação positiva que usuários, médicos e gestores têm do programa. Na conclusão, são apontados desafios enfrentados pelo programa para alcançar efetivamente seus objetivos.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Escassez de médicos. Programa Mais Médicos.

Alexandre Medeiros
de Figueiredo^(f)
Grasiela Damasceno
de Araújo^(g)

^(a) Doutorando, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Av. Bento Gonçalves, 9.500, Prédio 43311. Porto Alegre, RS, Brasil. 91501-970 heiderpinto.saude@gmail.com

^(b,f) Departamento de Promoção da Saúde. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. proenco@hotmail.com; potiguar77@gmail.com

^(c) Fundação Estatal Saúde da Família. Salvador, BA, Brasil. josesantana@fesf.us.br

^(d) Mestrando, Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz. Brasília, DF, Brasil. felipes.guapo@gmail.com

^(e) Graduando, Curso de Gestão em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil. sidclei.queiroga@gmail.com

^(f) Departamento de Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde, Área Técnica de Planejamento e Dimensionamento, Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil. grasiela.araujo@gmail.com

Introdução

O Programa Mais Médicos (PMM) foi criado em julho de 2013 por meio de Medida Provisória, convertida na Lei 12.871¹, pelo Congresso Nacional, em outubro do mesmo ano; e se somou a um conjunto de ações e iniciativas num cenário em que o Governo Federal assumiu a tarefa de formular políticas públicas para enfrentar alguns desafios que vinham condicionando a expansão e o desenvolvimento da Atenção Básica (AB) no país, em especial, a insuficiência e má distribuição de médicos e vagas de graduação e residência em medicina, e o perfil de formação inadequado às necessidades da população e do Sistema Único de Saúde (SUS).

A AB deve ser a porta de entrada preferencial do SUS, deve ordenar o acesso com equidade às redes de atenção e estar próxima das pessoas, garantindo acesso universal, com qualidade e em tempo oportuno. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)² tem como modo prioritário de organização da AB, no Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), cuja cobertura vinha estagnada nos últimos anos, como será mostrado adiante, em grande parte devido à dificuldade dos gestores municipais em atrair e fixar médicos nas equipes de saúde da família (eSF)³.

A proporção de médico por habitante no Brasil (1,8/1.000)⁴ era muito menor que: a da Argentina (3,9)⁵; a de diversos países que também garantem sistemas de saúde universais como Canadá (2,4), Reino Unido (2,7), Espanha (3,5) e Portugal (3,8); e menor também que a média dos 33 países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (3,1)⁴.

Além disso, esses médicos estavam mal distribuídos no território nacional, de modo que as áreas e as populações mais pobres e vulneráveis eram as que contavam, proporcionalmente, com menos médicos. Agravando o problema, de 2002 a 2012, a quantidade de médicos formados no Brasil correspondeu a apenas 65% do total de empregos médicos criados no mesmo período⁶.

Por fim, observa-se o modelo de muitos países que também apresentam maior demanda que formação de médicos e que equilibram esse déficit atraindo profissionais formados em outros países.

No Brasil, o processo de autorização do exercício profissional para médicos formados no exterior, brasileiros ou não, sempre foi protecionista e restritivo – apenas 1,9% dos médicos que atuavam no Brasil, em 2012, eram estrangeiros⁷, enquanto nos EUA, por exemplo, esse número chegava a 22,4%⁸ e no Reino Unido a 37%⁹.

O PMM é a maior iniciativa já realizada no país e uma das maiores do mundo para enfrentar esse conjunto de problemas. O programa é composto por três eixos¹⁰. O eixo provimento emergencial é uma resposta imediata ao problema da falta de cobertura e acesso à AB por parte importante da população brasileira. O PMM seleciona profissionais graduados no Brasil e fora do país, brasileiros e estrangeiros, para atuarem nas áreas com maior necessidade e vulnerabilidade e para que desenvolvam uma atenção à saúde de qualidade de acordo com as diretrizes da PNAB¹¹.

O eixo de infraestrutura, previsto no artigo 30 da Lei do PMM¹, quase triplicou os recursos do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que, criado em 2011¹², teve o orçamento ampliado a 5,5 bilhões de reais para a qualificação da estrutura, com o objetivo de melhorar: a ambiência das UBS para os usuários, as condições de atuação dos profissionais e o funcionamento e ampliação do escopo de práticas do serviço¹³. Além de aumentar a meta de reformas e ampliações de UBS existentes, o PMM fez a previsão da construção de novas UBS no Programa de Requalificação saltar de pouco mais de 1 mil para cerca de 4,5 mil UBS, fazendo o total de obras previstas chegar a 26 mil em 5 mil municípios¹³.

Por fim, o eixo formação médica previu medidas de curto a longo prazo, como aquelas que visam intervir de forma quantitativa e qualitativa na formação de médicos no Brasil: desde a abertura de novas vagas de graduação e residência médica, com reorientação da distribuição das mesmas no território nacional, até a mudança da formação de médicos e especialistas para responder às necessidades da população e do SUS. O programa planejou a expansão da formação de médicos no Brasil de modo que a proporção saia do patamar de 1,8 médicos por mil habitantes, vigente no ano de criação do Programa, para alcançar 2,7 médicos por mil habitantes em 2026¹³.

Entre os eixos descritos, o de provimento emergencial é o que mais se caracteriza como de curto prazo, podendo gerar resultados positivos mesmo com o relativo pouco tempo de implantação do programa. Cabe analisar a ocorrência desses resultados e sua relação com os objetivos do programa.

Metodologia

Neste artigo, sintetizamos resultados declarados oficialmente como objetivos do eixo provimento emergencial do PMM^{1,10,11,13}, analisando documentos oficiais e incluindo a legislação, portarias e resoluções relacionadas, assim como relatórios e artigos que tratam do tema. A partir desses resultados, buscamos identificar evidências de mudanças produzidas em indicadores que poderiam descrever o programa utilizando referenciais e diretrizes metodológicas do campo de estudos da análise de políticas¹⁴⁻¹⁶.

A busca das evidências se deu, tanto de modo direto – por meio da análise de dados secundários nas bases de dados dos Departamentos de Informática do SUS (DATASUS), de Atenção Básica (DAB), de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) e de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS) – quanto realizando revisão de literatura sobre o programa, publicada em artigos, capítulos de livros e relatórios de pesquisa disponíveis. O período de análise considerado foi do início do PMM até o fim de 2015.

Resultados e Discussão

O eixo provimento emergencial

O PMM provê médicos para atuarem na AB, nas áreas mais vulneráveis e com maiores necessidades, e providencia seu aperfeiçoamento por meio de diversas atividades de integração ensino-serviço, articuladas por um período de até três anos, podendo ser prorrogado por até mais três anos. Seguindo a experiência de outros países e as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), para a qual é necessário combinar as estratégias de provimento e fixação de profissionais de saúde¹¹, o PMM forneceu: atividades educacionais presenciais e à distância; bolsas de formação financiadas pelo governo federal; incentivos para moradia e alimentação custeados pelo gestor municipal; apoio clínico à distância; e lógicas de interação por meio de comunidades de práticas virtuais.

As atividades de integração ensino-serviço usam a prática da equipe como matéria-prima do processo pedagógico. Todos os médicos cursam especialização *lato sensu* oferecida por uma Instituição de Ensino Superior (IES) pública por meio da Universidade Aberta do SUS (UNASUS). Além disso, a educação permanente dos profissionais é realizada por supervisores e tutores pedagógicos ligados a instituições de ensino do sistema educacional ou do SUS. Os médicos têm acesso ao Portal Saúde Baseada em Evidências do Ministério da Saúde (MS) e ao Telessaúde Brasil Redes. Por fim, desenvolvem atividades de extensão cujos projetos de intervenção são construídos junto com as equipes.

A seleção de profissionais no programa ocorre em etapas. A primeira é a definição das vagas disponíveis, que ocorre por meio de um processo prévio de adesão dos municípios que indicam quais eSF têm necessidade de completar vagas e quantas serão implantadas. Para a ocupação das mesmas, realizada por meio de editais públicos de chamamento de médicos, há uma ordem de prioridade definida em Lei: primeiro, são convocados médicos com registro no Brasil; em segundo lugar, médicos brasileiros com registro apenas no estrangeiro; depois, são os médicos estrangeiros, também com registro apenas no estrangeiro; e, por fim, médicos que participam, não individualmente, mas por meio da Cooperação Internacional que vem sendo realizada entre a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e o *Ministerio de Salud Pública* de Cuba.

Até dezembro de 2015, pouco mais de dois anos desde a chegada dos primeiros médicos nos municípios, em agosto de 2013, é possível identificar avanços nos indicadores relacionados a resultados que foram declarados objetivos do PMM: 1- atendimento de 100% da demanda solicitada pelos municípios, conforme as regras do programa; 2- alocação dos médicos no território nacional com equidade; 3- ampliação da cobertura da AB em geral e, em especial, a da ESF; 4- ampliação do acesso da população às ações da AB; 5- impacto em indicadores de saúde; e 6- significativa aprovação por parte de usuários atendidos, médicos e gestores municipais. A seguir, são sistematizadas evidências em cada um desses tópicos.

Provimento com Equidade

No fim de 2015, 73% dos municípios do Brasil, em todos os estados, assim como o Distrito Federal, participavam do PMM. O programa estava em todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) do país, fazendo com que, pela primeira vez, todos contassem com médicos para atender sua população. A adesão ao programa é voluntária e a solicitação de médicos feita pelos municípios é analisada segundo uma combinação de critérios: necessidade, oferta já disponível e infraestrutura¹⁷.

A necessidade, no período de 2013 a 2015, foi calculada em função da quantidade de eSF sem médicos somadas àquelas necessárias para cobrir toda a sua população, dando prioridade maior à cobertura da população exclusivamente SUS, isto é, não coberta pela saúde suplementar. Para esse cálculo, estima-se a cobertura populacional que o município já possui por meio de consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e subtrai-se esse quantitativo da população total do município. Desta forma, obtém-se a quantidade de eSF ainda necessária para a população não coberta. Por fim, avalia-se se a estrutura das UBS existentes no município é suficiente para alocação desses profissionais¹⁷.

A prioridade para a locação deu-se em função de critérios que levam em conta tanto a vulnerabilidade da população e de grupos populacionais específicos, quanto a dos próprios municípios¹⁷⁻¹⁹. Desse modo, os municípios foram priorizados segundo seus percentuais de população em condição de extrema pobreza; do baixo índice de desenvolvimento humano (IDH); da localização em regiões pobres, como os Vales do Ribeira e do Jequitinhonha, o Semiárido; além dos critérios utilizados pelo DAB para o repasse do Piso de Atenção Básica Fixo²⁰. Somado a esses critérios, priorizaram-se, dentro dos municípios, as periferias de grandes cidades e os grupos populacionais indígenas, assentados rurais e quilombolas.

Assim, até o fim de 2015, o PMM havia atendido 100% da demanda realizada pelos gestores municipais, reconhecida pelo programa conforme os parâmetros destacados acima¹³.

Observamos que os critérios adotados imprimiram forte componente de equidade na distribuição dos médicos, considerando os grupos de municípios¹⁸ com os quais o programa trabalha, de modo que a proporção de médicos do PMM nos municípios de extrema pobreza era quase três vezes maior que nas capitais e municípios mais ricos, conforme gráfico 1.

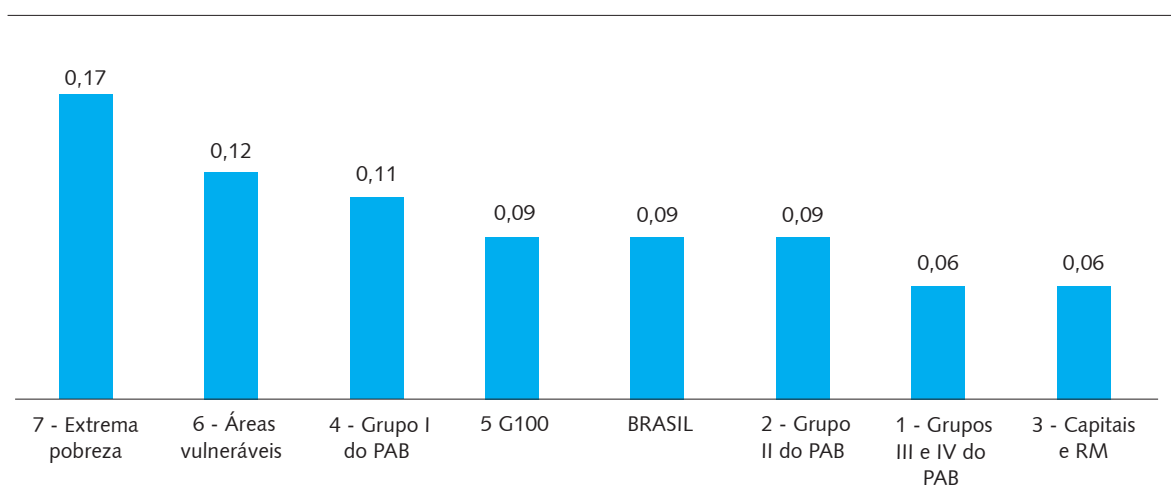


Gráfico 1. Relação médico para cada mil habitantes por grupo de municípios de distribuição definido pelo Programa Mais Médicos, considerando apenas médicos vinculados ao programa.

Resultado semelhante é encontrado quando analisamos por macrorregião, com evidente prioridade para Norte e Nordeste, conforme gráfico 2.

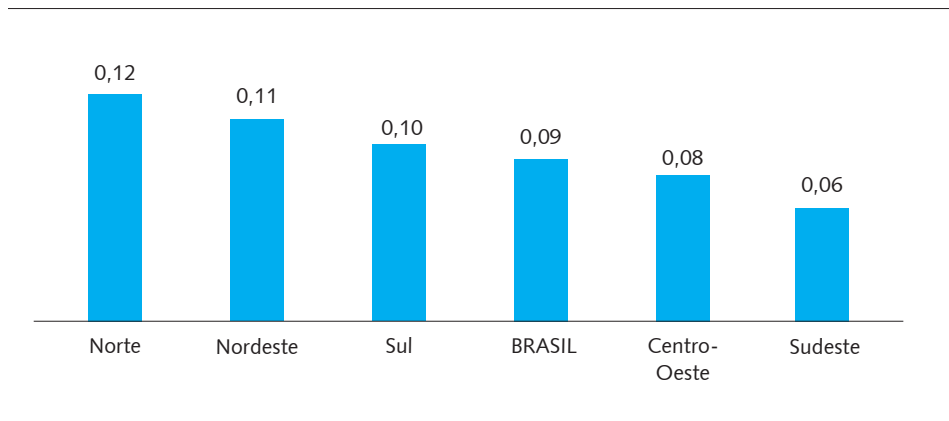
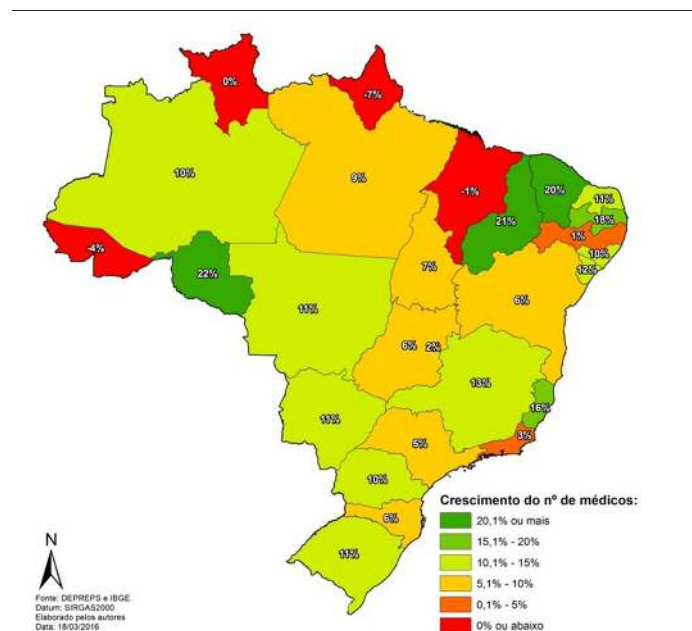


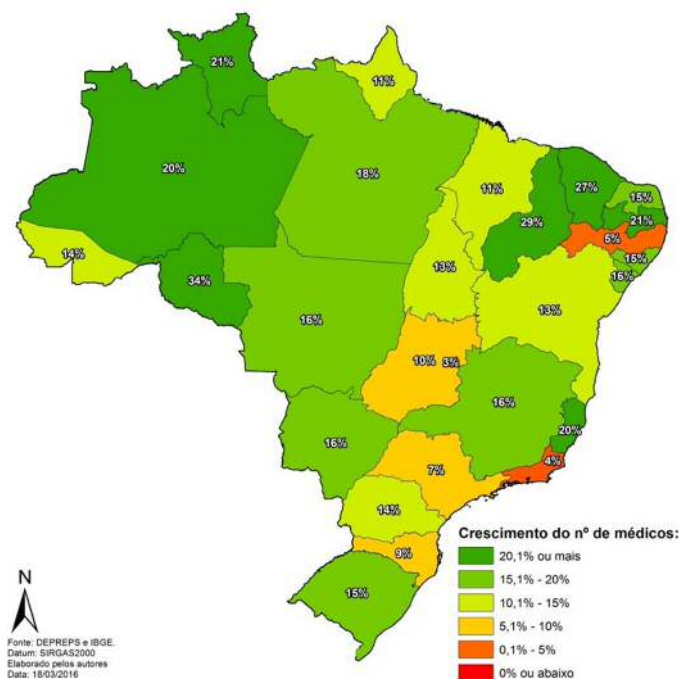
Gráfico 2. Relação médico para cada mil habitantes por macrorregião, considerando apenas médicos vinculados ao programa.

Quando analisamos o crescimento do número absoluto e proporcional de médicos no Brasil e em cada unidade da federação, constatamos que, em 2012, o Brasil tinha 388.015 médicos e, no fim de 2015, esse número chegou a 429.559, um crescimento de 10,7%. Mas, o mais importante é que, sem o PMM, 12 estados teriam apresentado crescimento menor que 10%, sendo que em 4 deles, ou não teria havido crescimento, ou teria havido redução do número de médicos conforme mapa 1.



Mapa 1. Porcentagem do aumento do número de médicos por UF sem o PMM, período 2012 – 2015).

Com o PMM todos apresentaram crescimento, e somente em 5 estados esse crescimento foi menor que 10% (mapa 2). Além disso, todos os estados do Norte e do Nordeste, com exceção de Pernambuco, tiveram crescimento maior que 10%.



Mapa 2. Porcentagem do aumento do número de médicos por UF, com o PMM no período 2012 – 2015.

Ampliação da cobertura da Atenção Básica e da ESF

Há consistentes evidências do aumento da cobertura de AB desde a implantação do PMM. Para observar adequadamente este fenômeno, é preciso levar em conta que as normativas do programa exigem que os médicos integrem eSF ou outras equipes previstas na política de AB. As eSF, por sua vez, podem ser novas, podem ser equipes já existentes que estavam sem médicos, ou, ainda, equipes nas quais a presença desse profissional era insuficiente (alta rotatividade de profissionais ao longo do ano, cumprimento irregular da carga horária etc.).

Portanto, é necessário combinar indicadores que considerem tanto a expansão da ESF quanto da AB. Com efeito, selecionamos: aumento da quantidade de médicos (horas) na AB do Brasil, aumento das coberturas tanto da AB quanto da ESF, ampliação no número de eSF e no número de municípios com eSF.

Optamos por trabalhar com o indicador de horas médicas, conhecido na literatura internacional como *Full Time Equivalent*, e não com o número absoluto de médicos, pelo fato de que não seria adequado contar da mesma maneira um médico que cumpre uma carga horária de 12 horas semanais com outro que cumpre quarenta, por exemplo. Sob este critério, e utilizando os dados do CNES, foi considerado o conjunto de médicos lotados na AB.

Os municípios brasileiros foram categorizados em municípios que aderiram ao programa e municípios que não aderiram. O Gráfico 3 usa como base o ano de 2011 e mostra esse crescimento de 2012 a 2015.

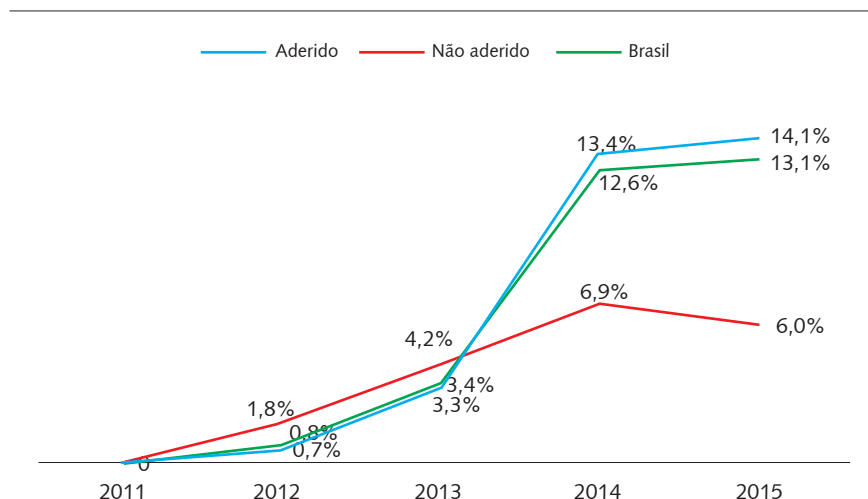


Gráfico 3. Porcentagem do aumento da média anual de médicos - FTE - nos estabelecimentos da AB, por situação da adesão ao MM, entre 2012 e 2015.

Observamos que, em 2012 e 2013, os municípios que não aderiram ao PMM – cerca de 30% dos municípios do Brasil – apresentaram um crescimento maior na quantidade de médicos na AB que aqueles que aderiram. Em 2012, esse crescimento foi mais do que o dobro que nos municípios aderidos. No ano de 2013, quando foi criado o Programa, já se percebe o seu efeito, mas ainda o crescimento nos “não aderidos” é levemente maior. Uma das razões da não adesão desses municípios pode ser justamente o fato de que tivessem maior facilidade de atrair e fixar médicos por meios próprios.

Com a criação do PMM, esse crescimento teve uma inversão nos anos de 2014 e 2015: os municípios que antes tinham mais dificuldade de atrair e fixar médicos, os “aderidos”, experimentaram um crescimento de 10,8%, enquanto os “não aderidos” apenas de 1,8%. Um crescimento seis vezes maior. É importante notar que a média nacional segue a linha dos “aderidos”, justamente porque as horas-médicos acrescidas na AB nos municípios participantes é muito maior do que as acrescidas nos municípios não participantes.

Outro dado importante refere-se à ampliação das coberturas de AB e da ESF. Aqui é importante esclarecer o modo de cálculo. O DAB utiliza, como parâmetro de cobertura, a média de pessoas cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) por eSF. No ano de definição do parâmetro, 2006, a média verificada foi de 3.450 pessoas²¹. Contudo, ao aplicar município a município esse parâmetro para a cobertura nacional, o algoritmo utilizado pelo DAB acaba por fazer, da média, um teto, como demonstramos a seguir.

Um município A que tem 10 mil habitantes e duas equipes anotaria cobertura de 6.900 pessoas. Um município B que também tem 10 mil habitantes e quatro equipes anotaria, obviamente, cobertura máxima de 10.000 pessoas. Assim, essas seis equipes cobririam, em média, 2.817 pessoas, e não 3.450. Esse é o problema do algoritmo.

Com a redução do uso do SIAB a partir de 2007 – quando o CNES passou a ser o sistema mais importante a ser atualizado para fazer jus ao recebimento do financiamento da AB – e com a

substituição do SIAB pelo sistema eSUS/SISAB a partir de 2013, o sub-registro passou a impedir uma contagem real das pessoas cadastradas por eSF para atualizar a média real. Assim, até que se faça uma contagem real a partir dos dados do novo sistema de informação, o SISAB, o parâmetro de cobertura mais real é o último efetivamente verificado.

Assim, para os cálculos realizados neste artigo, construímos um algoritmo que aplica como média, efetivamente, o parâmetro de 3.450 pessoas por eSF.

Para as pessoas cobertas por serviços que não são da ESF, utilizamos o parâmetro adotado pelo DEMAS para os Contratos Organizativos de Ação Pública, que equipara 60 horas de carga horária médica (generalista, médico de família, clínico, ginecologista e pediatra) numa equipe de AB não eSF à cobertura proporcionada por uma eSF.

Com isso, constatamos que o Brasil apresentava uma estagnação do crescimento de AB de 2008 até 2013, saindo de 75,8% de cobertura e chegando a somente 80,6% (gráfico 4). Todas as regiões apresentaram comportamento semelhante, com exceção da região Norte, que apresentou, no mesmo período, redução da cobertura de 72,9% para 66,2%.

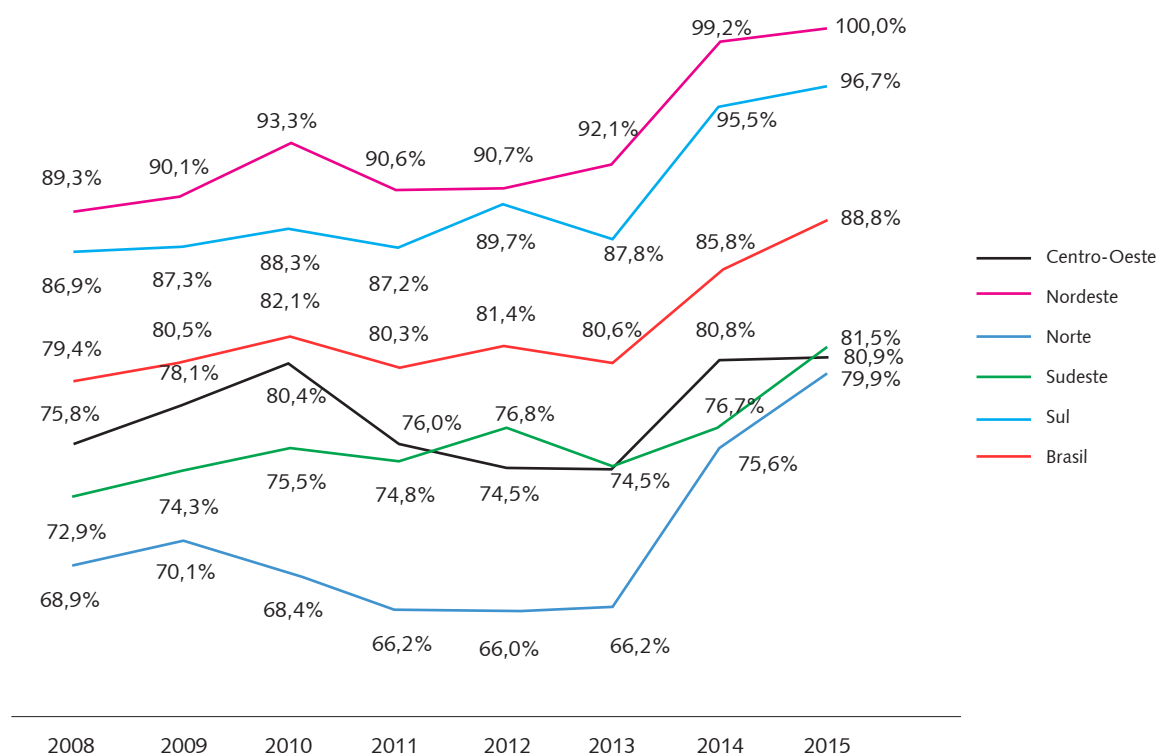


Gráfico 4. Estimativa de cobertura populacional da atenção básica no Brasil entre os anos de 2008 e 2014.

De 2013, ano de criação do PMM, a 2015, a cobertura no Brasil passou de 80,6% a 88,8%, o que representa um crescimento médio, anual, quatro vezes maior que o crescimento médio dos cinco anos anteriores. É interessante notar, também, que a região Norte, que possuía a pior cobertura e era a única que havia reduzido a mesma no último período, foi aquela que teve o maior aumento de

cobertura após o PMM: 13,7%, praticamente igualando, agora, a cobertura total das regiões Centro-Oeste e Sudeste.

De modo semelhante, a ampliação da cobertura da ESF estava estagnada, particularmente de 2010 a 2013 (gráfico 5). Nos últimos dois anos, já com o efeito do PMM, a cobertura da ESF apresentou um crescimento de 9%, enquanto nos cinco anos anteriores o crescimento foi de 7%. A média de crescimento anual dos dois últimos anos foi quatro vezes maior que a dos três anos anteriores à criação do programa.

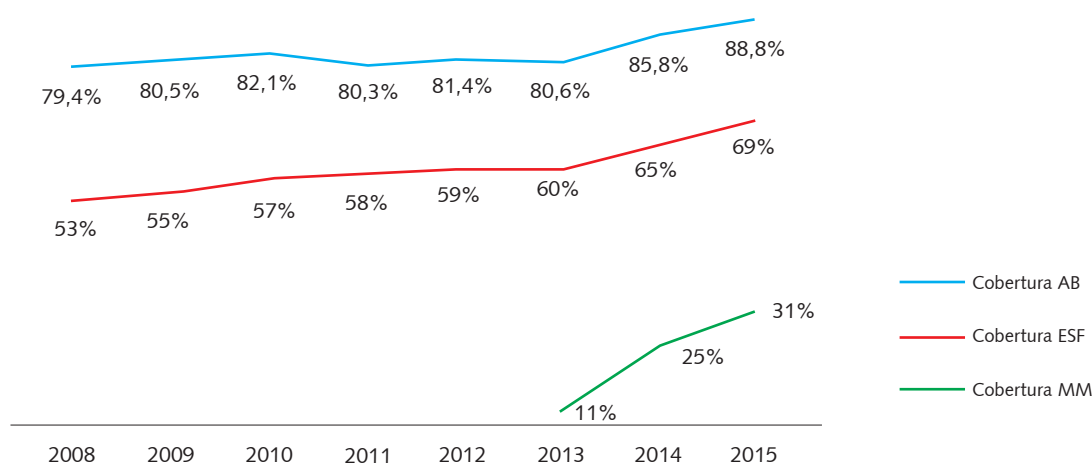


Gráfico 5. Estimativa de cobertura populacional da atenção básica, da Estratégia de Saúde da Família no Brasil e das equipes com médicos do PMM entre os anos de 2008 e 2015.

Em dezembro de 2010, o número de eSF no país era de 31.660 em 5.294 municípios. Em junho de 2013, mês anterior à criação do PMM, esses números eram, respectivamente, 33.998 e 5.298 municípios. Ou seja, num período de, aproximadamente, dois anos e meio foram implantadas 2.388 equipes e apenas mais quatro municípios passaram a ter eSF. Já em dezembro de 2015, aproximadamente dois anos e meio após a implantação do programa, esses números eram de 40.162 eSF e 5.463 municípios. Um incremento de 6.164 equipes, duas vezes e meia a expansão do mesmo período anterior, e 165 municípios optaram por implantar eSF, quarenta vezes o resultado do período anterior.

Considerando apenas as equipes, da ESF e outras, com médicos do PMM, a cobertura populacional proporcionada por elas alcança 63 milhões de pessoas (31% da população).

A diferença mostrada entre a cobertura das equipes com médicos do PMM e o aumento constatado na cobertura de AB e da ESF se deve, justamente, ao fato de que, aproximadamente, um terço dos médicos do programa integraram novas eSF, e os outros dois terços integraram eSF que já existiam, mas que não contavam com médicos ou a presença dos mesmos era insatisfatória, além de possuir, é claro, um número pequeno de médicos em equipes não eSF¹³.

Ampliação do acesso da população à Atenção Básica

A ampliação do acesso da população à AB, além da ampliação da cobertura apontada na sessão anterior, pode ser percebida tanto nos aumentos significativos do número de consultas nos municípios

participantes do programa quanto nas pesquisas realizadas com gestores e usuários.

Em 2015, foi criada a Rede Observatório do Programa Mais Médicos (ROPMM), composta por pesquisadores de instituições de ensino e pesquisa de todas as regiões do país no formato de estudos multicêntricos integrados. O relatório da primeira fase da ROPMM²² identifica três achados que apontam para a ampliação e qualificação do acesso: o aumento do escopo de práticas (variedade de ações e serviços oferecidos) desenvolvido nas equipes e UBS com médicos do programa; aumento da oferta de procedimentos coletivos e de visitas domiciliares, e a estabilização de consultas programadas a grupos específicos; e o aumento do número de consultas no Brasil, em especial, nos municípios participantes do programa²².

O aumento do escopo foi identificado a partir da análise das bases de dados das avaliações do primeiro e segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), sobretudo em ações como extração de unhas e sutura de ferimentos. Trata-se de um achado importante por indicar o aumento da capacidade de resolver na UBS, perto da casa do cidadão, situações que antes exigiriam atendimento em urgências ou, mesmo, em hospitais, na maioria das vezes distantes dos usuários²².

Além disso, analisando de maneira combinada os dados do SIAB, eSUS e também do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), conforme protocolo de validação estabelecido que considera o SIA para UBS sem eSF e um destes sistemas para cada eSF²², houve aumento significativo no número de ações coletivas e visitas domiciliares; e também foi identificada uma expressiva diminuição da oscilação do número de consultas mensais para usuários com diabetes e hipertensão, indicando maior programação das ações por parte da equipe e melhora da adesão dos usuários às ações ofertadas²².

Com relação ao número total de consultas na ESF, calculado também a partir do protocolo de validação que combina para cada eSF os sistemas eSUS, SIAB e SIA, a pesquisa identificou um aumento de 29% no número de consultas médicas quando comparados os meses de janeiro de 2013 e janeiro de 2015. Nos municípios participantes do PMM, esse crescimento foi de 33% e, nos demais, de apenas 15%. O aumento foi atribuído: à implantação de novas eSF, ao fato de diversas eSF que já existiam terem passado a contar com médicos atendendo regularmente, e à constatação de que as eSF do PMM ofereciam à população mais consultas médicas num mesmo dia de atuação²².

Reforçando esses achados, um estudo de caso coordenado pela OPAS no município de Curitiba, que, além de analisar as bases de dados dos sistemas de informação nacional e do município, entrevistou gestores e profissionais, constatou que os médicos do PMM ocuparam vagas nas UBS mais necessitadas e aumentaram o número diário de consultas²³.

Outra pesquisa que reforça os mesmos achados foi realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais e pelo Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas de Pernambuco (UFMG/IPESPE)^(h), que entrevistou usuários, gestores e médicos participantes do programa. Foram visitados 699 municípios. As amostras para entrevistas somaram 14.179 usuários, 391 médicos e 227 gestores, estes últimos não podiam, necessariamente, ser mais de um de cada município.

Com relação a esses gestores, foi identificado que, entre os cinco principais fatores relacionados à avaliação positiva que os mesmos fazem do impacto do programa, três estão relacionados à ampliação do acesso, são eles: ter sempre médicos nas UBS e cumprindo efetivamente a carga horária definida; a ampliação do acesso à população; e o aumento da oferta de consultas.

^(h) Pesquisa avaliação de política pública para saúde no Brasil: Programa Mais Médicos. UFMG e IPESPE. 2015. Mimeio.

Por meio das entrevistas com os usuários, identificou-se que as duas menções espontâneas mais frequentes sobre os pontos positivos do atendimento dos médicos do PMM foram, justamente, o aumento no número de consultas e demais atendimentos médicos e o fato de a unidade começar a ter atendimento médico todos os dias.

Impacto nos indicadores de saúde

Com relação ao impacto nos indicadores de saúde, é importante ter claro que menos de três anos de implementação de uma intervenção como esta é um tempo insuficiente para captar os efeitos em indicadores construídos a partir dos dados dos sistemas de informação do SUS. Contudo, o relatório da ROPMM²² conseguiu identificar redução nas internações hospitalares por causas sensíveis à AB, analisadas a partir do Sistema de Informação Hospitalar, tanto no Brasil quanto nas regiões e em agregados de municípios.

Considerando que a taxa de internação por condições sensíveis à AB vem diminuindo no Brasil de forma sustentada, a pesquisa mostrou que, nos municípios que participam do PMM, esta redução foi 4% mais pronunciada do que nos demais municípios, comparando-se as internações de dezembro de 2013 e dezembro de 2014.

Outro achado importante foi a relação proporcional entre a cobertura populacional com eSF com médicos do PMM e a redução das internações sensíveis à AB: nos municípios com cobertura populacional entre 17% e 36%, a redução foi de 5,8% a mais que nos demais municípios; já naqueles com cobertura populacional maior que 36% a redução no mesmo período chegou a 8,9%²². A pesquisa considerou que seriam efeitos tanto do aumento efetivo da cobertura, garantindo acesso a pessoas que antes não tinham, quanto da ampliação da resolubilidade da AB²².

Reforçando o achado, também o estudo do caso de Curitiba, que utilizou os prontuários eletrônicos e o sistema informatizado local como base de dados, mostrou boa resolubilidade dos médicos do PMM que apresentaram taxas de internação hospitalar e de encaminhamento para unidade de pronto atendimento, respectivamente, de 1,4 por mil consultas e de 4 por mil; enquanto os médicos residentes apresentaram, respectivamente, 2,3 por mil e 6 por mil, e os demais médicos 1,5 por mil e 6 por mil, respectivamente²³.

Avaliação de usuários, gestores e médicos

A Pesquisa da UFMG/IPESPE identificou que 95% dos usuários disseram estar satisfeitos ou muito satisfeitos com a atuação do médico do PMM. Entre as razões dessa avaliação extremamente positiva, 85% afirmaram que a qualidade do atendimento melhorou; 87% que o médico é mais atencioso, e 82% que a consulta agora resolve melhor seus problemas de saúde. A nota média que os usuários deram ao PMM foi de nove para um máximo de dez.

Quando indagados sobre dificuldades de comunicação, 87% responderam que não tiveram nenhuma dificuldade, e só para 3% ela foi importante. Esses números comparados na mesma pesquisa com médicos brasileiros não participantes do programa, grupo utilizado como controle, resultou em 95% e 2% respectivamente.

Já a pesquisa com gestores mostrou que, antes do PMM, eles davam a nota média de 6,6 para a atenção à saúde da população e, depois de implantado o Programa no município, deram a nota 8,7. Os motivos apontados na própria pesquisa para esta melhora na avaliação são aqueles relacionado à melhoria do acesso, já citado neste artigo, somados à melhoria da qualidade do atendimento e à proximidade e bom relacionamento entre os médicos do Programa e os pacientes.

A mesma pesquisa entrevistou, ainda, médicos brasileiros e estrangeiros do PMM, e encontrou os seguintes resultados: 100% disseram que foram bem recebidos pela comunidade; 98% indicariam o Programa a um amigo; a nota média atribuída à relação com o restante da eSF foi 9,6; a nota dada à supervisão do programa foi de 9,0; e a avaliação do Programa como um todo recebeu nota média de 9,1 em um máximo de dez. Com relação à estrutura das UBS, de maneira geral, considerando estrutura física, equipamentos, medicamentos, imunobiológicos e condições de trabalho, para 65% dos médicos, a estrutura era boa ou ótima. Para 8%, ruim ou péssima e, para os demais, era regular.

Esta avaliação positiva que os médicos participantes do Programa têm sobre o mesmo, a recomendação que fazem aos colegas, e o fato de terem incorporado, em 2015, o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e seus benefícios – como o adicional de 10% na pontuação obtida no concurso de residência para aqueles que após um ano fizeram o mesmo – ajudam a explicar a significativa mudança na adesão dos médicos brasileiros ao Programa.

Ao fim de 2013, ano de criação do Programa, das 3.678 vagas preenchidas no mesmo, apenas 22% foram ocupadas por médicos com registro no Brasil. Contudo, o ano de 2015 experimentou recordes de inscrições de médicos brasileiros com registro no Brasil, em proporções que chegaram a mais de dez candidatos por vaga oferecida, e, nos três chamamentos realizados nesse ano, todas as vagas foram preenchidas por médicos brasileiros: o primeiro chamamento do ano necessitou chamar também médicos brasileiros com registro no exterior, e no segundo e terceiro, todas as vagas foram preenchidas com médicos com registro no Brasil. Assim, não foi necessário lançar, em 2015, edital internacional de chamamento de médicos estrangeiros e nem de ampliar a cooperação com a OPAS. O percentual de médicos com registro no Brasil ao fim de 2015 chegou a 29% dos mais de 18 mil médicos, conforme os dados do DATASUS.

Esse resultado é importante por diversos motivos, entre os quais destacamos quatro: reforça os achados que apontam para a importância da aprovação do Programa pelos médicos brasileiros que nele atuam e que o recomendam; mostra um interesse crescente em participar do PMM; aumenta significativamente o número de médicos no Brasil que desenvolvem uma atuação na ESF e são formados para ela, fator importante para a qualidade da prática profissional, seja na AB ou em outra área de atuação; e confere sustentabilidade ao PMM, que passa a ser menos dependente de profissionais estrangeiros.

Conclusão

As evidências disponíveis permitem afirmar que o PMM, em menos de três anos de implantação, alcançou, no eixo provimento, um conjunto de resultados relacionados aos objetivos do programa, tais como: atender a demanda de médicos feita em 2013 e, nos anos posteriores, a demanda dos gestores municipais para expandir eSF e completar as existentes; alocar médicos nas áreas com maior necessidade com equidade na distribuição; ampliar a cobertura da AB e da ESF num volume e velocidade significativamente superior aos anos anteriores; ampliar o acesso da população às ações de AB; elevar o número de consultas e diversificar o escopo de procedimentos de AB; aumentar o ritmo de redução das internações sensíveis à AB; ser bem avaliado por usuários, médicos e gestores; e se constituir como uma alternativa importante de atuação para os médicos brasileiros.

Mesmo com o sucesso do eixo provimento, vale destacar alguns desafios. Os médicos brasileiros ainda escolhem e atuam num número de municípios bem menor em relação aos locais onde os brasileiros formados no exterior e, em especial, os estrangeiros, se propõem a atuar. Isso faz, por exemplo, com que todos os DSEI tenham hoje equipes completas, por primeira vez, graças aos médicos estrangeiros. Além disso, o tempo médio de permanência e a taxa de desistência dos médicos brasileiros no programa é maior. Esses dois fatores apontam para a necessidade de se contar com os chamamentos internacionais e a cooperação com a OPAS ainda por um bom tempo.

Outra questão a destacar é que, a partir de 2016, uma importante ação do PMM relacionada ao eixo formação, que é a expansão da Residência de Medicina de Família e Comunidade com vias à universalização do acesso a todos os médicos formados, reforçará o eixo provimento, melhorando o acesso e a qualidade na AB à saúde da população. Com efeito, se a expansão da residência acontecer a contento, é possível que o eixo provimento já atinja patamares próximos do teto e, a partir desse momento, seja direcionado cada vez mais aos municípios e regiões menores, mais distantes e com maiores dificuldades de atrair profissionais.

Por fim, vale lembrar que, para termos médicos na quantidade necessária e com a formação adequada às necessidades de nossa população, é fundamental o alcance dos objetivos do eixo formação. O Brasil precisa ampliar a quantidade de médicos e melhorar a qualidade da sua formação

para poder responder às razões que exigiram a criação do PMM, e para que o país possa avançar mais e de modo consistente no caminho de garantir o direito à saúde por meio de um sistema público, gratuito, universal, integral, equânime e com participação popular.

Colaboradores

Todos os autores colaboraram ativamente na discussão dos resultados, na revisão e na aprovação da versão final do trabalho.

Referências

1. Presidência da República (BR). 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. 23 Out 2013.
2. Ministério da Saúde (BR). 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). Diário Oficial da União. 24 Out 2011.
3. Girardi SN, Carvalho CL, Araújo JF, Farah IM, Wau 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; 2011. p. 171-86.
4. OECD. Health at a Glance 2011: OECD Indicators [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2011 [citado 20 Abr 2016]. Disponível em http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en
5. Ministerio de Salud (AR). Médicos en Argentina Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud [Internet]. Buenos Aires; 2014 [citado 20 Abr 2016]. Disponível em: http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/documentos_fuerza_trabajo/Adjuntos%20Fuerza%20de%20Trabajo%20FT/Informe_Medicos_2012_Argentina_04.08.2014.pdf.
6. Poz MRD, Pierantoni CR, Girardi, S. Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil. In: Fiocruz. A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 3, p. 187-233.
7. Scheffer M, Cassenotte A, Biancarelli A. Demografia Médica no Brasil: 2013. 256p cenários e indicadores de distribuição [Internet]. São Paulo: Conselho Federal de Medicina, [acesso em 20 Abr 2016]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf>.

8. Aaron Y, Chaudhry HJ, Thomas JV, Dugan M. A Census of actively licensed physicians in the United States. *J Med Regulation*, 2012; 99(2):11-24.
9. General Medical Council. The state of medical education and practice in the UK, 2012 [Internet]. 2012 [citado 20 Abr 2016]. Disponível em: http://www.gmc-uk.org/The_state_of_medical_education_and_practice_in_the_UK_2012_0912.pdf_49843330.pdf
10. 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; 51:105-120.
11. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araujo SQ, et al. Mais Médicos: um Programa brasileiro em perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):623-34.
12. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM nº 2.206 de 14 de Setembro de 2011. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma. *Diário Oficial da União*. 19 Set 2011.
13. Ministério da Saúde (BR). 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.
14. Côrtes SV. Contribuições teóricas e à pesquisa empírica da Sociologia às políticas públicas. *Rev Bras Sociol*. 2013; 1(1):35-56.
15. Ramos M. Aspectos conceituais e metodológicos da avaliação de políticas e programas sociais. *Planej Polít Públicas*. 2009; 32:95-114.
16. Costa G, Dagnino R, organizadores. Gestão estratégica de políticas públicas. Rio de Janeiro: Editora T+8; 2008.
17. Resolução nº 01 da Coordenação Nacional do Projeto Mais Médicos para o Brasil, de 02 de outubro de 2015. Metodologia de autorização da quantidade de vagas para cada município do Projeto Mais Médicos para o Brasil. *Diário Oficial da União*. 06 Out 2015.
18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº 39, de 08 de junho de 2013. Adesão de Médicos ao Projeto Mais Médicos para o Brasil. *Diário Oficial da União*. 08 Jun 2013.
19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº 02, de 15 de janeiro de 2015. Adesão de médicos aos programas de provisão de médicos do Ministério da Saúde – Projeto Mais Médicos para o Brasil e Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. *Diário Oficial da União*. 15 Jan 2015.
20. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.602, de 9 de julho de 2011. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB), para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB. *Diário Oficial da União*. 11 Jul 2011.
21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
22. Rede Observatório Programa Mais Médicos. Relatório da Pesquisa de Dados Secundários do Programa Mais Médicos até 2014 [Internet]. 2015 [citado 10 Mar 2016]. Disponível em: <http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/observatorio-mais-medicos>
23. OPAS. Implementação do Programa “Mais Médicos” em Curitiba. Experiências inovadoras e lições aprendidas [Internet]. 2015 [citado 10 Mar 2016]. Disponível em: <http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/observatorio-mais-medicos>

Pinto HA, Oliveira FP, Santana JSS, Santos FOS, Araujo SQ, Figueiredo AM, et al.
Programa Más Médicos: evaluación de la implantación del Eje de Provisión de 2013 a 2015. Interface (Botucatu). 2017; 21(Supl.1):1087-101.

El Programa Más Médicos fue creado en 2013 para enfrentar desafíos que condicionaban la expansión y el desarrollo de la Atención Básica (AB), principalmente la insuficiencia y la mala distribución de médicos y el perfil de formación inadecuado a las necesidades de la población. El programa se compone de tres ejes: provisión de emergencia, calificación de la infraestructura y cambio de la formación. En este artículo realizamos análisis documental, análisis de bancos de datos oficiales y revisión de literatura con el objetivo de evaluar los resultados de la provisión de médicos alcanzados hasta 2015. Identificamos avances importantes en la asignación de los médicos con equidad, en la ampliación de la cobertura de la AB, en la ampliación del acceso de la población a las acciones de atención básica, en el impacto en los indicadores de salud y en la evaluación positiva que usuarios, médicos y gestores realizan del programa. En la conclusión se señalan desafíos enfrentados por el programa para alcanzar efectivamente sus objetivos.

Palabras clave: Atención básica de salud. Escasez de médicos. Programa Más Médicos.

Submetido em 05/07/16. Aprovado em 06/12/16.