



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM
POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Ademir Lapa

PROGRAMA MAIS MÉDICOS: UMA CONTRIBUIÇÃO À ANÁLISE
DA OFERTA DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

Brasília
2018



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília

Ademir Lapa

PROGRAMA MAIS MÉDICOS: UMA CONTRIBUIÇÃO À ANÁLISE DA OFERTA DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas em Saúde, da Escola Fiocruz de Governo – EFG / Fiocruz / Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas em Saúde.

Orientador: Gerson Oliveira Penna
Co-orientadores: Luiz Felipe da Silva Pinto
Alysson Feliciano Lemos

Brasília
2018



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília

Lapa, Ademir

Programa Mais Médicos: uma contribuição à análise da oferta de ações e serviços de saúde / Ademir Lapa. -- Brasília, 2018.

98 f. il

Orientador: Gerson Oliveira Penna.

Co-orientadores: Luiz Felipe da Silva Pinto; Alysson Feliciano Lemos.

Dissertação (Mestrado - Políticas Públicas em Saúde) -- Escola Fiocruz de Governo, 2018.

1. Atenção Básica. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Programa Mais Médicos. I. Penna, Gerson Oliveira. II. Pinto, Luiz Felipe da Silva. III. Lemos, Alysson Feliciano. IV. Título.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília

Ademir Lapa

PROGRAMA MAIS MÉDICOS: UMA CONTRIBUIÇÃO À ANÁLISE DA OFERTA DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Dissertação
apresentada à Escola Fiocruz de Governo como
requisito parcial para obtenção do título de
mestre em Políticas Públicas em Saúde.

Aprovado em 22/08/2018.

BANCA EXAMINADORA

Dr. Gerson Oliveira Penna. Orientador. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília

Dr. Luiz Felipe da Silva Pinto. Coorientador. Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

Me. Alysson Feliciano Lemos. Coorientador. Secretaria Executiva da Universidade Aberta do
SUS - UNA-SUS/Fiocruz

Dr. Daniel Ricardo Soranz Pinto. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz – CEE Fiocruz
Examinador externo

Dr. Wagner de Jesus Martins. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília
Examinador interno (Titular)

Dr. José Agenor Álvares da Silva. Suplente. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília
Examinador interno (Suplente)



AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conceder saúde e força para seguir trilhando o caminho do conhecimento em busca da realização dos meus sonhos, com sabedoria, paciência e acima de tudo, persistência.

Aos meus pais, Antônia Pereira Lapa e Mauri Hilário Lapa (*in memoriam*) e irmã, Arlení Antônia Lapa, minhas bases, que diante das inúmeras dificuldades da vida me criaram e educaram para eu chegar até aqui.

A minha excelentíssima e especial esposa, Christiane Hubert Lapa, pelo companheirismo, perseverança, atenção, cuidado, carinho e amor no trato diário e direcionamento nos momentos difíceis que esta trajetória nos proporcionou.

A minha filha, Carolina Hubert Lapa, pelo carinho, incentivo e o amável companheirismo indispensável e inseparável que a vida nos impõe.

Aos professores, Gerson, Felipe e Alysson pelos ensinamentos, orientação, paciência e sobretudo, dedicação. Muito obrigado por sempre ter corrigido sem nunca me desmotivar.

Aos amigos, Fernando Baptistoti, Rodrigo Santana e Marcos Mesquita pelo incentivo, diálogos, trocas de experiências e apoio nos momentos instáveis da trajetória.

E aos colegas do curso, pelos memoráveis momentos vividos e angústias compartilhadas nos bancos da escola.

RESUMO

O Programa Mais Médicos (PMM) foi lançado no Brasil em outubro de 2013 para fortalecer o atendimento de saúde no Sistema Único de Saúde - SUS e para garantir assistência médica às populações em situação de vulnerabilidade das regiões mais desassistidas do país. Com esta iniciativa do governo federal, profissionais médicos foram alocados nestas localidades para o atendimento na atenção primária à saúde, que constitui importante componente da atenção à saúde que representa uma demanda crescente na reorganização do sistema de saúde. O SUS, com notada sobrecarga dos serviços, associada, dentre outras, ao aumento da escassez de profissionais nos municípios mais distantes dos grandes centros urbanos, comunidades quilombolas, áreas rurais e Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI necessitam de atenção e intervenção para o fortalecimento do atendimento de saúde da população. O estudo aqui proposto objetiva identificar e analisar os indicadores de saúde dos 1.866 municípios estratificados por porte populacional, que receberam os profissionais médicos do programa em 2014 onde os mesmos profissionais permaneciam ativos em 2016. O resultado busca ainda identificar e analisar a tendência de contribuição do PMM na oferta de ações e serviços de saúde e seus efeitos sobre os indicadores de cobertura populacional, produção ambulatorial, variação da proporção das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB), repasses do Programa Bolsa Família (PBF), taxa de detecção de tuberculose e cobertura vacinal por BCG entre 2008 a 2016, isto é, período antes x depois da implantação do programa. Os resultados da análise são positivos, destacam-se aqui o aumento da cobertura populacional, a ampliação do número das visitas domiciliares e consultas médicas e redução da proporção das ICSAB. À medida que estas importantes mudanças são implementadas pelo programa, o fortalecimento das ações e dos serviços de saúde é ampliado e isso aumenta o acesso à saúde, convergindo para o alcance da universalidade e equidade na saúde da população dos municípios analisados.

Palavras-chave: Atenção Básica; Atenção primária à saúde; Programa Mais Médicos.

ABSTRACT

The Mais Médicos (More Doctors) Program (Programa Mais Médicos - PMM) was a public policy launched by the Brazilian government in October 2013, in order to strengthen the public medical assistance offered through its national system named “SUS – Sistema Único de Saúde”. This federal government’s initiative intended to improve or offer primary health care services - an important component of health care that represents a never-ending and growing demand - to Brazilian people that live specially in municipalities away from the huge urban centers where the primary issue is the shortage of professional physicians. The SUS identifies that the main problem is the lack of services - due primarily by the shortage of physicians - that takes place and becomes specially critical in these areas as well as in special areas like “comunidades quilombolas”, rural areas and “DSEI” - Indigenous Health Districts - becoming therefore the major problem to face to on healthy policies. The study intends to identify and analyze the health indicators of those 1,866 municipalities stratified by population size, which received the medical professionals of the program in 2014 where the same professionals remained active in 2016. This study also seeks to identify and analyze the impact of this policy - “PMM - Programa Mais Médicos” - and its effects on socioeconomic and health indicators of the target population, as well as the outpatient production rate, the variation on the proportion of hospitalizations eventually due to conditions related to primary care (ICSAB), as well as the impact of financial transfers carried out through another public assistance policy called “Bolsa Família” Program (PBF), the tuberculosis rate, and the effectiveness of the coverage of BCG vaccination between 2008 and 2016, i.e. before and after the implementation of the PMM. The results of the analysis are positive, highlighting the increase in population coverage, the increase in the number of home care visits and medical consultations and a reduction in the proportion of ICSABs, as well as some important changes identified as results of the program such as the improvement of health actions and services was effectively expanded and identified an increase on the access to health, converging to an effective improvement in the provision of this policy of universality and equity in the health to the population of the municipalities analyzed.

Keywords: Basic Attention; Primary health care; Mais Médicos Program.

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Distribuição do número de municípios que receberam médicos do Programa Mais Médicos ^(*) | 31 |
| Tabela 2 - Distribuição da cobertura populacional de Equipes de Saúde da Família (eSF), segundo condição de atuação no Programa Mais Médicos ^(*) e porte populacional dos municípios, Brasil 2008 – 2016..... | 36 |
| Tabela 3 - Distribuição do número de visitas domiciliares por habitante segundo condição de atuação no Programa Mais Médicos ^(*) e porte populacional dos municípios, Brasil 2008 – 2016..... | 39 |
| Tabela 4 - Distribuição do número de consultas médicas por habitante segundo condição de atuação no Programa Mais Médicos ^(*) e porte populacional dos municípios, Brasil 2008 – 2016..... | 42 |
| Tabela 5 - Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) em relação ao total de internações, segundo condição de atuação no Programa Mais Médicos ^(*) e porte populacional dos municípios, Brasil 2008 – 2016..... | 44 |
| Tabela 6 – Distribuição dos recursos Federais em reais (R\$), transferidos Per Capita pelo Programa Bolsa Família, segundo condição de atuação no Programa Mais Médicos ^(*) e porte populacional dos municípios, Brasil 2008 – 2016..... | 50 |
| Tabela 7 – Distribuição da taxa de incidência da Tuberculose, segundo condição de atuação no Programa Mais Médicos ^(*) e porte populacional dos municípios (por 100.000 habitantes), Brasil 2008 – 2016..... | 52 |
| Tabela 8 – Distribuição da cobertura vacinal por BCG entre crianças menores de um ano, segundo condição de atuação no Programa Mais Médicos ^(*) e porte populacional dos municípios, Brasil 2008 – 2016..... | 54 |

(*) Municípios que receberam médicos do Programa Mais Médicos em 2014, cujos profissionais se mantiveram ativos até 2016.

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde
AB - Atenção Básica
APS - Atenção Primária à Saúde
CAPS - Centros de Atenção Psicossocial
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CFM - Conselho Federal de Medicina
CNE - Conselho Nacional de Educação
CPS - Cuidados Primários de Saúde
DSEI - Distritos Sanitários Especiais Indígenas
ESF - Estratégia Saúde da Família
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
ICSAB - Internações por Condições sensíveis à Atenção Básica
MS - Ministério da Saúde
MDS - Ministério do Desenvolvimento Social
OMS - Organização Mundial da Saúde
PAB - Piso de Atenção Básica
PNAB - Política Nacional da Atenção Básica
PR - Presidência da República
PBF - Programa Bolsa Família
Promed - Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
PISUS - Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde
PITS - Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PROVAB - Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PFPB - Programa Farmácia Popular do Brasil
PMM - Programa Mais Médicos
PNI - Programa Nacional de Imunizações
Pró-Saúde - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF - Programa Saúde da Família
SIA-SUS - Sistema de Informação Ambulatorial



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília

SINAN - Sistema de Informação de Agravos Notificados

SI-PNI - Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização

SIH-SUS - Sistema de Informação Hospitalar

SIAB - Sistema de Informação sobre Atenção Básica

SIMM - Sistema de Monitoramento do Programa Mais Médicos

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCU - Tribunal de Contas da União

UBS - Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 12 |
| 2. OBJETIVO..... | 18 |
| 3. JUSTIFICATIVA..... | 18 |
| 4. REFERENCIAL TEÓRICO..... | 19 |
| 4.1 Atenção Primária à Saúde - APS..... | 19 |
| 4.2 Programa Bolsa Família - PBF..... | 24 |
| 4.3 Ações de vigilância em saúde..... | 26 |
| 4.4 Antecedentes históricos e o PMM..... | 28 |
| 5. MATERIAL E MÉTODO..... | 30 |
| 5.1 Aspectos éticos e legais..... | 34 |
| 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 35 |
| 7. LIMITAÇÃO DO ESTUDO..... | 56 |
| 8. CONCLUSÃO..... | 56 |
| 9. RECOMENDAÇÕES..... | 59 |
| 10. CRONOGRAMA..... | 60 |
| 11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 61 |
| 12. ANEXOS..... | 67 |
| Anexo 1 - Lista de internações sensíveis à atenção primária..... | 68 |
| Anexo 2 – Parecer do CEP Fiocruz..... | 71 |
| Anexo 3 – Declaração para utilização das bases de dados do Sistema UNA-SUS..... | 74 |
| Anexo 4 – Manuscrito submetido ao periódico Revista Ciência e Saúde Coletiva..... | 77 |
| Anexo 5 – Protocolo de submissão do manuscrito..... | 96 |

1. INTRODUÇÃO

A realização do presente trabalho decorre do instigante percurso pelo aprendizado e para buscar contribuir no campo de estudo das políticas públicas, sobretudo na área da saúde e do Programa Mais Médicos (PMM), programa este que contribuí, enquanto servidor do Ministério da Saúde (MS), na sua implementação no ano de 2013.

O desejo profissional de estar integrado e atualizado aos temas relevantes que dialogam de modo transversal com a instituição MS, estimula-me. Essa pesquisa aqui é fonte de inspiração para a compreensão dos resultados do PMM e principalmente pelo objeto em estudo ser demanda recorrente de questionamentos às unidades do MS e constantemente analisado e debatido no âmbito do sistema de saúde, órgãos de controle, judiciário, no meio acadêmico e governamental.

A situação que chama a atenção e desperta interesse pela compreensão é como o PMM contribui com aqueles municípios brasileiros em alta vulnerabilidade e que anteriormente a implantação da política não possuíam profissionais médicos suficientes para atendimento da população, e quais os indicadores de acesso à saúde se alteram à medida que os profissionais do programa são alocados e fixados nessas localidades.

Para responder a essa reflexão é importante primeiramente conhecer o contexto histórico onde está inserido o tema, assim, breve explanação sobre a criação e evolução do Sistema Único de Saúde (SUS), do final da década de 80, passando pelos principais momentos da política até a efetiva implementação do PMM em 2013, com olhar e ênfase na delimitação do objeto em estudo e seu recorte temporal, este compreendido no período de 2008 a 2016.

Assim, na história da saúde no Brasil, quem tinha direito e acesso ao atendimento e serviços de saúde eram os trabalhadores segurados do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), com a criação do SUS, no fim da década de 80, a mudança é latente e todo cidadão passa a ter o direito a saúde, cabendo ao Estado assegurar a entrega dos serviços e atendimentos.¹

O marco regulatório do SUS foi estatuído na Constituição de 1988, onde garantiu para todos os cidadãos, indistintamente, acesso universal ao maior sistema de saúde público de um país quando explicitou “saúde, como direito de todos e dever do Estado”.²

Para alcançar este regramento o arcabouço normativo do SUS fora discutido amplamente durante as décadas de 70 e 80, período onde fora extinto o INAMPS. A discussão além de sugerir a privatização da previdência, à época, ampliou e trouxe ao bojo dos debates

democráticos, os acadêmicos e os sanitaristas opostos ao regime militar, a necessidade de defender a criação de um sistema nacional de saúde e público.²

Com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em março de 1986, em Brasília, a proposta do sistema contou com a participação social servindo de base para propagação da reforma sanitária, além de balizar as discussões para o debate da Assembleia Constituinte e a posterior promulgação da Carta Magna de 1988. Os princípios da universalidade, integralidade e equidade no SUS passam a fazer parte da vida da sociedade e de cada cidadão.³

A referida carta supra estatuiu, em seu artigo 196, que a saúde será universal e dever do Estado, *in verbis*:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.⁴

Ao indicar a relevância das políticas econômicas e sociais para a garantia do direito à saúde, a Constituição fez referência ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação.⁵ Assim, o direito é garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos.⁶

A consideração da saúde como um direito humano, fundamental, de caráter social, pertencente a todos, deve ser prestado de forma universal, integral e igualitária pelo Estado e atribuindo ao poder público, nos termos da lei, sobre a regulamentação, fiscalização e controle.³

Ao se deparar com a obrigação constitucional e a necessidade social em desenvolvimento humano, gerenciamento das ações na área de saúde e para garantir o direito integral e universal do acesso à saúde, foram publicadas, posteriormente, as normas de operacionalização e regulamentação do SUS.

A chamada Lei Orgânica da Saúde possui datas significativas para o SUS, que são elas: 19 de setembro e 24 de dezembro de 1990, início da vigência das Leis nº 8.080 e nº 8.142, respectivamente, as quais operacionalizam e alicerçam o sistema público de saúde.³

Neste momento, além de toda a população ter direito à saúde universal, esta será financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme rege o artigo 195 da Constituição Federal de 1988.³

Deste modo, a legislação responsabiliza o Estado e a sociedade pela transformação e indica o modelo organizacional para dar concretude ao SUS e garantir a universalidade, integralidade e equidade.⁷

O princípio da universalidade que integra o núcleo essencial do regime jurídico do serviço público, traduz-se em prestações materiais e de serviços onde todos devem ter acesso, com tais prestações, o Estado cumpre seu dever de realização dos direitos fundamentais sociais da Carta Magna de 1988.⁸

No SUS, a universalidade do acesso e a prestação de serviços de qualidade são desafios enfrentados pelos sistemas de saúde, os quais buscam estratégias e políticas que possam superá-los e responder às necessidades da população e garantir a integralidade.⁹

O princípio da integralidade busca garantir ao indivíduo uma assistência à saúde que transcenda a prática curativa, contemplando-o em todos os níveis de atenção e considerando o sujeito inserido em um contexto social, familiar e cultural.¹⁰

A integralidade é um dos pilares na construção do SUS que inclui as ações de promoção e prevenção, atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica, articulação das ações de promoção, proteção e prevenção e abordagem integral do indivíduo e das famílias.¹¹

Outro princípio que objetiva diminuir as desigualdades é o da equidade, apesar de todos nós termos o direito aos serviços, as pessoas não são iguais e possuem necessidades diferentes. O princípio da equidade significa tratar os desiguais com desigualdade, provendo investimentos maiores onde a carência é maior e assim promover a justiça social e integrar as redes de serviços.¹²

Porém, a equidade depende bastante da capacidade da sociedade civil e de seus vários agrupamentos de interagirem com o estado, com os governos e com outros poderes institucionais, para construir contextos favoráveis à justiça e à democracia.¹³

Para os organismos internacionais a equidade implica a diminuição das diferenças evitáveis e injustas, ao mínimo possível, e na oferta de serviços de saúde em função das necessidades e da capacidade de pagamento.⁵

O esforço ao longo das duas últimas décadas, para garantir o direito à saúde, onde importantes iniciativas para o fortalecimento da atenção básica (AB) foram desenvolvidas e implantadas no sistema, convergem com as ações do MS ao aprovar a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006.

Neste aspecto, houve importantes mudanças na estrutura do sistema, em particular, a partir de 1994, com o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente, em 2002, ampliado para a Estratégia da Saúde da Família (ESF), este foi desenvolvido com a finalidade de melhorar o acesso à atenção primária e a qualidade da assistência em todo o país.¹⁴

A partir disso, novos formatos de equipes foram sendo criados, como, por exemplo, as equipes especiais para a população ribeirinha e os consultórios na rua para aqueles grupos populacionais que vivem em situação de vulnerabilidade nas ruas. O desafio aqui era manter para essas equipes especiais, destinadas a populações específicas, as diretrizes essenciais comuns ao conjunto das equipes.

Desde 2006, a PNAB tem efetivamente marcado a agenda governamental no que tange a políticas de saúde, além do conjunto de setores do MS e da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Presidência da República (PR), objetivando a viabilidade desta política.¹⁵

Nas políticas de saúde, observa-se também convergência das ações para a qualificação dos processos assistenciais na Atenção Primária à Saúde (APS) em todo o território nacional.¹⁶ As persistentes tentativas de identificação dos gargalos, problemas e desafios da AB e, ao mesmo tempo, a busca de alternativas e de estratégias técnico-políticas de enfrentamento têm marcado uma atuação das instâncias gestoras do SUS sob a coordenação do MS.¹⁵

Isso reflete na crescente percepção de que a saúde deve ter lugar central na agenda, pois decorre do desenvolvimento humano e isso é reconhecer que a saúde é uma capacidade humana básica, um pré-requisito para os indivíduos alcançarem à auto realização, um elemento da construção das sociedades democráticas e um direito humano.¹⁷

Apoiar à saúde se reflete na forma em que o desenvolvimento vem a ser definido: antes a saúde era incremento contributivo ao crescimento econômico, entretanto, atualmente o entendimento predominante é multidimensional e tem base na ideia do desenvolvimento humano.¹⁷ Reforçando com isso a necessidade de aportar recursos nas ações governamentais para garantir os investimentos na área da saúde a fim de proteger e cuidar das pessoas visando impulsionar o desenvolvimento e garantir a vida.

Apesar das políticas públicas implantadas para o fortalecimento das ações e dos serviços de saúde, além da importância do aporte de recursos na rede e da chegada de profissionais médicos para o sistema, sabe-se que isoladamente o efeito do incremento profissional de uma categoria é limitado para a melhoria dos serviços.¹⁸

Neste contexto, e mobilizado pelo clamor das ruas, onde as manifestações de junho de 2013 levaram milhares de pessoas aos mais diversos pontos do país, todos com pauta comum, cobravam a má qualidade dos serviços públicos prestados pelos governantes. Sendo a melhoria dos serviços de saúde uma das principais reivindicações presente nos movimentos.¹⁹

Também no ano de 2013 os vereadores e prefeitos que iniciavam seus mandatos protestavam pela falta de médicos em suas cidades, alegavam a alta rotatividade destes

profissionais, baixa atratividade para fixá-los nas localidades mais distantes dos centros urbanos e a dificuldade para a contratação.¹⁹

Aliado a esses movimentos e demandas, com base nos resultados dos estudos que apontavam para o baixo número de profissionais médicos no país, o governo federal passa a formular uma proposta para enfrentar o problema e responder com ações as reivindicações que eram massivas na ocasião.

O indicador de base analisado para formular a política pública de resposta, mostrava que o número de profissionais médicos ativos no Brasil em 2013 era de 359.691, representando uma taxa de 1,8 médicos para cada 1000 habitantes, segundo os dados primários do Conselho Federal de Medicina (CFM), e na estimativa populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para atendimento na atenção básica.²⁰

Além da condição de atendimento médico na AB que possuía em 2013 um déficit de profissionais por habitante no Brasil, levando-se em consideração os índices de países latinos americanos com perfil socioeconômico semelhante ou países de outros continentes que têm sistemas universais de saúde, o Brasil apresentava a menor proporção de médico/1.000 habitantes (1,8), entre os países a saber: Canadá 2,0; Reino Unido 2,7; Argentina 3,2; Uruguai 3,7; Portugal 3,9; Espanha 4,0 e Cuba 6,7.²¹

Mesmo não existindo um parâmetro reconhecidamente válido internacionalmente para a proporção médico/habitante, utilizou-se como referência o índice do Reino Unido, país que depois do Brasil possui o maior sistema de saúde público de caráter universal orientado pela atenção básica. Assim, para que o Brasil alcance essa marca, 2,7 médicos por habitante, seria necessário mais 168.424 profissionais, porém ao levar em consideração a taxa atual de crescimento do número de médicos no país, o atingimento dessa meta ocorreria somente no ano de 2035.²⁰

Destaca-se ainda, que o Brasil ocupava apenas a 79ª posição no ranking do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), ficando atrás de Chile, Argentina, Cuba, Azerbaijão e Jordânia. Essa posição reflete a relação inclusive da saúde da população, pois o IDH serve como referencial de análise da qualidade de vida de uma determinada população. Esse índice só corrobora com a necessidade de melhora no quadro de atendimento à saúde da sociedade.²²

Diante deste cenário, a ação governamental para expandir e garantir atendimento à saúde da população consolidou-se com o envio ao Congresso Nacional da Medida Provisória nº 621/2013, posteriormente transformada na Lei nº 12.871/2013, que instituiu o Programa Mais Médicos, e teve por finalidade, além da formação de profissionais médicos para o SUS, estabelecer três ações para a o alcance dos objetivos definidos na lei: ²⁰⁻²³

“I - reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos;

II - estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; e

III - promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional.”

Assim, o PMM entra em definitivo na agenda governamental e surge como resposta em meio às demandas do pleno movimento da sociedade e alinhado com os demais entes, tornando-se prioridade na pauta intersetorial. Entretanto, dada a emergência para seu lançamento, o tempo para uma discussão mais ampliada com os setores do governo e da sociedade foi escasso.¹⁹

O programa passa a atender os anseios sociais na medida em que amplia e melhora os serviços disponibilizados para a sociedade, e principalmente quando da efetiva chegada dos profissionais médicos no atendimento de pacientes da rede pública em áreas vulneráveis, interiores dos municípios e Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), e principalmente naquelas localidades onde o atendimento básico de saúde inexistia e presença médica era escassa.

Segundo o Ministério da Saúde o PMM é fruto de esforços do Governo Federal brasileiro e da participação de estados e municípios em busca de aumentar a qualidade no atendimento à população pelo SUS. Suas frentes de atuação são i) Provimento emergencial, ii) Educação e iii) Infraestrutura. Esses eixos são desenvolvidos simultaneamente com objetivo de levar médicos para regiões em que a presença desses profissionais é escassa ou inexistente, busca alterar o modelo de formação em Medicina assim como oferecer novas possibilidades educacionais para os médicos e investir na construção, reforma e ampliação das Unidades Básicas de Saúde (UBS).²⁴

O fortalecimento e ampliação da prestação dos serviços de saúde no SUS, após a implantação do PMM, convergem com as necessidades da população das localidades desassistidas de atendimento na AB, além do provimento médico, busca-se garantir o acesso à saúde dessas áreas prioritárias, diminuir a carência por profissionais de saúde, melhorar as infraestruturas das unidades e estimular a inserção do profissional médico na formação do SUS.

Diante disso, o estudo aqui proposto pretende contribuir na análise se o PMM vem respondendo com aqueles municípios selecionados pela metodologia que, anteriormente a implantação da política não possuíam profissional médico para atendimento da população, e se

os indicadores de acesso à saúde analisados se alteram à medida que os profissionais do programa são alocados e fixados nestas localidades.

Para isso, foram utilizados como parâmetros os seguintes indicadores:

- (i) cobertura populacional de Equipes de Saúde da Família (eSF);
- (ii) produção ambulatorial (número de visitas domiciliares e consultas médicas por habitante);
- (iii) proporção das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB);
- (iv) proporção de pessoas cobertas pelo Programa Bolsa Família (PBF);
- (v) taxa de incidência de tuberculose; e,
- (vi) cobertura vacinal por BCG.

2. OBJETIVO

Contribuir na análise do Programa Mais Médicos na oferta de ações e serviços de saúde, tendências/efeitos, no período de 2008 a 2016 (antes e depois da implantação do Programa Mais Médicos), sobre indicadores selecionados.

3. JUSTIFICATIVA

Justifica-se desenhar uma pesquisa academicamente robusta que contribua no processo de avaliação do programa, além de subsidiar e aprofundar os estudos na área da saúde, sobretudo na atenção básica, devido ao caráter que o tema se apresenta na estruturação do sistema de saúde no Brasil.

Esta pesquisa busca agregar valor na formação do mestrando ao possibilitar analisar um programa que está inserido em importante política do governo, sendo a saúde parte estruturante do Estado e possibilita gerar conhecimento com a publicação de artigos científicos sobre o tema.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Atenção Primária à Saúde - APS

Usando as palavras chaves (atenção primária à saúde, atenção básica, e Programa Mais Médicos) encontramos o referencial aqui descrito. Consideramos a partir da década de 70 o início do contexto exploratório para referenciar e conceituar o estudo.

Na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (CPS), reunida em Alma-Ata, em 1978 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a atenção primária foi definida como:

*“atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação”.*²⁵

A atenção essencial é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, denominando-se atenção básica.²⁶

A atenção básica foi gradualmente se fortalecendo e deve se constituir como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde, pode-se afirmar que o ano de 2006 tem a marca da maturidade no que se refere à atenção básica em saúde. Afinal, o Pacto pela Vida definiu como prioridade: “consolidar e qualificar a Estratégia Saúde da Família como modelo de atenção básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS”.²⁷

Caracteriza-se a atenção básica por um 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.²⁸

A atenção básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a rede. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade,

do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.²⁸

Apoia-se assim no entendimento de que os serviços de saúde devem estar organizados a partir de uma rede de cuidados articulada, com fluxos conhecidos e regulados, cujo objetivo é acolher necessidades sentidas por usuários, gestores e sociedade, definidas por critérios epidemiológicos, econômicos e culturais.¹¹ A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.²⁸ Pensando a atenção básica como rede e fluxos, onde os usuários são acolhidos, remete a compreender quais indicadores possam explicar o desempenho do sistema.

Assim, compreendido o modelo de atenção básica no país, passa-se a definir e conceituar tecnicamente os indicadores do estudo para adentrar no contexto exploratório da pesquisa e buscar resultados que expliquem ou respondam as hipóteses testadas.

O Ministério da Saúde (MS) em 17 de abril de 2008 publicou a portaria nº 221, validando a lista de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB), este indicador teve sua utilização iniciado nos Estados Unidos e posteriormente adotado em outros países do mundo (Austrália, Canada e Espana), além do Brasil, que ainda o usa para o monitoramento do desempenho das Equipes de Saúde da Família (eSF).¹⁴⁻²⁹

O número de ICSAB são problemas de saúde atendidos e resolvidos tipicamente no primeiro âmbito de organização do sistema de saúde e que, se não atendidos em tempo ou adequadamente, evoluem até que o paciente necessite ser hospitalizado.³⁰

Este indicador pressupõe que são necessárias internações para o tratamento clínico de uma gama de afecções e que dentre essas enfermidades existe um subconjunto de causas mais sensíveis à efetividade da atenção básica.³¹ Usualmente apresenta-se tendência de longo prazo para que se possam observar resultados positivos, após uma intervenção em saúde, como o aumento de cobertura populacional de equipes de saúde da família (eSF).

Altas taxas do indicador ICSAB em determinada população pode indicar sérios problemas no desempenho do sistema de saúde ou de seu acesso, além de ser um alerta para o gestor municipal na busca de explicações de tais ocorrências.¹⁴

Estudos apontam que este indicador está associado à baixa cobertura de serviços e/ou deficiências na resolutividade de determinados problemas na atenção básica, com isso é um valioso indicador para o monitoramento e avaliação, e o seu uso faz parte da estratégia de aprimoramento do planejamento e gestão dos serviços de saúde para a sua redução.¹⁴

Outro fator que pode auxiliar na redução da proporção de ICSAB refere-se à formação profissional, isto é: médicos especialistas em medicina da família e comunidade

tenderão a ser mais resolutivos nos postos de saúde e com isso encaminhar menos pacientes ou ter seus pacientes internados com menos frequência.³⁰

Adicionalmente, o aumento da cobertura populacional por Equipe de Saúde da Família (eSF), tende a contribuir para o acesso à saúde e também ajudar na redução do ICSAB, pois presume-se que ao aumentar a cobertura populacional, melhora e acelera a resolutividade do atendimento, e mais ações e serviços de saúde são ofertadas para a população.

A eSF, se caracteriza por equipes de saúde multidisciplinares e são organizadas por regiões geográficas para prestar cuidados de saúde primários a aproximadamente 1.000 famílias (ou cerca de 3.500 pessoas). Estas equipes estão sediadas em unidades de saúde.³²

Mesmo com a expressiva expansão das eSF nos últimos 20 anos em todos os estados e municípios brasileiros, esta não veio acompanhada de ampliação de vagas de Residência em Medicina de Família e Comunidade na mesma proporção.³³ Por outro lado, a eSF foi assumida pelo governo brasileiro como uma proposta de reorganização do sistema de saúde na perspectiva da implementação de uma atenção básica abrangente e localizada.¹¹

Nesse contexto, a assistência no local prestada por meio da visita domiciliar constitui um instrumento de atenção à saúde que possibilita, a partir do conhecimento da realidade do indivíduo e sua família *in loco*, fortalecer os vínculos do paciente, da terapêutica e do profissional, assim como atuar na promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos.³⁴

As visitas domiciliares são parte dos procedimentos utilizados pela atenção básica em saúde e são realizadas pelas equipes de saúde da família e permiti o uso mais racional de recursos, aumentando a disponibilidade de leitos ao diminuir a permanência hospitalar. No entanto, existem controvérsias sobre a relação custo-efetividade do atendimento domiciliar, com variações dos dependentes do perfil epidemiológico nos casos e pelos gastos hospitalares que são transferidos para as famílias.¹⁵

De acordo com a Portaria GM nº 648, de 29/3/2006 do Ministério da Saúde, que aprovou a PNAB e estabelece as diretrizes e normas para a organização desse nível de atenção, é atribuição comum a todos os profissionais da eSF realizar o cuidado em saúde da população cadastrada, prioritariamente, no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários, quando necessário.³⁴

Apesar dos grandes avanços alcançados neste nível de atenção, nem sempre o aumento de cobertura representa mudança real no modelo assistencial e nas práticas dos cuidados, pois o quantitativo de médicos disponíveis é insuficiente para ocupar os postos de

trabalho existentes e para a criação de novas equipes. E isso representa sobrecarga e compromete a prestação dos cuidados e a qualidade da assistência na atenção primária.³⁵

Porém, esforços têm sido cada vez mais crescentes na busca por estratégias que visem compensar a ausência de profissionais, entretanto a redução de financiamento vem refletindo o enfoque dos gastos estatais, até mesmo nas ações de saúde.

Paralelamente, 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 de saúde da família.³⁶ Por isso, a importância de investimentos na área da saúde para garantir o direito constitucional e impulsionar o desenvolvimento social.

No tocante a investimentos e ampliação das ações para fortalecimento da rede de atenção à saúde, destaca-se o governo Lula, que no seu primeiro mandato implantou ações incrementais e de relevância na cobertura e qualidade da atenção básica através do Programa Saúde da Família (PSF), com aumento de 57% no número de equipes de saúde.³⁷

Ainda no seu primeiro mandato, o governo Lula incrementou a rede com novas ações: primeiro aumentou os recursos do Piso de Atenção Básica (PAB), que estava congelado desde 1998. Neste modelo de financiamento destaca-se a forma do pagamento do PAB, que tem parcela fixa e variável. O PAB fixo é uma parcela de recursos fixa calculada com base na população da cidade; o PAB variável é uma parcela variável do recurso federal, repassada por produção à medida que os municípios realizam as ações e políticas de saúde específicas tais como: disponibilização de equipes de Saúde da Família e equipes de Saúde Bucal, Agentes de Saúde e avaliação das equipes; segundo promoveu a expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dando impulso à Reforma Psiquiátrica com intenção de “desospitalização” através do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS; terceiro a tentativa de mudança do modelo de atenção à saúde, a partir de projetos que priorizam o acolhimento e a humanização.³⁸

Diante disso, pode-se considerar o período entre 2003 e 2010 como propulsor do SUS, onde o maior investimento de recursos na área da atenção básica foram aportados e políticas implementadas, gerando o aumento da cobertura populacional e ampliando o acesso aos serviços de saúde após a redemocratização.

Para reafirmar a consideração superior e ampliar o exemplo de investimentos em política pública de acesso à saúde na área da atenção básica no Governo Lula, deve-se referenciar o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB), que teve sua criação em 2004 e obteve resultados significativos de uma ação até então inédita no cenário nacional: a

disponibilização de medicamentos mediante sistema de copagamento pelos usuários, além de assegurar à população o acesso a produtos básicos e essenciais à saúde e a baixo custo.³⁹

Importante política de acesso à saúde com assertivos investimentos na área farmacêutica, pois medicamentos representam a principal categoria que compromete os orçamentos familiares em seus gastos com saúde, principalmente naquelas de menor renda.⁴⁰

Mantendo as características de ampliação e fortalecimento da atenção básica, aliado ao crescimento econômico, em 09 de março de 2006, por meio da Portaria nº 491, o Ministério da Saúde expande o PFPB, aproveitando a rede instalada do comércio varejista de produtos farmacêuticos, bem como a cadeia do medicamento. Esta expansão recebe o nome de “Aqui Tem Farmácia Popular”. Com isso, são disponibilizados medicamentos contra hipertensão (pressão alta) e diabetes com redução em até 90% do preço no varejo.⁴¹

Em junho de 2007, com a publicação da Portaria nº 1.414, o elenco de medicamentos do “Aqui Tem Farmácia Popular” é ampliado, sendo incluídos os anticoncepcionais. Em abril de 2010, pela Portaria nº 947, são incluídas Insulina Regular e Sinvastatina, para o combate ao colesterol alto (dislipidemia). Em outubro do mesmo ano, a Portaria nº 3.219 incorpora ao elenco medicamentos para o tratamento de osteoporose, rinite, asma, Parkinson e glaucoma, além de incluir fraldas geriátricas para atender os idosos no tratamento de incontinência urinária.⁴²⁻⁴³⁻⁴⁴

Esta política foi ainda expandida posteriormente através de parcerias com o setor privado varejista farmacêutico. Novas mudanças ocorreram em 2011, com a isenção de copagamento de um conjunto de medicamentos específicos. Esse Programa tem sido uma das políticas considerada alternativa relevante de acesso a medicamentos e um dos principais vértices da política de atenção básica.⁴⁰

Por outro lado, a infraestrutura de baixa complexidade e a insuficiência de recursos materiais além de comprometer o desenvolvimento e a qualidade das ações na atenção básica que vêm sendo desenvolvidas, limita ainda as potencialidades de ampliação do elenco de ações na perspectiva da reorganização das práticas e do modelo de atenção à saúde.⁴⁵

Destaca-se que políticas governamentais foram e são realizadas para manter e ampliar os serviços ao longo do tempo e melhorar a qualidade no atendimento dos usuários. Porém, o quadro de desfinanciamento progressivo da saúde pública coloca o Brasil em ‘estado de choque’, gerando intensa repressão de demanda, com congestionamento nos prontos-socorros, precarização da atenção básica preventiva e predomínio de intervenções tardias e o retorno de doenças antes consideradas extintas.³⁷

Levando-se em considerando os dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico verifica-se que, no Brasil, o investimento público em saúde é pequeno e que a consolidação do SUS passa, necessariamente, por mais recursos financeiros, em especial, financiamento público e salto qualitativo na gestão.⁴⁶

Para corroborar o pensamento acima explicitado, a promulgação da recente Emenda Constitucional nº 95 de 2016, que alterou o regime fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, e que vigorará por vinte exercícios financeiros, exemplificam a situação do financiamento da saúde no Brasil pelas próximas duas décadas.⁴⁷

Sofrem com a medida os programas sociais que dependem destes recursos para garantir sua manutenção e continuidade, exemplo do Bolsa Família, programa implantado em 2003 com a finalidade de unificação dos procedimentos de gestão e execução das ações de transferência de renda. Consequência final desses cortes financeiros é o aumento do sofrimento social da população mais pobre de nosso país.

4.2 Programa Bolsa Família - PBF

O Programa Bolsa Família (PBF) tem os seguintes objetivos: (i) combater a fome e incentivar a segurança alimentar e nutricional; (ii) promover o acesso das famílias carentes à rede de serviços públicos como educação e saúde; (iii) apoiar o desenvolvimento de famílias pobres e em situação de extrema pobreza; (iv) combate à pobreza e desigualdade; (v) união dos diversos órgãos públicos para auxiliar famílias pobres a superarem essa condição.⁴⁸

Objetiva ainda contribuir para a inclusão social de milhões de famílias brasileiras em situação de pobreza e extrema pobreza, com alívio imediato de sua situação de pobreza e da fome. Além disso, também almejava estimular um melhor acompanhamento do atendimento do público-alvo na educação e nos serviços de saúde e ajudar a superar indicadores ainda dramáticos.⁴⁹

O modelo de repasse tem o benefício básico para unidades familiares que se encontrem em situação de extrema pobreza e o benefício variável destinado a unidades familiares que se encontrem em situação de pobreza e extrema pobreza e que tenham em sua composição gestantes, nutrízes, crianças entre 0 (zero) e 12 (doze) anos ou adolescentes até 15 (quinze) anos.⁴⁸

O atendimento básico à saúde dos grupos mais vulneráveis foi fortalecido em consequência das condicionalidades do Programa Bolsa Família, com reflexos importantes na saúde da gestante e da criança. Esta contribuição do programa para a redução da desnutrição

infantil, a diminuição da mortalidade infantil foi expressiva entre as famílias beneficiárias do programa. Pretendia, assim, contribuir para a interrupção do ciclo intergeracional de reprodução da pobreza.⁴⁹

Esta política proporcionou com as iniciativas sociais de combate à fome e à pobreza a retirada de 24 milhões de pessoas da pobreza e reduziu em 62% a desnutrição infantil. Em 2010, onde a população do país era de aproximadamente 190,7 milhões de habitantes, e cerca de 60 milhões de pessoas já eram assistidas pelo programa.⁵⁰

Assim, o programa contribuiu na redução da mortalidade materna e infantil e na desnutrição. Os impactos positivos também foram observados no aumento da porcentagem de crianças de até 6 meses alimentadas exclusivamente por amamentação, assim como na porcentagem de crianças a completar o calendário de vacinação.⁴⁹ Destaca-se que a saúde é um reflexo direto das condições socioeconômicas da população.

Entretanto, o acompanhamento das condicionalidades desta política envolvem um complexo mecanismo institucional intersetorial que demanda a articulação dos três entes federativos (União, estados e municípios) em diferentes setores (saúde, educação e assistência social), mobilizando diversos atores sociais.⁵¹

Como o foco dessa pesquisa é a política de saúde, e na saúde essas condicionalidades dizem respeito ao acompanhamento: do calendário vacinal; do crescimento e desenvolvimento das crianças menores de sete anos de idade; da realização de pré-natal e puerpério para gestantes e participação em atividades educativas sobre aleitamento e alimentação saudável. Esforços nesse sentido foram realizados no ano de 2011, através da qual os entes federativos se comprometeram a garantir que ao menos 73% das famílias com esse perfil de saúde fossem acompanhadas pela atenção básica.⁵¹

No Encontro Nacional do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) realizado em 2015, foi proposto para o PPA 2016-2019 no eixo temático “Inclusão Social por meio do Bolsa Família e da articulação de políticas sociais” quatro objetivos, e um deles era: “reforçar e qualificar o acesso com equidade das famílias beneficiárias do PBF aos direitos sociais básicos por meio de articulação com políticas sociais, prioritariamente nas áreas de Saúde, Educação e Assistência Social,” isso reforça o compromisso do setor com a agenda de eliminação da pobreza e acompanhamento do atendimento da população na atenção básica.⁵²

Apesar dos avanços das políticas sociais, bem como a elevação do PIB *per capita*, fortes determinantes sociais de saúde têm importantes reflexos na melhoria do desenvolvimento humano, tais como: o crescimento desordenado das cidades, a falta de saneamento básico e

água de qualidade, as condições de moradia, de trabalho, a alimentação, educação e questões étnicas/raciais.⁵⁰⁻⁵³

Como a saúde está diretamente associada à vantagem social em termos absolutos, quanto mais recursos sociais de indivíduos e comunidades, maior a probabilidade de uma saúde melhor. Além disso, a privação social relativa, mais do que a absoluta, também está associada a uma saúde pior, quanto maiores as disparidades na riqueza em qualquer população, maior as disparidades na saúde.²⁶

Diante disso, o PBF auxilia na mudança desta realidade, pois atua na promoção do acesso aos serviços básicos de Educação e Saúde para as famílias beneficiadas, contribuindo para o rompimento deste ciclo intergeracional da pobreza. Educação e saúde melhoraram, mas em ritmo menor, e alguns indicadores de vigilância em saúde podem ser considerados resultantes diretos das demais políticas públicas, ou da ausência delas.

4.3 Ações de vigilância em saúde

Para identificar se as ações de vigilância em saúde implementadas no período estão colaborando com os indicadores de saúde aqui construídos e analisados, seja para complementar e ou correlacionar os resultados do acesso à saúde dos municípios estratificados no estudo, utilizou-se a taxa anual de incidência de tuberculose e a cobertura vacinal por BCG.

A tuberculose é uma das doenças transmissíveis mais antigas do mundo, apesar das literaturas sugerirem que esta doença já existia nas américas antes da colonização, é de consenso geral que foram os europeus que a trouxeram durante as suas expedições, causando milhares de mortes nas populações indígenas. Sendo a tuberculose uma doença infecciosa, sua disseminação é muito rápida, entretanto é uma doença totalmente curável, que só leva o paciente à morte se não for tratada com seriedade.⁵⁴

As estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) giram em torno de oito milhões de casos novos, em todo o mundo, e quase dois milhões de óbitos por tuberculose ao ano, no Brasil, estima-se que de 35 a 45 milhões de pessoas estão infectadas, com 100 mil casos novos de tuberculose ao ano. O número de óbitos pela doença é de 4 a 5 mil pessoas ao ano. Dois terços dos casos de tuberculose ocorrem nas minorias populacionais. O risco de infecção na população pobre e extremamente pobre é cerca de 300 vezes maior que na população geral.⁵⁴⁻

Ao deparar-se com esses alarmantes números da doença, destaca-se que a maioria dos casos pode ser diagnosticada e tratada em Unidades Básicas de Saúde (UBS), por profissionais generalistas ou equipes de Saúde da Família.⁵⁴

A taxa anual de incidência de tuberculose é um indicador de doença que auxilia no monitoramento e avaliação da atenção básica, e todo o arsenal tecnológico hoje disponível para o combate à tuberculose, têm-se buscado inovações que possibilitem diagnósticos mais rápidos, drogas que encurtem o tratamento e vacinas eficazes, com isso é importante a manutenção dos já alcançados níveis de cobertura vacinal com BCG.⁵⁵

A cobertura vacinal é um indicador de saúde das populações e da qualidade da atenção dispensada pelos serviços básicos de saúde e nenhuma ação em saúde é tão efetiva e eficiente quanto vacinar crianças contra as principais doenças preveníveis por imunização. A saúde da criança foi eleita como prioridade e a vacinação constitui-se numa das ações primordiais do sistema.⁵⁶

O estudo da cobertura vacinal fornece uma oportunidade para a investigação acerca da concretização de políticas públicas, contribuindo para obter respostas relacionadas à efetividade da prevenção de doenças transmissíveis e ações de saúde realizadas em determinada localidade.⁵⁷

Com o Programa Nacional de Imunizações (PNI), criado em 1973, coordenado pelo Ministério da Saúde de forma compartilhada com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, tem como missão organizar a política nacional de vacinação, contribuindo para o controle, a eliminação e/ou erradicação de doenças imunopreveníveis.⁵⁸

O indicador de cobertura vacinal no final dos anos 1980 ficava em torno dos 60%, como média nacional, chegou, a partir da metade da década de 1990, a estimativas iguais ou superiores às preconizadas – 90% para a BCG e 95% para as demais vacinas.⁵⁶

E o estudo do indicador de cobertura vacinal por BCG, além de apontar aspectos da saúde infantil e da atuação dos serviços, subsidia o processo de planejamento, especialmente a reestruturação e fortalecimento das ações de saúde.⁵⁶

Para o fortalecimento do sistema, reforça-se a necessidade de políticas públicas de saúde, de modo que incremente o sistema e aumente o aporte de profissionais nas unidades de saúde, além de garantir a melhoria das infraestruturas do sistema e formação dos médicos para atendimento no SUS. Mas ações e serviços de saúde precisam ser ampliados de modo a garantir o acesso à saúde das populações, com isso, é preciso buscar o aumento das equipes de saúde para ampliar a cobertura populacional, alocar e fixar os profissionais médicos nas localidades vulneráveis e suscetíveis a proliferação das doenças criando o vínculo com a comunidade e

assim, atingir resultados positivos de diminuição dos casos de doenças e ampliação da cobertura vacinal.

4.4 Antecedentes históricos e o PMM

Como ficou o Estado implicado na garantia de adoção de políticas públicas após a criação do SUS, para que se evitem o risco de agravo à saúde, devendo ainda ser considerados, nessa perspectiva, todos os condicionantes da saúde, como meio ambiente saudável, renda, trabalho, saneamento, alimentação, educação, bem como a garantia de ações e serviços de saúde que promovam, protejam e recuperem a saúde individual e coletiva.³⁸

E diante da persistência do déficit assistencial em saúde em regiões vulneráveis e para garantir a ampliação do acesso à saúde, o Ministério da Saúde, procura reverter desde a década de 90 por meio da implementação de sucessivas iniciativas que visaram atrair médicos para o SUS. Seja por medidas pontuais ou ainda por meio de ações dirigidas, mas sempre com o mesmo objetivo, levar de imediato os profissionais para as regiões em situação de vulnerabilidade.⁵⁹

Alguns programas foram implantados, como por exemplo: o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS) no ano de 1993, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) no ano de 2001, ou de ações visando induzir mudanças na formação médica, com efeitos a longo prazo, a exemplo do Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed) criado em 2002, do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) instituído em 2005 e ainda o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) no ano de 2011, demonstrando, assim, um novo momento de concentração de esforços do Governo Federal em prol do fortalecimento da atenção básica no SUS.⁵⁹

Este estudo trata justamente da iniciativa que vem complementar, em conjunto, com as políticas e práticas já desenvolvidas e que buscou condensar em um único programa os eixos do provimento, formação e da ampliação da infraestrutura: o Programa Mais Médicos.

Neste contexto, e aliado ainda ao acompanhamento histórico das mudanças de organização do sistema e no intuito de reorganizar a rede de atendimento, a assertividade do governo em criar o Programa Mais Médicos no ano de 2013, que têm na sua composição estrutural o alicerce previsto nos três eixos dimensionais, para fortalecer o sistema com ações e serviços, foi precisa.⁶⁰

Considerando que o programa tem ainda a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o SUS para atingir os seguintes objetivos, *in verbis*:²³

- I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;*
- II - fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;*
- III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar 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, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;*
- V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;*
- 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 no funcionamento do SUS; e*
- VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.*

Ainda de acordo com a Lei nº 12.871 de 2013, os cursos de medicina estão sujeitos à efetiva implantação das diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE). E pelo menos 30% (trinta por cento) da carga horária do internato médico na graduação serão desenvolvidos na atenção básica e em serviço de urgência e emergência do SUS, respeitando-se o tempo mínimo de 2 (dois) anos de internato, a ser disciplinado nas diretrizes curriculares nacionais.²³

Mais do que alocar os profissionais nas localidades onde o serviço de atenção primária encontrava-se escasso, é objetivo do programa passar pela formação médica para aprimorar a atuação do profissional no SUS, visando fortalecer a prestação de serviço na atenção básica e garantir o atendimento das populações em situação de vulnerabilidade, além de ofertar as instalações físicas capazes de melhor atender à população.

5. MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo ecológico de análise de políticas públicas do tipo “antes” x “depois” a partir de uma intervenção no nível federal. Os agregados municipais foram estratificados segundo o porte populacional e segundo a presença ou ausência de médicos ativos em 2014 no PMM que permaneciam em atividade no mesmo município no ano de 2016.

Inicialmente foram realizadas buscas em bases de dados eletrônicas que se concentraram nos bancos de dados BVS/Bireme, SciELO e PubMed, foi utilizado o termo “programa mais médicos” e “more doctors program” como descritores e analisado os resultados das publicações. Além da análise documental das leis, decretos, portarias e editais do Programa Mais Médicos a fim de compreender as características do programa e identificar os critérios para a distribuição dos médicos nas localidades.

Foi também realizado uma revisão bibliográfica não sistemática do programa que teve o objetivo de condensar as informações científicas e analisar criticamente a literatura classificada, numa análise documental e da coleta de informações no banco de dados do MS e no portal do Sistema Integrado de Informação do Mais Médicos, disponível em: <https://simm.campusvirtualsp.org/pt-br>.

A revisão bibliográfica é uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema. Esse tipo de investigação disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica.⁶¹

O objetivo da análise documental é identificar em documentos primários informações que sirvam de subsídios para responder alguma questão de pesquisa por representarem fonte natural de informação.⁶²

A pesquisa combinou, portanto, duas metodologias: (i) uma análise exploratória; (ii) um desenho epidemiológico do tipo ecológico, sob a forma de agregados em séries temporais para o período de 2008 a 2016 (antes x depois da implantação do PMM), em que foram considerados os 1.866 (mil oitocentos e sessenta e seis) municípios que implantaram o programa a partir de 2013 e receberam os profissionais em 2014, e este mesmo profissional se encontrava ativo no mesmo município em 2016.

Os estudos ecológicos trabalham frequentemente com informação menos específica e depurada, isto se deve ao uso frequente de registros e dados secundários, não sendo inerente à sua condição de desenho ecológico, de outro lado, nos estudos ecológicos podem-se obter informações com custos muito mais reduzido e minimizam a baixa especificidade e baixa depuração quando se utilizam-se grandes bases de dados, como é o caso dessa pesquisa.⁶³

Adicionalmente, deste tipo de estudo pode incorrer em falácia ecológica, que é definida como a suposição de que uma associação em um nível de organização pode ser inferida a outro. Neste momento, interessa destacar que pode ocorrer quando se tiram conclusões sobre indivíduos a partir de estudos populacionais.⁶³

Interpretar variáveis individuais, a partir da análise de unidades agregadas, é pressupor que as medidas estatísticas computadas para estas unidades devam ter os mesmos valores encontrados no nível individual.⁶⁴

Para auxiliar na análise dos dados, procedeu-se a estratificação dos 1.866 municípios, isto é, a criação de sete grupos homogêneos: (i) municípios com até 5.000 habitantes, (ii) municípios com 5.001 a 10.000 habitantes, (iii) municípios com 10.001 a 20.000 habitantes, (iv) municípios com 20.001 a 50.000 habitantes, (v) municípios com 50.001 a 100.000 habitantes, (vi) municípios com 100.001 a 500.000 habitantes, (vii) municípios com mais de 500.000 habitantes, nestes municípios foi considerando o porte populacional e a condição de ter recebido os profissionais médicos do programa em 2014, cujos profissionais estavam ativos em 2016.

Tratar-se-á ao longo do estudo municípios de “pequeno porte” aqueles municípios compreendidos nas faixas *i*, *ii*, *iii* e *iv*, “médio porte” os municípios da faixa *v*, e “grande porte” os municípios das faixas *vi* e *vii*. Portanto, quando aparecer no texto o termo pequeno porte, estamos fazendo referência aos municípios cuja população é de até 50.000 habitantes, médio porte a população do município é maior que 50.001 até 100.000 habitantes, e os municípios com mais de 100.001 habitantes são considerados de grande porte.

A **Tabela 1** a seguir apresenta a distribuição dos municípios com Programa Mais Médicos sob a condição de ter recebido os profissionais do programa em 2014 e estes mesmos profissionais estavam ativos em 2016.

Percebe-se por um lado, quanto maior o porte populacional maior a proporção de municípios presentes no programa; por outro, o número médio de médicos ativos por município é menor nos municípios de pequeno porte. Nestas localidades foram alocados um ou dois médicos apenas, e estes municípios representam 75% do total dos municípios que receberam os profissionais do PMM. Com isso, temos a distribuição de 43% do total dos profissionais nos municípios de pequeno porte.

Tabela 1 – Distribuição do número de municípios que receberam médicos do Programa Mais Médicos em 2014, cujos profissionais se mantiveram ativos até 2016, segundo porte populacional. Brasil – 2016

| Porte populacional dos municípios (habitantes) | Nº de municípios ^(*) | Nº total de municípios | (%) | Nº de médicos ativos em 2016 | Nº médio de médicos por município com PMM |
|--|---------------------------------|------------------------|-------------|------------------------------|---|
| Até 5.000 | 178 | 1.237 | 14,4 | 184 | 1 |
| De 5.001 a 10.000 | 266 | 1.209 | 22,0 | 325 | 1 |
| De 10.001 a 20.000 | 434 | 1.364 | 31,8 | 647 | 1 |
| De 20.001 a 50.000 | 522 | 1.101 | 47,4 | 1046 | 2 |
| De 50.001 a 100.000 | 212 | 350 | 60,6 | 736 | 3 |
| De 100.001 a 500.000 | 216 | 268 | 80,6 | 1436 | 7 |
| Mais de 500.000 | 38 | 41 | 92,7 | 737 | 19 |
| Total | 1.866 | 5.570 | 33,5 | 5.111 | 3 |

Fonte: Elaborado com base nos dados oficiais disponíveis no sítio do IBGE, projeções populacionais e estatísticas social para o meio do período, 2016. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao.html>, e pelo banco de dados disponibilizado pela Secretaria Executiva da Universidade Aberta do SUS, UNA-SUS. Disponível em: <https://sistemas.unasus.gov.br/webportfolio/web/atividade/4/>. Brasil, 2018.

(*) Municípios que receberam médicos do Programa Mais Médicos em 2014, cujos profissionais se mantiveram ativos até 2016.

A classificação proposta, além de considerar o porte dos municípios, busca agrupar municípios semelhantes do ponto de vista socioeconômico. Esta composição favorece a identificação de grupos comparáveis de municípios em estudos de avaliação de desempenho e outros estudos que busquem comparação entre semelhantes. No Brasil, as distintas estruturas sociais são reflexos da diversidade dos condicionantes históricos, culturais e ambientais.⁶⁵

Para a análise das séries temporais, utilizaram-se ainda sete bases de dados dos Sistemas Nacionais de Informação, a saber: (i) o Sistema de Informação sobre Atenção Básica (SIAB) – para calcular a cobertura populacional das Equipes de Saúde da Família; (ii) Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS) em que foram selecionados dados de produção e indicadores preconizados pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA)⁶⁶, como o número de visitas domiciliares e consultas médicas por habitante; (iii) o Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS) – para a classificação das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB); (iv) o Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família (SIGPBF) – para identificar a proporção de pessoas cobertas pelo programa; (v) o Sistema de Monitoramento do Programa Mais Médicos (SIMM), para traçar a cobertura potencial populacional do Programa; (vi) o Sistema de Informação de Agravos Notificados (SINAN); (vii) e o Sistema de Informação do Programa de Nacional de Imunização (SI-PNI).

Destes sistemas foram construídos os seguintes indicadores:

- (i) cobertura populacional por Equipe de Saúde da Família (eSF);

- (ii) produção ambulatorial (número de visitas domiciliares e número de consultas médicas por habitante);
- (iii) proporção das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB);
- (iv) valores transferidos per capita pelo Programa Bolsa Família;
- (v) taxa anual de incidência de tuberculose;
- (vi) cobertura vacinal por BCG.

Foi considerado a cobertura populacional aquela definida pelo número de equipes cadastradas no município multiplicado por 3.500 (três mil e quinhentas) pessoas, e o resultado dividido pela população-residente estimada pelo IBGE. Também foram consideradas as estimativas municipais populacionais do IBGE.

A cobertura populacional por equipes de saúde da família visa demonstrar a capacidade de atendimento de saúde à população cadastrada em determinada localidade.

A produção ambulatorial foi verificada para analisar as ações e serviços de saúde realizadas nos municípios estudados.

O indicador relativo as internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB), é utilizado para medir a proporção das internações que seriam evitadas caso a atenção básica tivesse resolutividade mais sensíveis à atenção básica em relação ao total das internações clínicas realizadas para residentes de um município.³¹

No Brasil a lista de ICSAB foi validada pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008 e listada no trabalho de Alfradique *et.al* (2009). (Anexo 1)¹⁴

A análise da correlação dos valores transferidos pelo Programa Bolsa Família foi utilizada para verificar qual a tendência/efeito que a disponibilidade de recurso influi/modifica no acesso à saúde de determinada população beneficiada e para medir a equidade no alcance do programa. Os dados aqui analisados são *per capita* dos benefícios transferidos aos cidadãos por estratos municipais e faixa populacional, e nesse caso dividiu-se o valor transferido pela população total residente no município independente se recebe ou não repasse do programa. E todos os valores foram deflacionados pelo IPCA-IBGE para 2016.

A taxa anual de incidência de tuberculose é analisada para inferir em qual medida as condições de assistência foram ampliadas. Pois taxas elevadas de incidência de tuberculose estão geralmente associadas a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e a insatisfatórias condições assistenciais.⁶⁶ Além de fazer parte do conjunto de ações de vigilância

epidemiológica da doença, o resultado subsidia a gestão na avaliação das políticas e ações de saúde direcionadas para o controle da tuberculose em áreas e populações de risco.⁶⁶

A cobertura vacinal por BCG entra na análise como medida de verificação da capacidade do município de atingir a cobertura vacinal preconizada pelo MS no PNI e para a qualidade da atenção dispensada no procedimento vacinal que é de suma importância, vez que esta vacina para os recém-nascidos é a principal.

5.1 Aspectos éticos e legais

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fiocruz Brasília, em consonância com as Resoluções CNS nº 466/2012 e nº 510/2016, conforme o Parecer Nº 2.355.409 (Anexo 2).

O material obtido na pesquisa foi utilizado exclusivamente para a finalidade prevista neste estudo e para a publicações de artigos derivados dele em periódicos relativos ao tema.

Por se tratar de dados secundários, não houve riscos ou danos aos sujeitos da pesquisa, e a desidentificação dos bancos de dados dispensou a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os municípios estudados a cobertura populacional estimada pela equipe de Saúde da Família (eSF) no período analisado, antes e depois do PMM, cresceu substancialmente a partir de 2013, alcançando 100% no ano de 2016 em todas as faixas dos municípios de pequeno porte (até 20.000 habitantes), tanto nos municípios que aderiram ao PMM, quanto nos municípios sem o programa conforme recorte metodológico adotado.

Salienta-se que as eSF são organizadas por regiões geográficas para prestar cuidados de saúde primários a aproximadamente 1.000 (mil) famílias ou cerca de 3.500 (três mil e quinhentas) pessoas. Estas equipes estão baseadas em postos de saúde e também são apoiadas por profissionais dos Núcleos de Saúde da Família (NASF).³²

Na estratificação dos municípios que receberam os profissionais médicos do PMM, a média total foi de 52% de cobertura populacional no ano de 2016, crescimento de 14,2% quando comparado com 2008, conforme se observa na **Tabela 2**. Nos municípios que não receberam os profissionais do PMM, a mesma análise apresentou incremento menor na cobertura populacional estimada pela eSF, a taxa foi de 12,1%, embora estes municípios tenham apresentado a média total superior a 80% de cobertura no ano de 2016.

Além disso, verifica-se que houve maior aumento da cobertura populacional por eSF, principalmente a partir de 2014 em relação a 2013, com crescimento no total de 6,7% nos municípios que receberam o PMM. Se considerarmos a variação do período 2013-2016 esta diferença sobe para 9,1%, contra o crescimento de apenas 5,6% nos municípios que não receberam os profissionais do PMM.

Por outro lado, se comparado a cobertura nos estratos municipais de todas as faixas populacionais, entre os municípios que receberam e os que não receberam o PMM, evidencia-se o crescimento geral em todos municípios no período de 2014-2016, com destaque para os municípios de médio porte integrantes do PMM, que obtiveram alta de 3,1% contra 1,8% dos municípios sem o PMM. Destaca-se também a faixa de municípios de grande porte (mais de 500.000 habitantes) aderente ao PMM, que cresceu praticamente o dobro em relação a mesma faixa dos municípios que não receberam profissionais do PMM, que foi de 1,2%.

Se seguir na análise dos municípios de grande porte (mais de 500.000 habitantes) e comparar o ciclo municipal de 2008-2016, entre os municípios que receberam o PMM e os que não aderiram ao programa, a diferença nesta faixa populacional é de 9,9% de crescimento nos municípios integrantes do PMM.

Na coluna das proporções das diferenças entre 2016-2014 os totalizadores da média demonstram o crescimento da cobertura populacional por eSF de maneira geral, após implantação do Programa Mais Médicos, entretanto, nos estratos dos municípios que receberam os profissionais do PMM, esta proporção aumenta em 2,4%, contra 1,0% dos municípios que não aderiram ao PMM.

Pode-se constatar que o incremento dos profissionais advindo do PMM fez com que o aumento da cobertura populacional por eSF fosse identificado em todas as faixas populacionais dos estratos municipais analisados.

Destaca-se ainda, que no ano da implantação do programa, 2013, os profissionais médicos foram alocados somente a partir de outubro daquele ano, assim, se considerar o ano de 2014, como ponto inicial do PMM e para a análise da cobertura populacional por eSF, o índice mostra crescimento geral em todas as faixas populacionais, porém nos municípios de pequeno porte (até 20.000 habitantes) mostra-se a maior variação quando comparado com 2013, alta no índice de 12,4%.

Na faixa dos municípios de pequeno porte (de 20.001 a 50.000 habitantes), com a presença do PMM, na diferença do período de 2016-2014, o índice de incremento da cobertura populacional por eSF, foi de 2,5% e isso corresponde quatro vezes o crescimento no mesmo período e na mesma faixa populacional dos municípios que não aderiram ao PMM, onde o crescimento foi de apenas 0,5%.

Embora o recorte do estudo procure analisar os municípios que receberam os profissionais em 2014 e estes continuavam ativos em 2016, isto só reforça e corrobora a escolha assertiva para a análise, pois quando sopesamos os totais da cobertura populacional por eSF na variação entre municípios que não receberam o PMM, a diferença 2016-2014 é de 1,4%, e isso evidencia-se o atributo do vínculo do profissional médico com a APS, **Tabela 2**.

Tabela 2 - Distribuição da cobertura populacional de Equipes de Saúde da Família (eSF), segundo condição de atuação no Programa Mais Médicos^(*) e porte populacional dos municípios, Brasil 2008 – 2016.

| Mais Médicos no período ativo de 2014-2016? | Porte populacional dos municípios | Nº de municípios | Período antes do PMM | | | | | 2013 % | Período depois do PMM | | | Diferença 2012-2008 % | Diferença 2016-2014 % | Diferença 2016-2008 % |
|---|-----------------------------------|------------------|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------------------|-------------|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | 2008 % | 2009 % | 2010 % | 2011 % | 2012 % | | 2014 % | 2015 % | 2016 % | | | |
| Sim | Até 5.000 | 178 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| | De 5.001 a 10.000 | 266 | 85,1 | 86,8 | 92,6 | 94,4 | 95,7 | 93,5 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 10,6 | 0,0 | 14,9 |
| | De 10.001 a 20.000 | 434 | 78,8 | 79,9 | 84,8 | 86,4 | 87,7 | 86,3 | 98,7 | 100,0 | 100,0 | 8,9 | 1,3 | 21,2 |
| | De 20.001 a 50.000 | 522 | 61,9 | 64,3 | 66,0 | 66,6 | 68,4 | 68,1 | 77,4 | 80,3 | 79,9 | 6,5 | 2,5 | 18,1 |
| | De 50.001 a 100.000 | 212 | 47,5 | 48,4 | 49,8 | 51,2 | 52,0 | 52,8 | 62,0 | 64,4 | 65,1 | 4,5 | 3,1 | 17,6 |
| | De 100.001 a 500.000 | 216 | 34,0 | 34,0 | 35,4 | 35,6 | 36,7 | 37,0 | 43,1 | 45,7 | 45,5 | 2,8 | 2,4 | 11,6 |
| | Mais de 500.000 | 38 | 24,7 | 25,2 | 27,4 | 28,5 | 30,6 | 30,7 | 35,6 | 35,9 | 37,9 | 5,9 | 2,3 | 13,2 |
| | Total | 1866 | 37,8 | 38,4 | 40,5 | 41,3 | 42,8 | 42,9 | 49,6 | 51,2 | 52,0 | 5,1 | 2,4 | 14,2 |
| Não | Até 5.000 | 1059 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| | De 5.001 a 10.000 | 943 | 91,8 | 96,2 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 8,2 | 0,0 | 8,2 |
| | De 10.001 a 20.000 | 930 | 83,8 | 88,4 | 93,1 | 93,6 | 94,4 | 94,1 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 10,6 | 0,0 | 16,2 |
| | De 20.001 a 50.000 | 579 | 68,7 | 71,5 | 74,2 | 74,8 | 76,0 | 75,9 | 80,0 | 81,2 | 80,5 | 7,3 | 0,5 | 11,8 |
| | De 50.001 a 100.000 | 138 | 49,7 | 51,1 | 52,0 | 52,8 | 55,4 | 55,6 | 58,5 | 59,4 | 60,3 | 5,7 | 1,8 | 10,6 |
| | De 100.001 a 500.000 | 52 | 37,7 | 37,8 | 39,9 | 40,1 | 42,0 | 41,5 | 42,4 | 43,7 | 44,3 | 4,2 | 1,9 | 6,5 |
| | Mais de 500.000 | 3 | 41,9 | 41,7 | 40,9 | 42,3 | 44,1 | 43,0 | 44,0 | 45,6 | 45,2 | 2,2 | 1,2 | 3,3 |
| | Total | 3704 | 69,0 | 71,4 | 74,3 | 74,8 | 76,1 | 75,5 | 80,1 | 81,2 | 81,1 | 7,2 | 1,0 | 12,1 |
| Total | Até 5.000 | 1237 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| | De 5.001 a 10.000 | 1209 | 90,3 | 94,1 | 99,2 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 9,7 | 0,0 | 9,7 |
| | De 10.001 a 20.000 | 1364 | 82,2 | 85,6 | 90,4 | 91,2 | 92,2 | 91,6 | 99,6 | 100,0 | 100,0 | 10 | 0,4 | 17,8 |
| | De 20.001 a 50.000 | 1101 | 65,4 | 67,9 | 70,2 | 70,8 | 72,3 | 72,1 | 78,7 | 80,7 | 80,2 | 6,9 | 1,5 | 14,8 |
| | De 50.001 a 100.000 | 350 | 48,3 | 49,4 | 50,7 | 51,8 | 53,3 | 53,9 | 60,7 | 62,5 | 63,2 | 5,0 | 2,6 | 14,9 |
| | De 100.001 a 500.000 | 268 | 34,6 | 34,6 | 36,1 | 36,3 | 37,6 | 37,7 | 43,0 | 45,4 | 45,3 | 3,0 | 2,3 | 10,8 |
| | Mais de 500.000 | 41 | 25,4 | 25,8 | 28,0 | 29,1 | 31,2 | 31,2 | 35,9 | 36,3 | 38,2 | 5,8 | 2,2 | 12,8 |
| | Total geral | 5570 | 47,1 | 48,2 | 50,5 | 51,2 | 52,7 | 52,6 | 58,6 | 60,1 | 60,6 | 5,7 | 2,0 | 13,5 |

Fonte: Elaborado com base nos dados oficiais disponíveis nos sites do IBGE, projeções populacionais e estatísticas social para o meio do período, 2016. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novportal/sociais/populacao.html>. E do Ministério da Saúde, DAB/SAS/MS, Estratégia Saúde da Família, sistema SIAB. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Brasil, 2018.

(*) Municípios que receberam médicos do Programa Mais Médicos em 2014, cujos profissionais se mantiveram ativos até 2016.

Como observado anteriormente, a ampliação da cobertura populacional de eSF em todos os estratos analisados dos municípios com PMM, isto representa, em tese, aumento do acesso e dos serviços de saúde. Esta constatação pode ser verificada/confirmada pelo acréscimo do número de visitas domiciliares, e as maiores variações nos estratos de municípios de pequeno porte (até 50.000 habitantes), no período de 2014-2016, conforme **Tabela 3**.

A análise do indicador de visitas domiciliares no período estudado, aponta crescimento de até 3,2 pontos em todas as faixas populacionais dos estratos municipais que receberam profissionais do Programa Mais Médicos.

Tal constatação foi corroborada pela auditoria do Tribunal de Contas da União (TCU) realizada em 2015 (Acórdão TCU 331/2015), onde apontava os bons resultados do programa, apesar de existirem falhas que precisavam ser corrigidas. Para o relator do processo, Ministro Benjamin Zymler, destaca-se que “apesar de ter sido constatado que boa parte das ações do Programa Mais Médicos no Brasil pode ser aperfeiçoada e, em alguns casos reestruturada, foi comprovado que a chegada aos municípios dos médicos produziu bons resultados, uma vez que o número de consultas aumentou, o tempo de espera diminuiu e a quantidade de visitas domiciliares também apresentou crescimento significativo”.⁶⁷

Após a implementação do PMM em 2013, considerando apenas as diferenças do período 2014-2016, destaca-se os municípios de pequeno porte (até 50.000 habitantes), apresentando alta de até 0,7 no número de visitas domiciliares nas quatro faixas deste porte populacional dos municípios. Na análise dos dados de visitas domiciliares nos municípios sem a presença do PMM, também é constatado crescimento semelhante ao ocorrido nos municípios com o PMM.

Apesar dos indicadores apontarem crescimento geral no número de visitas domiciliares por habitantes em praticamente todos os estratos municipais, independente da presença do PMM, cabe destacar a exceção na faixa populacional dos municípios de grande porte (mais de 500.000 habitantes) dos estratos que não receberam o PMM, nesta faixa teve acentuada queda da taxa na comparação 2016-2014, o número em 2014 era de 8,7, contra os 7,3 do ano de 2016. E isto representa encolhimento nesta ação de saúde na ordem de 19%.

O número de visitas domiciliares é o indicador que constitui, a partir do conhecimento da realidade do cidadão e sua família, canal de acesso da atenção à saúde, possibilitando o fortalecimento do paciente, da terapêutica e do profissional, além da atuação na promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos.³⁴

Demonstra também o desenvolvimento de um importante atributo da atenção básica: a orientação comunitária, que se divide em quatro etapas, a primeira é a definição e

caracterização da comunidade de forma que os não usuários dos serviços não sejam, sistematicamente, excluídos. A segunda é o alcance da abrangência para a identificação das necessidades de saúde da população cadastrada, incluindo os indivíduos ou grupos que raramente buscam a atenção. A terceira e quarta etapas, consiste em modificar o programa de atenção à saúde e monitorar a sua efetividade, envolvendo a longitudinalidade e a integralidade.²⁶

Ao destacar o importante atributo da orientação comunitária onde há presença de profissionais de saúde prestando atendimento e acolhendo o usuário, pode-se considerar que o aumento das visitas domiciliares observada nos estratos municipais sem a presença do PMM, tende a indicar a existência de equipes incompletas, sem a presença dos agentes comunitários de saúde (ACS), por exemplo, cujo efeito aqui não foi controlado na análise deste indicador, e pode-se destacar esta hipótese para futuras investigações/estudos.

Todas as faixas populacionais dos estratos dos municípios com o PMM, no ano de 2014, apresentaram aumento dos indicadores da visita domiciliar, e tiveram variação de até 0,8 pontos para mais, quando comparado com o ano anterior (2013), com destaque para o crescimento contínuo deste procedimento, assim demonstra, em tese, fortalecimento do atendimento e ampliação do acesso à saúde da população dessas localidades, reforçando o atributo da orientação comunitária.

Tabela 3 - Distribuição do número de visitas domiciliares por habitante segundo condição de atuação no Programa Mais Médicos^(*) e porte populacional dos municípios, Brasil 2008 – 2016.

| Mais Médicos no período ativo de 2014-2016? | Porte populacional dos municípios (habitantes) | Nº de municípios | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | Diferença 2012-2008 A | Diferença 2016-2014 B | B-A |
|---|--|------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------------------------|--------------------------|-------------|
| Sim | Até 5.000 | 178 | 2,6 | 3,2 | 3,4 | 3,6 | 4,2 | 4,3 | 5,1 | 5,7 | 5,8 | 1,6 | 0,7 | -0,9 |
| | De 5.001 a 10.000 | 266 | 2,6 | 3,1 | 3,1 | 3,5 | 3,9 | 3,9 | 4,5 | 4,8 | 5,1 | 1,3 | 0,6 | -0,7 |
| | De 10.001 a 20.000 | 434 | 1,9 | 2,3 | 2,4 | 2,7 | 2,9 | 2,9 | 3,2 | 3,5 | 3,7 | 1,0 | 0,5 | -0,5 |
| | De 20.001 a 50.000 | 522 | 2,2 | 2,7 | 2,8 | 3,2 | 3,4 | 3,3 | 3,6 | 3,9 | 4,2 | 1,2 | 0,6 | -0,6 |
| | De 50.001 a 100.000 | 212 | 2,7 | 3,2 | 3,3 | 3,7 | 3,9 | 3,7 | 4,2 | 4,4 | 4,7 | 1,2 | 0,5 | -0,6 |
| | De 100.001 a 500.000 | 216 | 3,9 | 4,6 | 4,7 | 5,1 | 5,3 | 5,2 | 5,7 | 5,7 | 5,8 | 1,4 | 0,1 | -1,2 |
| | Mais de 500.000 | 38 | 5,3 | 5,8 | 5,6 | 5,9 | 6,2 | 6,4 | 7,0 | 6,9 | 7,2 | 0,9 | 0,2 | -0,8 |
| | Total | 1866 | 4,1 | 4,6 | 4,6 | 4,9 | 5,2 | 5,2 | 5,7 | 5,8 | 6,0 | 1,1 | 0,3 | -0,9 |
| Não | Até 5.000 | 1059 | 2,7 | 3,3 | 3,3 | 3,7 | 4,1 | 4,4 | 5,0 | 5,4 | 5,8 | 1,4 | 0,8 | -0,5 |
| | De 5.001 a 10.000 | 943 | 2,3 | 2,7 | 2,7 | 3,0 | 3,3 | 3,4 | 3,8 | 4,1 | 4,5 | 0,9 | 0,7 | -0,2 |
| | De 10.001 a 20.000 | 930 | 2,2 | 2,5 | 2,5 | 2,8 | 3,0 | 2,9 | 3,2 | 3,5 | 3,8 | 0,7 | 0,6 | -0,2 |
| | De 20.001 a 50.000 | 579 | 2,4 | 2,8 | 2,9 | 3,2 | 3,2 | 3,1 | 3,5 | 3,7 | 3,9 | 0,9 | 0,4 | -0,5 |
| | De 50.001 a 100.000 | 138 | 3,0 | 3,6 | 3,6 | 4,0 | 4,1 | 4,1 | 4,5 | 4,7 | 4,8 | 1,1 | 0,3 | -0,8 |
| | De 100.001 a 500.000 | 52 | 3,8 | 4,4 | 4,4 | 4,9 | 5,1 | 5,2 | 5,7 | 5,9 | 5,9 | 1,3 | 0,2 | -1,1 |
| | Mais de 500.000 | 3 | 5,6 | 5,8 | 5,8 | 6,9 | 7,6 | 7,2 | 8,7 | 8,3 | 7,3 | 2,0 | -1,4 | -3,4 |
| | Total | 3704 | 2,8 | 3,2 | 3,3 | 3,6 | 3,8 | 3,8 | 4,2 | 4,5 | 4,6 | 1,0 | 0,4 | -0,6 |
| Total | Até 5.000 | 1237 | 2,7 | 3,3 | 3,3 | 3,7 | 4,1 | 4,3 | 5,0 | 5,5 | 5,8 | 1,4 | 0,9 | -0,6 |
| | De 5.001 a 10.000 | 1209 | 2,4 | 2,8 | 2,8 | 3,1 | 3,4 | 3,5 | 3,9 | 4,3 | 4,6 | 1,0 | 0,7 | -0,3 |
| | De 10.001 a 20.000 | 1364 | 2,1 | 2,4 | 2,5 | 2,8 | 2,9 | 2,9 | 3,2 | 3,5 | 3,8 | 0,8 | 0,5 | -0,3 |
| | De 20.001 a 50.000 | 1101 | 2,3 | 2,8 | 2,8 | 3,2 | 3,3 | 3,2 | 3,5 | 3,8 | 4,0 | 1,0 | 0,5 | -0,5 |
| | De 50.001 a 100.000 | 350 | 2,8 | 3,4 | 3,4 | 3,8 | 4,0 | 3,9 | 4,3 | 4,5 | 4,8 | 1,2 | 0,5 | -0,7 |
| | De 100.001 a 500.000 | 268 | 3,9 | 4,6 | 4,6 | 5,0 | 5,3 | 5,2 | 5,7 | 5,7 | 5,8 | 1,4 | 0,1 | -1,2 |
| | Mais de 500.000 | 41 | 5,3 | 5,8 | 5,6 | 6,0 | 6,3 | 6,5 | 7,1 | 7,0 | 7,2 | 1,0 | 0,1 | -0,9 |
| | Total geral | 5570 | 3,7 | 4,2 | 4,2 | 4,5 | 4,8 | 4,8 | 5,3 | 5,4 | 5,6 | 1,1 | 0,3 | -0,8 |

Fonte: Elaborado com base nos dados oficiais disponíveis nos sítios do IBGE, projeções populacionais e estatísticas social para o meio do período, 2016. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao.html>. E do Ministério da Saúde, DATASUS/SE/MS, Departamento de Informática do SUS, sistema SAI-SUS. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901>. Brasil, 2018.

(*) Municípios que receberam médicos do Programa Mais Médicos em 2014, cujos profissionais se mantiveram ativos até 2016.

Como observado anteriormente, a ampliação da cobertura populacional por eSF e o aumento do número de visitas domiciliares nos estratos analisados dos municípios com PMM, representa, em tese, que haveria aumento do número de consultas médicas por habitantes, pois presume-se que quanto maior o acesso aos serviços de saúde, tende-se, a majorar a realização dos procedimentos ambulatoriais. Entretanto, tal constatação não se confirmou, conforme observa-se na **Tabela 4**.

Para reforçar que houve a ampliação das ações e serviços de saúde com a presença dos profissionais do PMM nas localidades estudadas em relação aos procedimentos ambulatoriais nos municípios de pequeno porte (com até 5.000 habitantes), destaca-se o número de consultas médicas por habitante que em 2014 (primeiro ano do PMM), saltou para 9,1 pontos, quando comparado com o número de 5,6 do ano de 2013, o incremento deste serviço foi de 63%, representando alto índice de presença médica nas localidades. Por outro lado, se comparado com o número 4,4, do período inicial do estudo (2008), essa variação de crescimento neste serviço supera os 100%, conforme observa-se **Tabela 4**.

Após o expressivo aumento do número de consulta médicas por habitantes saltar em 2014 nos municípios de pequeno porte (com até 5.000 habitantes), com a presença do PMM, algo diferente nos anos seguintes, 2015 e 2016, ocorre, nesse período houve retração continuada nas demais faixas dos estratos populacionais, exceto nos municípios de grande porte (mais de 5000.000 habitantes) que manteve a tendência de crescimento apesar de estagnar em 2016.

Nas faixas populacionais dos estratos dos municípios com o PMM, no ano de 2014, houve aumento em todos os indicadores de consultas médicas, quando comparado com o ano anterior, e destaque para faixa dos municípios de pequeno porte (até 5.000 habitantes) que pulou mais de 4,0 pontos em análise comparada com o ano de 2013, último ano sem a presença dos profissionais do PMM nessas localidades.

Ainda nas faixas populacionais dos estratos dos municípios com o PMM, no ano de 2016, todos os indicadores de consultas médicas apresentaram recuo na variação anual, quando analisados com o ano anterior (2015), excetuando-se os municípios de grande porte (mais de 5000.000 habitantes) e pequeno porte (de 5.001 até 10.000 habitantes) que se mantiveram inalterados. Nos municípios sem a presença do PMM, houve retração em todas as faixas populacionais, exceto nos municípios de grande porte (mais de 500.000 habitantes) que cresceu 0,2 pontos no período.

Mesmo com o encolhimento do indicador de consultas médicas por habitante em praticamente todas as faixas dos estratos municipais, olhando para o total da coluna da diferença 2016-2014, nos municípios que receberam os profissionais do PMM, o índice de redução é

menor e o número de consultas médicas na média total recua apenas -0,1 pontos, contra -0,9 pontos, dos municípios sem a presença dos profissionais do PMM.

Tabela 4 - Distribuição do número de consultas médicas por habitante segundo condição de atuação no Programa Mais Médicos^(*) e porte populacional dos municípios, Brasil 2008 – 2016.

| Mais Médicos no período ativo de 2014-2016? | Porte populacional dos municípios (habitantes) | Nº de municípios | Antes do PMM | | | | | 2013 | Depois do PMM | | | Diferença 2012-2008 A | Diferença 2016-2014 B | Diferença B-A |
|---|--|------------------|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|---------------|------------|------------|-----------------------|-----------------------|---------------|
| | | | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | | 2014 | 2015 | 2016 | | | |
| Sim | Até 5.000 | 178 | 4,4 | 5,3 | 5,2 | 6,7 | 5,3 | 5,6 | 9,1 | 7,4 | 5,3 | 0,9 | -3,8 | -4,7 |
| | De 5.001 a 10.000 | 266 | 3,5 | 4,4 | 4,4 | 5,9 | 5,0 | 4,8 | 5,7 | 4,9 | 4,9 | 1,4 | -0,8 | -2,2 |
| | De 10.001 a 20.000 | 434 | 3,5 | 3,8 | 4,0 | 4,5 | 4,4 | 4,8 | 4,8 | 4,5 | 4,3 | 0,8 | -0,4 | -1,3 |
| | De 20.001 a 50.000 | 522 | 3,4 | 3,8 | 3,9 | 4,4 | 4,4 | 4,5 | 4,7 | 4,5 | 4,2 | 1,1 | -0,5 | -1,5 |
| | De 50.001 a 100.000 | 212 | 3,6 | 3,7 | 4,1 | 4,4 | 4,1 | 4,2 | 4,7 | 4,4 | 4,1 | 0,5 | -0,6 | -1,1 |
| | De 100.001 a 500.000 | 216 | 3,8 | 3,7 | 3,8 | 3,9 | 4,1 | 4,1 | 4,2 | 4,1 | 4,0 | 0,3 | -0,2 | -0,5 |
| | Mais de 500.000 | 38 | 3,5 | 3,5 | 3,6 | 3,7 | 3,8 | 3,8 | 3,9 | 4,0 | 4,1 | 0,3 | 0,2 | -0,1 |
| | Total | 1866 | 3,6 | 3,6 | 3,8 | 4,0 | 4,0 | 4,1 | 4,2 | 4,2 | 4,1 | 0,5 | -0,1 | -0,6 |
| Não | Até 5.000 | 1059 | 4,7 | 4,5 | 4,4 | 5,0 | 5,2 | 6,5 | 6,4 | 5,7 | 5,2 | 0,5 | -1,2 | -1,7 |
| | De 5.001 a 10.000 | 943 | 3,6 | 4,1 | 4,5 | 5,2 | 5,1 | 5,4 | 5,8 | 5,2 | 4,7 | 1,5 | -1,2 | -2,7 |
| | De 10.001 a 20.000 | 930 | 3,6 | 4,1 | 4,2 | 4,7 | 4,7 | 4,6 | 4,9 | 5,0 | 4,0 | 1,1 | -0,8 | -1,9 |
| | De 20.001 a 50.000 | 579 | 3,6 | 4,2 | 4,2 | 4,4 | 4,7 | 5,0 | 5,6 | 4,5 | 4,0 | 1,1 | -1,5 | -2,6 |
| | De 50.001 a 100.000 | 138 | 4,2 | 4,8 | 4,3 | 4,0 | 4,1 | 4,2 | 4,4 | 4,7 | 4,4 | -0,1 | 0,0 | 0,0 |
| | De 100.001 a 500.000 | 52 | 4,7 | 4,7 | 4,0 | 4,2 | 4,0 | 4,3 | 4,5 | 4,6 | 4,0 | -0,6 | -0,6 | 0,1 |
| | Mais de 500.000 | 3 | 4,3 | 4,3 | 3,9 | 4,0 | 4,0 | 4,2 | 4,7 | 3,5 | 3,7 | -0,3 | -1,0 | -0,7 |
| | Total | 3704 | 3,9 | 4,3 | 4,2 | 4,5 | 4,5 | 4,8 | 5,1 | 4,8 | 4,2 | 0,6 | -0,9 | -1,6 |
| Total | Até 5.000 | 1237 | 4,7 | 4,6 | 4,5 | 5,3 | 5,2 | 6,3 | 6,8 | 6,0 | 5,2 | 0,5 | -1,6 | -2,1 |
| | De 5.001 a 10.000 | 1209 | 3,6 | 4,2 | 4,5 | 5,4 | 5,0 | 5,2 | 5,8 | 5,1 | 4,7 | 1,5 | -1,1 | -2,6 |
| | De 10.001 a 20.000 | 1364 | 3,6 | 4,0 | 4,1 | 4,6 | 4,6 | 4,7 | 4,8 | 4,8 | 4,1 | 1,0 | -0,7 | -1,7 |
| | De 20.001 a 50.000 | 1101 | ,5 | 4,0 | 4,1 | 4,4 | 4,5 | 4,7 | 5,1 | 4,5 | 4,1 | 1,1 | -1,0 | -2,1 |
| | De 50.001 a 100.000 | 350 | 3,9 | 4,1 | 4,2 | 4,3 | 4,1 | 4,2 | 4,6 | 4,5 | 4,2 | 0,3 | -0,4 | -0,6 |
| | De 100.001 a 500.000 | 268 | 3,9 | 3,8 | 3,9 | 4,0 | 4,1 | 4,1 | 4,2 | 4,2 | 4,0 | 0,2 | -0,3 | -0,4 |
| | Mais de 500.000 | 41 | 3,5 | 3,5 | 3,6 | 3,8 | 3,8 | 3,8 | 3,9 | 4,0 | 4,0 | 0,3 | 0,1 | -0,2 |
| | Total geral | 5570 | 3,7 | 3,8 | 3,9 | 4,2 | 4,2 | 4,3 | 4,5 | 4,3 | 4,1 | 0,5 | -0,4 | -0,9 |

Fonte: Elaborado com base nos dados oficiais disponíveis nos sites do IBGE, projeções populacionais e estatísticas social para o meio do período, 2016. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novportal/sociais/populacao.html>. E do Ministério da Saúde, DATASUS/SE/MS, Departamento de Informática do SUS, sistema SAI-SUS. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901>. Brasil, 2018.

(*) Municípios que receberam médicos do Programa Mais Médicos em 2014, cujos profissionais se mantiveram ativos até 2016.

Outro indicador selecionado para análise dos efeitos da implantação do PMM nos municípios estratificados, foi a ICSAB, **Tabela 5 e Gráficos 1, 2, 3 e 4**. Nota-se que a proporção de internações ICSAB nos municípios que receberam médicos do programa diminuiu mais ao longo do período analisado (2014 a 2016), quando comparado aos municípios que não receberam o PMM. Contudo, devido a implantação recente, os maiores e melhores efeitos da redução da proporção da ICSAB são observados apenas no ciclo municipal de 2008-2016, com as maiores variações nos municípios de pequeno porte (até 50.000 habitantes).

Por outro lado, tal como esperado, ainda não é possível mensurar a implementação do PMM em período recente (2013 a 2016), pois a ICSAB usualmente apresenta tendência de longo prazo para que se permita observar os resultados positivos, após uma intervenção em saúde, como por exemplo no aumento de cobertura populacional de equipes de saúde da família.

O TCU ratifica na auditoria realizada no programa em 2015, que o efeito em referência a ICSAB, cuja a tendência é de longo prazo, exigiria tempo para a melhor mensuração da redução deste indicador e um melhor diagnóstico dos resultados produzidos a partir da sua análise, mesmo acusando no relatório os bons resultados encontrados após a implementação do programa.⁶⁷

Na coluna das diferenças de 2016-2014 nos municípios com a presença do PMM, observa-se a redução do indicador ICSAB, mesmo que pequenas retrações, em todas as faixas e portes populacionais. Porém, nos municípios que não receberam os profissionais do programa, é também observado redução em todas as faixas dos estratos municipais, exceto nos municípios de grande porte (mais de 500.000 habitantes) que apresentou crescimento de 0,7% no período, destoando assim de todos os outros resultados analisados.

Além de este indicador sugerir que o longo prazo mostrará resultados de redução, outra condição que auxilia na redução da proporção da ICSAB, refere-se à formação profissional, fator previsto na dimensão do PMM. Como já dito aqui, médicos especialistas em medicina de família e comunidade tenderão a ser mais resolutivos nos postos de saúde e com isso encaminhar menos pacientes ou ter seus pacientes internados com menos frequência.

Tabela 5 - Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) em relação ao total de internações, segundo condição de atuação no Programa Mais Médicos^(*) e porte populacional dos municípios, Brasil 2008 – 2016.

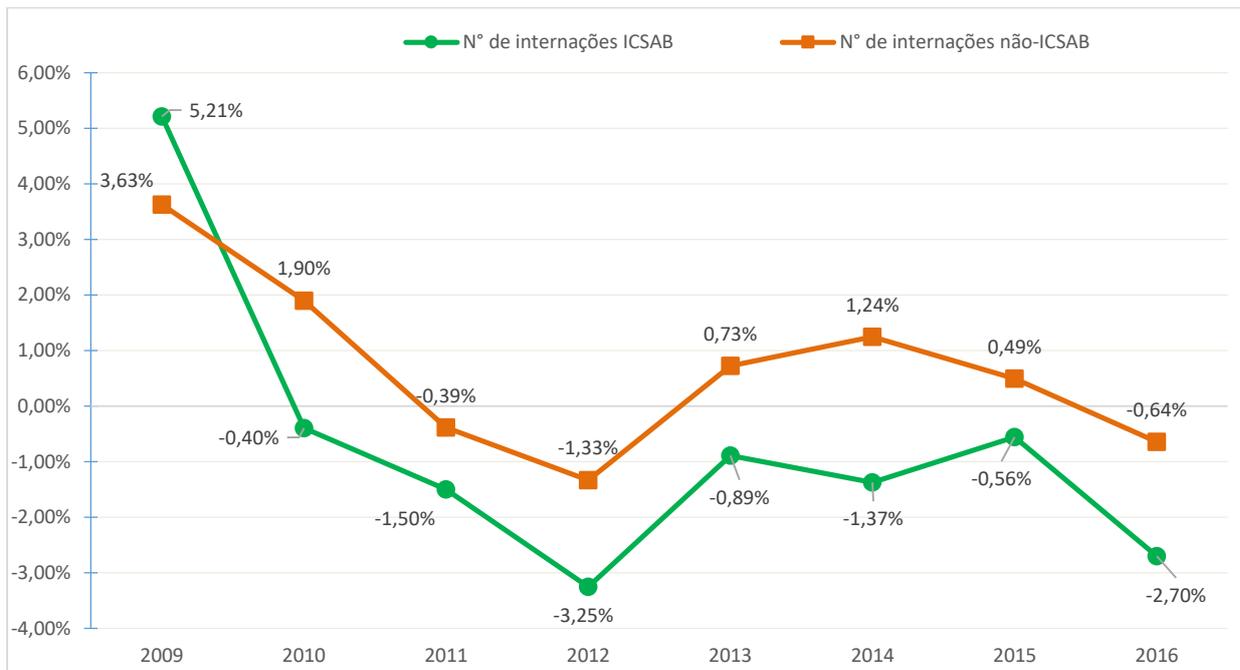
| Mais Médicos no período ativo de 2014-2016? | Porte populacional dos municípios (habitantes) | Nº de municípios | 2008 % | 2009 % | 2010 % | 2011 % | 2012 % | 2013 % | 2014 % | 2015 % | 2016 % | Diferença 2016-2008 A | Diferença 2016-2014 B | B-A |
|---|--|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| Sim | Até 5.000 | 178 | 16,4 | 17,3 | 16,4 | 14,4 | 14,0 | 13,6 | 12,9 | 13,1 | 12,8 | -3,5% | -0,1% | 3,4% |
| | De 5.001 a 10.000 | 266 | 18,6 | 18,7 | 17,8 | 17,6 | 16,7 | 16,1 | 15,8 | 15,1 | 14,8 | -3,8% | -1,0% | 2,8% |
| | De 10.001 a 20.000 | 434 | 18,5 | 18,8 | 18,3 | 18,0 | 16,8 | 16,8 | 16,3 | 16,2 | 15,3 | -3,3% | -1,0% | 2,3% |
| | De 20.001 a 50.000 | 522 | 16,8 | 17,1 | 16,7 | 16,4 | 16,1 | 15,8 | 15,3 | 15,0 | 14,3 | -2,5% | -1,0% | 1,6% |
| | De 50.001 a 100.000 | 212 | 14,1 | 14,3 | 13,8 | 13,8 | 13,4 | 13,3 | 12,8 | 12,5 | 12,5 | -1,7% | -0,3% | 1,4% |
| | De 100.001 a 500.000 | 216 | 11,7 | 11,7 | 11,5 | 11,3 | 11,1 | 10,9 | 10,7 | 10,6 | 10,6 | -1,1% | -0,1% | 1,0% |
| | Mais de 500.000 | 38 | 11,1 | 11,3 | 11,3 | 11,4 | 11,5 | 11,4 | 11,2 | 11,1 | 11,0 | -0,1% | -0,2% | -0,1% |
| Total | 1866 | 13,0 | 13,1 | 12,9 | 12,8 | 12,5 | 12,4 | 12,1 | 12,0 | 11,8 | -1,2% | -0,3% | 0,9% | |
| Não | Até 5.000 | 1059 | 16,0 | 15,9 | 15,2 | 14,8 | 14,2 | 13,7 | 13,6 | 13,4 | 13,1 | -3,0% | -0,5% | 2,5% |
| | De 5.001 a 10.000 | 943 | 16,4 | 16,8 | 16,4 | 16,1 | 15,3 | 15,0 | 14,5 | 14,2 | 13,3 | -3,1% | -1,2% | 1,9% |
| | De 10.001 a 20.000 | 930 | 17,5 | 18,1 | 17,9 | 17,5 | 16,9 | 16,6 | 16,4 | 16,2 | 15,0 | -2,4% | -1,4% | 1,0% |
| | De 20.001 a 50.000 | 579 | 16,2 | 16,8 | 16,7 | 16,7 | 16,1 | 15,9 | 15,6 | 15,5 | 14,6 | -1,6% | -1,0% | 0,6% |
| | De 50.001 a 100.000 | 138 | 13,5 | 13,8 | 13,3 | 13,4 | 13,1 | 12,7 | 12,0 | 11,9 | 11,3 | -2,2% | -0,8% | 1,4% |
| | De 100.001 a 500.000 | 52 | 11,9 | 12,0 | 12,0 | 11,5 | 11,4 | 11,4 | 11,0 | 10,9 | 10,8 | -1,1% | -0,3% | 0,8% |
| | Mais de 500.000 | 3 | 9,1 | 9,2 | 9,0 | 8,7 | 8,7 | 8,6 | 8,1 | 8,7 | 8,9 | -0,2% | 0,7% | 0,9% |
| Total | 3704 | 15,3 | 15,7 | 15,4 | 15,2 | 14,8 | 14,5 | 14,1 | 14,0 | 13,3 | -2,0% | -0,9% | 1,1% | |
| Total | Até 5.000 | 1237 | 16,1 | 16,1 | 15,4 | 14,7 | 14,2 | 13,7 | 13,5 | 13,4 | 13,0 | -3,0% | -0,4% | 2,6% |
| | De 5.001 a 10.000 | 1209 | 16,9 | 17,2 | 16,7 | 16,5 | 15,7 | 15,3 | 14,8 | 14,4 | 13,7 | -3,3% | -1,2% | 2,1% |
| | De 10.001 a 20.000 | 1364 | 17,8 | 18,3 | 18,0 | 17,6 | 16,9 | 16,7 | 16,4 | 16,2 | 15,1 | -2,7% | -1,3% | 1,4% |
| | De 20.001 a 50.000 | 1101 | 16,5 | 16,9 | 16,7 | 16,5 | 16,1 | 15,9 | 15,5 | 15,3 | 14,5 | -2,0% | -1,0% | 1,0% |
| | De 50.001 a 100.000 | 350 | 13,9 | 14,1 | 13,6 | 13,6 | 13,3 | 13,1 | 12,5 | 12,3 | 12,0 | -1,9% | -0,5% | 1,4% |
| | De 100.001 a 500.000 | 268 | 11,7 | 11,8 | 11,5 | 11,3 | 11,2 | 10,9 | 10,7 | 10,7 | 10,6 | -1,1% | -0,1% | 1,0% |
| | Mais de 500.000 | 41 | 11,0 | 11,2 | 11,2 | 11,3 | 11,3 | 11,2 | 11,0 | 11,0 | 10,8 | -0,1% | -0,2% | 0,1% |
| Total geral | 5570 | 13,7 | 13,9 | 13,7 | 13,5 | 13,2 | 13,0 | 12,7 | 12,6 | 12,2 | -1,5% | -0,5% | 1,0% | |

Fonte: Elaborado com base nos dados oficiais disponíveis nos sítios do IBGE, projeções populacionais e estatísticas social para o meio do período, 2016. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao.html>. E do Ministério da Saúde, DATASUS/SE/MS, Departamento de Informática do SUS, sistema SIH-SUS. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901>. Brasil, 2018.

(*) Municípios que receberam médicos do Programa Mais Médicos em 2014, cujos profissionais se mantiveram ativos até 2016.

No **Gráfico 1**, é mostrado a variação anual do número total de ICSAB x não-ICSAB, entre os municípios com PMM, verifica-se que a variação de redução ocorre em praticamente todos os anos, e isso é o que se espera encontrar no comportamento deste indicador, pois representa ações e serviços de saúde na atenção básica sendo realizados, com base nos dados o acesso à saúde da população foi ampliado e fortalecido com a presença dos profissionais do PMM a partir de 2013, embora os resultados de expressão serão observados somente no longo prazo.

Gráfico 1 – Variação anual do número de internações CSAB e não-CSAB, nos municípios, segundo condição de atuação no Programa Mais Médicos^(*) e porte populacional, Brasil 2008 – 2016.

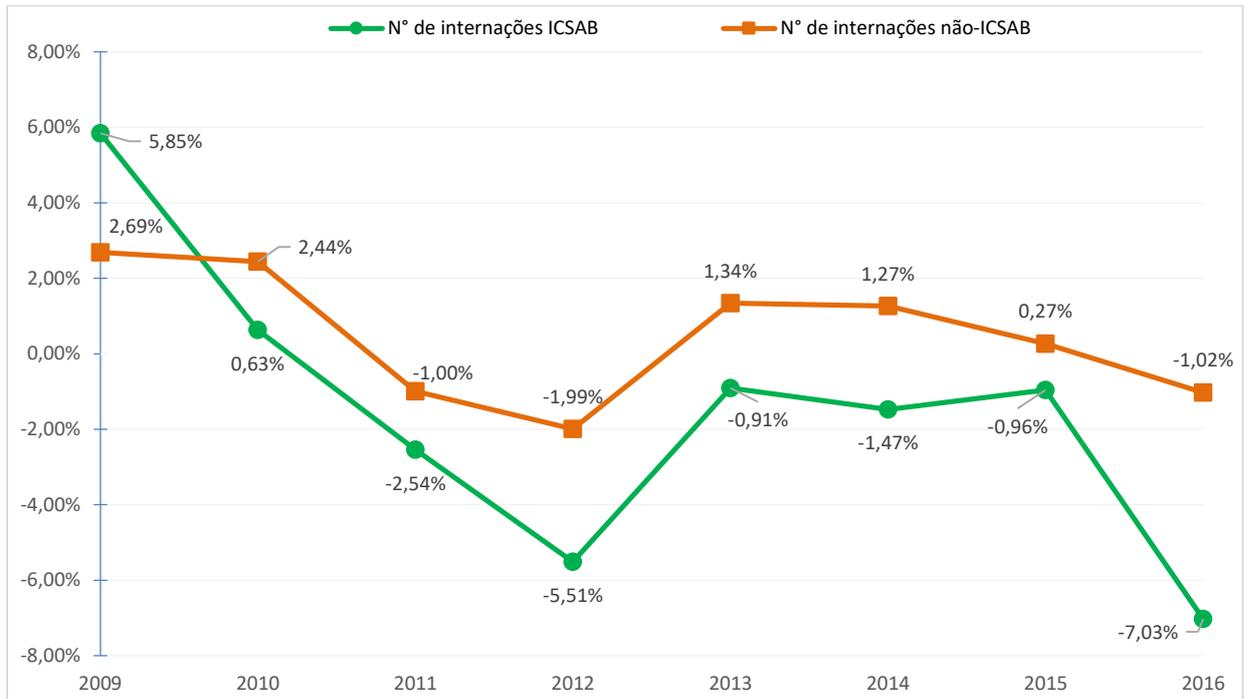


Fonte: Elaborado com base nos dados oficiais disponíveis no sítio do IBGE, projeções populacionais e estatísticas social para o meio do período, 2016. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao.html>, pelo banco de dados disponibilizado pela Secretaria Executiva da Universidade Aberta do SUS, UNA-SUS. Brasil, 2018. Disponível em: <https://sistemas.unasus.gov.br/webportfolio/web/atividade/4/> e a partir da leitura e crítica dos microdados com arquivos reduzidos do SIH-SUS, disponíveis na base do DATASUS <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901>

(*) Municípios que receberam médicos do Programa Mais Médicos em 2014, cujos profissionais se mantiveram ativos até 2016.

No **Gráfico 2** é apresentada a curva da variação anual das internações CSAB e não-CSAB dos municípios sem a presença do PMM. Destaca-se a redução no ano de 2016 no número de ICSAB, que alcançou a marca de -7,03%, contra apenas -1,02% das internações não-CSAB.

Gráfico 2 – Variação anual do número de internações CSAB e não-CSAB, nos municípios sem o PMM, Brasil 2008 – 2016.

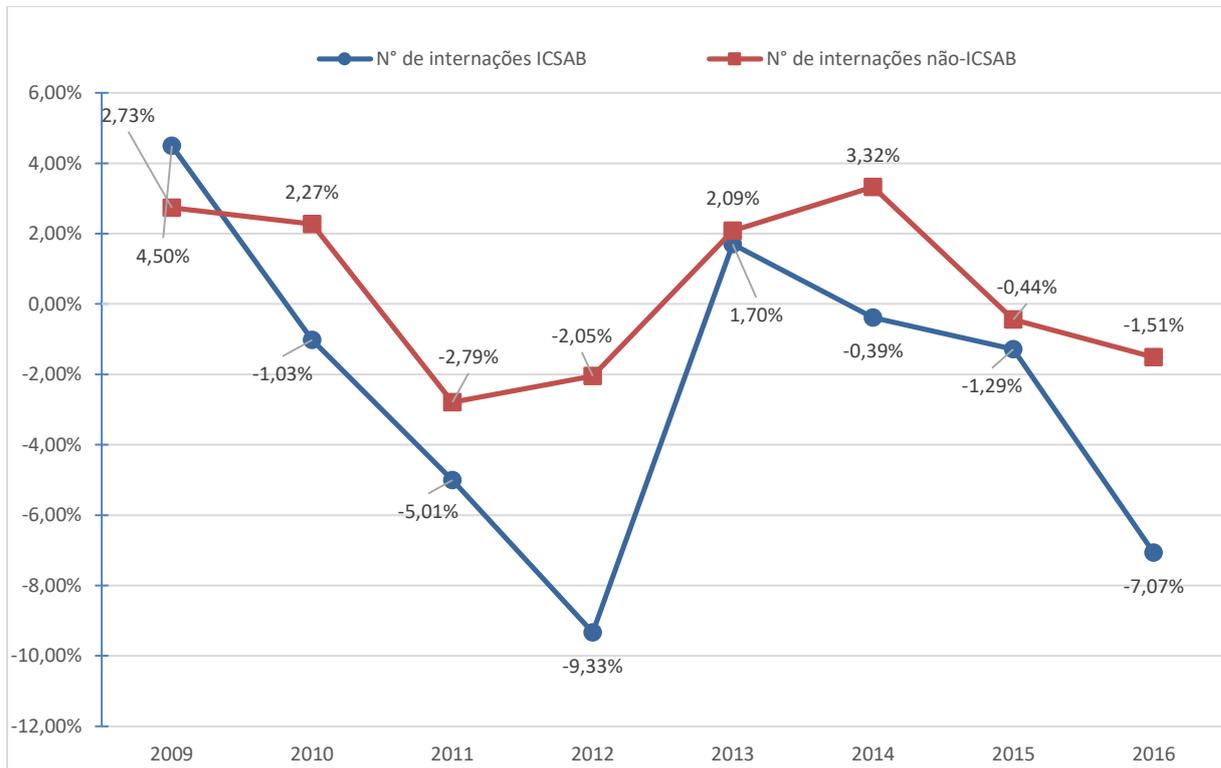


Fonte: Elaborado com base nos dados oficiais disponíveis no sítio do IBGE, projeções populacionais e estatísticas social para o meio do período, 2016. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao.html>, pelo banco de dados disponibilizado pela Secretaria Executiva da Universidade Aberta do SUS, UNA-SUS. Brasil, 2018. Disponível em: <https://sistemas.unasus.gov.br/webportfolio/web/atividade/4/> e a partir da leitura e crítica dos microdados com arquivos reduzidos do SIH-SUS, disponíveis na base do DATASUS <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901>

O **Gráfico 3**, mostra o número da variação anual de ICSAB x não-ICSAB dos municípios de pequeno porte (de 10.001 até 20.000 habitantes), com a presença do PMM, e no ano de 2014 (primeiro ano do PMM) é possível observar a redução do indicador de ICSAB em -0,39%, no ano de 2015 nova redução é apresentada, -1,29% e como característica do próprio indicador, onde melhores resultados são visíveis no longo prazo, o terceiro ano do programa, em 2016, mostra uma redução ainda maior, -7,07%, reforçando a tese de que os municípios de pequeno porte passam a apresentar bons resultados com a implementação do PMM e fixação destes profissionais médicos nas localidades.

Por outro lado, quando a análise é feita isoladamente do melhor índice (-7,07%) de redução da ICSAB dos municípios com o PMM, em 2016, infere-se que a capacidade de resolutividade na atenção básica com a chegada e permanência dos profissionais do PMM, colabora com as ações e serviços de saúde ofertados e conseqüentemente na redução do indicador, mesmo que melhores resultados sejam observados somente no longo prazo, característica necessariamente presente na análise da ICSAB.

Gráfico 3 – Variação anual do número de internações CSAB e não-CSAB, nos municípios de pequeno porte (de 10.001 até 20.000 habitantes), segundo condição de atuação no Programa Mais Médicos^(*) e porte populacional, Brasil 2008 – 2016.

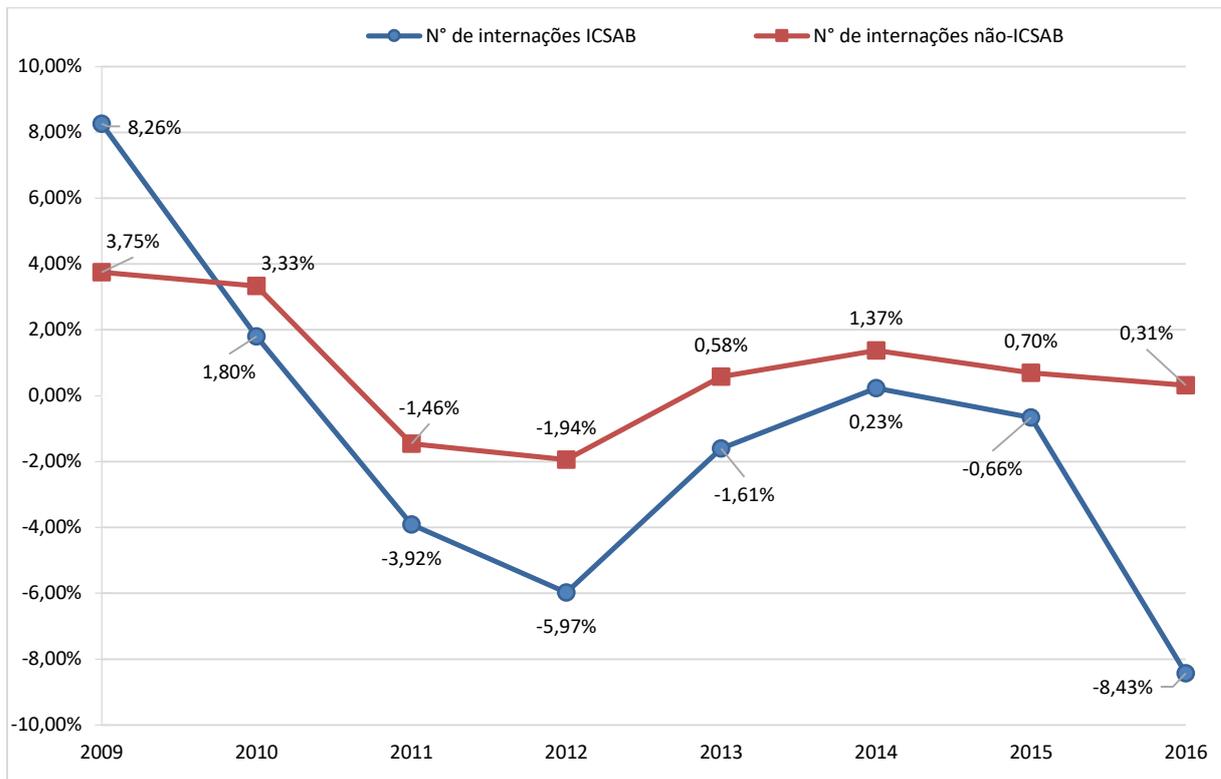


Fonte: Elaborado com base nos dados oficiais disponíveis no sítio do IBGE, projeções populacionais e estatísticas social para o meio do período, 2016. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao.html>, pelo banco de dados disponibilizado pela Secretaria Executiva da Universidade Aberta do SUS, UNA-SUS. Brasil, 2018. Disponível em: <https://sistemas.unasus.gov.br/webportfolio/web/atividade/4/> e a partir da leitura e crítica dos microdados com arquivos reduzidos do SIH-SUS, disponíveis na base do DATASUS <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901>

(*) Municípios que receberam médicos do Programa Mais Médicos em 2014, cujos profissionais se mantiveram ativos até 2016.

Nos municípios de pequeno porte (de 10.001 até 20.000 habitantes) sem o PMM **Gráfico 4**, a variação anual da ICSAB é semelhante ao apresentado nos municípios com o PMM, ocorre que no melhor resultado, ano de 2016, há queda de -8,43% superando o indicador dos municípios com o PMM, embora, os dados também mostram o aumento da proporção de ICSAB no ano de 2013 e o crescimento da variação anual da não-ICSAB a partir de 2013. Diferente dos achados nos municípios com o PMM que reduziram, inclusive, as não-ICSAB do período após a implantação do programa.

Gráfico 4 – Variação anual do número de interações CSAB e não-CSAB, nos municípios de pequeno porte (de 10.001 até 20.000 habitantes), **sem** o PMM, Brasil 2008 – 2016.



Fonte: Elaborado com base nos dados oficiais disponíveis no sítio do IBGE, projeções populacionais e estatísticas social para o meio do período, 2016. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao.html>, pelo banco de dados disponibilizado pela Secretaria Executiva da Universidade Aberta do SUS, UNA-SUS. Brasil, 2018. Disponível em: <https://sistemas.unasus.gov.br/webportfolio/web/atividade/4/> e a partir da leitura e crítica dos microdados com arquivos reduzidos do SIH-SUS, disponíveis na base do DATASUS <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901>

Por outro lado, o número de ICSAB x não-ICSAB entre os municípios de pequeno porte sem o PMM, apesar de apresentar redução nas variações anuais, tal qual mostrado nos municípios com o programa PMM no **Gráfico 1**, destaque para a redução no ano de 2016, quando o índice atingiu -7,03% de retração, contra apenas -2,70% nos municípios com a presença dos profissionais do programa.

Infer-se que a redução da ICSAB nestes casos, estão diretamente relacionadas ao aumento das condições de saúde da população, crescimento da oferta de serviços de saúde e do aporte de profissionais do PMM nos municípios de pequeno porte, além das políticas de erradicação da pobreza e repasse dos benefícios do Programa Bolsa Família (PBF), onde melhores condições socioeconômicas tendem a melhorar a saúde da população, e resultados melhores poderão ser observados no longo prazo, característica presente no indicador de variação da ICSAB.

Ao melhorar as condições de saúde da população, observa-se nos dados de repasse dos benefícios do PBF, **Tabela 6**, que a partir de 2014, primeiro ano após implementação do Programa Mais Médicos, nos municípios que aderiram ao programa, o repasse de recursos oriundos do PBF diminuiu em praticamente todas as faixas populacionais e estratos municipais, chegando à máxima de 14,8% de encolhimento, na faixa populacional dos municípios de grande porte (de 100.001 até 500.000 habitantes).

Pode-se inferir desse achado que há crescimento nos investimentos com o PBF e consequentemente aumento do acesso aos serviços de saúde no período estudado, 2008-2016. Mesmo com a diminuição dos repasses do PBF entre 2015-2016, as políticas de saúde e social combinadas contribuíram positivamente para os indicadores de saúde no período, pois a saúde é um reflexo direto das condições socioeconômicas da população e ambos os programas tiveram como referências o Cadastro Único, priorizando a população em situação de pobreza.⁵³

O Programa Bolsa Família como benefício per capita é um indicador utilizado para medir a equidade na alocação dos recursos distribuídos, e diante dos dados analisados pode-se constatar que ao fim obteve-se êxito com esta medida política, isto é, a distribuição per capita demonstra se houve ou não o alcance e a presença do estado nas áreas mais pobres.

Mesmo quando o dado é observado de maneira ampla, generalizável, o comportamento de crescimento dos repasses se mostra e ocorre de forma semelhante no período de 2008 até 2014, seja nos estratos municipais com o Programa Mais Médicos ou ainda naqueles municípios que não aderiram ao método. Porém, a partir de 2015, em todas as faixas dos estratos municipais, independente do PMM, há redução geral nos valores dos benefícios repassados.

Outro dado em destaque que apresenta variação negativa é na faixa dos municípios de grande porte (mais de 500.000 habitantes), que não receberam profissionais do PMM, entre 2014-2016, houve desaceleração do valor do repasse na ordem de 31,7%. Por outro lado, demonstra que teve alocação equitativa, pois o per capita foi maior nos municípios de pequeno porte e que são, em tese, os municípios mais pobres e mais vulneráveis.

Nos demais estratos dos municípios e faixas populacionais com o PMM, a média geral da diferença no período compreendido entre 2008-2012 ou 2014-2016, foi de até 2% para mais ou para menos nas variações comparadas, mantendo-se a tendência da série histórica e corroborando com a tese de que quando se amplia e melhoram-se as condições de saúde e o acesso à saúde, tende-se a diminuir a necessidade de manutenção do auxílio/benefício.

Tabela 6 – Distribuição dos recursos Federais em reais (R\$), transferidos Per Capita pelo Programa Bolsa Família, segundo condição de atuação no Programa Mais Médicos^(*) e porte populacional dos municípios, Brasil 2008 – 2016.

| Mais Médicos no período ativo de 2014-2016? | Porte populacional dos municípios (habitantes) | Nº de municípios | Antes do PMM | | | | | 2013 | Depois do PMM | | | Diferença % 2012-2008 A | Diferença % 2016-2014 B | % B-A |
|---|--|------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|--------------|-------------|----------------------------|----------------------------|-------|
| | | | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | | 2014 | 2015 | 2016 | | | |
| Sim | Até 5.000 | 178 | 124,9 | 133,3 | 147,6 | 163,8 | 188,2 | 208,3 | 212,2 | 199,0 | 184,9 | 50,7 | -12,8 | -63,5 |
| | De 5.001 a 10.000 | 266 | 136,8 | 146,0 | 164,5 | 182,3 | 211,8 | 234,7 | 243,5 | 231,2 | 215,9 | 54,8 | -11,4 | -66,2 |
| | De 10.001 a 20.000 | 434 | 164,6 | 175,2 | 193,1 | 214,7 | 251,1 | 279,0 | 289,7 | 275,6 | 256,3 | 52,6 | -11,5 | -64,1 |
| | De 20.001 a 50.000 | 522 | 144,6 | 155,8 | 173,5 | 194,3 | 223,0 | 241,8 | 249,5 | 236,8 | 221,1 | 54,2 | -11,4 | -65,6 |
| | De 50.001 a 100.000 | 212 | 123,1 | 134,9 | 151,7 | 171,0 | 194,0 | 205,0 | 208,1 | 195,6 | 179,7 | 57,6 | -13,6 | -71,2 |
| | De 100.001 a 500.000 | 216 | 70,8 | 79,6 | 89,0 | 101,0 | 111,5 | 114,0 | 114,2 | 107,1 | 97,4 | 57,5 | -14,8 | -72,3 |
| | Mais de 500.000 | 38 | 51,5 | 59,4 | 63,6 | 74,9 | 83,5 | 89,2 | 91,5 | 88,9 | 82,6 | 62,3 | -9,7 | -72,0 |
| Total | 1.866 | 81,8 | 90,9 | 100,5 | 114,5 | 129,0 | 137,1 | 139,8 | 132,9 | 122,7 | 57,7 | -12,2 | -69,9 | |
| Não | Até 5.000 | 1.059 | 138,2 | 146,2 | 164,5 | 182,5 | 210,2 | 232,6 | 237,0 | 222,8 | 208,2 | 52,1 | -12,1 | -64,2 |
| | De 5.001 a 10.000 | 943 | 158,3 | 167,8 | 188,2 | 210,8 | 245,4 | 272,4 | 280,3 | 265,7 | 249,1 | 55,0 | -11,1 | -66,2 |
| | De 10.001 a 20.000 | 930 | 169,0 | 180,1 | 199,9 | 222,9 | 258,7 | 288,3 | 299,3 | 285,1 | 266,4 | 53,0 | -11,0 | -64,0 |
| | De 20.001 a 50.000 | 579 | 155,3 | 167,2 | 186,4 | 209,0 | 240,6 | 262,5 | 270,6 | 257,3 | 239,6 | 55,0 | -11,4 | -66,4 |
| | De 50.001 a 100.000 | 138 | 111,7 | 123,0 | 137,9 | 155,0 | 173,0 | 181,5 | 185,2 | 173,7 | 160,3 | 54,9 | -13,4 | -68,3 |
| | De 100.001 a 500.000 | 52 | 59,7 | 69,4 | 80,8 | 93,2 | 103,9 | 104,8 | 104,1 | 95,7 | 86,3 | 74,2 | -17,1 | -91,3 |
| | Mais de 500.000 | 3 | 92,9 | 108,0 | 116,5 | 132,7 | 143,2 | 149,7 | 148,0 | 131,6 | 101,1 | 54,2 | -31,7 | -85,9 |
| Total | 3.704 | 135,4 | 146,2 | 163,3 | 183,1 | 209,7 | 228,1 | 234,0 | 221,0 | 204,6 | 54,9 | -12,6 | -67,5 | |
| Total | Até 5.000 | 1.237 | 136,2 | 144,3 | 161,9 | 179,7 | 206,9 | 229,0 | 233,3 | 219,3 | 204,8 | 51,9 | -12,2 | -64,1 |
| | De 5.001 a 10.000 | 1.209 | 153,4 | 162,9 | 182,9 | 204,4 | 237,8 | 263,9 | 272,0 | 257,9 | 241,6 | 55,0 | -11,2 | -66,2 |
| | De 10.001 a 20.000 | 1.364 | 167,6 | 178,5 | 197,7 | 220,2 | 256,2 | 285,3 | 296,2 | 282,0 | 263,1 | 52,9 | -11,2 | -64,0 |
| | De 20.001 a 50.000 | 1.101 | 150,1 | 161,6 | 180,1 | 201,8 | 232,0 | 252,3 | 260,2 | 247,3 | 230,5 | 54,6 | -11,4 | -66,0 |
| | De 50.001 a 100.000 | 350 | 118,7 | 130,3 | 146,4 | 164,8 | 185,9 | 195,9 | 199,2 | 187,1 | 172,2 | 56,6 | -13,6 | -70,1 |
| | De 100.001 a 500.000 | 268 | 69,0 | 78,0 | 87,7 | 99,7 | 110,3 | 112,5 | 112,6 | 105,3 | 95,6 | 59,8 | -15,1 | -74,9 |
| | Mais de 500.000 | 41 | 53,1 | 61,3 | 65,8 | 77,2 | 86,0 | 91,7 | 93,9 | 90,6 | 83,4 | 61,9 | -11,1 | -73,0 |
| Total geral | 5.570 | 97,8 | 107,4 | 119,2 | 134,9 | 153,0 | 164,1 | 167,8 | 159,1 | 147,0 | 56,5 | -12,4 | -68,9 | |

Fonte: Elaborado com base nos dados oficiais disponíveis nos sítios do IBGE, projeções populacionais e estatísticas social para o meio do período, 2016. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao.html>. E do Ministério do Desenvolvimento Social, MDS. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>. Brasil, 2018.

(*) Municípios que receberam médicos do Programa Mais Médicos em 2014, cujos profissionais se mantiveram ativos até 2016.

Nota: Valores deflacionados pelo IPCA-IBGE para 2016. Neste caso, dividiu-se pela população total residente do município independente se recebe ou não o benefício.

Na análise do indicador da taxa anual de incidência de tuberculose, **Tabela 7**, verifica-se o aumento dos casos nos estratos municipais de pequeno porte (até 10.000 habitantes), nas localidades com a condição de presença dos profissionais do PMM. Tal como se esperava no comportamento deste indicador, uma vez que, com a chegada dos profissionais do programa o número de detecção tenderia a aumentar num primeiro momento, considerando que essas localidades mais pobres têm tendência de vulnerabilidade e são suscetíveis às infecções.

Sabe-se que esta doença é mais suscetível em populações vulneráveis, por isso tende-se a ter crescimento da taxa de incidência nos municípios de pequeno porte, além de ser uma doença infecciosa, tem alto poder de disseminação, porém é totalmente curável, para isso o tratamento deve ser rigoroso e contínuo. Estima-se que a chegada dos profissionais médicos do PMM, amplie os cuidados necessários para combater a proliferação da doença.

Um dado levantado e que chama a atenção e deve-se destacar, é a faixa dos municípios de grande porte (mais de 500.000 habitantes), na condição de presença dos profissionais do PMM, onde a taxa de incidência de tuberculose reduziu entre 2014-2016, apresentando a maior variação entre os estratos municipais, redução de -2,6 pontos na taxa da doença.

Na média total da taxa anual de incidência da doença nos municípios com o PMM, o indicador teve comportamento melhor, apresentou resultado de queda, -2,0 pontos, quando comparado com o resultado dos municípios sem a presença do PMM, que foi de -0,6 pontos, o incremento nas ações de saúde nos municípios com o PMM foi três vezes maior que nos municípios sem os profissionais do programa.

Embora o resultado dos indicadores da doença nos municípios sem o PMM tenha se mostrado em desvantagem na média total da diferença de 2014-2016, importa destacar que nos estratos dos municípios de grande porte (de 100.001 a 500.000 habitantes), apresenta o melhor indicador entre todas faixas populacionais e estratos municipais analisado, independentemente da presença do PMM, com redução na taxa de -3,3 pontos. Porém, o efeito deste dado não foi considerado nesta pesquisa, mas pode-se utilizar para futuras verificações na busca pela explicação do evento.

Tabela 7 – Distribuição da taxa de incidência da Tuberculose, segundo condição de atuação no Programa Mais Médicos^(*) e porte populacional dos municípios, Brasil 2008 – 2016. (por 100.000 habitantes)

| Mais Médicos no período ativo de 2014-2016? | Porte populacional dos municípios (habitantes) | Número de municípios | Antes do PMM | | | | | 2013 | Depois do PMM | | | Diferença 2012-2008 A | Diferença 2016-2014 B | Diferença B-A |
|---|--|----------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|--------------|-------------|--------------------------|--------------------------|---------------|
| | | | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | | 2014 | 2015 | 2016 | | | |
| Sim | Até 5.000 | 178 | 11,32 | 10,70 | 9,31 | 10,31 | 11,96 | 10,73 | 9,46 | 9,97 | 11,11 | 0,6 | 1,6 | 1,0 |
| | De 5.001 a 10.000 | 266 | 16,34 | 20,41 | 15,87 | 18,00 | 17,57 | 17,86 | 16,51 | 17,25 | 18,09 | 1,2 | 1,6 | 0,3 |
| | De 10.001 a 20.000 | 434 | 22,22 | 20,94 | 20,96 | 20,94 | 18,95 | 20,27 | 18,84 | 16,67 | 17,29 | -3,3 | -1,5 | 1,7 |
| | De 20.001 a 50.000 | 522 | 28,66 | 26,11 | 25,19 | 26,16 | 25,24 | 22,15 | 22,62 | 22,16 | 21,78 | -3,4 | -0,8 | 2,6 |
| | De 50.001 a 100.000 | 212 | 33,20 | 31,25 | 30,72 | 30,60 | 30,83 | 29,04 | 28,53 | 27,36 | 26,89 | -2,4 | -1,6 | 0,7 |
| | De 100.001 a 500.000 | 216 | 47,17 | 45,80 | 45,38 | 46,47 | 45,34 | 44,10 | 43,32 | 43,09 | 41,30 | -1,8 | -2,0 | -0,2 |
| | Mais de 500.000 | 38 | 75,16 | 75,54 | 76,43 | 77,31 | 75,91 | 72,89 | 71,32 | 71,28 | 68,71 | 0,8 | -2,6 | -3,4 |
| Total | 1866 | 53,49 | 52,74 | 52,65 | 53,48 | 52,39 | 50,26 | 49,29 | 48,96 | 47,30 | -1,1 | -2,0 | -0,9 | |
| Não | Até 5.000 | 1059 | 13,61 | 12,45 | 12,91 | 13,37 | 11,02 | 10,95 | 10,32 | 10,31 | 10,56 | -2,6 | 0,2 | 2,8 |
| | De 5.001 a 10.000 | 943 | 17,43 | 16,74 | 16,18 | 15,71 | 15,51 | 14,19 | 13,74 | 12,84 | 12,32 | -1,9 | -1,4 | 0,5 |
| | De 10.001 a 20.000 | 930 | 21,04 | 21,38 | 19,39 | 21,05 | 19,29 | 19,05 | 17,64 | 19,00 | 18,33 | -1,8 | 0,7 | 2,4 |
| | De 20.001 a 50.000 | 579 | 27,35 | 27,94 | 26,76 | 28,26 | 26,52 | 24,72 | 24,38 | 24,88 | 24,03 | -0,8 | -0,4 | 0,5 |
| | De 50.001 a 100.000 | 138 | 35,93 | 33,66 | 32,78 | 34,31 | 31,79 | 30,25 | 28,69 | 28,08 | 29,12 | -4,1 | 0,4 | 4,6 |
| | De 100.001 a 500.000 | 52 | 37,19 | 34,71 | 35,48 | 35,25 | 34,45 | 34,80 | 32,13 | 30,71 | 28,84 | -2,7 | -3,3 | -0,6 |
| | Mais de 500.000 | 3 | 96,91 | 90,96 | 80,96 | 80,28 | 78,14 | 63,56 | 58,27 | 54,07 | 55,59 | -18,8 | -2,7 | 16,1 |
| Total | 3704 | 29,42 | 28,60 | 27,49 | 28,46 | 26,87 | 25,39 | 24,10 | 23,98 | 23,53 | -2,5 | -0,6 | 2,0 | |
| Total | Até 5.000 | 1237 | 13,27 | 12,19 | 12,37 | 12,91 | 11,16 | 10,92 | 10,20 | 10,26 | 10,64 | -2,1 | 0,4 | 2,5 |
| | De 5.001 a 10.000 | 1209 | 17,18 | 17,56 | 16,11 | 16,22 | 15,97 | 15,02 | 14,37 | 13,83 | 13,62 | -1,2 | -0,8 | 0,5 |
| | De 10.001 a 20.000 | 1364 | 21,43 | 21,23 | 19,91 | 21,02 | 19,18 | 19,45 | 18,03 | 18,24 | 17,99 | -2,3 | 0,0 | 2,2 |
| | De 20.001 a 50.000 | 1101 | 27,99 | 27,05 | 25,99 | 27,23 | 25,89 | 23,46 | 23,52 | 23,54 | 22,93 | -2,1 | -0,6 | 1,5 |
| | De 50.001 a 100.000 | 350 | 34,26 | 32,18 | 31,52 | 32,04 | 31,20 | 29,51 | 28,59 | 27,64 | 27,76 | -3,1 | -0,8 | 2,2 |
| | De 100.001 a 500.000 | 268 | 45,59 | 44,04 | 43,81 | 44,69 | 43,61 | 42,61 | 41,52 | 41,10 | 39,29 | -2,0 | -2,2 | -0,2 |
| | Mais de 500.000 | 41 | 76,03 | 76,15 | 76,62 | 77,43 | 76,01 | 72,50 | 70,78 | 70,57 | 68,17 | 0,0 | -2,6 | -2,6 |
| Total geral | 5570 | 46,32 | 45,55 | 45,16 | 46,04 | 44,80 | 42,87 | 41,81 | 41,54 | 40,25 | -1,5 | -1,6 | 0,0 | |

Fonte: Elaborado com base nos dados oficiais disponíveis nos sítios do IBGE, projeções populacionais e estatísticas social para o meio do período, 2016. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao.html>. E do Ministério da Saúde, DATASUS/SE/MS, Departamento de Informática do SUS, sistema SIH-SUS. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901>. Brasil, 2018.

(*) Municípios que receberam médicos do Programa Mais Médicos em 2014, cujos profissionais se mantiveram ativos até 2016.

Nos dados coletados da distribuição da cobertura vacinal por BCG, **Tabela 8**, entre crianças menores de um ano, nos estratos municipais com a presença do Programa Mais Médicos, teve decréscimo na cobertura vacinal, com leve queda. Apesar de aparentemente a série histórica trazer regular baixa no comportamento da cobertura ano-a-ano, chama atenção os estratos municipais sem a presença do PMM, que a cobertura chega a cair 27,1% no período entre 2014-2016, na faixa dos municípios de médio porte. Por outro lado, no mesmo período e faixa populacional, nos municípios com PMM, a queda foi de apenas 12,1%.

Entretanto, se a análise concentrar o olhar no ano de 2014 nos estratos municipais que receberam o PMM, percebe-se que a distribuição da cobertura vacinal é incrementada quando comparada com os dados de 2012, último ano sem o PMM. Isso pode estar relacionado com a chegada dos profissionais médicos do programa que passaram a ser alocados nos municípios a partir de outubro do ano de 2013.

Analisando os estratos dos municípios de pequeno porte (até 50.000 habitantes) e médio porte, com condição de presença do PMM, todas as faixas no de 2014 apresentaram aumento da cobertura vacinal, por outro lado, os municípios de grande porte recuaram no indicador de cobertura vacinal por BCG.

Observa-se que no ano de 2015, nos estratos municipais com a presença do PMM, o indicador de cobertura vacinal por BCG encolhe, excetuando-se os municípios de pequeno porte (de 10.001 até 20.000 e de 20.001 até 50.000 habitantes), nestas faixas houve crescimento deste procedimento na ordem de 1,6% e 5,1%, respectivamente na comparação com 2014.

Por outro lado, no ano de 2016, ainda nos municípios atendidos pelo PMM, a retração marcou presença em todas as faixas populacionais e estratos municipais, sem exceção, caracterizando piora no procedimento, embora a redução da cobertura vacinal na análise da coluna das diferenças, nos municípios com o PMM, esteja presente em todas as faixas, importa destacar que as menores quedas são nos municípios de pequeno porte.

Novamente reforça-se que a presença e a fixação dos profissionais médicos nas localidades, mais suscetíveis à pobreza e a vulnerabilidade, contribuem para a ampliação do acesso à saúde dessa população e tende a garantir o acesso à saúde.

Apesar de encontrar dados de redução da cobertura vacinal por BCG em todos os estratos municipais e faixas populacionais, independente da presença ou ausência dos profissionais médicos do PMM, frisa-se que na média os melhores encolhimentos são observados nos municípios com a presença do PMM, -11,1% contra -15,9% dos municípios sem o PMM.

Tabela 8 – Distribuição da cobertura vacinal por BCG entre crianças menores de um ano, segundo condição de atuação no Programa Mais Médicos^(*) e porte populacional dos municípios, Brasil 2008 – 2016.

| Mais Médicos no período ativo de 2014-2016? | Porte populacional dos municípios (habitantes) | Nº de municípios | 2008 % | 2009 % | 2010 % | 2011 % | 2012 % | 2013 % | 2014 % | 2015 % | 2016 % | Diferença % 2012-2008 A | Diferença % 2016-2014 B | % B-A | |
|---|--|------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|-------------------------|-------------------------|-------|-------|
| Sim | Até 5.000 | 178 | 91,4 | 86,4 | 81,3 | 84,0 | 78,6 | 76,0 | 85,5 | 84,7 | 81,3 | -12,8 | -4,2 | 8,6 | |
| | De 5.001 a 10.000 | 266 | 87,8 | 81,4 | 82,8 | 80,1 | 76,1 | 71,7 | 82,1 | 84,8 | 77,4 | -11,7 | -4,7 | 7,0 | |
| | De 10.001 a 20.000 | 434 | 91,5 | 87,9 | 88,0 | 87,0 | 81,1 | 76,4 | 85,0 | 86,6 | 73,1 | -10,4 | -11,9 | -1,5 | |
| | De 20.001 a 50.000 | 522 | 104,2 | 98,7 | 98,2 | 98,3 | 91,7 | 90,4 | 94,9 | 90,0 | 81,1 | -12,5 | -13,8 | -1,4 | |
| | De 50.001 a 100.000 | 212 | 111,7 | 107,8 | 108,4 | 110,1 | 105,9 | 104,4 | 108,5 | 104,5 | 96,4 | -5,8 | -12,1 | -6,3 | |
| | De 100.001 a 500.000 | 216 | 114,9 | 112,5 | 114,6 | 118,0 | 113,2 | 115,0 | 114,7 | 114,7 | 107,9 | 99,3 | -1,7 | -15,4 | -13,8 |
| | Mais de 500.000 | 38 | 116,9 | 114,3 | 113,2 | 117,0 | 114,7 | 114,4 | 111,4 | 108,5 | 104,8 | -2,2 | -6,7 | -4,5 | |
| Total | 1866 | 112,7 | 109,5 | 109,8 | 112,6 | 108,7 | 108,7 | 108,9 | 104,6 | 97,8 | -3,9 | -11,1 | -7,1 | | |
| Não | Até 5.000 | 1059 | 79,4 | 74,5 | 73,4 | 74,5 | 70,1 | 66,6 | 78,0 | 79,1 | 75,2 | -9,4 | -2,8 | 6,6 | |
| | De 5.001 a 10.000 | 943 | 84,2 | 79,0 | 76,6 | 74,4 | 70,1 | 66,1 | 77,3 | 78,6 | 71,4 | -14,1 | -5,9 | 8,2 | |
| | De 10.001 a 20.000 | 930 | 94,3 | 90,8 | 87,9 | 87,5 | 80,3 | 77,0 | 84,6 | 84,4 | 73,9 | -14,0 | -10,7 | 3,4 | |
| | De 20.001 a 50.000 | 579 | 106,4 | 99,0 | 99,3 | 101,0 | 93,4 | 92,9 | 98,2 | 93,2 | 82,1 | -13,0 | -16,1 | -3,1 | |
| | De 50.001 a 100.000 | 138 | 116,7 | 113,6 | 114,2 | 117,4 | 114,0 | 109,2 | 116,8 | 106,1 | 89,7 | -2,7 | -27,1 | -24,4 | |
| | De 100.001 a 500.000 | 52 | 114,8 | 111,1 | 111,9 | 113,1 | 105,9 | 106,3 | 109,7 | 101,3 | 90,8 | -8,9 | -18,9 | -10,0 | |
| | Mais de 500.000 | 3 | 117,8 | 130,5 | 117,5 | 118,7 | 136,5 | 141,9 | 128,9 | 108,1 | 103,0 | 18,7 | -25,9 | -44,6 | |
| Total | 3704 | 103,5 | 99,4 | 98,3 | 99,3 | 94,3 | 92,5 | 98,6 | 93,4 | 82,6 | -9,2 | -15,9 | -6,7 | | |
| Total | Até 5.000 | 1237 | 81,2 | 76,2 | 74,6 | 75,9 | 71,3 | 68,0 | 79,1 | 80,0 | 76,1 | -13,2 | -3,0 | 10,1 | |
| | De 5.001 a 10.000 | 1209 | 85,0 | 79,5 | 78,0 | 75,7 | 71,4 | 67,3 | 78,4 | 80,0 | 72,7 | -17,7 | -5,6 | 12,1 | |
| | De 10.001 a 20.000 | 1364 | 93,4 | 89,8 | 87,9 | 87,4 | 80,6 | 76,8 | 84,7 | 85,1 | 73,6 | -16,6 | -11,1 | 5,5 | |
| | De 20.001 a 50.000 | 1101 | 105,3 | 98,8 | 98,8 | 99,7 | 92,6 | 91,7 | 96,6 | 91,6 | 81,6 | -13,7 | -15,0 | -1,3 | |
| | De 50.001 a 100.000 | 350 | 113,6 | 110,1 | 110,7 | 112,9 | 109,0 | 106,3 | 111,7 | 105,1 | 93,8 | -7,4 | -17,9 | -10,5 | |
| | De 100.001 a 500.000 | 268 | 114,9 | 112,3 | 114,2 | 117,2 | 112,1 | 113,6 | 113,9 | 106,8 | 97,9 | -1,3 | -16,0 | -14,7 | |
| | Mais de 500.000 | 41 | 117,0 | 115,0 | 113,4 | 117,1 | 115,6 | 115,5 | 112,2 | 108,4 | 104,7 | -1,4 | -7,5 | -6,1 | |
| Total geral | 5570 | 109,9 | 106,5 | 106,4 | 108,7 | 104,5 | 104,0 | 105,9 | 101,4 | 93,5 | -5,4 | -12,4 | -7,0 | | |

Fonte: Elaborado com base nos dados oficiais disponíveis nos sítios do IBGE, projeções populacionais e estatísticas social para o meio do período, 2016. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao.html>. E do Ministério da Saúde, DATASUS/SE/MS, Departamento de Informática do SUS, sistema SI-PNI. Disponível em: <http://pni.datasus.gov.br/>. Brasil, 2018.

(*) Municípios que receberam médicos do Programa Mais Médicos em 2014, cujos profissionais se mantiveram ativos até 2016.

7. LIMITAÇÃO DO ESTUDO

Dentre os dados obtidos, todos os indicadores foram analisados por porte populacional a fim de reduzir o efeito do viés ecológico ao ser trabalhar com dados agregados, considerando o período antes x depois da implantação do programa assim como comparando-se a tendência temporal entre os agregados de municípios com e sem o PMM.

O estudo epidemiológico do tipo “ecológico” possui viés ecológico, o qual *“resulta na realização de uma inferência causal inadequada sobre fenômenos individuais na base de observações de grupos, já que determinada associação verificada entre variáveis no nível agregado não necessariamente significa que exista essa associação no nível individual”*⁶⁸

Destacando que o “sem PMM” refere-se como discutido ao longo do texto, àqueles municípios que não seguiram a regra de ter o mesmo médico ingressante em 2014, ativo em 2016 no mesmo município, isto é, a opção metodológica foi por considerar os atributos vínculo e longitudinalidade como eixos centrais para a análise dos dados. Contudo, o ideal seria que tivéssemos um período maior para a comparação do “depois do PMM”, ao invés de apenas três anos (2014-2016).

De outro lado, a literatura também aponta vantagens nesse tipo de estudo, tais como: (i) facilidade de execução; (ii) baixo custo e (iii) rapidez na coleta de dados, por serem utilizadas bases de dados de fontes secundárias; contudo as conclusões são generalistas.

Reconhece-se que ao trabalhar com base de dados secundários há limitações, pois estas dependem das alimentações periódicas e atualizações das informações. Neste estudo os dados das bases utilizados, para o recorte temporal definido, estavam disponíveis, entretanto essas ações de atualizações e disponibilidade das informações são de responsabilidade dos seus fornecedores e detentores do banco de dados.

8. CONCLUSÃO

Preliminarmente, foram observadas diferenças na comparação dos indicadores utilizados, que, em princípio, traduzem-se como resultados positivos à implantação do Programa Mais Médicos em nosso país, mais pronunciadamente nos municípios de pequeno porte (até 50.000 habitantes), demonstrando-se a importância do PMM para esses municípios de que tendem a ser mais pobres.

A implementação do PMM contribuiu com resultados positivos e avanços na busca de tratamento igualitário nas ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde visando à redução do risco de doenças e de outros agravos. Sem dúvida a ampliação do acesso à saúde e fortalecimento das ações e serviços de saúde é um dos caminhos para o melhoramento das condições da saúde pública no país, em especial na atenção básica.

Outro resultado importante a se destacar, e que se pode considerar assertivo na implementação do programa, foi a exigência de que os médicos fossem, obrigatoriamente, alocados e fixados para compor equipes multiprofissionais previstas na Política Nacional de Atenção Básica, com isso, fortaleceu-se, além desta política a Estratégia de Saúde da Família, que também reflete positivamente na cobertura populacional por eSF.

Pode-se constatar que o incremento dos profissionais advindo do PMM fez com que o aumento da cobertura populacional por eSF seja identificado em todas as faixas populacionais dos estratos municipais analisados no período.

Com o aumento da cobertura populacional por eSF nos municípios sem a presença do Programa Mais Médicos, pode-se atribuir a este fato a existência de equipes incompletas, sem a presença dos agentes comunitários de saúde (ACS), por exemplo, profissionais em sobrecarga de trabalho e ou equipes não cadastradas ou cadastradas em desacordo com o preconizado pelo MS, cujo efeito não foi controlado nesta pesquisa.

Todas as faixas populacionais dos estratos dos municípios com o PMM, no ano de 2014, apresentaram aumento nos indicadores da visita domiciliar, que tiveram variação positiva de até 0,8 pontos, quando comparado com o ano anterior (2013), com destaque para o crescimento contínuo deste procedimento no período analisado, com isso, demonstra-se, em tese, melhoria no atendimento e ampliação do acesso à saúde da população dessas localidades, reforçando o atributo da orientação comunitária.

O crescimento geral apresentado nos indicadores analisados dos municípios com o PMM, e as maiores variações nos estratos dos municípios de pequeno porte (até 50.000 habitantes) no período de 2014-2016, quando comparado com os municípios que estavam fora do recorte metodológico adotado, destaca-se a importância da implantação do PMM para a ampliação do acesso à saúde e como respeitável procedimento da atenção básica nessas localidades. As distribuições equitativas dos médicos foram de extrema sensibilidade, pois as regiões mais pobres e reconhecidamente mais necessitadas foram atendidas prioritariamente na alocação dos profissionais, com o objetivo de dar celeridade e garantir a melhoria e ampliação da oferta de ações e serviços de saúde no curto prazo.

A ampliação da oferta de serviços de saúde é visível nas áreas prioritárias, municípios de pequeno porte (até 50.000 habitantes), pois se observa, o aumento da cobertura populacional e crescimento dos procedimentos ambulatoriais nessas localidades, verifica-se ainda, a evidência na adesão dos usuários às equipes de saúde, com a expressiva diminuição da oscilação do número de consultas realizadas e o crescimento das visitas domiciliares, além da redução, mesmo que em pequenas proporções, do número de internações por condições sensíveis a atenção básica para essa parcela da população.

Conclui-se também que ao ampliar o acesso à saúde e com a melhoria das condições socioeconômicas da população, por consequência do PBF, melhora-se a qualidade da saúde e consequentemente de vida da pessoa. Isso é tendência verificada nos dados, pois mesmo quando houve diminuição dos repasses do Programa Bolsa Família, tendeu-se, ainda, a ter aumento na oferta de serviços e ações de saúde à população, e isso pode ser reflexo, por exemplo, em novas oportunidades de trabalho, diminuindo a necessidade da manutenção do auxílio/benefício.

Muito se avançou com as políticas de saúde implementadas pelos governos nos últimos anos, precisamente a partir da metade da década de 90, entretanto, os caminhos a serem percorridos são árduos, de grandes contradições e definições, mas é preciso perceber que não há fórmula mágica ou receita pronta, procedimento padrão ou técnica suficientemente eficaz na produção plena de saúde, porém reconhecer a necessidade de constantemente adaptar-se para alcançar a universalidade, integralidade e equidade é, sem dúvida, o marco inicial do processo de valorização da vida.

E neste contexto o PMM pode ser considerado um programa eficiente e que atingiu o objetivo, pois respondeu positivamente, de acordo com o recorte metodológico adotado, com a urgência que a atenção básica necessita e preencheu a lacuna da escassez médica nas localidades vulneráveis, atendeu com sucesso a meta no curto prazo, ofereceu novas oportunidades de atendimento na saúde ampliando o acesso aos serviços de saúde das populações desassistidas e a sua implantação trouxe sucesso relativo embora importante para SUS. Com isso, o processo de valoração da vida por intermédio da saúde, neste caso o PMM alcançou.

O PMM contribuiu decisivamente na melhoria dos indicadores selecionados, na comparação realizada a partir do recorte metodológico selecionado como critério de inclusão para municípios com PMM e sem PMM: (i) aumento da cobertura populacional por Equipe de Saúde da Família (eSF); (ii) aumento da produção ambulatorial (número de visitas domiciliares e número de consultas médicas por habitante); (iii) diminuição da proporção das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB); (iv) valores transferidos per capita pelo

Programa Bolsa Família; (v) diminuição da taxa anual de incidência de tuberculose; e (vi) aumento da cobertura vacinal por BCG.

Finalmente e em resumo, o PMM, de modo geral incrementou positivamente na oferta de ações e serviços de saúde, nos indicadores selecionados, onde as maiores melhoras ocorreram nos municípios de pequeno porte (até 50.000 habitantes).

9. RECOMENDAÇÕES

Esse estudo utilizou em sua análise a totalidade dos municípios brasileiros, o que confere robustez à sua conclusão. Para estudos futuros, onde houver tempo maior para análise dessas grandes bases de dados (*big data*), recomenda-se o desenvolvimento de algoritmos que permitam estabelecer *linkages* a partir de dados identificados nominalmente que possam confirmar esses achados do estudo ecológico.

Que eventualmente possam se estabelecer estudos econômicos investigando o custo efetivo do PMM, para tentar acessar a reposta do custo financeiro e social caso o programa não houvesse sido implementado.

A Fiocruz dispõe de um centro de estudos intitulado Cidasc - Centro de Integração de Dados e Conhecimento para a Saúde que pode auxiliar no desenvolvimento dessas recomendações.

10. CRONOGRAMA

| Nº | Atividades | Prazo de realização |
|----|---|--------------------------------------|
| 1 | Elaboração e discussão do projeto de pesquisa | março a julho de 2017 |
| 2 | Construção do banco de dados | agosto a novembro de 2017 |
| 3 | Submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa CEP/FIOCRUZ/Brasília | outubro de 2017 |
| 4 | Elaboração da análise parcial | novembro de 2017 a fevereiro de 2018 |
| 5 | Banca de Qualificação do Projeto | março de 2018 |
| 6 | Revisão da literatura e aprofundamento (Mais Médicos, PBF, Tuberculose e PNI) | abril de 2018 |
| 7 | Revisão e análise dos dados | maio de 2018 |
| 8 | Envio da redação final da Dissertação e do manuscrito do artigo a ser submetido | até 30/06/2018 |
| 9 | Submissão do manuscrito do artigo para publicação na revista Ciência e Saúde Coletiva | 18/07/2018 |
| 10 | Convite à banca avaliadora com a Dissertação e o manuscrito | 19/07/2018 |
| 11 | Defesa da dissertação | 22/08/2018 às 14h30 |

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde [Internet]. Vol. 15, *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010. 2297-2305 p. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=pt&tlng=pt
2. Brasil M da SS de GE e P. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo [Internet]. *Saúde M da*, organizador. Brasília; 2006. 300 p. Available at: <http://www.saude.gov.br/segep>
3. Anjos TCE dos. Políticas públicas, qualidade de vida e participação democrática: o direito à saúde dos povos indígenas em Roraima. Universidade do Estado do Amazonas - UEA [Internet]. 2008;1–178. Available at: [http://tede.uea.edu.br/jspui/bitstream/tede/209/5/Políticas públicas%2C qualidade de vida e participação.pdf](http://tede.uea.edu.br/jspui/bitstream/tede/209/5/Políticas%20públicas%2C%20qualidade%20de%20vida%20e%20participação.pdf)
4. Presidência da República B. Assembléia Nacional Constituinte: Constituição da República Federativa do Brasil. DOU [Internet]. 1988; Available at: www.in.gov.br
5. Paim JS, Silva LMV Da. Universalidade, Integralidade, Equidade e SUS. *Boletim do Instituto de Saúde*. 2010;12:109–14.
6. Lima, Arlete B.; Soares, Natanael D.; Anjos TCE. Cadeias produtivas locais e inclusão social no programa Zona Franca Verde: uma abordagem teórica. Universidade do Estado do Amazonas – UEA. 2007;
7. Wagner G. A Saúde , o SUS e o programa “Mais Médicos”. *Revista do Médico Residente*. 2013;15(2):1–4.
8. Campilongo CF, Geral T, Do EF, Omo CODOT, Antonio M. Enciclopédia Jurídica da Pucsp: direito administrativo e constitucional. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo [Internet]. 2017;1–29. Available at: <https://enciclopediajuridica.pucsp.br>
9. Savedoff WD, De Ferranti D, Smith AL, Fan V. Political and economic aspects of the transition to universal health coverage [Internet]. Vol. 380, *The Lancet*. Elsevier; 2012 [citado 18 de março de 2018]. p. 924–32. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22959389>
10. Costa de Souza M, Menezes de Araújo T, Matos Reis Júnior W, Nascimento Souza J, Benemerita Alves Vilela A, Batista Franco T. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. *O Mundo da Saúde*, São Paulo [Internet]. 2012;36(3):452–60. Available at: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/integralidade_antecao_saude_olhar_equipe.pdf
11. Oliveira MA de C, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2013;66(spe):158–64. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
12. Corrêa RM. Avanços e Desafios na Construção de uma sociedade inclusiva. *Sociedade Inclusiva PUC Minas*. 2009;198.
13. Campos GW de S. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade* [Internet]. agosto de 2006 [citado 16 de junho de 2017];15(2):23–33. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

12902006000200004&lng=pt&tlng=pt

14. Alfradique ME, Bonolo P de F, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. junho de 2009 [citado 15 de junho de 2017];25(6):1337–49. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600016&lng=pt&tlng=pt
15. Neto AV de O, Dias MB. Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa? *Divulgação em saúde para debate* . 2014;(51):58–71.
16. Giovanella L, Mendonça MHM de, Fausto MCR, Almeida PF de, Bousquat A, Lima JG, et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2016;21(9):2697–708. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902697&lng=pt&tlng=pt
17. OPAS/OMS OP da SOM da S. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas Documento de Posicionamento da Organização Pan – Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS / OMS). Organização Pan–Americana da Saúde. 2008;
18. Gonçalves RF, Sousa IMC de, Tanaka OY, Santos CR dos, Brito-Silva K, Santos LX, et al. Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2016;21(9):2815–24. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902815&lng=pt&tlng=pt
19. Lotta GS, Galvão MCCP, Favareto A da S. Análise do Programa Mais Médicos à luz dos arranjos institucionais: intersectorialidade, relações federativas, participação social e territorialidade. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2016;21(9):2761–72. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902761&lng=pt&tlng=pt
20. Presidência da República B. Ministério da Saúde - MS; Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão - MP; Ministério da Educação - MEC . Exposição de Motivos-Medida Provisória nº 621 de 08 de julho de 2013, institui o Programa Mais Médicos e da outras providencias. DOU [Internet]. 2013; Available at: http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/mpv_621-2013?OpenDocument
21. Lambot S, Slob EC, Van Bosch I Den, Stockbroeckx B, Vanclooster M. Modeling of ground-penetrating radar for accurate characterization of subsurface electric properties. *IEEE Transactions on Geoscience and Remote Sensing* [Internet]. 2004;42(11):2555–68. Available at: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012_Full.pdf
22. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento P. Relatório do Desenvolvimento Humano 1990-2013 [Internet]. Biblioteca do Congresso. Impreso. Ney York, NY: Biblioteca do Congresso. Impreso; 2013. 212 p. Available at: http://origin-hdr.undp.org/en/media/HDR13_Summary_PT_WEB.pdf

23. Presidência da República B. 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. DOU [Internet]. 2013; Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm
24. Ministério da Saúde B. Programa Mais Médicos – Dois anos: Mais Saúde para os Brasileiros [Internet]. Ministério da Saúde. 2015. 128 p. Available at: http://dkw4g894e1jim.cloudfront.net/images/PDF/Livro_2_Anos_Mais_Medicos_Ministerio_da_Saude_2015.pdf
25. Organização Mundial da Saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Alma Ata - URSS,1978). Cuidados Primários de Saúde [Internet]. 1978;64. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf
26. Starfield B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. Vol. 53, Journal of Chemical Information and Modeling. 2002. 726 p. Available at: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/ue000039.pdf>
27. Ministério da Saúde B. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Vol. 5, Série Pactos Pela Saúde. 2006. 60 p. Available at: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf
28. Ministério da Saúde B. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Vol. I, Ministério da Saúde. 2012. 110 p. Available at: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
29. Pereira FJR, Silva CC da, Lima Neto E de A. Perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária: subsidiando ações de saúde nas regiões brasileiras. Saúde em Debate [Internet]. 2015;39(107):1008–17. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000401008&lng=pt&tlng=pt
30. Nedel FB, Mendonça CS, Cristina M, Calvo M. O Programa Mais Médicos e internações evitáveis pela Atenção Primária. Caderno de Saúde Pública, 2017.
31. DEMAS, Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS M da S. IDSUS - Índice de Desempenho do SUS. Ministério da Saúde, 2015.
32. Loureiro JM. Atenção básica à saúde e estratégia de saúde da família em múltiplos fluxos: perspectiva histórica. Brasília: Universidade de Brasília, UnB; 2014.
33. Alessio MM. Análise da Implantação do Programa Mais Médicos. Universidade de Brasília, UnB. 2015;90.
34. Cunha C, Gama M. A visita domiciliar no âmbito da atenção primária em saúde [Internet]. Vol. 1, Assitência Domiciliar - Atualidades de Enfermagem. 2012. p. 1–8. Available at: http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos_gerais/A_VISITA_DOMICILIAR_NO_MBITO_DA_ATENO_PRIMRIA_EM_SADE.pdf
35. Miranda GMD, Mendes A da CG, Silva ALA da, Santos Neto PM dos. A ampliação das equipes de Saúde da Família e o Programa Mais Médicos nos municípios brasileiros. Trabalho, Educação e Saúde [Internet]. 2017;15(1):131–45. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000100131&lng=pt&tlng=pt
36. Oliveira JPA, Sanchez MN, Santos LMP. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. Ciência & Saúde

- Coletiva [Internet]. 2016;21(9):2719–27. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902719&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
37. Freitas R de CM. O governo Lula e a proteção social no Brasil: desafios e perspectivas. *Revista Katálysis* [Internet]. 2007;10(1):65–74. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
 38. Menicucci TMG. A política de saúde no governo Lula. *Saúde e Sociedade* [Internet]. junho de 2011;20(2):522–32. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000200022&lng=pt&tlng=pt
 39. Presidência da república B. LEI nº 10.858, de 13 de abril de 2004. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. *DOU* [Internet]. 2004;3220–304. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7802.htm
 40. Silva RM da, Caetano R. Programa “Farmácia Popular do Brasil”: caracterização e evolução entre 2004-2012. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2015;20(10):2943–56. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001002943&lng=pt&tlng=pt
 41. Ministério da Saúde B. Gabinete do Ministro Portaria nº 491, de 09 de março de 2006. Dispõe sobre a expansão do Programa “Farmácia Popular do Brasil”. *Boletim de Serviço-BSE*. 2006;(1973):666–75.
 42. Ministério da Saúde B. Portaria nº 1.414 de 13 de junho de 2007. Altera a Portaria nº 491, de 9 de março de 2006, que dispõe sobre a expansão do Programa “Farmácia Popular do Brasil”. *DOU*. 2007.
 43. Ministério da Saúde B. Portaria nº 947, de 26 de abril de 2010. Amplia a cobertura do Programa Farmácia Popular do Brasil - Aqui Tem Farmácia Popular. *DOU* [Internet]. 2010; Available at: www.in.gov.br
 44. Ministério da Saúde B. Portaria nº 3.219, de 20 de outubro de 2010. Amplia a cobertura do Programa Farmácia Popular do Brasil - Aqui Tem Farmácia Popular. *DOU* [Internet]. 2010;7042. Available at: www.in.gov.br
 45. Soares Neto JJ, Machado MH, Alves CB. O Programa Mais Médicos, a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2016;21(9):2709–18. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902709&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt%5Cnhttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902709&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
 46. Lorenzetti J, Lanzoni GMDM, Assuiti LFC, Pires DEP De, Ramos FRS. Health management in Brazil: dialogue with public and private managers. *Texto & Contexto - Enfermagem* [Internet]. 2014;23(2):417–25. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200417&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 47. Presidência da República B. Emenda Constitucional nº 95. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *DOU* [Internet]. 2016;1:368. Available at: www.in.gov.br

48. Presidência da República B. Lei nº 10.836, de 09 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. DOU [Internet]. 2004;00:1–13. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Lei/L10.836.htm
49. Campello T (Org), Neri MC (Org). Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania. Ipea, organizador. Brasília: Ipea; 2014.
50. Coelho FPM; Tapajós MSL; Rodrigues M. Políticas Sociais para o Desenvolvimento: Superar a pobreza e promover a inclusão. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Organização da Nações Unidas; 2010.
51. Senna MDCM, Brandão AA, Dalt S Da. Programa Bolsa Família e o acompanhamento das condicionalidades na área de saúde. Serviço Social & Sociedade [Internet]. 2016;125:148–66. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&%5Cnpid=S0101-66282016000500148
52. Lofrano R. Desafios e perspectivas do Programa Bolsa Família. Ministério do Desenvolvimento Social [Internet]. 2015; Available at: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>
53. Campello T. Faces da Desigualdade no Brasil: Um olhar sobre os que ficam para trás. Clacso. 2017;78.
54. Campos R, Pianta C. Tuberculose: histórico, epidemiologia e imunologia, de 1990 a 1999, e co-infecção TB/HIV, de 1998 a 1999, Rio Grande do Sul–Brasil. Bol Saúde [Internet]. 2001;15(1):61–71. Available at: http://www.researchgate.net/profile/Roberta_Campos2/publication/237080416_Tuberculose_histrico_epidemiologia_e_imunologia_de_1990_a_1999_e_co-infeco_TBHIV_de_1998_a_1999_Rio_Grande_do_Sul_-_Brasil/links/0deec51b5fc3bab05f000000.pdf
55. Hijjar M, Procópio M, Freitas L, Guedes R. Epidemiologia da tuberculose: importância no mundo, no Brasil e no Rio de Janeiro. Pulmão RJ [Internet]. 2005;14(4):310–4. Available at: http://sopterj.com.br/profissionais/_revista/2005/n_04/08.pdf
56. Miranda AS de, Scheibel IM, Tavares MRG, Takeda SMP. Avaliação da cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida Assessment of immunization coverage for the basic schedule in children. Rev Saude Publica [Internet]. 1995;29(3):208–14. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101995000300008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
57. Trombetta Dalla Nora, Taís; Paz AA, Fernanda da Costa Linch, Graciele; Helena Weis Pelegrini, Alisia; Ziziane Dorneles Wachter M. Situação da cobertura vacinal de imunobiológicos no período de 2009-2014. Revista de Enfermagem da UFSM. 2014;6(4):482–93.
58. Ministério da Saúde S de V, em Saúde D de VE. 40 Anos Programa Nacional de Imunizações [Internet]. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. 2013. 1-228 p. Available at: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_imunizacoes_pni40.pdf
59. Araújo C de A, Michelotti FC, Ramos TKS. Programas governamentais de provisão: Perfil e motivações dos médicos que migraram do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) para o Mais Médicos em 2016. Interface:

- Communication, Health, Education. 2017;21:1217–28.
60. Pinto HA, de Oliveira FP, Santana JSS, Santos F de 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: Communication, Health, Education*. 2017;21:1087–101.
 61. Sampaio R, Mancini M. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia* [Internet]. 2007;11(1):83–9. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552007000100013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
 62. Pimentel A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. *Cadernos de Pesquisa* [Internet]. 2001;(114):179–95. Available at: <http://www.scielo.br/pdf/cp/n114/a08n114.pdf>
 63. Almeida- Filho N, Barreto ML, Veras RP, Barata RB. Teoria epidemiológica hoje: fundamentos, interfaces, tendências. Fiocruz. 1998. 256 p.
 64. Barreto ML, Carmo EH, Noronha CV, Neves RBB, Alves PC. Mudanças dos padrões de morbi-mortalidade: uma revisão crítica das abordagens epidemiológicas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 1993;3(1):127–46.
 65. Calvo MCM, Lacerda JT, Colussi CF, Schneider IJC, Rocha TAH. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet]. 2016;25(4):767–76. Available at: http://www.iec.pa.gov.br/template_doi_ess.php?doi=10.5123/S1679-49742016000400767&scielo=S2237-96222016000400767
 66. Ripsa RI de I para a S. Indicadores básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 2008;2:349.
 67. Brasil T de C da U. Auditoria operacional. Fiscalização de orientação centralizada – Foc. Programa Mais Médicos. TC nº 005.391/2014-8: Quór. 2018. Tribunal de Contas da União; 2018.
 68. Medronho, R. A. Estudos ecológicos. In: MEDRONHO, R.A. *et al.* *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 265 -274.

12. ANEXOS

Anexo 1 - Lista de internações sensíveis à atenção primária, por grupos de diagnósticos (Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão – CID10), número dos diagnósticos observados em listas nacionais (n = 3) ou estrangeiras (n = 8).

| Grupo Diagnóstico | CID10 | Listas nacionais | Listas estrangeiras |
|--|---------------------------------------|-------------------------|----------------------------|
| 1. Doenças imunizáveis * | | | |
| 1.1 Coqueluche ** | A37 | 3 | 7 |
| 1.2 Difteria | A36 | 3 | 4 |
| 1.3 Hepatite B *** | B16 | 1 | 2 |
| 1.4 Meningite por Haemophilus # | G00.0 | 3 | 6 |
| 1.5 Meningite tuberculosa | A17.0 | 2 | 4 |
| 1.6 Parotidite | B26 | 0 | 4 |
| 1.7 Rubéola | B06 | 0 | 4 |
| 1.8 Sarampo | B05 | 3 | 4 |
| 1.9 Tétano ## | A33-A35 | 3 | 7 |
| 1.10 Tuberculose miliar | A19 | 2 | 4 |
| 2. Condições evitáveis * | | | |
| 2.1 Febre reumática ### | I00-I02 | 3 | 5 |
| 2.2 Sífilis | A51-A53 | 1 | 2 |
| 2.3 Tuberculoses | A15.4-A15.9, A16.3-A16.9, A17.1-A17.9 | 3 | 4 |
| 2.4 Tuberculose pulmonar | A15.0-A15.3, A16.0-A16.2 | 3 | 4 |
| 3. Gastroenterites infecciosas e complicações | | | |
| 3.1 Desidratação | E86 | 3 | 5 |
| 3.2 Gastroenterites | A00-A09 | 3 | 0 |
| 4. Anemia | | | |
| 4.1 Deficiência de ferro § | D50 | 3 | 4 |
| 5. Deficiências nutricionais | | | |
| 5.1 Kwashiorkor e demais desnutrições protéico-calóricas | E40-E46 | 3 | 5 |
| 5.2 Outras deficiências nutricionais | E50-E64 | 3 | 5 |
| 6. Infecções de ouvido, nariz e garganta | | | |
| 6.1 Amigdalite aguda | J03 | 3 | 6 |
| 6.2 Faringite aguda | J02 | 3 | 6 |
| 6.3 Infecção aguda das vias aéreas superiores | J06 | 3 | 6 |
| 6.4 Nasofaringite aguda (resfriado comum) | J00 | 2 | 3 |
| 6.5 Otite média supurativa | H66 | 3 | 7 |
| 6.6 Rinite, nasofaringite e faringite crônica | J31 | 3 | 7 |
| 6.7 Sinusite aguda | J01 | 2 | 4 |
| 7. Pneumonias bacterianas | | | |
| 7.1 Bacteriana não especificada | J15.8, J15.9 | 3 | 6 |
| 7.2 Lobar não especificada | J18.1 | 3 | 6 |
| 7.3 Por Haemophilus influenzae | J14 | 3 | 6 |
| 7.4 Pneumocócica | J13 | 3 | 6 |
| 7.5. Por Streptococcus | J15.3, J15.4 | 3 | 6 |
| 8. Asma | | | |
| 8.1 Asma §§ | J45, J46 | 3 | 8 |
| 9. Doenças das vias aéreas inferiores §§§ | | | |
| 9.1 Bronquite aguda | J20, J21 | 3 | 5 |

| Grupo Diagnóstico | CID10 | Listas nacionais | Listas estrangeiras |
|--|---|-------------------------|----------------------------|
| 9.2 Bronquite não especificada como aguda ou crônica | J40 | 2 | 3 |
| 9.3 Bronquite crônica simples e a mucopurulenta | J41 | 2 | 8 |
| 9.4 Bronquite crônica não especificada | J42 | 3 | 8 |
| 9.5 Bronquectasia | J47 | 3 | 8 |
| 9.6 Enfisema | J43 | 3 | 7 |
| 9.7 Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas | J44 | 3 | 8 |
| 10. Hipertensão | | | |
| 10.1 Doença cardíaca hipertensiva | I11 | 3 | 8 |
| 10.2 Hipertensão essencial | I10 | 3 | 8 |
| 11. Angina pectoris | | | |
| 11.1 Angina pectoris §§§ | I20, I24 | 3 | 7 |
| 12. Insuficiência cardíaca | | | |
| 12.1 Insuficiência cardíaca §§§ | I50 | 3 | 8 |
| 12.2 Edema agudo de pulmão | J81 | 2 | 5 |
| 13. Doenças cérebro-vasculares | | | |
| 13.1 Doenças cérebro-vasculares §§§ | I63-I67, I69, G45, G46 | 1 | 2 |
| 14. Diabetes mellitus | | | |
| 14.1 Com coma ou cetoacidose | E10.0-E10.1, E11.0-11.1, E12.0-E12.1, E13.0-13.1, E14.0-E14. | 3 | 8 |
| 14.2 Sem complicações específicas | E10.9, E11.9, E12.9, E13.9, E14.9 | 3 | 6 |
| 14.3 Com complicações (renais, oftalmológicas, neurológicas, circulatórias, periféricas, outras, múltiplas, não especificadas) | E10.2-E10.8, E11.2-11.8, E12.2-E12.8, E13.2-13.8, E14.2-E14.8 | 3 | 6 |
| 15. Epilepsias | | | |
| 15.1 Epilepsia | G40, G41 | 3 | 6 |
| 16. Infecção no rim e trato urinário * | | | |
| 16.1 Nefrite túbulo-intersticial aguda | N10 | 2 | 5 |
| 16.2 Nefrite túbulo-intersticial crônica | N11 | 2 | 5 |
| 16.3 Nefrite túbulo-intersticial não especificada aguda crônica | N12 | 2 | 5 |
| 16.4 Infecção do trato urinário de localização não especificada | N39.0 | 2 | 5 |
| 17. Infecção da pele e tecido subcutâneo * | | | |
| 17.1 Abscesso cutâneo, furúnculo e carbúnculo | L02 | 1 | 2 |
| 17.2 Celulite | L03 | 2 | 7 |
| 17.3 Impetigo | L01 | 2 | 0 |
| 17.4 Linfadenite aguda | L04 | 2 | 4 |
| 17.5 Infecção do trato urinário de localização não especificada | N39.0 | 5 | 2 |
| 18. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos | | | |
| 18.1 Salpingite e ooforite | N70 | 2 | 6 |

| Grupo Diagnóstico | CID10 | Listas nacionais | Listas estrangeiras |
|---|------------------------------|-------------------------|----------------------------|
| 18.2 Doença inflamatória do útero (exceto colo) | N71 | 2 | 2 |
| 18.3 Doença inflamatória do colo do útero | N72 | 2 | 3 |
| 18.4 Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas | N73 | 6 | 2 |
| 18.5 Outras afecções inflamatórias da vagina e vulva | N76 | 2 | 3 |
| 18.6 Doenças da glândula de Bartholin | N75 | 2 | 3 |
| 19. Úlcera gastrointestinal | | | |
| 19.1 Úlcera gastrointestinal com hemorragia e/ou perfuração | K25-K28, K92.0, K92.1, K92.2 | 0 | 6 |
| 20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto | | | |
| 20.1 Infecção do trato urinário na gravidez | O23 | 1 | 0 |
| 20.2 Sífilis congênita | A50 | 3 | 4 |
| 20.3 Síndrome da rubéola congênita | P35.0 | 1 | 1 |

Fonte: Listas nacionais; Listas estrangeiras.¹⁴

* Grupos de diagnósticos que apresentaram pelo menos uma doença da lista brasileira sem correspondência em listas nacionais e estrangeiras: doenças imunizáveis (febre amarela), condições evitáveis (ascaridíase, malária), infecção no rim e trato urinário (cistite, uretrite) e infecção da pele e tecido subcutâneo (erisipela);

** Coqueluche entre ≥ 1 ano e ≤ 5 anos;

*** Hepatite B aguda e crônica entre ≤ 20 anos; hepatite aguda com e sem o agente Delta;

Meningite por *Haemophilus* entre \leq de 5 anos;

Exclui o tétano obstétrico e do recém-nascido. Tétano entre ≥ 1 ano e ≤ 5 anos;

Febre reumática entre ≥ 1 ano e ≤ 5 anos;

§ Deficiência de ferro entre \leq de 5 anos;

§§ Exclui a asma aguda;

§§§ Doença pulmonar obstrutiva crônica, angina, insuficiência cardíaca, edema agudo de pulmão, doenças cérebro-vasculares entre ≤ 65 anos.

Anexo 2 – Parecer do CEP Fiocruz

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise do Programa Mais Médicos para o Brasil

Pesquisador: ADEMIR LAPA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 78535317.2.0000.8027

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.355.409

Apresentação do Projeto:

O Programa Mais Médicos (PMM) foi lançado em 2013 para fortalecer o atendimento de saúde no sistema e para garantir assistência médica as populações mais vulneráveis nas regiões mais longínquas do país o acesso à saúde. Com esta iniciativa corajosa, do governo federal, profissionais médicos foram alocados emergencialmente nestas localidades para o fortalecimento da atenção primária, que se constitui em um importante componente da assistência à saúde e representa uma demanda crescente na reorganização do sistema.

O sistema de saúde, com notada sobrecarga dos serviços, associada, dentre outras, ao aumento da escassez de profissionais nos municípios mais distantes dos grandes centros urbanos, regiões quilombolas, áreas rurais e Distrito Sanitário Especial Indígena, necessitam de atenção e intervenção nos seus serviços médicos regulares.

Por sua vez, o estudo aqui proposto objetiva identificar e analisar os indicadores de saúde dos municípios vulneráveis que não possuíam médicos entre 2008 e 2013 e que receberam os profissionais do programa no período de 2014 a 2016. Os resultados buscarão identificar e analisar a tendência de contribuição do PMM no incremento da oferta de ações e serviços de saúde e seus

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasilia@fiocruz.br

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 2.355.409

efeitos sobre os indicadores de produção ambulatorial entre 2008 a 2016 e de proporção das internações por condições causas sensíveis à atenção básica (ICSAB) entre 2008 a 2016, período antes x depois da implantação do programa nas regiões estudadas.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a contribuição do Programa Mais Médicos no incremento da oferta de ações e serviços de saúde utilizando dois indicadores: (i) produção ambulatorial entre 2008 a 2016; (ii) proporção das internações por condições causas sensíveis à atenção básica (ICSAB) entre 2008 a 2016, período antes x depois da implantação do programa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Há risco mínimo no momento da extração da base de dados, pois podem existir dados em duplicidade ou registros incompletos e com isso prejudicar a análise. Nesse caso, a equipe técnica não irá considerar as referidas informações para inferência local. Os benefícios aos profissionais, acadêmicos e interessados na pesquisa não serão diretos, mas sim, benefícios indiretos com as possíveis indicações de melhorias ou apontamentos de lacunas no sistema de saúde induzidas pelos resultados dessa pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto utilizará banco de dados público, portanto, não haverá envolvimento de sujeito de pesquisa. Sendo assim, deve-se acatar a solicitação do autor quanto a dispensa de TCLE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos foram apresentado.

Recomendações:

Solicitar ao autor assinatura da folha de rosto pelo Gestor da Instituição proponente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Deve-se acatar a solicitação de dispensa de TCLE, pois, o referido projeto enquadra-se na Resolução 510/16.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 2.355.409

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|-------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1007795.pdf | 03/10/2017 17:05:55 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_CEP_Ademir_Lapa.pdf | 03/10/2017 17:05:28 | ADEMIR LAPA | Aceito |
| Outros | CartaEncaminhamento.pdf | 03/10/2017 16:55:16 | ADEMIR LAPA | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_Dispenza.pdf | 03/10/2017 16:52:54 | ADEMIR LAPA | Aceito |
| Folha de Rosto | folhaDeRosto.pdf | 03/10/2017 16:52:44 | ADEMIR LAPA | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 29 de Outubro de 2017

Assinado por:
Ieda Maria Ávila Vargas Dias
(Coordenador)

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

Anexo 3 – Declaração para utilização das bases de dados do Sistema UNA-SUS



Brasília, 17 de agosto de 2017.

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que a Sr. **Ademir Lapa**, aluno do curso de Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde fica está autorizado a utilizar os dados do Banco de Dados do PMM.

Esta Secretaria Executiva da Universidade Aberta do SUS/ SE- UNASUS autoriza o acesso mediante aceite das condições descritas no “TERMO de Autorização” (Anexo), datado de 04 de agosto de 2017 e assinado pelo mesmo, conforme descrição abaixo em que compromete- se em:

- Manter a confidencialidade dos dados coletados, bem como a privacidade do conteúdo de informações relacionada aos profissionais do Programa Mais Médicos para o Brasil, do período entre os anos de 2013 a 2016;
- Responsabilizar-se em cuidar das informações e garantir o sigilo dos dados e privacidades dos indivíduos que terão suas informações acessadas;
- Responsabilizar-se em não repassar a outros envolvidos na pesquisa os dados coletados ou o acesso ao banco de dados em sua íntegra ou em parte;

- Guardar, cuidar e utilizar as informações do Banco de Dados do PMM, apenas para o cumprimento dos objetivos do Projeto de Pesquisa intitulado: "PROGRAMA MAIS MÉDICOS: ANÁLISE DA CONTRIBUIÇÃO DO INCREMENTO DA OFERTA DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE";
- Solicitar nova autorização para qualquer outra pesquisa em que necessite utilizar o Banco de Dados e novamente submeter à apreciação do CEP/Fiocruz e SE-UNASUS.

**Alysson Lemos**

Coordenador de Monitoramento e Avaliação



Termo de Autorização para utilização de Base de dados

Eu, **Ademir Lapa**, aluno da Escola Fiocruz de Governo - EFG/Fiocruz/Brasília, do curso de Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde no âmbito do projeto de pesquisa intitulado "PROGRAMA MAIS MÉDICOS: ANÁLISE DA CONTRIBUIÇÃO DO INCREMENTO DA OFERTA DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE", solicito a autorização para a utilização dos dados contidos no Banco de dados do PMM de acesso restrito do projeto UNA-SUS, a fim de obtenção dos objetivos previstos no projeto, e somente após receber a aprovação do sistema CEP/Fiocruz os mesmos serão analisados.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados, bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Esclareço que os dados a serem coletados se referem aos profissionais do Programa Mais Médicos, no período de 2013 a 2016.

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, à pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos neste projeto aqui referido. Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar novas informações serão submetidas a apreciação do CEP/Fiocruz.

Brasília, 04 de agosto de 2017.

Ademir Lapa

Anexo 4 – Manuscrito submetido ao periódico Revista Ciência e Saúde Coletiva

Programa Mais Médicos: Análise da contribuição da oferta de ações e serviços de saúde

Mais Médicos (More Doctors) Program: Analysis of the contribution of the supply the actions and health services

Ademir Lapa^I Alysson Feliciano Lemos^{II} Luiz Felipe da Silva Pinto^{III} Gerson Oliveira Penna^{IV}.

^I Mestrando da Escola Fiocruz de Governo - Fundação Oswaldo Cruz.

^{II} Engenheiro agrícola e ambiental, Mestre em recursos hídricos e ambientais pela Universidade Federal de Viçosa.

^{III} Bioestatístico e Doutor em Saúde Pública pela ENSP - Fundação Oswaldo Cruz.

^{IV} Médico com Pós-Doutoramento em Saúde Pública no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

RESUMO

O Programa Mais Médicos (PMM) foi lançado no Brasil em outubro de 2013 para fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) e garantir assistência médica às populações em situação de vulnerabilidade das regiões mais desassistidas do país. Os médicos foram alocados nestas localidades para o atendimento na atenção primária à saúde, que constitui importante componente da atenção à saúde e representa uma demanda crescente na reorganização do SUS. O objetivo é analisar, através de um estudo ecológico, os indicadores de saúde dos 1.866 municípios estratificados por porte populacional, que receberam os profissionais médicos do PMM em 2014 e os mesmos profissionais permaneciam ativos em 2016. O resultado visa identificar a tendência de contribuição do PMM na oferta de ações e serviços de saúde e seus efeitos sobre os indicadores de saúde entre 2013 a 2016, isto é, período depois da implantação. Os resultados da análise são positivos, destacam-se o aumento da cobertura populacional, a ampliação do número das visitas domiciliares e consultas médicas, além da redução da proporção das ICSAB. À medida que os resultados foram alcançados pelo PMM, o fortalecimento das ações e dos serviços de saúde foi ampliado, e isso alarga o acesso à saúde, convergindo para o alcance da universalidade e equidade na saúde da população.

Palavras-chave: Atenção Básica; Atenção primária à saúde; Programa Mais Médicos.

ABSTRACT

The Mais Médicos (More Doctors) Program (Programa Mais Médicos - PMM) was a public policy launched by the Brazilian government in October 2013, in order to strengthen the public medical assistance offered through its national system named “SUS – Sistema Único de Saúde”. Physicians

were allocated in these localities for primary health care, which is an important component of health care and represents a growing demand in the reorganization of SUS. This study intends to identify and analyze the health indicators of those 1,866 municipalities stratified by population size, that were assisted by the program “Mais Médicos” from 2014 to 2016. The result is to identify the contribution trend of the PMM in the supply of health actions and services and their effects on health indicators between 2013 to 2016, period after implantation. The results of the analysis are positive, highlighting the increase in population coverage, the increase in the number of home visits and medical consultations, in addition to reducing the proportion of ICSABs. As the results were achieved by the PMM, the strengthening of health actions and services has been expanded, which broadens access to health, converging towards achieving universality and equity in the health of the population.

Keywords: Basic Attention; Primary health care; Mais Médicos Program.

INTRODUÇÃO

O marco regulatório do Sistema Único de Saúde (SUS) é estatuído na Constituição Federal de 1988 (CF88), onde garantiu para todos cidadãos, indistintamente, acesso universal ao maior sistema de saúde público de um país quando explicitou “saúde, como direito de todos e dever do Estado”.¹

A referida carta supra estatuiu, em seu artigo 196, que a saúde será universal e dever do Estado, *in verbis*:

*Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.*²

Ao indicar a relevância das políticas econômicas e sociais para a garantia do direito à saúde, a Constituição fez referência ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação.³ Assim, o direito é garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos.⁴

A consideração da saúde como um direito humano, fundamental, de caráter social, pertencente a todos, deve ser prestado de forma universal, integral e igualitária pelo Estado e atribuindo ao poder público, nos termos da lei, sobre a regulamentação, fiscalização e controle.⁵

Deste modo, a legislação responsabiliza o Estado e a sociedade pela transformação e indica o modelo organizacional para dar concretude ao SUS e garantir a universalidade, integralidade e equidade.⁶

O princípio que objetiva diminuir as desigualdades é o da equidade, apesar de todos nós termos o direito aos serviços, as pessoas não são iguais e possuem necessidades diferentes. O princípio da equidade significa tratar os desiguais com desigualdade, provendo investimentos maiores onde a carência é maior e assim promover a justiça social e integrar as redes de serviços.⁷ Porém, a equidade depende bastante da capacidade da sociedade civil e de seus vários agrupamentos de interagirem com o estado, com os governos e com outros poderes institucionais, para construir contextos favoráveis à justiça e à democracia.⁸

Neste sentido, os esforços ao longo das duas últimas décadas pelo governo para garantir o direito à saúde sofreram mudanças e muitos avanços, onde iniciativas para o fortalecimento da atenção básica foram desenvolvidas e constantemente adaptadas para a melhoria contínua dos serviços e promoção da equidade.

Houve importantes mudanças na estrutura do SUS, em particular, a partir de 1994, com o Programa Saúde da Família (PSF), o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) no ano de 2001, ou ainda de ações visando induzir mudanças na formação médica, com efeitos à longo prazo, a exemplo do Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed) criado em 2002, do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) instituído em 2005 e posteriormente, em 2009, ampliado para a Estratégia da Saúde da Família (ESF), este foi desenvolvido com a finalidade de melhorar o acesso à atenção primária e a qualidade desta em todo o país. E ainda o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) no ano de 2011, demonstrando, assim, momentos de concentração de esforços do Governo Federal em prol do fortalecimento da atenção básica no SUS.⁹⁻¹⁰

Importa destacar que no intervalo de implantação desses programas o Ministério da Saúde (MS) publicou a portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, que aprovou a Política Nacional da

Atenção Básica (PNAB), com isso, foi realizada a revisão e a incorporação de diretrizes e normativos da política, ajustando-a as diversidades territorial e cultural do país e, ao mesmo tempo, assumindo o objetivo da promoção da equidade e normas para a organização da atenção básica.¹¹

Apesar das políticas públicas implantadas para o fortalecimento das ações e dos serviços de saúde promoverem o aporte de recursos na rede e da chegada de profissionais médicos para o sistema, sabe-se que isoladamente o efeito do incremento de profissional de uma categoria é limitado para a melhoria dos serviços.¹² Reforçando a necessidade de aportar recursos nas ações governamentais para garantir os investimentos na área da saúde a fim de proteger e cuidar das pessoas e impulsionar o desenvolvimento e valorar a vida.

Neste contexto, e mobilizado pelo clamor das ruas, onde as manifestações de junho de 2013 levaram milhares de pessoas aos mais diversos pontos do país, todos com pauta comum, cobravam a má qualidade dos serviços públicos prestados pelos governantes. Sendo a melhoria dos serviços de saúde uma das principais reivindicações presente nos movimentos.¹³

Aliado a esses movimentos e demandas, com base nos resultados dos estudos que apontavam para o baixo número de profissionais médicos no país, o governo federal passa a formular uma proposta para enfrentar o problema e responder com ações as reivindicações que eram massivas na ocasião.

Diante deste cenário, a ação governamental para expandir e garantir atendimento à saúde da população consolidou-se com o envio ao Congresso Nacional da Medida Provisória nº 621/2013, posteriormente transformada na Lei nº 12.871/2013, que instituiu o Programa Mais Médicos (PMM), e teve por finalidade, além da formação de profissionais médicos para o SUS, estabelecer três ações para a o alcance dos objetivos: a) reordenação da oferta dos cursos de medicina; b) novos parâmetros para a formação médica e c) aperfeiçoamento de médicos na área da atenção básica, definidos na lei.¹⁴⁻¹⁵

O PMM passa a atender aos anseios sociais na medida em que amplia e melhora os serviços disponibilizados para a sociedade, e principalmente quando da efetiva chegada dos

profissionais médicos para atendimento de pacientes da rede pública em áreas vulneráveis, interiores dos municípios e Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), e principalmente naquelas localidades onde o atendimento básico de saúde inexistia e presença médica era escassa.

O fortalecimento e ampliação da prestação dos serviços de saúde no SUS, após a implantação do PMM, convergem com as necessidades da população das localidades desassistidas de atendimento na atenção básica. Além do provimento médico, busca-se garantir o acesso à saúde dessas áreas prioritárias, diminuir a carência por profissionais de saúde, melhorar as infraestruturas das unidades e estimular a inserção do profissional médico na formação do SUS.

Com isso, o estudo aqui proposto pretende contribuir na análise se o PMM vem respondendo com aqueles municípios selecionados pela metodologia que, anteriormente a implantação da política não possuíam profissional médico para atendimento da população, e se os indicadores de acesso à saúde analisados se alteram à medida que os profissionais do programa são alocados e fixados nestas localidades.

Para isso, foram utilizados como parâmetros os seguintes indicadores: a) cobertura populacional de Equipes de Saúde da Família (eSF); b) produção ambulatorial (número de visitas domiciliares e consultas médicas por habitante); e c) proporção das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico de análise de políticas públicas do tipo “antes” x “depois” de uma intervenção no nível federal. Os agregados municipais foram estratificados segundo o porte populacional e segundo a presença ou ausência de médicos ativos em 2014 no PMM que permaneciam em atividade no mesmo município no ano de 2016.

Inicialmente foram realizadas buscas em bases de dados eletrônicas que se concentraram nos bancos de dados BVS/Bireme, SciELO e PubMed. Foi utilizado o termo “programa mais médicos” e “more doctors program” como descritores e analisado os resultados das publicações.

Além da análise documental das leis, decretos, portarias e editais do PMM a fim de compreender as características do programa e identificar os critérios para a distribuição dos médicos nas localidades.

A pesquisa combinou, portanto, duas metodologias: a) uma análise exploratória; b) um desenho epidemiológico do tipo ecológico, sob a forma de agregados em séries temporais para o período de 2013 a 2016 (depois da implantação do PMM), em que foram considerados os 1.866 (mil oitocentos e sessenta e seis) municípios que implantaram o PMM a partir de 2013 e receberam os profissionais em 2014, e este mesmo profissional se encontrava ativo no mesmo município em 2016.

Os estudos ecológicos trabalham frequentemente com informação menos específica e depurada, isto se deve ao uso frequente de registros e dados secundários, não sendo inerente à sua condição de desenho ecológico, de outro lado, nos estudos ecológicos podem-se obter informações com custos muito mais reduzido e minimizam a baixa especificidade e baixa depuração quando se utilizam-se grandes bases de dados, como é o caso dessa pesquisa.¹⁶

Adicionalmente, deste tipo de estudo pode incorrer em falácia ecológica, que é definida como a suposição de que uma associação em um nível de organização pode ser inferida a outro. Neste momento, interessa destacar que pode ocorrer quando se tiram conclusões sobre indivíduos a partir de estudos populacionais.¹⁶

Interpretar variáveis individuais, a partir da análise de unidades agregadas, é pressupor que as medidas estatísticas computadas para estas unidades devam ter os mesmos valores encontrados no nível individual.¹⁷

Reconhece-se que ao trabalhar com base de dados secundários há limitações, pois estas dependem da alimentação periódica e atualizações constantes das informações, entretanto essas ações são de responsabilidade dos seus fornecedores e detentores do banco. A literatura aponta vantagens na utilização desse tipo de estudo, tais como: a) facilidade de execução; b) baixo custo e c) rapidez na coleta de dados, por serem utilizadas bases de dados de fontes secundárias; contudo as conclusões são generalistas.

Para auxiliar na análise dos dados, procedeu-se a estratificação dos 1.866 municípios, isto é, a criação de sete grupos homogêneos: (i) municípios com até 5.000 habitantes, (ii) municípios com 5.001 a 10.000 habitantes, (iii) municípios com 10.001 a 20.000 habitantes, (iv) municípios com 20.001 a 50.000 habitantes, (v) municípios com 50.001 a 100.000 habitantes, (vi) municípios com 100.001 a 500.000 habitantes, (vii) municípios com mais de 500.000 habitantes, nestes municípios foi considerando o porte populacional e a condição de ter recebido os profissionais médicos do programa em 2014, cujos profissionais estavam ativos em 2016.

A **Tabela 1** a seguir apresenta a distribuição dos municípios com Programa Mais Médicos sob a condição de ter recebido os profissionais do programa em 2014 e estes mesmos profissionais estavam ativos em 2016.

Percebe-se por um lado, quanto maior o porte populacional maior a proporção de municípios presentes no programa; por outro, o número médio de médicos ativos por município é menor nos municípios de pequeno porte. Nestas localidades foram alocados um ou dois médicos apenas, e estes municípios representam 75% do total dos municípios que receberam os profissionais do PMM. Com isso, temos a distribuição de 43% do total dos profissionais nos municípios de pequeno porte.

Tabela 1 – Distribuição do número de municípios e médicos do PMM segundo porte populacional. Brasil – 2016

| Porte populacional dos municípios (habitantes) | Nº de municípios ^(*) | Nº total de municípios | (%) | Nº de médicos ativos em 2016 | Nº médio de médicos por município com PMM |
|--|---------------------------------|------------------------|-------------|------------------------------|---|
| Até 5.000 | 178 | 1.237 | 14,4 | 184 | 1 |
| De 5.001 a 10.000 | 266 | 1.209 | 22,0 | 325 | 1 |
| De 10.001 a 20.000 | 434 | 1.364 | 31,8 | 647 | 1 |
| De 20.001 a 50.000 | 522 | 1.101 | 47,4 | 1046 | 2 |
| De 50.001 a 100.000 | 212 | 350 | 60,6 | 736 | 3 |
| De 100.001 a 500.000 | 216 | 268 | 80,6 | 1436 | 7 |
| Mais de 500.000 | 38 | 41 | 92,7 | 737 | 19 |
| Total | 1.866 | 5.570 | 33,5 | 5.111 | 3 |

Fonte: Elaborado com base nos dados oficiais disponíveis do IBGE e UNA-SUS. Brasil, 2018.

(*) Municípios que receberam médicos do Programa Mais Médicos em 2014, cujos profissionais se mantiveram ativos até 2016.

A classificação proposta, além de considerar o porte dos municípios, busca agrupar municípios semelhantes do ponto de vista socioeconômico. Esta composição favorece a identificação de grupos comparáveis de municípios em estudos de avaliação de desempenho e outros estudos que busquem comparação entre semelhantes. No Brasil, as distintas estruturas sociais são reflexos da diversidade dos condicionantes históricos, culturais e ambientais.¹⁸

Foi considerado a cobertura populacional aquela definida pelo número de equipes cadastradas no município multiplicado por 3.500 (três mil e quinhentas) pessoas, e o resultado dividido pela população-residente estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Também foram consideradas as estimativas municipais populacionais do IBGE.

O indicador relativo das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB), visa medir a proporção das internações que seriam evitadas caso a atenção básica tivesse resolutividade mais sensível à atenção primária em relação ao total das internações clínicas realizadas para residentes de um município.¹⁹ A lista de ICSAB foi validada pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008 e listada pelo trabalho de Alfradique *et.al* (2009).⁹

Dentre os dados obtidos, todos os indicadores foram analisados por porte populacional a fim de reduzir o efeito do viés ecológico ao ser trabalhar com dados agregados, considerando o período antes x depois da implantação do programa assim como comparando-se a tendência temporal entre os agregados de municípios com e sem o PMM. Destacando que o “sem PMM” refere-se como discutido ao longo do texto, àqueles municípios que não seguiram a regra de ter o mesmo médico ingressante em 2014, ativo em 2016 no mesmo município, isto é, a opção metodológica foi por considerar os atributos vínculo e longitudinalidade como eixos centrais para a análise dos dados. Contudo, o ideal seria que tivéssemos um período maior para a comparação do “depois do PMM”, ao invés de apenas três anos (2014-2016).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os municípios analisados a cobertura populacional estimada pela equipe de Saúde da Família (eSF) no período após implementação do PMM, o indicador da cobertura populacional

creceu a partir de 2014, alcançando 100% no ano de 2016 em todas as faixas dos municípios de pequeno porte (até 20.000 habitantes), tanto nos municípios que aderiram ao PMM, quanto nos municípios sem o programa conforme recorte metodológico adotado.

Salienta-se que as eSF são organizadas por regiões geográficas para prestar cuidados de saúde primários a aproximadamente 1.000 (mil) famílias ou cerca de 3.500 (três mil e quinhentas) pessoas. Estas equipes estão baseadas em postos de saúde e também são apoiadas por profissionais dos Núcleos de Saúde da Família (NASF).²⁰

Na comparação dos estratos dos municípios que não receberam os profissionais do PMM, **Tabela 2**, o incremento na cobertura populacional estimada pela eSF foi menor. Apesar destes municípios apresentarem, na média total, índice superior a 80% de cobertura no ano de 2016.

Além disso, verifica-se que houve aumento das equipes em ambos os totais, porém o crescimento com maior elevação é apresentado nos municípios com a presença do PMM, o índice total da cobertura populacional nesses municípios salta 9,1%, enquanto nos municípios sem o PMM o incremento é de apenas 5,6%, no período compreendido entre 2013-2016.

Tabela 2 - Distribuição da cobertura populacional de Equipes de Saúde da Família (eSF), atuação no PMM^(*) e porte populacional dos municípios, Brasil 2013 – 2016.

| Mais Médicos no período ativo de 2014-2016? | Porte populacional dos municípios | Nº de municípios | Início do PMM 2013 % | Depois do PMM | | |
|---|-----------------------------------|------------------|----------------------|---------------|-------------|-------------|
| | | | | 2014 % | 2015 % | 2016 % |
| Sim | Até 5.000 | 178 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| | De 5.001 a 10.000 | 266 | 93,5 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| | De 10.001 a 20.000 | 434 | 86,3 | 98,7 | 100,0 | 100,0 |
| | De 20.001 a 50.000 | 522 | 68,1 | 77,4 | 80,3 | 79,9 |
| | De 50.001 a 100.000 | 212 | 52,8 | 62,0 | 64,4 | 65,1 |
| | De 100.001 a 500.000 | 216 | 37,0 | 43,1 | 45,7 | 45,5 |
| | Mais de 500.000 | 38 | 30,7 | 35,6 | 35,9 | 37,9 |
| | Total | 1866 | 42,9 | 49,6 | 51,2 | 52,0 |
| Não | Até 5.000 | 1059 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| | De 5.001 a 10.000 | 943 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| | De 10.001 a 20.000 | 930 | 94,1 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| | De 20.001 a 50.000 | 579 | 75,9 | 80,0 | 81,2 | 80,5 |
| | De 50.001 a 100.000 | 138 | 55,6 | 58,5 | 59,4 | 60,3 |
| | De 100.001 a 500.000 | 52 | 41,5 | 42,4 | 43,7 | 44,3 |
| | Mais de 500.000 | 3 | 43,0 | 44,0 | 45,6 | 45,2 |
| | Total | 3704 | 75,5 | 80,1 | 81,2 | 81,1 |

Fonte: Elaborado com base nos dados oficiais disponíveis do IBGE e MS. Brasil, 2018.

(*) Municípios que receberam médicos do Programa Mais Médicos em 2014, cujos profissionais se mantiveram ativos até 2016.

A contribuição para a elevação da média deste indicador está na faixa populacional dos municípios de pequeno porte (de 10.001 a 20.000 habitantes), com o PMM, que cresceu 13,7% no período. A mesma faixa populacional, nos municípios sem o PMM, o aumento é de 5,9%, portanto, pode-se inferir deste dado que a presença dos profissionais do programa faz, além do crescimento da cobertura populacional atingir os 100%, demonstra a importância da fixação do profissional na localidade.

Pode-se constatar que o incremento dos profissionais advindo do PMM fez com que o aumento da cobertura populacional por eSF fosse identificado em todas as faixas populacionais dos estratos municipais analisados.

Destaca-se ainda, que no ano da implantação do programa, 2013, os profissionais médicos foram alocados somente a partir de outubro daquele ano, assim, se considerar o ano de 2014, como ponto inicial do PMM e para a análise da cobertura populacional por eSF, o índice mostra crescimento geral em todas as faixas populacionais, porém nos municípios de pequeno porte (até 20.000 habitantes) mostra-se a maior variação quando comparado com 2013, alta no índice de 12,4%.

Embora o recorte do estudo procure analisar os municípios que receberam os profissionais em 2014 e estes continuavam ativos em 2016, isto só reforça e corrobora a escolha assertiva para a análise, pois quando sopesamos os totais da cobertura populacional por eSF na variação entre municípios que não receberam o PMM, a diferença 2016-2014 é de 1,4%, e isso evidencia-se o atributo do vínculo do profissional médico com a APS, **Tabela 2**

Como observado anteriormente, a ampliação da cobertura populacional de eSF em todos os estratos analisados dos municípios com PMM, isto representa, em tese, aumento do acesso e dos serviços de saúde. Esta constatação pode ser verificada/confirmada pelo acréscimo do número de visitas domiciliares, e as maiores variações nos estratos de municípios de pequeno porte (até 50.000 habitantes), no período de 2014-2016, conforme **Tabela 3**.

Todas as faixas populacionais dos estratos dos municípios com o PMM, no período analisado apresentaram aumento dos indicadores da visita domiciliar, e tiveram variação de até 1,5

pontos na taxa para mais, quando comparado a diferença entre 2016-2013, com destaque para o contínuo crescimento, assim demonstra, em tese, fortalecimento do atendimento e ampliação do acesso à saúde da população dessas localidades, reforçando o atributo da orientação comunitária.

A orientação comunitária demonstra-se como importante atributo da atenção básica, pois é a definição e caracterização da comunidade de forma que os não usuários dos serviços não sejam, sistematicamente, excluídos. Busca-se o alcance da abrangência para a identificação das necessidades de saúde da população cadastrada, incluindo os indivíduos ou grupos que raramente demandam a atenção básica e consiste em modificar o programa de atenção à saúde e monitorar a sua efetividade, envolvendo o vínculo, longitudinalidade e a integralidade.²¹

Tabela 3 - Distribuição do número de visitas domiciliares por habitante, atuação no PMM^(*) e porte populacional dos municípios, Brasil 2013 – 2016.

| Mais Médicos no período ativo de 2014-2016? | Porte populacional dos municípios | Nº de municípios | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | Diferença 2016-2013 |
|---|-----------------------------------|------------------|------------|------------|------------|------------|---------------------|
| Sim | Até 5.000 | 178 | 4,3 | 5,1 | 5,7 | 5,8 | 1,5 |
| | De 5.001 a 10.000 | 266 | 3,9 | 4,5 | 4,8 | 5,1 | 1,2 |
| | De 10.001 a 20.000 | 434 | 2,9 | 3,2 | 3,5 | 3,7 | 0,8 |
| | De 20.001 a 50.000 | 522 | 3,3 | 3,6 | 3,9 | 4,2 | 0,9 |
| | De 50.001 a 100.000 | 212 | 3,7 | 4,2 | 4,4 | 4,7 | 1,0 |
| | De 100.001 a 500.000 | 216 | 5,2 | 5,7 | 5,7 | 5,8 | 0,6 |
| | Mais de 500.000 | 38 | 6,4 | 7,0 | 6,9 | 7,2 | 0,8 |
| Total | 1866 | 5,2 | 5,7 | 5,8 | 6,0 | 0,8 | |
| Não | Até 5.000 | 1059 | 4,4 | 5,0 | 5,4 | 5,8 | 1,4 |
| | De 5.001 a 10.000 | 943 | 3,4 | 3,8 | 4,1 | 4,5 | 1,1 |
| | De 10.001 a 20.000 | 930 | 2,9 | 3,2 | 3,5 | 3,8 | 0,9 |
| | De 20.001 a 50.000 | 579 | 3,1 | 3,5 | 3,7 | 3,9 | 0,8 |
| | De 50.001 a 100.000 | 138 | 4,1 | 4,5 | 4,7 | 4,8 | 0,7 |
| | De 100.001 a 500.000 | 52 | 5,2 | 5,7 | 5,9 | 5,9 | 0,7 |
| | Mais de 500.000 | 3 | 7,2 | 8,7 | 8,3 | 7,3 | 0,1 |
| Total | 3704 | 3,8 | 4,2 | 4,5 | 4,6 | 0,8 | |

Fonte: Elaborado com base nos dados oficiais disponíveis do IBGE e MS. Brasil, 2018.

(*) Municípios que receberam médicos do Programa Mais Médicos em 2014, cujos profissionais se mantiveram ativos até 2016.

Ao destacar o importante atributo da orientação comunitária, onde há presença de profissionais de saúde prestando atendimento e acolhendo o usuário, pode-se considerar que o aumento das visitas domiciliares observada nos estratos municipais sem a presença do PMM, tende a indicar a existência de equipes incompletas, sem a presença dos agentes comunitários de saúde (ACS), por exemplo, cujo efeito aqui não foi controlado na análise deste indicador.

Apesar dos indicadores apontarem crescimento geral no número de visitas domiciliares por habitantes em praticamente todos os estratos municipais, independente da presença do PMM, cabe destacar a exceção na faixa populacional dos municípios de grande porte (mais de 500.000 habitantes), dos estratos que não receberam o PMM, nesta faixa teve acentuada queda da taxa na comparação 2016-2014, o número em 2014 era de 8,7, contra os 7,3 do ano de 2016. E isto representa encolhimento nesta ação de saúde na ordem de 19%.

Como observado anteriormente, a ampliação da cobertura populacional por eSF **Tabela 2** e o aumento do número de visitas domiciliares **Tabela 3** nos estratos analisados dos municípios com PMM, representa, em tese, que haveria aumento do número de consultas médicas por habitantes, pois presume-se que quanto maior o acesso aos serviços de saúde, tende-se, a majorar a realização dos procedimentos ambulatoriais. Entretanto, tal constatação não se confirmou, conforme apresentado na **Tabela 4**.

Tabela 4 - Distribuição do número de consultas médicas por habitante, atuação no PMM^(*) e porte populacional dos municípios, Brasil 2013 – 2016.

| Mais Médicos no período ativo de 2014-2016? | Porte populacional dos municípios | N° de municípios | 2013 | Depois do PMM | | | Diferença 2016-2014 |
|---|-----------------------------------|------------------|------------|---------------|------------|-------------|---------------------|
| | | | | 2014 | 2015 | 2016 | |
| Sim | Até 5.000 | 178 | 5,6 | 9,1 | 7,4 | 5,3 | -3,8 |
| | De 5.001 a 10.000 | 266 | 4,8 | 5,7 | 4,9 | 4,9 | -0,8 |
| | De 10.001 a 20.000 | 434 | 4,8 | 4,8 | 4,5 | 4,3 | -0,4 |
| | De 20.001 a 50.000 | 522 | 4,5 | 4,7 | 4,5 | 4,2 | -0,5 |
| | De 50.001 a 100.000 | 212 | 4,2 | 4,7 | 4,4 | 4,1 | -0,6 |
| | De 100.001 a 500.000 | 216 | 4,1 | 4,2 | 4,1 | 4,0 | -0,2 |
| | Mais de 500.000 | 38 | 3,8 | 3,9 | 4,0 | 4,1 | 0,2 |
| Total | 1866 | 4,1 | 4,2 | 4,2 | 4,1 | -0,1 | |
| Não | Até 5.000 | 1059 | 6,5 | 6,4 | 5,7 | 5,2 | -1,2 |
| | De 5.001 a 10.000 | 943 | 5,4 | 5,8 | 5,2 | 4,7 | -1,2 |
| | De 10.001 a 20.000 | 930 | 4,6 | 4,9 | 5,0 | 4,0 | -0,8 |
| | De 20.001 a 50.000 | 579 | 5,0 | 5,6 | 4,5 | 4,0 | -1,5 |
| | De 50.001 a 100.000 | 138 | 4,2 | 4,4 | 4,7 | 4,4 | 0,0 |
| | De 100.001 a 500.000 | 52 | 4,3 | 4,5 | 4,6 | 4,0 | -0,6 |
| | Mais de 500.000 | 3 | 4,2 | 4,7 | 3,5 | 3,7 | -1,0 |
| Total | 3704 | 4,8 | 5,1 | 4,8 | 4,2 | -0,9 | |

Fonte: Elaborado com base nos dados oficiais disponíveis do IBGE e MS. Brasil, 2018.

(*) Municípios que receberam médicos do Programa Mais Médicos em 2014, cujos profissionais se mantiveram ativos até 2016.

Para reforçar que houve a ampliação das ações e serviços de saúde com a presença dos profissionais do PMM nas localidades estudadas em relação aos procedimentos ambulatoriais nos

municípios de pequeno porte (com até 5.000 habitantes), destaca-se o número de consultas médicas por habitante que em 2014 (primeiro ano do PMM), saltou para 9,1 pontos, quando comparado com o número de 5,6 do ano de 2013, o incremento deste serviço foi de 63%, representando alto índice de presença médica nas localidades, conforme observa-se **Tabela 4**.

Após o expressivo aumento do número de consulta médicas por habitantes saltar em 2014 nos municípios de pequeno porte (com até 5.000 habitantes), com a presença do PMM, algo diferente nos anos seguintes, 2015 e 2016, ocorre, nesse período houve retração continuada nas demais faixas dos estratos populacionais, exceto nos municípios de grande porte (mais de 5000.000 habitantes) que manteve a tendência de crescimento apesar de estagnar em 2016.

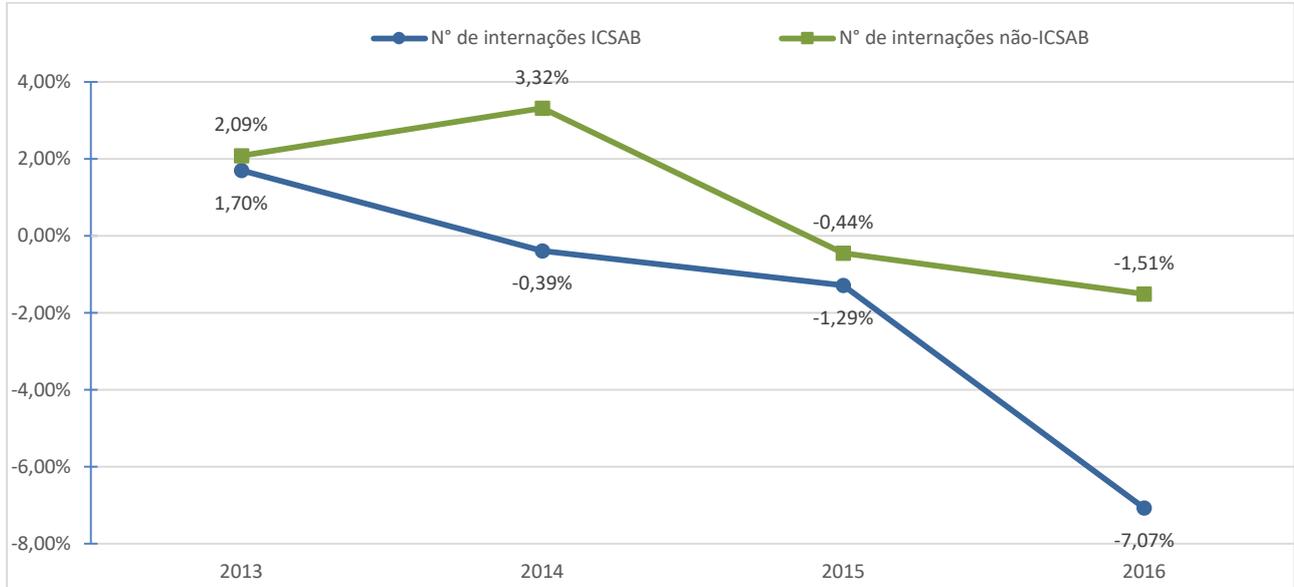
Mesmo com o encolhimento do indicador de consultas médicas por habitante em praticamente todas as faixas dos estratos municipais, olhando para o total da coluna da diferença 2016-2014, nos municípios que receberam os profissionais do PMM, o índice de redução é menor e o número de consultas médicas na média total recua apenas -0,1 pontos, contra -0,9 pontos, dos municípios sem a presença dos profissionais do PMM.

Na apresentação do **Gráfico 1**, o número da variação anual de ICSAB x não-ICSAB dos municípios de pequeno porte (de 10.001 até 20.000 habitantes), com a presença do PMM, no ano de 2014 (primeiro ano do PMM) é possível observar a redução do indicador de ICSAB em -0,39%. No ano de 2015 nova redução é observada, -1,29% e como característica do próprio indicador, onde melhores resultados são visíveis no longo prazo, o terceiro ano do programa, em 2016, mostra redução ainda maior, -7,07%, reforçando a tese de que os municípios de pequeno porte passam a apresentar bons resultados com a implementação do PMM e fixação destes profissionais médicos nas localidades.

Por outro lado, quando a análise é feita isoladamente do melhor índice de redução (-7,07%) da ICSAB, nos municípios com o PMM, em 2016, infere-se que a capacidade de resolutividade na atenção básica com a chegada e permanência dos profissionais do PMM, colabora com a ações e serviços de saúde ofertados e conseqüentemente na redução do indicador, mesmo que

melhores resultados sejam observados somente no longo prazo, característica necessariamente presente na análise da ICSAB.

Gráfico 1 – Variação anual do número de interações CSAB e não-CSAB, nos municípios de pequeno porte (de 10.001 até 20.000 habitantes), atuação no PMM^(*) e porte populacional, Brasil 2013 – 2016.



Fonte: Elaborado com base nos dados oficiais disponíveis do IBGE, UNA-SUS e MS. Brasil, 2018.

(*) Municípios que receberam médicos do Programa Mais Médicos em 2014, cujos profissionais se mantiveram ativos até 2016.

Infere-se ainda dos dados analisados que a redução da ICSAB nestes casos, estão diretamente relacionadas ao aumento das condições de saúde da população, crescimento da oferta de serviços de saúde e do aporte de profissionais do PMM nos municípios de pequeno porte, além da fixação e permanência dos profissionais, onde o atributo da orientação comunitária se revela eficaz e demonstra a importância do vínculo e longitudinalidade.

CONCLUSÃO

Preliminarmente, foram observadas diferenças na comparação dos indicadores utilizados, que, em princípio, traduzem-se como resultados positivos à implantação do Programa Mais Médicos em nosso país, mais pronunciadamente nos municípios de pequeno porte (até 50.000 habitantes), demonstrando-se a importância do PMM para esses municípios de que tendem a ser mais pobres.

A implementação do PMM contribuiu com resultados positivos e avanços na busca de tratamento igualitário nas ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde visando à redução do risco de doenças e de outros agravos. Sem dúvida a ampliação do acesso à saúde e

fortalecimento das ações e serviços de saúde é um dos caminhos para o melhoramento das condições da saúde pública no país, em especial na atenção básica.

Outro resultado importante a se destacar, e que se pode considerar assertivo na implementação do programa, foi a exigência de que os médicos fossem, obrigatoriamente, alocados e fixados para compor equipes multiprofissionais previstas na Política Nacional de Atenção Básica, com isso, fortaleceu-se, além desta política a Estratégia de Saúde da Família, que também reflete positivamente na cobertura populacional por eSF.

Pode-se constatar que o incremento dos profissionais advindo do PMM fez com que o aumento da cobertura populacional por eSF seja identificado em todas as faixas populacionais dos estratos municipais analisados no período.

Com o aumento da cobertura populacional por eSF nos municípios sem a presença do Programa Mais Médicos, pode-se atribuir a este fato a existência de equipes incompletas, sem a presença dos agentes comunitários de saúde (ACS), por exemplo, profissionais em sobrecarga de trabalho e ou equipes não cadastradas ou cadastradas em desacordo com o preconizado pelo MS, cujo efeito não foi controlado nesta pesquisa.

Todas as faixas populacionais dos estratos dos municípios com o PMM, no ano de 2014, apresentaram aumento nos indicadores da visita domiciliar, que tiveram variação positiva de até 0,8 pontos, quando comparado com o ano anterior (2013), com destaque para o crescimento contínuo deste procedimento no período analisado, com isso, demonstra-se, em tese, melhoria no atendimento e ampliação do acesso à saúde da população dessas localidades, reforçando o atributo da orientação comunitária.

O crescimento geral apresentado nos indicadores analisados dos municípios com o PMM, e as maiores variações nos estratos dos municípios de pequeno porte (até 50.000 habitantes) no período de 2014-2016, quando comparado com os municípios que estavam fora do recorte metodológico adotado, destaca-se a importância da implantação do PMM para a ampliação do acesso à saúde e como respeitável procedimento da atenção básica nessas localidades. As distribuições

equitativas dos médicos foram de extrema sensibilidade, pois as regiões mais pobres e reconhecidamente mais necessitadas foram atendidas prioritariamente na alocação dos profissionais, com o objetivo de dar celeridade e garantir a melhoria e ampliação da oferta de ações e serviços de saúde no curto prazo.

A ampliação da oferta de serviços de saúde é visível nas áreas prioritárias, municípios de pequeno porte (até 50.000 habitantes), pois se observa, o aumento da cobertura populacional e crescimento dos procedimentos ambulatoriais nessas localidades, verifica-se ainda, a evidência na adesão dos usuários às equipes de saúde, com a expressiva diminuição da oscilação do número de consultas realizadas e o crescimento das visitas domiciliares, além da redução, mesmo que em pequenas proporções, do número de internações por condições sensíveis a atenção básica para essa parcela da população.

Muito se avançou com as políticas de saúde implementadas pelos governos nos últimos anos, precisamente a partir da metade da década de 90, entretanto, os caminhos a serem percorridos são árduos, de grandes contradições e definições, mas é preciso perceber que não há fórmula mágica ou receita pronta, procedimento padrão ou técnica suficientemente eficaz na produção plena de saúde, porém reconhecer a necessidade de constantemente adaptar-se para alcançar a universalidade, integralidade e equidade é, sem dúvida, o marco inicial do processo de valorização da vida.

E neste contexto o PMM pode ser considerado um programa eficiente e que atingiu o objetivo, pois respondeu positivamente, de acordo com o recorte metodológico adotado, com a urgência que a atenção básica necessita e preencheu a lacuna da escassez médica nas localidades vulneráveis, atendeu com sucesso a meta no curto prazo, ofereceu novas oportunidades de atendimento na saúde ampliando o acesso aos serviços de saúde das populações desassistidas e a sua implantação trouxe sucesso relativo embora importante para SUS. Com isso, o processo de valorização da vida por intermédio da saúde, neste caso o PMM alcançou.

Finalmente o PMM contribuiu decisivamente na melhoria do indicadores selecionados, na comparação realizada a partir do recorte metodológico selecionado como critério de inclusão para

municípios com PMM e sem PMM: (i) aumento da cobertura populacional por Equipe de Saúde da Família (eSF); (ii) aumento da produção ambulatorial (número de visitas domiciliares e número de consultas médicas por habitante); (iii) diminuição da proporção das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB).

REFERÊNCIAS

1. Brasil M da SS de GE e P. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Saúde M da, organizador. Brasília; 2006. 300 p.
2. Presidência da República B. Assembléia Nacional Constituinte: Constituição da República Federativa do Brasil. DOU. 1988;
3. Paim JS, Silva LMV Da. Universalidade, Integralidade, Equidade e SUS. Boletim do Instituto de Saúde. 2010;12:109–14.
4. Lima, Arlete B.; Soares, Natanael D.; Anjos TCE. Cadeias produtivas locais e inclusão social no programa Zona Franca Verde: uma abordagem teórica. Universidade do Estado do Amazonas – UEA. 2007;
5. Anjos TCE dos. Políticas públicas, qualidade de vida e participação democrática: o direito à saúde dos povos indígenas em Roraima. Universidade do Estado do Amazonas - UEA. 2008;1–178.
6. Wagner G. A Saúde , o SUS e o programa “Mais Médicos”. Revista do Médico Residente. 2013;15(2):1–4.
7. Corrêa RM. Avanços e Desafios na Construção de uma sociedade inclusiva. Sociedade Inclusiva PUC Minas. 2009;198.
8. Campos GW de S. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. Saúde e Sociedade [Internet]. agosto de 2006 [citado 16 de junho de 2017];15(2):23–33.
9. Alfradique ME, Bonolo P de F, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). Cadernos de Saúde Pública. 2009;25(6):1337–49.
10. Araújo C de A, Michelotti FC, Ramos TKS. Programas governamentais de provisão: Perfil e motivações dos médicos que migraram do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) para o Mais Médicos em 2016. Interface: Communication, Health, Education. 2017;21:1217–28.
11. Neto AV de O, Dias MB. Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa? Divulgação em saúde para debate . 2014;(51):58–71.
12. Gonçalves RF, Sousa IMC de, Tanaka OY, Santos CR dos, Brito-Silva K, Santos LX, et al. Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2016;21(9):2815–24.
13. Lotta GS, Galvão MCCP, Favareto A da S. Análise do Programa Mais Médicos à luz dos arranjos institucionais: intersectorialidade, relações federativas, participação social e territorialidade. Ciência & Saúde Coletiva. 2016;21(9):2761–72.
14. Presidência da República B. Ministério da Saúde - MS; Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão - MP; Ministério da Educação - MEC . Exposição de Motivos-Medida

- Provisória nº 621 de 08 de julho de 2013, institui o Programa Mais Médicos e da outras providências. DOU. 2013;
15. Presidência da República B. 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. DOU. 2013;
 16. Almeida- Filho N, Barreto ML, Veras RP, Barata RB. Teoria epidemiológica hoje: fundamentos, interfaces, tendências. Fiocruz. 1998. 256 p.
 17. Barreto ML, Carmo EH, Noronha CV, Neves RBB, Alves PC. Mudanças dos padrões de morbi-mortalidade: uma revisão crítica das abordagens epidemiológicas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 1993;3(1):127–46.
 18. Calvo MCM, Lacerda JT, Colussi CF, Schneider IJC, Rocha TAH. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2016;25(4):767–76.
 19. DEMAS, Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS M da S. IDSUS - Índice de Desempenho do SUS. Ministério da Saúde. 2015;
 20. Loureiro JM. Atenção básica à saúde e estratégia de saúde da família em múltiplos fluxos: perspectiva histórica. Brasília: Universidade de Brasília, UnB; 2014.
 21. Starfield B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. Vol. 53, *Journal of Chemical Information and Modeling*. 2002. 726 p.

Anexo 5 – Protocolo de submissão do manuscrito

18/07/2018

ScholarOne Manuscripts



Ciência & Saúde Coletiva

[# Home](#)[/ Author](#)

Submission Confirmation

[Print](#)

Thank you for your submission

Submitted to

Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID

CSC-2018-2049

Title

Programa Mais Médicos: Análise da contribuição da oferta e ações e serviços de saúde

Authors

Lapa, Ademir

Lemos, Alysson

Pinto, Luiz

Oliveira Penna , Gerson

Date Submitted

18-Jul-2018

[Author Dashboard](#)

© Clarivate Analytics | © ScholarOne, Inc., 2018. All Rights Reserved.

ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.

ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

[@ScholarOneNews](#) | [System Requirements](#) | [Privacy Statement](#) | [Terms of Use](#)

