

# Avaliação do Programa Mais Médicos: relato de experiência\*

## *Evaluation of the More Doctors Program: experience report*

Wallace Dos Santos<sup>1</sup>, Yamila Comes<sup>2</sup>, Lucélia Luiz Pereira<sup>1</sup>, Ana Maria Costa<sup>3</sup>, Edgar Merchan-Hamann<sup>1</sup>, Leonor Maria Pacheco Santos<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201912019

**RESUMO** O acesso à saúde de forma universal e equitativa está preconizado na Constituição Federal de 1988, devendo ser garantida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre os diversos fatores que contribuem para a não efetivação dos princípios do SUS, destacam-se a insuficiência de profissionais e as disparidades regionais na distribuição de recursos humanos, principalmente médicos. Este artigo relata a experiência de avaliação do Programa Mais Médicos (PMM) por uma equipe multidisciplinar composta por 28 pesquisadores, a partir de trabalho de campo em 32 municípios com 20% ou mais da população em extrema pobreza selecionados em todas as regiões do Brasil (áreas remotas, distantes das capitais e comunidades quilombolas rurais), além de análises sobre os 5.570 municípios brasileiros baseadas em bancos de dados do Ministério da Saúde. A pesquisa resultou em vasta produção científica, apontando importantes resultados, como ampliação do acesso à saúde e redução de internações evitáveis. As reflexões aqui trazidas permitem concluir que o PMM contribuiu para a efetivação e consolidação dos princípios e diretrizes do SUS e garantiu acesso à saúde, especialmente para as populações mais pobres, municípios pequenos e regiões remotas e longínquas.

**PALAVRAS-CHAVE** Recursos humanos em saúde. Serviços de saúde. Atenção Primária a Saúde. Programas nacionais de saúde.

**ABSTRACT** *The universal and equitable access to health is established in the Brazilian Federal Constitution of 1988 and must be guaranteed by the Brazilian Unified Health System – the Sistema Único de Saúde (SUS). The lack of professionals and the large regional differences in the distribution of human resources, mainly physicians, are factors that contribute to the non-fulfillment of the SUS principles. This article reports the experience of evaluation of the More Doctors Program (PMM) by a multidisciplinary team composed of 28 researchers, based on field work in 32 municipalities with 20% or more of the population in extreme poverty selected in all regions of Brazil (remote areas, far from capitals, and rural maroon communities), as well as analyzes of the 5.570 Brazilian municipalities based on the Ministry of Health databases. The research resulted in a vast scientific production, pointing out important results, such as broadening of access to health and reducing of avoidable hospitalizations. The reflections brought here show that the PMM contributed to the implementation and consolidation of the SUS principles and guidelines, and guaranteed access to health, especially for the poorest populations, small municipalities and remote and distant regions.*

**KEYWORDS** *Health manpower. Health services. Primary Health Care. National health programs.*

\*Também contribuíram para o manuscrito: Hilton Pereira da Silva, João Paulo Alves Oliveira, Ximena Pamela Díaz Bermudez, Felipe Proença de Oliveira, Josélia Souza Trindade e Carlos André Moura Arruda.

<sup>1</sup>Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.  
wallaces@unb.br

<sup>2</sup>Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) – Brasília (DF), Brasil.

<sup>3</sup>Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) – Brasília (DF), Brasil.



## Introdução

O equilíbrio saúde-doença é um processo determinado por fatores de origem social, econômica, cultural, ambiental e biológica/genética. A determinação social da saúde é vinculada à qualidade de vida da população que, por sua vez, é influenciada pelas políticas sociais, econômicas, culturais, ambientais e pelo próprio modelo político de um Estado/nação<sup>1,2</sup>. Destarte, a garantia à saúde representa o compromisso com a justiça social da nação, ou seja, revela como o país trata de promover direitos sociais e garantir equidade entre os distintos grupos sociais em situação de desigualdade. Para isso, é fundamental criar estratégias e oferecer ações aos diferentes grupos de indivíduos perante importantes direitos, como o de proteção da saúde<sup>3,4</sup>.

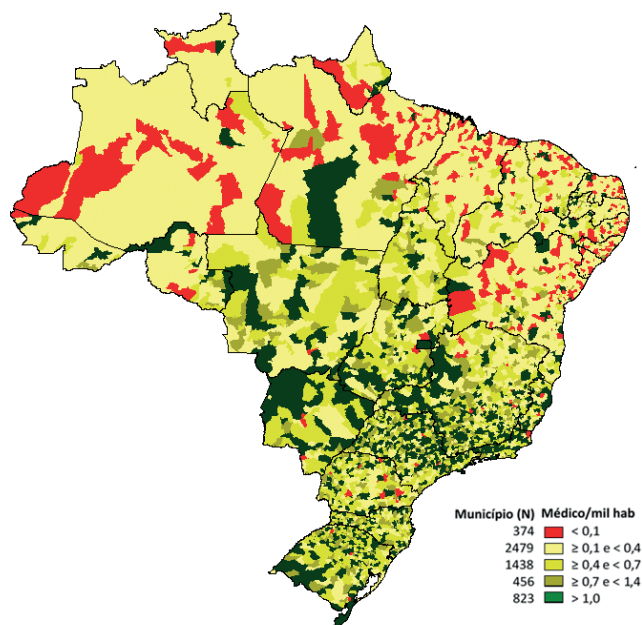
A oferta de serviços universais constitui fator essencial na determinação social da saúde; e sob essa perspectiva, ganha importância a capacidade de oferta suficiente de profissionais de saúde. No Brasil, áreas rurais, remotas e periferias de grandes áreas urbanas, com significativas desigualdades sociais, não conseguem dispor de profissionais para o trabalho em saúde, sobretudo de médicos<sup>5</sup>.

A distribuição de médicos no País marca as enormes desigualdades regionais e de acesso à saúde e se torna maior em relação

às especialidades. Trata-se de uma clara limitação para a universalização da oferta de serviços de saúde nos moldes preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) criado pela Constituição Federal, cujas diretrizes se apoiam na universalização, integralidade e participação da comunidade, pressupondo a igualdade de direitos e a busca da equidade<sup>6,7</sup>.

Scheffer<sup>7</sup>, no estudo 'Demografia Médica no Brasil', 2013, mostrou uma concentração de médicos no setor privado e classificou as regiões brasileiras com maior razão de médicos por mil habitantes que prestavam serviços ao SUS: Sudeste (1,35/mil hab.); Sul (1,21/mil hab.), Centro-Oeste (1,13/mil hab.), Nordeste (0,83/mil hab.) e Norte (0,66/mil hab.). Segundo o mesmo estudo, o Brasil, em 2013, apresentava densidade de 1,85<sup>7</sup> e 2,24 em 2018<sup>8</sup>, cifra ainda baixa quando comparada ao Canadá (2,54 em 2015); ao Reino Unido (2,83 em 2016); e à Austrália (3,50 em 2015)<sup>9</sup>. Para fins de comparação internacional, é usado o mínimo de um médico para mil habitantes. A *figura 1* exhibe a distribuição do total de médicos por município (setor público e privado) em 2013, evidenciando a desigualdade de distribuição desses profissionais. Apenas 823 municípios atingiam um ou mais médicos por mil habitantes; no outro extremo, em 374 municípios havia menos do que 0,1 médico por mil habitantes.

Figura 1. Distribuição municipal de médicos por mil habitantes. Brasil, 2011



Fonte: Adaptado de Pereira et al., 2016<sup>12</sup>.

A partir do diagnóstico situacional, que demonstrou claramente os vazios assistenciais, ocorreu uma articulação política reivindicatória da Frente Nacional de Prefeitos, com o Governo Federal, mediado pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). O Governo Federal, cuja prioridade era a universalização da Atenção Primária à Saúde (APS), esbarrava para expandir suas metas na falta de profissionais médicos para compor as equipes da APS, instituindo, assim, o Programa Mais Médicos (PMM) por meio da Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013<sup>10</sup>, convertida na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013<sup>11</sup>. Além de prover profissionais, o PMM tem a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o SUS com estratégias que priorizam as regiões a serem atendidas; pelo fortalecimento dos serviços na atenção básica em saúde; pelo aprimoramento da formação médica no País; pelo fortalecimento da política de educação permanente; pela promoção da troca de conhecimentos e

experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; e pelo estímulo à realização de pesquisas aplicadas ao SUS<sup>6</sup>. O Programa foi concebido para atuação em três eixos: 1) infraestrutura, envolvendo reforma e construção das unidades básicas para garantir a estrutura necessária; 2) readequação e expansão da formação médica, por meio de novas diretrizes curriculares e consequente revisão e ajuste dos currículos das universidades, ampliando abordagem em saúde coletiva e APS, além de aumentar, descentralizar e interiorizar a oferta de vagas em cursos de medicina; e 3) provimento emergencial de médicos aos municípios para suprir a demanda imediata.

Ao implementar um projeto de pesquisa para verificar se o PMM contribuiu para a consolidação do SUS constitucional, um imenso volume de informações e vivências estimulou a elaboração deste artigo, com o objetivo de relatar e descrever a experiência da equipe.

## Material e métodos

### Organização do estudo multicêntrico e equipe multidisciplinar

O projeto ‘Análise da efetividade do PMM na realização do direito universal à saúde e na consolidação das Redes de Serviços de Saúde’ foi executado por pesquisadores das cinco regiões do Brasil. Coordenado pela Universidade de Brasília (UnB), contou com participação das Universidades Federais da Bahia, do Ceará, do Pará, de Minas Gerais, do Rio Grande do Sul, de Campina Grande, como também da Fundação Oswaldo Cruz – CE, da Universidade Estadual do Ceará e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal.

A equipe multiprofissional era composta por 28 pesquisadores, a saber: sete médicos, cinco sanitaristas, três enfermeiras, três nutricionistas, dois biólogos, psicóloga, antropóloga, pedagogo, assistente social, economista, farmacêutico, veterinário e patologista na coordenação. Realizou-se análise de diversas bases de dados assim como visita *in loco*, para avaliar o PMM, onde o Programa de fato acontecia. O grupo mais amplo reuniu-se presencialmente em três ocasiões ao longo de cinco anos, e grupos menores participaram de várias oficinas de harmonização metodológica.

### Estudo em campo

Para a seleção dos municípios a serem visitados, empregaram-se os seguintes critérios de inclusão: 20% ou mais da população em situação de pobreza extrema; inscritos no primeiro ou segundo ciclo do PMM, com menos de cinco médicos e menos de 0,5 médico por mil habitantes antes do Programa (junho de 2013). A seleção da amostra foi aleatória com divisão proporcional ao número de municípios com as características descritas anteriormente.

Aplicados os critérios de inclusão, foram geradas listas com números aleatórios para

selecionar 32 municípios de todas as regiões do Brasil, sendo 14 no Norte, 12 no Nordeste, três no Sudeste, dois no Centro-Oeste e um no Sul. No total, foram visitados 16 estados brasileiros.

## Resultados: relato da experiência

### O trabalho em campo: conhecendo o Brasil profundo

A amostra de 32 municípios com 20% ou mais da população em situação de pobreza extrema levou a equipe a visitar áreas remotas, realizando, inclusive, pesquisa etnográfica em quilombos rurais nas Regiões Norte e Nordeste. Inúmeras viagens foram realizadas em voadeira e lancha rápida pelos rios da Amazônia, como também enfrentando enchentes nas estradas vicinais em Minas Gerais e baldeações em estradas de terra na Região Centro-Oeste. Todavia, certamente foi inesquecível a experiência de uma das nossas equipes ao embarcar em avião monomotor em precário estado de conservação na Amazônia Ocidental, em uma situação em que o dono do avião era o piloto, mecânico e controlador de voo (no visual) e aterrissava, com maestria, na rua principal do município, que era a pista de pouso.

### Plano de publicações, produção científica e gestão do conhecimento

Uma iniciativa fundamental foi a elaboração participativa de um plano de publicações desde o início, de modo a incentivar a produção científica, estimular a colaboração e evitar disputas de autoria. O plano era monitorado e revisto trimestralmente. Desse modo, foram publicados 18 artigos científicos originais em periódicos nacionais e internacionais entre 2015 e 2018 e defendidas seis teses/dissertações na UnB (3), Universidade Federal da Bahia – UFBA (1) e Universidade Federal do Pará – UFPA (2) advindos de análises de

banco de dados nacionais, peças legislativas e pesquisa de campo em 32 municípios das cinco regiões. Parte desses resultados será resumida a seguir, e algumas das experiências de campo e publicações podem ser vistas nos sítios eletrônicos <<http://maismedicospa.blogspot.com/>> e <[https://www.youtube.com/watch?v=3\\_yr56apnTE](https://www.youtube.com/watch?v=3_yr56apnTE)>.

O grupo de pesquisa tinha preocupação com a gestão do conhecimento, tanto assim que semestralmente solicitava audiências com os gestores do PMM no Ministério da Saúde para apresentação de resultados preliminares. A atividade ocorreu como previsto no projeto, desde dezembro de 2014 até dezembro de 2017. Houve apresentação no congresso nacional do Conasems e em três congressos da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), objetivando dar visibilidade aos resultados e incidir sobre o planejamento e implementação do PMM.

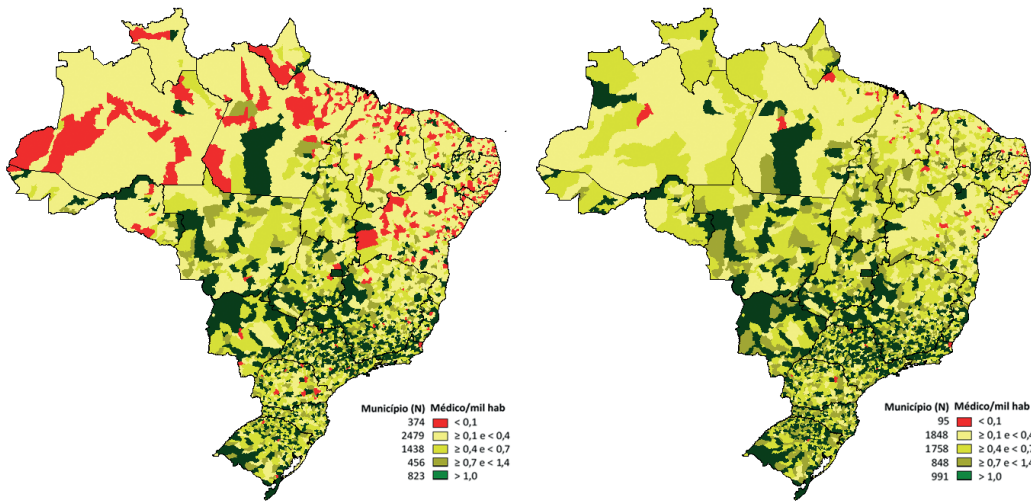
### **Contribuições para a redução das desigualdades**

Nesse cenário, é importante divulgar as evidências científicas produzidas pelo Grupo de Pesquisa Mais Médicos da UnB, que avalia o programa desde a sua criação em agosto de 2013. A pesquisa com bancos de dados oficiais do Ministério da Saúde, aliada ao trabalho de campo em 32 municípios das cinco regiões do País, desdobrou-se em uma série de estudos com metodologias criteriosas, visando analisar o alcance dos objetivos e missão do PMM. As experiências vivenciadas em campo e os resultados já publicados, alguns dos quais descritos a seguir, falam por si mesmos.

O PMM teve uma contribuição ímpar em atrair e fixar médicos em áreas de difícil acesso (rurais, remotas e de alta vulnerabilidade)<sup>12</sup>. Na sua primeira chamada pública, em julho de 2013, houve adesão de 3.511 municípios que solicitaram 15.460 médicos. Embora o PMM priorize os médicos brasileiros, apenas 1.096 com registro em Conselho Regionais de Medicina (CRM) se candidataram e foram contratados, juntamente com outros 522 médicos estrangeiros. Foi então firmado o acordo de cooperação internacional com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) para a vinda de médicos cubanos. Em 12 meses, o programa recrutou 14.462 médicos (79% cubanos, 16% brasileiros e 5% de outras nacionalidades) atendendo a 93,5% da demanda dos municípios inscritos.

O parâmetro recomendado pelo Ministério da Saúde era haver um médico para cada mil habitantes. O estudo<sup>12</sup>, entretanto, revelou que, antes do PMM, apenas 823 municípios atingiam essa meta; já um ano depois, eram 991 municípios (20% de aumento). Na comparação trazida na *figura 2*, observa-se que, nesse período de um ano, houve redução de 75,5% no número de municípios com menos de 0,1 médico por mil habitantes (de 374 para 95). Do total de médicos, 3.390 foram alocados em municípios onde havia comunidades quilombolas rurais certificadas. Além disso, o PMM enviou 294 médicos para atuar nos 34 Distritos Sanitários Indígenas (100% de cobertura), garantindo a presença de médicos em todos os Distritos, fato que nunca havia sido possível desde a criação do subsistema de Atenção à Saúde Indígena no SUS.

Figura 2. Distribuição municipal de médicos por mil habitantes em 2011 (esquerda) e 2014 (direita), antes e após a implantação do PMM, respectivamente\*



Fonte: Adaptado de Pereira et al., 2016<sup>12</sup>.

\* As figuras 1 e 2 empregaram o estudo 'Demografia Médica', que não apresenta dados para todos os municípios brasileiros, sobretudo para os de menor porte populacional. Nesse caso, foram imputados 28% dos casos com os valores das medianas regionais para cada porte populacional dos municípios. Verificou-se que a imputação pouco alterou a distribuição de valores nos estados.

No primeiro ano do PMM, verificou-se, ainda, que 2.377 municípios prioritários para o SUS aderiram ao programa, sendo que a Região Nordeste foi a que apresentou o maior número de municípios com 20% ou mais população vivendo em extrema pobreza inscritos, bem como o maior número de municípios inscritos no geral (1.318). No mesmo período, entre os 1.834 médicos com CRM inscritos no PMM, apenas 20% (965) foram alocados na Região Nordeste. Assim, de todos os médicos que foram deslocados para atender à demanda dessa Região, 76% eram cubanos. Na Região Norte, que possui populações vivendo em situações ainda mais extremas, os médicos cubanos representaram 81,1%<sup>13</sup>.

Nesse sentido, o PMM contribuiu para que um maior número de municípios das Regiões Norte e Nordeste pudesse se aproximar da quantidade mínima de médicos por mil habitantes. Na Região Norte, por exemplo, observou-se que entre os 363 municípios que aderiram

ao PMM no primeiro ano, 58 apresentavam menos de 0,1 médico por mil habitantes, e 204 encontravam-se com baixa densidade ( $\geq 0,1$  e  $< 0,4$ ) de médico. Com o incremento dos médicos do PMM, verificou-se que houve uma redução de 58 para 2 no número de municípios com muito baixa densidade de médico e aumento no número de municípios com densidade limítrofe ( $\geq 0,7$  e  $< 1,0$ )<sup>14</sup>.

Assim, o PMM contribuiu para a garantia de maior equidade no acesso e utilização dos serviços de saúde, uma vez que a interiorização das ações e a melhor distribuição de médicos possibilitaram o provimento dos profissionais em áreas com populações historicamente desassistidas, como populações indígenas e quilombolas<sup>12</sup>.

Os diversos profissionais que compõem as equipes de saúde da família, nas quais estava inserido algum médico cubano, afirmam que o PMM colaborou para a oferta de atenção com maior qualidade e integralidade não apenas pela ampliação do acesso das pessoas,

mas também pela efetiva disponibilidade de médicos para atender ao conjunto das necessidades da população. Melhorou o acolhimento, vínculo e respeito com os usuários devido à valorização da condição humana dos usuários com a sensível responsabilidade que esses profissionais apresentam em resolver os problemas de saúde das pessoas. Ainda, segundo os usuários, destaca-se especialmente a característica humanista desses médicos e o interesse em serem resolutivos, em virtude disso, o trabalho executado por eles foi determinante para os avanços da função de coordenadora das redes destinado à APS. Vale registrar também que, no interior das equipes, os médicos cubanos se integraram ao processo de trabalho multiprofissional, favorecendo o fortalecimento da atenção primária<sup>15</sup>.

### **Formação de médicos e requalificação das Unidades Básicas de Saúde**

Pouco divulgados pela grande mídia, os componentes de formação médica e de ampliação e reforma de Unidades Básicas de Saúde (UBS) foram implantados desde a criação do PMM. O primeiro visa garantir um número adequado de médicos para a APS que consiga responder às necessidades do SUS. Além das ações de provimento imediato de médicos, foram também desenvolvidas iniciativas de ampliação dos cursos de graduação em medicina e de vagas de residência médica.

As evidências disponíveis permitem afirmar que o PMM, nos seus primeiros anos de implementação, alcançou um conjunto de resultados importantes no eixo mudança da formação médica. Em pesquisa que analisa o impacto da criação de cursos de medicina no interior apoiados pelo PMM, compararam-se as representações sociais sobre o trabalho na APS dos estudantes nos ‘novos’ cursos e nos cursos ‘tradicionais’. Aplicou-se um roteiro de evocação livre; após a hierarquização de itens, resultados evidenciam que as representações sociais de estudantes de medicina nas escolas ‘novas’ são mais condizentes com as diretrizes

da APS. Houve destaque para a evocação de termos como ‘responsabilidade’, ‘vínculo’, ‘comunidade’ e ‘cuidado’. Já nos cursos ‘tradicionais’, os termos mais destacados foram ‘desvalorizado’ e ‘precariedade’<sup>16</sup>. Entretanto, a partir de 2016, as ações no eixo formação deixaram de receber investimentos, fazendo com que as metas de criação de 12 mil vagas de graduação e 11,5 mil vagas de residência médica não fossem atingidas.

Embora haja evidência de que não se faz saúde apenas com médicos, esses profissionais são fundamentais para o adequado provimento desse direito constitucional, especialmente com as atribuições exclusivas dessa categoria profissional na atual legislação. Até 2015, o número de médicos no país cresceu 3% ao ano, cifra notoriamente insuficiente para atender às demandas da nação<sup>17</sup>. No entanto, segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM), entre 2013 e 2018, o crescimento do número de profissionais foi da ordem de 21,3%, ou seja, maior que o crescimento populacional brasileiro<sup>14</sup>; mesmo que anteriormente houvesse uma baixa proporção de profissionais em relação à população e que essa tenha a percepção de uma ausência de médicos<sup>17,18</sup>. O que ocorre, de fato, é uma má distribuição desses recursos humanos pelos serviços e regiões do País – principalmente nas áreas rurais, nas Regiões Norte e Nordeste, em áreas urbanas conflagradas –; e nos serviços há falta e/ou alta rotatividade de profissionais, seriamente comprometendo a APS.

Não há, portanto, falta de médicos<sup>9</sup>, assim como não há necessidade de mais médicos – além de infraestrutura e insumos<sup>18,19</sup>. O desafio, então, é compreender porque esses dois lados do mesmo problema não se encontram. Uma das potenciais explicações é a distribuição das escolas e residências médicas, atualmente concentradas em grandes centros urbanos, situação que começou a mudar após a implantação do PMM<sup>17</sup>. Uma explicação complementar é o tipo de formação recebida nas faculdades, que até recentemente não enfocava a formação de generalistas, habilitados ao cuidado integral e

à resolução dos problemas mais prevalentes na população, tampouco considerava a diversidade local, incentivando a entrada de grupos social e economicamente vulnerabilizados na carreira médica<sup>17</sup>.

No campo da formação, destarte, por meio da distribuição mais equitativa de faculdades, da transformação da estrutura curricular e da inclusão de mais diversidade étnica e social nos cursos de medicina resultantes do PMM, pode-se vislumbrar garantir não apenas mais, mas melhores médicos para as necessidades do País<sup>17</sup>.

### A atuação dos médicos cooperados

As pessoas que usam o SUS (usuários), que foram atendidas pelos médicos cubanos, relatam que o PMM aumentou a sua satisfação com a APS e com a capacidade de resposta dos serviços. Muitos usuários adultos declararam que, pela primeira vez na vida, tiveram acesso a uma consulta médica; antes não havia atenção médica regular no município, que só conseguia contratar médicos temporários e que estavam presentes pontualmente. Observou-se, nas narrativas de usuários, a satisfação com a atenção e disponibilidade dos médicos cubanos, a sua sensibilidade, respeito e atenção e tratamento humanizados, características que podem se resumir no conceito de dignidade no cuidado. De forma detalhada, aspectos de capacidade de resposta dos serviços foram evidenciados na organização dos horários, na inclusão da demanda espontânea, nas visitas domiciliares e na diminuição dos tempos de espera até a realização da consulta médica<sup>20</sup>.

Os traços da ‘atenção humanizada’, tão valorizados pelos usuários, são centrais no modelo de atenção que os médicos cooperados trouxeram de Cuba e constituem elemento fundamental da formação e prática médica naquele país. A responsabilidade que esses profissionais têm com vínculo e confiança da população é favorecida pela permanência deles no município para o qual foram designados pelo PMM. O compromisso com a população se expressa tanto na disponibilidade e na relação

médico-paciente com empatia, como na efetiva resolução dos problemas. O cuidado médico é estabelecido por meio de relações horizontais entre usuários e profissionais mais próximas e afetivas; e pelo reconhecimento da pessoa, usuário ou paciente, nos aspectos da empatia no ouvir, olhar, examinar, enfim, cuidar<sup>21</sup>.

Os conselheiros de saúde dos municípios estudados, entendidos como representantes dos atores que operam e atuam no SUS (gestores, profissionais e usuários), também foram entrevistados e trouxeram uma visão muito positiva do PMM, relatando que melhorou a qualidade da APS local. Os conselheiros registraram avanços na saúde da população rural, já que foi incorporada como cenário da APS, ainda que estando isolados ou longe da zona urbana. Com relação à consulta médica, voltaram a relatar as mesmas dimensões que membros de equipes e usuários: amor, atenção, cuidado. Houve apreciação intuitiva dos conselheiros ao informar que houve diminuição da necessidade de consultas de urgência, devido à presença constante dos médicos na UBS<sup>22</sup>. De fato, os doentes crônicos, principalmente os hipertensos e diabéticos, quando bem monitorados e controlados pela APS, deixam de apresentar crises agudas de suas doenças e passam a não precisar mais de internações ou outros procedimentos mais invasivos e onerosos.

Os médicos cubanos do PMM também foram entrevistados e descreveram as atividades realizadas: atendimento da demanda espontânea e programada, visitas domiciliares, atividades educativas, programas de saúde e participação em reuniões regulares para o planejamento das ações com as equipes. A atuação regular de médicos nessa gama de atividades, embora previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), jamais havia ocorrido na maioria dos municípios. Eles dedicam um tempo de consulta maior do que a população estava acostumada e, apesar de terem recebido alguma queixa por parte dos usuários, os médicos justificam que o tempo é necessário para trabalhar com detalhe sobre o usuário e seu contexto. Nas visitas domiciliares, eles



têm um olhar integral ao paciente, à família e ao ambiente, em que observaram a carência prévia de atenção médica nas comunidades. Também observaram com preocupação o grande consumo de medicamentos, especialmente psicofármacos sem o devido controle; conseguiram encaminhar pacientes para acompanhamento com especialistas, quando necessário. Declararam ter tido sucesso ao trabalhar em equipe e manter boas relações com os gestores municipais<sup>23</sup>.

Interessou também ouvir os gestores municipais, tanto Secretários de Saúde quanto coordenadores da APS, que relataram a situação vivenciada nos municípios antes da chegada do PMM. A escassez de médicos levava à barreira no acesso e à falta de continuidade de cuidados, que repercutia na qualidade dos serviços ofertados. Esses gestores apontaram muitas contribuições do PMM para o município; entre elas, a melhoria de indicadores de saúde da APS, como o pré-natal, as visitas domiciliares, diminuição das hospitalizações, melhor acesso à rede e à humanização do cuidado, além da vigilância em saúde. Quanto aos aspectos individuais dos médicos cubanos, emanaram das narrativas dos gestores aspectos também relatados por usuários e membros das equipes: atendimento minucioso, tempo adequado de consulta, melhora na qualidade da consulta médica, realização de exame físico completo, uso racional de medicamentos, respeito e responsabilidade no acompanhamento dos casos, preocupação com os pacientes e com a resolução de problemas e compromisso com o cumprimento da carga horária de trabalho. Por último, destacaram que os médicos cubanos trabalham pela prevenção e promoção da saúde, e não somente atendendo pacientes doentes<sup>24</sup>, um dos pressupostos da APS de qualidade.

A alocação e a permanência de médicos nas UBS nos municípios possibilitaram a realização de ações de prevenção e promoção da saúde e o estabelecimento de vínculo com usuários de comunidades rurais e quilombolas. Os médicos cubanos atuam de forma a garantir o atendimento aos usuários, seja nas UBS ou

em visitas domiciliares, buscando respeitar suas especificidades, em especial, as dimensões culturais. Muitas vezes, esses profissionais aliam a medicina tradicional, presente de forma expressiva nessas comunidades, com o tratamento alopático<sup>25</sup>. Encontrou-se evidência de que médicos cubanos buscam atender às especificidades da população rural e/ou quilombola a partir de estratégias, como: expansão de ações de educação em saúde, planejamento das ações com os demais membros equipe, melhor organização da agenda, buscando contemplar necessidades de moradores que residem em áreas distantes e isoladas, realização frequente de visitas domiciliares, maior continuidade da atenção à saúde, criação de vínculo, com maior presença nos serviços de saúde. Uma das grandes vantagens do atendimento mais cuidadoso e humanizado oferecido pelos médicos cubanos é o fato de os usuários aderirem ao tratamento e frequentarem mais as UBS para acompanhamentos de rotina, evitando complicações de saúde mais sérias e des congestionando os atendimentos de urgência<sup>22,26,27</sup>.

## O impacto do PMM nos indicadores de saúde

Para verificar o possível impacto do PMM nos indicadores de saúde, foi realizada uma avaliação ‘quase-experimental’, antes e depois da implementação do programa nos 1.708 municípios com 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza e em áreas remotas de fronteira. Compararam-se a densidade de médicos, a cobertura da atenção primária e as hospitalizações evitáveis em municípios inscritos (n=1.450) e não inscritos (n=258) no programa. Trata-se de um desenho de estudo robusto para avaliação de impacto, no qual o grupo contrafactual (não inscrito) não é alocado pelo pesquisador, mas, sim, ocorre fortuitamente (neste caso, foi o gestor municipal que não solicitou a inscrição). Os resultados indicaram que, entre os 1.708 municípios estudados, os que tinham um ou mais

médicos por mil habitantes aumentaram de 163 em 2013 para 348 em 2015. A cobertura da atenção primária nos municípios inscritos aumentou de 77,9% em 2012 para 86,3% em 2015; e nos demais ficou estável. As internações evitáveis nos 1.450 municípios inscritos diminuíram de 44,9% em 2012 para 41,2% em 2015, mas permaneceram inalteradas nos 258 municípios controle. Esse foi um dos primeiros estudos fornecendo evidências sobre impacto do PMM na saúde<sup>28</sup>. Esse resultado evidencia que, apesar do pequeno número de médicos cooperados em relação ao total de médicos já disponíveis no País (1,8%) e da maior concentração destes em áreas litorâneas e nas Regiões Sudeste e Sul<sup>29</sup>, de fato, houve uma melhoria na distribuição de profissionais intra e inter-regiões e, especialmente, no acesso de amplos segmentos da população anteriormente excluídos de atendimento médico regular, mesmo nas regiões mais desenvolvidas.

### Síntese das evidências científicas produzidas

Os dados coletados e analisados pelo projeto a respeito do PMM, e aqui reunidos, indicam:

- i. o desenvolvimento da atenção médica do PMM em municípios onde antes não havia médicos;
- ii. melhoria da qualidade e aumento da quantidade de médicos formados no País;
- iii. atuação dos médicos do PMM em áreas rurais, remotas e mais vulneráveis;
- iv. redução de municípios com extrema carência de médicos (menos que 0,1 médico por mil habitantes);
- v. provimento de médico em áreas Quilombolas e em todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI);
- vi. fortalecimento e aumento da cobertura da

APS em todo o território nacional;

- vii. significativa redução de hospitalizações por causas evitáveis;
- viii. criação de vínculo entre médico e paciente, com melhor adesão ao tratamento;
- ix. atendimento médico mais humanizado;
- x. maior satisfação da população e dos gestores com os serviços de saúde.

### Situação atual do PMM para o Brasil

Em 14 de novembro de 2018, foram veiculadas na mídia nacional e internacional notícias sobre a interrupção da cooperação técnica dos governos de Cuba e do Brasil, por meio do PMM. A reação do governo cubano derivou de uma resposta às declarações do presidente eleito sobre sua intenção de modificar os critérios do Termo de Cooperação do Programa, além de suscitar questionamentos acerca da qualificação dos profissionais cubanos que o integram. Nesse cenário, cerca de 8.500 médicos cooperados deixaram o Programa, e o governo brasileiro busca uma solução para não deixar sem assistência à saúde 29 milhões de brasileiros, grande parte residente em locais mais vulneráveis do País, onde esses profissionais faziam parte das equipes de saúde da família. Segundo fontes oficiais, as vagas abertas para contratação de novos profissionais estão sendo preenchidas por médicos brasileiros com CRM, embora ainda haja lacunas, sobretudo em áreas remotas, incluindo DSEI.

### Considerações finais

As contribuições do PMM para a efetivação e consolidação dos princípios e diretrizes constitucionais do SUS são, como descrito neste relato, amplas, perceptíveis e significativas.

Por isso, é fundamental estudar e avaliar os prejuízos e perdas para o sistema de saúde brasileiro com a desvinculação repentina desses médicos das equipes de saúde da família assim como o legado que deixam para o País e para a cultura das práticas da saúde. Ainda que todas as 8.300 vagas sejam rapidamente preenchidas por profissionais nacionais, perguntas são feitas sobre o grau de adesão temporal, permanência e a capacidade resolutive dos novos médicos quanto à população. Essas perguntas para futuras pesquisas se tornam ainda mais importantes por se tratar de áreas econômica e socialmente mais desiguais e vulneráveis do Brasil, para onde, historicamente, os médicos brasileiros têm resistido a ir e a permanecer.

Não se pode esperar nem atribuir ao PMM a solução de todos os problemas e mazelas crônicas e reconhecidas do SUS, porém é indubitável creditar os avanços que o Programa trouxe ao País, especialmente para as populações socialmente excluídas onde houve provimento de profissionais médicos: as periferias das grandes cidades, os municípios pequenos e pobres e aqueles das regiões longínquas e de difícil acesso. É bem verdade que o volume de médicos formados no Brasil vem aumentando – também em virtude do PMM, que atuou no crescimento de escolas e das vagas para formação médica. Igualmente, sabe-se que, apesar do enorme esforço para mudar as diretrizes curriculares para a medicina, aproximando os profissionais formados das reais necessidades da população baseada na saúde coletiva e na APS, ainda prevalecem os valores que orientam, grosso modo, para as especialidades rentáveis. A formação dos médicos no Brasil majoritariamente estimula uma atuação predominante no mercado privado mesmo quando trabalhador do SUS, que busca especialidades mais rentáveis e dependentes de sofisticados insumos tecnológicos e que, com frequência, move-se por interesses mais mercadológicos do que humanitários.

Em seu livro ‘Medicina financeira: a ética estilhada’, o médico Luiz Vianna desenvolve sua tese central de que a medicina atual serve muito mais ao mercado dos planos de saúde e ao capital do complexo médico industrial que aos pacientes, e a partir de histórias e fatos vividos, fundamentados em clássicos do estudo da ética, o autor vai demonstrando as razões que confirmam sua afirmação. Dolorosa tese para um país que vive tamanha desigualdade e guarda esperanças de ver consolidado o direito universal à saúde nos moldes que a Constituição desta nação concebeu.

A presença dos médicos cubanos por aqui, nesses anos, deixou marcas fortes, resultantes de uma cultura médica distinta e necessária ao povo brasileiro. Poderiam ter ficado mais e consolidado o modelo de APS, influenciado irreversivelmente na formação das futuras gerações de médicos e na organização dos serviços. Tomara que os brasileiros, que ingressam agora, assumam também o considerável desafio de mostrar que outro cuidado à saúde é possível, prosseguindo o que foi começado; e que, inspirados na experiência cubana, possam efetivamente avançar para um sistema de saúde resolutivo, universal, integral e equânime.

## Colaboradores

Santos W (0000-0001-5705-936X)\* contribuiu para a concepção e delineamento do estudo, análise dos dados, elaboração de versão preliminar do artigo, redação de significativo conteúdo intelectual e revisão do artigo. Comes Y (0000-0002-7745-6650)\*, Pereira LL (0000-0001-9722-143X)\*, Costa AM (0000-0002-1931-3969)\*, Merchan-Hamann E (0000-0001-6775-9466)\* e Santos LMP (0000-0002-6739-6260)\* contribuíram para a concepção e delineamento do estudo, elaboração de versão preliminar do artigo, redação de significativo conteúdo intelectual e revisão do artigo. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## Referências

1. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, Rio de Janeiro. 2007; 17(1):77-93.
2. Carrapato P, Correia P, Garcia B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Saúde soc.* 2017; 26(3):676-689.
3. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Commun Health*, 2003; 57(4):254-258.
4. Foege WH. Public Health: moving from debt to legacy (1986 presidential address). *Am J Pub Health*, 1987; 77:1276-1278.
5. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulg. Saúde debate.* 2009; (44):13-24.
6. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
7. Scheffer M. Demografia Médica no Brasil: Cenários e indicadores de distribuição [relatório de pesquisa]. São Paulo: CRM-SP; CFM; 2013.
8. Conselho Federal de Medicina. Demografia Médica: Brasil possui médicos ativos com CRM em quantidade suficiente para atender demandas da população [internet]. [2018] [acesso em 2018 nov 28]. Disponível em: [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=27983:2018-11-26-13-05-15&catid=3](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27983:2018-11-26-13-05-15&catid=3).
9. World Health Organization. Global Health Observatory: Density of physicians (total number per 1000 population): Latest available year [internet]. Geneva: WHO; [2018] [acesso em 2018 nov 28]. Disponível: [http://gamapserv.who.int/gho/interactive\\_charts/health\\_workforce/PhysiciansDensity\\_Total/tablet/atlas.html](http://gamapserv.who.int/gho/interactive_charts/health_workforce/PhysiciansDensity_Total/tablet/atlas.html).
10. Brasil. Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 9 Jul 2013.
11. Brasil. Lei nº 12.87, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 23 Out 2013.
12. Pereira LL, Santos LMP, Santos W, et al. Mais Médicos program: provision of medical doctors in rural, remote and socially vulnerable areas of Brazil, 2013-14. *Rural and Remote Health* [internet]. 2016 [acesso em 2018 jan 21]; 16:3616. Disponível em: <https://www.rrh.org.au/journal/article/3616>.
13. Oliveira JPA, Sanchez MN, Santos LMP. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2016 [acesso em 2018 out 30]; 21(9):2719-2727. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2719.pdf>.
14. Oliveira JPA. Análise do provimento de médicos em municípios participantes do Programa Mais Médicos entre 2013 e 2014. [dissertação] [internet]. Brasília, DF: UnB 2016 [acesso em 2018 nov 28]. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/20818>.
15. Comes Y, Trindade JS, Pessoa VM, et al. A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2016 [acesso em 2018 nov 28]; 21(9):2729-38. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2016.v21n9/2729-2738/pt>.
16. Oliveira FP, Santos LMP, Shimizu ER. Programa Mais Médicos e diretrizes curriculares nacionais: avanços e fortalecimento do sistema de saúde. *Trab. educ. saúde*. No prelo 2018.
17. Costa AM, Girardi SN, Rocha VXM, et al. Mais (e melhores) Médicos. *Tempus* (Brasília). 2015; 9(4):175-181.
18. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. O Sistema de Indicadores de Percepção Social. Brasília: IPEA; 2011.

19. Silva HP. O CRM, O Globo Repórter e o Mais Médicos. *Jornal do CRM-PA*, Ano 11, nº 100, jan-mar, p. 11-15, 2014 [acesso em 2018 nov 28]. Disponível em: [http://www.academia.edu/12928996/O\\_CRM\\_O\\_Globo\\_Rep%C3%B3rter\\_e\\_o\\_Mais\\_M%C3%A9dicos](http://www.academia.edu/12928996/O_CRM_O_Globo_Rep%C3%B3rter_e_o_Mais_M%C3%A9dicos).
20. Comes Y, Trindade JS, Shimizu HE, et al. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2016 [acesso em 2018 nov 28]; 21(9):2749-59. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2016.v21n9/2749-2759/pt>.
21. Comes Y, Díaz-Bermúdez XP, Pereira L, et al. Humanismo en la práctica de médicos cooperantes cubanos en Brasil: narrativas de equipos de atención básica. *Rev Panam Salud Pública* [internet]. 2017 [acesso em 2018 nov 28]; (2):1-7. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34585>.
22. Comes Y, Díaz-Bermúdez XP, Shimizu HE, et al. Representaciones sociales sobre el Programa Mais Médicos entre consejeros Municipales de salud de Brasil. *Rev Cuba Salud Publica*. No prelo 2018.
23. Silva HP, Tavares RB, Comes Y, et al. O Projeto Mais Médicos para o Brasil: desafios e contribuições à Atenção Básica na visão dos médicos cooperados. *Interface (Botucatu)* [internet]. 2017 [acesso em 2018 nov 28]; 21(supl1):1257-68. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2017.v21suppl1/1257-1268/pt>.
24. Arruda CAM, Pessoa VM, Barreto ICHC, et al. Percepções de gestores municipais de Saúde sobre o provimento e a atuação dos médicos do Programa Mais Médicos. *Interface Comun Saúde, Educ* [internet]. 2017 [acesso em 2018 nov 28]; 21(supl1):1269-80. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2017.v21suppl1/1269-1280/pt>.
25. Pereira LL, Santos LMP, Pereira H. Projeto Mais Médicos para o Brasil: estudo de caso em Comunidades Quilombolas. *ABPN*, 2015;7:28-51.
26. Pereira LL, Santos LMP. Programa Mais Médicos e Atenção à Saúde em uma comunidade quilombola no Pará. *Argumentum (Vitória)*, 2018; 10:203-219.
27. Pereira LL, Santos LMP. O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e garantia da atenção integral à saúde em áreas rurais na região amazônica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 2017; 21:1181-1192.
28. Santos LMP, Oliveira A, Trindade JS, et al. Implementation research: towards universal health coverage with More Doctors in Brazil. *Bull World Health Org* [internet]. 2017 [acesso em 2018 dez 3]; 95:103-112. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/95/2/16-178236.pdf>.
29. Conselho Federal de Medicina. Mais Médicos: Presença de intercambistas cubanos é maior em municípios mais desenvolvidos e no litoral [internet]. [2018]. [acesso em 2018 nov 29]. Disponível: [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=27984:2018-11-26-13-24-31&catid=3](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27984:2018-11-26-13-24-31&catid=3).

---

Recebido em 19/12/ 2018

Aprovado em 21/01/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Pesquisa financiada pelo CNPq/Decit (Chamada MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit Nº 41/2013)