

ELISANDRÉA SGUARIO KEMPER

**PROGRAMA MAIS MÉDICOS:
Contribuições para o fortalecimento da Atenção Primária à saúde**

BRASÍLIA, 2016

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

ELISANDRÉA SGUÁRIO KEMPER

**PROGRAMA MAIS MÉDICOS:
Contribuições para o fortalecimento da Atenção Primária à saúde**

**Tese apresentada como requisito parcial para
obtenção do título de Doutora em Ciências da
Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.**

**Orientadora: Profa. Dra. Maria Fátima de
Sousa.**

**BRASÍLIA
2016**

ELISANDRÉA SGUÁRIO KEMPER

PROGRAMA MAIS MÉDICOS:

Contribuições para o fortalecimento da Atenção Primária à saúde

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovada em: 15 de dezembro de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa (FS/UnB)
(Presidente)

Profa. Dra. Lilian Marly de Paula (FS/UnB)
(Membro Efetivo)

Profa. Dra. Noêmia Urruth Leão Tavares (FS/UnB)
(Membro Efetivo)

Profa. Dra. Tânia Cristina Moraes Santa Barbara Rehem (FS/UnB)
(Membro Efetivo)

Prof. Dr. Paulo Roberto de Santana (UFPE)
(Membro Efetivo)

Profa. Dra. Ana Valéria Mendonça (FS/UnB)
(Membro Suplente)

Dedico este trabalho aos meus amores: Paulo, Mirela e Enrico!

AGRADECIMENTOS

Aos meus filhos, Mirela e Enrico, por serem a minha inspiração e amor incondicional.

Ao meu marido, Paulo, pelo companheirismo, força, carinho, compreensão e amor.

Aos meus pais, irmãos e sobrinhos, pelo amor e carinho, distantes fisicamente, mas próximos do coração.

À minha avó, que deixou um legado de sabedoria, simplicidade e generosidade a todos da família.

A minha orientadora, professora Doutora Maria Fátima de Sousa. Obrigada pelas orientações acertadas!

Ao Renato Tasca, por acreditar em mim e sempre me ensinar a voar.

Aos meus revisores e apoiadores: Ariel Delgado, Julio Suarez, Jorge Hadad, Erno Harzheim, Glauco Oliveira.

A Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (FS-UnB): pública, gratuita e de qualidade.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) Brasil, pela fonte de conhecimentos.

Ao Sistema Único de Saúde (SUS), por resistir bravamente como maior política social no País.

Aos médicos do Programa Mais Médicos, em especial, os médicos cubanos, pelo compromisso com o direito à saúde dos brasileiros.

RESUMO

Apesar dos avanços conquistados pela Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde no Brasil, ainda persistem desafios com relação a universalização do acesso e a qualidade dos serviços, tendo como um dos fatores a carência de médicos com perfil para trabalhar na Atenção primária e a distribuição desigual. Como proposta de enfrentamento desses problemas, o Governo brasileiro propôs o Programa Mais Médicos, considerado como um conjunto de medidas para avançar no provimento, fixação e formação de médicos e o investimento em infraestrutura das Unidades Básica de Saúde. O objetivo do Programa é fortalecer a Atenção Primária à Saúde e avançar na universalização do acesso as ações e serviços de saúde, com base no direito à saúde. Os sistemas de saúde estão produzindo mudanças no bojo do movimento de renovação da Atenção Primária, visando superar a visão de atenção seletiva e focalizada, para a atenção primária integral prevista na Declaração de Alma-Ata em 1978 e ordenadora da rede de serviços. Da mesma forma para os sistemas de saúde, a nova geração de reformas vem impulsionada pela Cobertura Universal em Saúde, como a mais recente meta para que os países possam alcançar saúde para todos. Nesse contexto se insere este estudo, visando refletir sobre a efetividade do Programa Mais Médicos no fortalecimento Atenção Primária e em que medida o Programa pode contribuir para o Sistema Único de Saúde avançar no alcance da Cobertura Universal. Em que pese as limitações, pelo recente período de implantação, foi possível avaliar como bom desempenho dos serviços de saúde com médicos cubanos do Programa Mais Médicos, apresentando alto grau de orientação à Atenção Primária. A Atenção Primária à Saúde deve ser mantida no centro de debate sobre acesso e Cobertura Universal, por ser a peça fundamental para a estruturação dos sistemas de saúde e o Programa Mais Médicos pode ser um potencializador da Atenção Primária no contexto da Cobertura Universal.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos. Atenção Primária à saúde. Cobertura universal em saúde.

ABSTRACT

Despite the advances made by Primary Care and the Family Health Strategy in the Brazilian Unified Health System, there are still challenges related to the universalization of access and quality of services, one of the factors being the lack of physicians with a profile to work in Primary Care and unequal distribution. As a proposal to address these problems, the Brazilian Government proposed the Mais Médicos Program, considered as a set of measures to advance in the provision, fixation and training of physicians and the investment in infrastructure of the Basic Health Units. Strengthen Primary Health Care and advance the universalization of access to health services and actions, based on the right to health. Health systems are producing changes within the Primary Care renewal movement aiming at overcoming the vision of selective and focused attention for the integral Primary Care provided in Alma Ata and the organization of integrated healthcare delivery. Similarly for health systems, the new generation of reforms is driven by Universal Health Coverage as the latest goal for countries to achieve health for all. In this context, this study is inserted in order to reflect on the effectiveness of the Mais Médicos Program in strengthening Primary Care and to what extent the Program can contribute to the SUS to advance in the reach of Universal Coverage. Despite the limitations, it was possible to evaluate how well the health services performed with Cuban physicians of the Mais Médicos Program, with a high degree of orientation towards Primary Care. Primary Health Care should be kept at the center of debate about access and Universal Coverage, as it is the fundamental piece for the structuring of health systems and the Program Mais Médicos can be a pivotal of Primary Care in the context of Universal Coverage.

Keywords: Mais Médicos Program. Primary health Care; Universal health Coverage.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Escore dos atributos essenciais e derivados que apresentaram variação nos valores com a remoção de itens do instrumento validado	67
Figura 2 –	Resultados do PCATool profissionais de saúde no Programa Mais Médicos nas cidade de Curitiba, Porto Alegre e Rio de Janeiro.	69
Figura 3 –	Distribuição dos itens dos atributos segundo os escores dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos.	71
Figura 4 –	Escores dos itens do atributo acesso na avaliação dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos, Brasil.	75
Figura 5 –	Escores do atributo acesso com instrumento validado e com a exclusão de 4 itens na perspectiva dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos, Brasil.	76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos no Brasil, Brasil	64
Tabela 2 - Quantitativo de médicos segundo classificação do Município, experiência de trabalho na APS e alto escore da APS.	65
Tabela 3 - Valores dos escores dos atributos da Atenção Primária na experiência dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos, Brasil.	66
Tabela 4 - Escores Essencial e Geral da APS dos estudos das cidades de Curitiba, Porto Alegre e Rio de Janeiro publicados e com os médicos do Programa Mais Médicos.	70
Tabela 5 - 10 itens selecionados com os maiores valores médios de escore atribuídos pelos médicos cubanos do Programa Mais Médicos.	72
Tabela 6 - Escore médio (0-10) dos atributos da APS na perspectiva dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos, por região geográfica do Brasil.	77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	-	Atenção Básica
APS	-	Atenção Primária à Saúde
CF	-	Constituição Federal
CNE	-	Conselho Nacional de Educação
CSP	-	Cadernos de Saúde Pública
DCN	-	Diretrizes Curriculares Nacionais
DIU	-	Dispositivo Intrauterino
DSEI	-	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
DUDH	-	Declaração Universal de Direitos Humanos
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
IDH	-	Índice de Desenvolvimento Humano
IPESPE	-	Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas
MEC	-	Ministério da Educação
MFC	-	Medicina de Família e Comunidade
MGI	-	Medicina Geral e Integral
MS	-	Ministério da Saúde
ODM	-	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	-	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
ONU	-	Organização das Nações Unidas
OPAS	-	Organização Pan-Americana da Saúde
PCATool	-	Primary Care Assessment Tool
PMM	-	Programa Mais Médicos
PMMB	-	Projeto Mais Médicos para o Brasil
PNAB	-	Política Nacional de Atenção Básica
PNUD	-	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RAS	-	Redes de Atenção à Saúde
RISS	-	Redes Integradas de Serviços de Saúde
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UBS	-	Unidade Básica de Saúde

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais
UPA - Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	20
2.1 GERAL.....	20
2.2 ESPECÍFICOS.....	20
3 REFERENCIAL TEÓRICO	21
3.1 OS MARCOS PARA O SISTEMA DE SAÚDE.....	21
3.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: SISTEMA PÚBLICO UNIVERSAL PARA GARANTIR O DIREITO À SAÚDE.....	24
3.3 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO A ‘ESPINHA DORSAL’ DO SISTEMA DE SAÚDE.....	28
3.4 O PROGRAMA MAIS MÉDICOS E A COBERTURA UNIVERSAL.....	33
4 MÉTODOS	36
4.1 ARTIGO 1: PROGRAMA MAIS MÉDICOS: PANORAMA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA.....	36
4.2 ARTIGO 2: COBERTURA UNIVERSAL E O PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO BRASIL	38
4.3 ARTIGO 3: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO PROGRAMA MAIS MÉDICOS.....	38
5 RESULTADOS	40
5.1 ARTIGO 1: PROGRAMA MAIS MÉDICOS: PANORAMA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA.....	40
5.2 ARTIGO 2: COBERTURA UNIVERSAL E O PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO BRASIL	52

5.3 ARTIGO 3: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO PROGRAMA MAIS MÉDICOS.....	64
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
REFERÊNCIAS.....	87
ANEXO	98
ANEXO “A” – ARTIGO 1.....	99
APÊNDICES	117
APÊNDICE “A” – ARTIGO 2.....	118
APÊNDICE “B” – ARTIGO 3.....	134

1 INTRODUÇÃO

Esta tese é o resultado de alguns anos de reflexão e de produção de conhecimentos, cuja trajetória foi construída a partir da delimitação do objeto de estudo. Iniciou com o projeto inicial da seleção do doutorado, cujo tema seria sistemas de saúde, buscando analisar comparativamente a conformação do sistema brasileiro, como sistema público universal e de outros países da América Latina, a maioria deles com Seguro Social. Em 2014, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) realizou consulta pública nos países sobre um documento contendo a Estratégia para Cobertura Universal para a Região das Américas, desde então, houve o interesse em abordar o tema Cobertura Universal nesta tese.

Com o intuito de delimitar o objeto de análise, optou-se por abordar o Programa Mais Médicos, analisado como um componente de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), que objetiva apoiar o sistema de saúde brasileiro a avançar rumo a Cobertura Universal em Saúde. Nesse sentido, o PMM está inserido nos marcos que definem o direito à saúde, a saúde como componente para o desenvolvimento humano, tem como objetivo fortalecer a APS no Sistema Único de Saúde (SUS) e, conseqüentemente, pode ser um potencializador para o alcance da Cobertura Universal em Saúde.

O PMM foi criado pela Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013, em resposta a um apelo explícito de apoio solicitado pelos prefeitos e gestores municipais. Prevê um conjunto de medidas estruturadas em três eixos, os quais apresentam três frentes estratégicas: i) mais vagas e novos cursos de Medicina baseados em Diretrizes Curriculares revisadas; ii) investimentos na construção de Unidades Básicas de Saúde (UBS); iii) provimento de médicos brasileiros e estrangeiros em municípios com áreas de vulnerabilidade. A finalidade do PMM é formar recursos humanos na área médica para o SUS e como objetivos principais a diminuição da carencia de médicos em regiões prioritárias, fortalecer os serviços de APS, aprimorar a formação médica no país, dentre outros.

Com base nas regulamentações do PMM é possível afirmar que é um importante investimento para o desenvolvimento da APS no SUS, no sentido de uma APS integral e de qualidade e que pode fortalecer o SUS na consolidação dos seus princípios e diretrizes e contribuir para materializar o direito à saúde. A previsão

constitucional do direito à saúde, por si só, não garante que na prática as pessoas consigam acessar as ações e serviços de saúde, são necessárias políticas de saúde fortes e sustentáveis, que possam superar barreiras que impedem o pleno desenvolvimento do sistema de saúde no marco do direito à saúde.

Diversas convenções internacionais foram criadas e ratificadas pelos países com o intuito de mobilizar os países para assegurar os direitos sociais às pessoas. Em uma das declarações internacionais mais conhecidas, a histórica Declaração Universal de Direitos Humanos (DUDH) de 1948, consta que toda pessoa tem direito a um nível adequado de vida para lhe assegurar e a sua família, saúde e bem-estar. Essa afirmação considera o direito à saúde indissociável do direito à vida e a saúde como um componente fundamental para o desenvolvimento humano¹. Nesse mesmo ano, a Organização Mundial da Saúde (OMS)² sinaliza fortemente que a saúde é um direito e não pode haver distinção de raça, religião, ideologia política ou condição econômica ou social.

Outro marco importante é o papel fundamental que a saúde desempenha no desenvolvimento humano. A associação entre saúde e desenvolvimento tem sido amplamente reconhecida e a saúde cada vez mais pautada na agenda de desenvolvimento. Saúde no marco do desenvolvimento humano faz com que o debate e a formulação de políticas esteja centrado na proteção social em saúde e considere a necessidade de combinação entre desenvolvimento econômico e social, para o êxito das políticas de saúde³.

No Brasil, o direito à saúde foi incorporado à Constituição Federal (CF) de 1988 e para garantir o direito às pessoas foi criado o SUS⁴, optando por um modelo de sistema público, com a integração dos serviços mediante a criação de um sistema único, baseado no direito à saúde, financiado por fontes fiscais e com acesso a serviços públicos de saúde, podendo ser complementado pelos serviços prestados pelo setor privado.

Essa configuração de modelo do sistema de saúde brasileiro é diferente do modelo que predomina na América Latina, o Seguro Social, que possui subsistemas com distintas regras de financiamento, afiliação aos serviços, acesso e prestações, de acordo com o status laboral, social ou capacidade de pagamento. Assim como Brasil, Cuba e Costa Rica também apresentam modelo de sistema integrado, financiado por recursos fiscais e impostos.

O SUS prevê como um dos princípios fundamentais a universalidade, determinando que todo cidadão brasileiro, sem qualquer tipo de discriminação, tem direito ao acesso às ações e serviços de saúde. Isso representou uma conquista democrática, tendo em vista que, antes do SUS, nem todos tinham acesso aos serviços públicos de saúde de forma igualitária, ficando restrito às pessoas com vínculo formal de trabalho ou que estavam vinculadas à Previdência Social.

Apesar dos avanços conquistados com a criação do SUS e da universalidade como um dos princípios do sistema, o SUS enfrentou dificuldades para a sua implementação, considerando a entrada de políticas econômicas de cunho liberal no país, durante o período da sua regulamentação. Somado ao panorama político, a situação da saúde no país era caracterizada pelo aumento da demanda por serviços de saúde, aumento elevado no custo da assistência, incorporação desordenada de equipamentos e tecnologia, medicalização e especialização precoce e a queda real no financiamento⁵.

A maior participação social, no período da redemocratização e o crescimento econômico mais estável⁶ foram fatores que impulsionaram os governos da América Latina a investir mais na área da saúde para atender aos preceitos constitucionais, bem como, para adequar os sistemas de saúde ao novo panorama social. Um importante obstáculo a ser enfrentado são as iniquidades em decorrências das desigualdades sociais entre os países e dentro deles, sendo considerada uma das regiões mais inequitativas do mundo.

No Brasil, o cenário de inequidades regionais e sociais se repete agravado pelas suas dimensões continentais e um quadro sanitário complexo, em consequências das diversidades regionais, socioeconômicas e culturais. Mesmo com o obstáculo das iniquidades a ser superado na Região, as reformas em saúde na América Latina foram ocorrendo, baseadas nos princípios da equidade e da solidariedade e impulsionadas pelos progressos econômicos, os quais trouxeram no bojo o aumento da renda, a redução acentuada da pobreza e a diminuição da desigualdade econômica⁸.

Enquanto os países centravam esforços para a estruturação dos sistemas de saúde, os encontros mundiais de chefes de Estados produziam declarações e relatórios internacionais, os quais se constituíam como referência para os países introduzirem mudanças nos seus sistemas de saúde. A mais simbólica e, sempre atual, foi a Declaração de Alma-Ata de 1978, reforçando que os cuidados primários

de saúde constituem a chave para que a meta da saúde para todos seja atingida, como parte do desenvolvimento e da justiça social⁷.

Nos anos 2000, as resoluções internacionais tratavam do tema da universalização do acesso como foco nas reformas dos sistemas de saúde. As reformas nesse período foram chamadas de terceira geração de reformas^{9,10}, compreendendo uma gama de intervenções e políticas para superar os 'velhos' problemas, como as desigualdades sociais e iniquidades em saúde e garantir que todas as pessoas possam acessar aos serviços de saúde que necessitam, bem como, adequar os serviços às rápidas transições demográficas e epidemiológicas que vem ocorrendo nos países.

Nesse sentido vieram as propostas de Cobertura Universal em Saúde como proposta para reorientar as reformas nos sistemas de saúde, ganhando centralidade na agenda pública global. A OMS define Cobertura Universal como a situação em que as pessoas são capazes de utilizar os serviços de saúde de qualidade de que necessitam sem sofrer danos ao pagar por eles. A expressão traz em si dois conceitos inter-relacionados, um deles as pessoas são capazes de utilizar amplo espectro de serviços de saúde sanitariamente necessários de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e palição; em outro, em vertente mais econômica, o uso da expressão significa a proteção das pessoas em relação a gastos de desembolso direto com serviços de saúde^{11,91}.

O conceito de cobertura universal em saúde abriga três dimensões: i) a população coberta; ii) os serviços prestados; e, iii) a proteção financeira. A primeira dimensão da cobertura universal está constituída pela cobertura populacional que se expressa no percentual da população que está coberta por serviços de saúde. A segunda dimensão refere-se às possibilidades de acesso oportuno a serviços de qualidade sanitariamente necessários. A terceira dimensão diz respeito à proporção da população que é submetida a pagamentos diretos ou dos bolsos nos pontos de atenção à saúde fora, portanto, dos fundos comuns existentes^{11,91}.

As reformas para implementar a Cobertura Universal envolvem mudanças importantes nos sistemas de saúde, exigindo a mobilização de recursos adicionais e a reformulação das estruturas financeiras e organizacionais. São condicionadas pela estrutura dos sistemas de saúde e por fatores econômicos, sociais, políticos e culturais¹⁰. Na América Latina, os caminhos percorridos pelos sistemas de saúde para implementar a Cobertura Universal são o agrupamento do financiamento de

diferentes fontes, integrado a uma rede de serviços para criar um sistema único de saúde, como é o caso do Brasil, Cuba e Costa Rica. A outra via são os subsistemas paralelos de seguros e de prestação de serviços para grupos populacionais distintos, segundo a situação de trabalho, a exemplo da Argentina, Chile, Colômbia, México, Peru, Uruguai e Venezuela¹⁰.

A universalização 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 em saúde da população. Mesmo em países com sistemas universais e garantia constitucional, como é o caso do Brasil, na prática enfrentam dificuldades na concretização do direito à saúde¹³.

No debate sobre Cobertura Universal tem um componente fundamental que tem sido excluído, que é a APS. O fortalecimento da APS deve ser o caminho adotado pelos sistemas de saúde para ampliar o acesso e efetivar o direito à saúde. A APS tem contribuído para aumentar a participação e a inclusão dos cidadãos nas políticas, na maior equidade em saúde, na definição das bases legais para a proteção em saúde e a garantia do direito à saúde e na Cobertura Universal em Saúde¹⁰.

A Declaração de Alma-Ata qualificou a APS como o veículo mais apropriado para alcançar a Saúde para Todos no ano 2000⁷. Difundiu para o mundo uma concepção de Atenção Primária integral, que a considera como parte de um sistema integrado de cuidados em saúde, do desenvolvimento econômico-social de uma sociedade, reduzindo as iniquidades em saúde, promovendo a participação social e contribuindo para garantia do direito a saúde.

Os países tem feito movimentos de renovação da APS, apoiados pelos documentos da OMS^{14,15}, instituindo mudanças nos sistemas para superar os modelos de APS seletiva, ou somente como porta de entrada do sistema, com característica mais organizativa e funcional, com baixa resolutividade e pouca coordenação do cuidado. Observa-se que as mudanças têm sido estruturadas a partir das distintas concepções de APS, além, é claro de fatores econômicos e políticos nos países.

Os problemas que persistem na consolidação da APS nos países em desenvolvimento são semelhantes aos desafios dos sistemas de saúde, que são a segmentação do sistema, a fragmentação dos serviços, os pacotes restritos de

ações e serviços, os programas verticais, a ausência da participação popular, os mecanismos de co-pagamento aos serviços, entre outros problemas que geram inequidades, aumentam a pobreza, são menos custo-efetivos e não produzem respostas às necessidades em saúde.

O SUS tem implementado mudanças na APS apostando principalmente na Estratégia Saúde da Família (ESF), o modelo adotado desde 1994, para superar a visão seletiva e focalizada, para uma APS integral, com qualidade e resolutiva. Evidências científicas demonstram que a ESF tem se mostrado efetiva, eficiente e equitativa, superior as formas tradicionais de prestação de cuidados primários em saúde^{16,17,18,19,20,21}.

Ainda assim, a ESF apresenta desafios e um deles é a cobertura universal, tendo em vista que atualmente cobre nominalmente pouco mais de 60% da população e com uma proporção que pode ser considerada alta para garantir a qualidade dos serviços, que é a média de três mil pessoas cobertas por uma equipe de saúde da família²². Uma das barreiras para expansão da ESF é a carência de profissionais médicos qualificados para trabalhar nas equipes e a cobertura limitada da ESF proporciona falta de acesso aos serviços de APS e a persistência de iniquidades no acesso e na utilização dos serviços.

A falta de acesso à atenção primária abrangente em saúde atingia grande parte da população brasileira de regiões longínquas, de difícil acesso e nas periferias das grandes cidades. Nestas situações, as equipes de saúde da família eram compostas por enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde e não contavam com a participação do profissional médico, tornando-se consideravelmente limitadas no seu trabalho de promover atenção integral à saúde⁶⁶.

A participação dos profissionais médicos nas equipes de saúde da família fortalece e expande a capacidade de intervenção, especialmente na perspectiva da adoção de um modelo de atenção que englobe as diferentes demandas de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento, priorizados para o território, assim como a realização de diagnósticos e tratamento executados de forma integrada.

A universalização do direito à saúde, consagrada pela CF de 1988, é uma conquista da população, oriunda de uma mobilização conhecida como Movimento da Reforma Sanitária. O SUS, em sua concepção pelo movimento sanitário e em sua

instituição constitucional, foi concebido como um sistema público universal, contudo, ao longo do tempo, o objetivo da universalização foi dando lugar a uma segmentação crescente do sistema de saúde brasileiro¹¹. Nesse sentido, o PMM vem para tentar resolver uma dos empecilhos para a universalização do SUS, que é a carência de profissionais médicos, aliado a má distribuição e a formação dos profissionais compatíveis às necessidades de saúde da população.

O PMM pode ser considerado como uma estratégia recente, em relação ao tempo de execução, de grandes dimensões e complexidade, em termos de logística, custo, da real necessidade de incorporação de médicos nas equipes de APS e presença dessas equipes em comunidades vulneráveis, das polêmicas em torno da sua implementação e dos questionamentos com relação à sustentabilidade e se as escolhas foram acertadas. Nesse sentido cabe analisá-lo criticamente sob a perspectiva do seu objetivo principal, de fortalecer a APS no SUS e em que medida as ações e estratégias propostas contribuem para a universalização do acesso e da cobertura em saúde.

Esta tese está constituída por três estudos, os quais estão sob o formato de artigos científicos, um que apresenta uma revisão bibliográfica sobre o PMM, fazendo uma análise críticas dos principais resultados dos estudos que foram publicados entre janeiro de 2014 e março de 2016. Este estudo está publicado na Revista Ciência e Saúde Coletiva, edição especial sobre o Programa Mais Médicos.

Outro artigo que será submetido à publicação traz uma reflexão teórica sobre o PMM no contexto da Cobertura Universal em saúde, analisando a potencialidade do Programa em contribuir para que o SUS alcance a cobertura universal em saúde por meio do fortalecimento da APS. Por fim, o terceiro artigo é o resultado de um estudo de avaliação da qualidade dos serviços de APS em que estão inseridos os médicos cubanos do eixo provimento emergencial do PMM.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Realizar uma análise crítica do Programa Mais Médicos (PMM) como uma estratégia de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), identificando em que medida o Programa contribui para o Sistema Único de Saúde (SUS) avançar no alcance da Cobertura Universal.

2.2 ESPECÍFICOS

- Mapear e dimensionar a produção científica do Programa Mais Médicos sistematizando e analisando criticamente os resultados.
- Fazer reflexão teórica sobre a contribuição do Programa Mais Médicos para avançar na Cobertura Universal em saúde.
- Avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde nos serviços em que estão inseridos os médicos cubanos do Programa Mais Médicos, medindo a presença e a extensão dos atributos essenciais (acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e derivados (orientação familiar e orientação comunitária) da APS.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico deste estudo está estruturado a partir da hipótese que o Programa Mais Médicos é um elemento fundamental para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no SUS e contribui para que o sistema de saúde brasileiro avance em direção à Cobertura Universal. O intuito dessa estruturação é trazer elementos para confrontar essa hipótese e problematizá-la a partir dos fundamentos teóricos apresentados.

Dessa forma, o referencial foi organizado nas seguintes seções: 1) marcos para o Sistema de Saúde; 2) SUS: Sistema Público universal para garantir o direito à saúde; 3) Atenção Primária à Saúde como a 'espinha dorsal' do Sistema de Saúde; 4) Programa Mais Médicos e Cobertura Universal.

3.1 OS MARCOS PARA O SISTEMA DE SAÚDE

Em uma das declarações internacionais mais conhecidas, a histórica Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948, consta em seu 25º artigo que toda pessoa tem direito a um nível adequado de vida para lhe assegurar e a sua família, saúde e bem-estar. Essa afirmação considera o direito à saúde indissociável do direito à vida e a saúde como um componente fundamental para o desenvolvimento humano¹.

Nesse mesmo ano, foi fundada a Organização Mundial da Saúde (OMS), a agência especializada das Nações Unidas (ONU), destinada às questões relativas à saúde, com o objetivo de apoiar os países para garantir o mais alto nível de saúde aos povos. Na sua Constituição a OMS traz o conceito ampliado de saúde, entendido como um estado completo de bem-estar psicológico, físico, mental e social e reitera o valor da saúde como um direito humano, sinalizando fortemente que a saúde é um direito e não pode haver distinção de raça, religião, ideologia política ou condição econômica ou social².

A partir dessas duas referências foram sendo consagrados outros instrumentos, também bastante relevantes, com base na concepção da saúde como um direito. Esse conjunto de tratados, convenções ou declarações internacionais foram fundamentais para estimular os países a incluir o direito à saúde nas suas

constituições nacionais, estabelecendo, dessa forma, um compromisso entre os governos e seus cidadãos no cumprimento desse dever.

Outro aspecto importante para a saúde, que reforça a necessidade dela ser vista como um direito pelas nações e esse direito ser reivindicado pela população, é o papel importante que desempenha no desenvolvimento humano. A associação entre saúde e desenvolvimento tem sido amplamente reconhecida e a saúde cada vez mais pautada na agenda de desenvolvimento, considerando que os benefícios das políticas de saúde extrapolam o setor, com impactos sentidos em áreas como emprego, renda, pobreza, desigualdade, entre outras. A saúde no marco do desenvolvimento humano faz com que o debate e a formulação de políticas esteja centrado na proteção social em saúde e considere a necessidade de combinação entre desenvolvimento econômico e social para o êxito das políticas de saúde^{3,24}.

O conceito de desenvolvimento humano é centrado na ampliação das oportunidades, das capacidades e do bem-estar das pessoas. A renda passa a ser apenas um dos aspectos do desenvolvimento e não o fim. Na perspectiva da saúde como um requisito para o desenvolvimento humano, o Programa das Nações Unidas (PNUD) introduziu na década de 1990 o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) para estimar o nível de desenvolvimento dos países, considerando que o processo de desenvolvimento é multidimensional, envolvendo não só a dimensão econômica, mas também as características sociais, culturais e políticas que influenciam a qualidade de vida. Isso reforça que a saúde é fator decisivo para o bem-estar das pessoas, famílias e comunidades e isso pode ser conquistado com a consolidação do direito à saúde²⁵.

No ano 2000, 189 nações firmaram um compromisso para combater a extrema pobreza e outros problemas sociais, o qual se tornou um pacto, com metas a serem atingidas pelos países até 2015, sob a denominação de Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Dentre os oito ODM, três deles estavam diretamente relacionados à saúde, refletindo, portanto, a ênfase na saúde e desenvolvimento. Passado o prazo para o alcance dos ODM vieram os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), compondo uma agenda global de desenvolvimento para 2030, em que, novamente a saúde ganhou destaque, dessa vez ampliando as metas dos ODM, incluindo, inclusive, o alcance da Cobertura Universal dentro do ODS 3 (Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades²⁵).

Com foco no progresso multidimensional, os países tem debatido cada vez mais a necessidade de gerar sistemas que contemplem as dimensões do bem-estar e a construção de políticas intersetoriais e universais para dar respostas aos problemas multidimensionais do desenvolvimento. Baseado nas fortes evidências da associação entre saúde e desenvolvimento e de que os ‘modernos’ sistemas de saúde são resultado da complexa interação de processos econômicos, políticos e social²⁴, a saúde tem sido amplamente incorporada na agenda de desenvolvimento no Brasil, em especial a partir da década de 2000, quando iniciou no país a busca por uma trajetória de desenvolvimento que articula as dimensões sociais e econômicas³.

Nesse sentido, podemos constatar que as convenções internacionais foram determinantes para estimular os países a criar instrumentos jurídicos para assegurar o direito à saúde nas constituições nacionais. Na América Latina, o auge do movimento da institucionalização da saúde foi na década de 1980, sendo incorporado o direito à saúde à constituição de 19 países e outros cinco incluíram a proteção social à saúde, como um princípio básico do sistema. Na Colômbia e na Costa Rica, por exemplo, está previsto o direito à vida, o qual vem sendo cumprido nesses países por meio de processos judiciais^{11,26}.

O movimento de reformas estruturais nos sistemas de saúde para implementar o direito à saúde foi bastante impulsionado pela sociedade civil, por meio dos movimentos sociais no período da redemocratização dos países, reivindicando por reformas no sistema de saúde. No Brasil, o direito à saúde e a criação de um sistema único de saúde para o país foi uma conquista do Movimento da Reforma Sanitária, que juntou atores importantes para mobilizar a sociedade e reivindicar esse direito. Essas reformas têm resultados, em um primeiro momento, em denúncia sistemática de discriminação a populações marginalizadas e em investimento para promover a equidade e a melhoria da qualidade dos serviços²⁶.

Os instrumentos jurídicos, por si só, não se traduzem automaticamente em ações e políticas de proteção às pessoas. Mesmo os países que têm o direito à saúde constitucionalmente consagrado e, assinaram os tratados internacionais de direitos humanos, enfrentam dificuldades para realizar as transformações necessárias nos sistemas de saúde²⁷. Porém, essa dificuldade em materializar o direito à saúde e o fato de poucos países terem avançado nos sistemas de saúde sem a previsão dos marcos constitucionais, não minimiza a importância desses

instrumentos para legitimar os estados a desenvolver políticas de saúde e para o compromisso com a população.

Constata-se que implementar o direito à saúde exige esforços conjuntos nos âmbitos econômico e social, urge a necessidade de criar mecanismos de proteção social fortes e sustentáveis, que possam superar desafios como a desigualdade, o aumento da pobreza e das doenças, as transições epidemiológicas e demográficas e considerar a saúde como um bem público e não uma mercadoria. São inúmeros desafios, os quais não serão superados com os marcos da saúde trazidos aqui, porém, servem para embasar a formulação de políticas e a reestruturação dos sistemas de saúde, tendo em vista que os problemas mudam, porém os marcos podem ser permanentes e, sobretudo, são legítimos.

3.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: SISTEMA PÚBLICO UNIVERSAL PARA GARANTIR O DIREITO À SAÚDE

Fundamentado nas estruturas jurídicas ampliadas como o direito à saúde, a maior participação social e o crescimento econômico mais estável registrado no período da redemocratização dos países da América Latina, os governos passaram a investir mais na área da saúde para atender aos preceitos constitucionais e demandas da sociedade, bem como, para adequar os sistemas de saúde ao novo panorama social. Um importante obstáculo a ser enfrentado com as reformas são as iniquidades em decorrências das desigualdades sociais entre os países e dentro deles²⁷.

Na área da saúde a desigualdade pode ser sentida no acesso e na utilização dos serviços, aonde se registra que pessoas ricas tendem a utilizar mais os serviços que as pobres e isso é inversamente proporcional a probabilidade de adoecer²⁷. Fatores climáticos e ambientais, a urbanização acelerada, as epidemias não controladas e as condições ligadas à transição demográfica e epidemiológica, fazem com que as populações permaneçam expostas a situações de risco, com alguns grupos populacionais estando mais expostos e mais vulneráveis, com menor probabilidade de desfrutar o direito à saúde.

No Brasil, o cenário de inequidades regionais e sociais se repete agravado pelas suas dimensões continentais e um quadro sanitário complexo, em consequências das diversidades regionais, socioeconômicas e culturais. Tivemos

avanços em termos de desenvolvimento humano, saímos do patamar muito baixo do IDH (0,493) em 1991 para alto grau de desenvolvimento (0,727) em 2010. O indicador de longevidade, que retrata uma vida longa como *proxi* de boa saúde, atingiu o grau de desenvolvimento muito alto (0,816). Porém, continuamos com inequidade no acesso e na utilização dos serviços, sendo que a utilização permanece concentrada na população mais rica. Tivemos, por exemplo, cerca de 20 milhões de pessoas em 2013 que subutilizaram o sistema de saúde^{28,29,29}.

Mesmo com o obstáculo das iniquidades a serem superadas na Região, as reformas em saúde na América Latina foram ocorrendo, baseadas nos princípios da equidade e da solidariedade e impulsionadas pelos progressos econômicos, os quais trouxeram no bojo o aumento da renda, a redução da pobreza e a diminuição da desigualdade econômica. Com uma classe média em ascensão e as pessoas mais empoderadas, aumentam as exigências por maiores investimentos na área social^{8,27}.

Buscando compreender mais sobre as reformas nos sistemas de saúde, cabe fazer um parêntese sobre o que são sistemas de saúde, para que servem e os fatores que condicionam a sua conformação. Os sistemas de saúde se configuram como sistemas sociais e instrumentos do Estado para viabilizar o direito à saúde. Engloba um conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais, responsáveis pela condução de processos relativos à saúde da população. Possuem três objetivos fundamentais, que são melhorar a saúde da população, atender as necessidades e expectativas em saúde e proteger as pessoas de eventuais danos financeiros decorrentes das enfermidades. O bom funcionamento dos sistemas de saúde melhora as condições de saúde, traz proteção social, responde as necessidades legítimas dos cidadãos e contribui para o crescimento econômico dos países^{10,31,32}.

Os tipos de reformas nos sistemas de saúde são condicionados à conformação dos sistemas existentes, quanto à estrutura, as formas de financiamento, o tipo e o alcance da regulação do setor privado e a relação entre os setores públicos e privados. É necessário considerar que tanto os componentes do sistema, quanto a sua dinâmica, estão relacionados com características históricas, econômicas, políticas e culturais de cada país. A coesão social pode ser um fator contribuinte para a aceitação das reformas em saúde, especialmente quando as

políticas que são decorrentes visam solucionar ou minimizar problemas sociais que geram frustração e sentimento de desproteção para os indivíduos⁸.

Há essencialmente dois grandes modelos públicos de organização de sistemas de saúde no mundo, surgidos nos últimos 150 anos: os Sistemas Nacionais de Saúde, geralmente financiados por impostos gerais e cobrindo toda a população com prestação pública direta de serviços (Modelo *Beveridgiano*) e o modelo de Seguro de Saúde, normalmente organizados para a população trabalhadora, segmentados de acordo com a participação no mercado de trabalho e, geralmente financiada por impostos sobre a folha de salários (Modelo *Bismarckiano*). As diferenças entre esses modelos se baseiam no financiamento, na definição dos benefícios, nas formas de organização da provisão de serviços, as formas de pagamento aos provedores e as formas de gestão do risco financeiro e atuarial⁸.

Os modelos clássicos europeus de Seguro Social *Bismarckiano*, com base em cotizações sociais obrigatórias de empregados e empregadores e o modelo *Beveridgiano* de serviço nacional de saúde, com acesso universal em base a cidadania e financiado com recursos fiscais influenciaram as políticas de saúde da Região da América Latina, mas não foram plenamente implementados³³.

A maioria dos países da Região da América Latina tem mantido o sistema de Seguro de Saúde com dois modelos de prestação de serviços: um para as pessoas empregadas no setor formal e outro, proporcionado pelo Ministério da Saúde, para as pessoas sem vínculo formal de trabalho ou consideradas pobres. A presença de subsistemas, com distintas regras de financiamento, afiliação aos serviços, acesso e prestações, de acordo com o status laboral, social ou capacidade de pagamento, representa uma importante segmentação da proteção social em saúde³³.

Poucos países da América Latina adotaram o caminho da integração dos serviços mediante a criação de sistema único, são exemplos de países que fizeram a integração das contribuições obrigatórias, seja pela tributação sobre a folha de pagamento e ou pelas receitas gerais Cuba, Costa Rica e Brasil²⁷.

Nas décadas de 1980 e 1990, as reformas nos sistemas de saúde foram no sentido de materializar o direito à saúde previsto nas constituições da maioria dos países e tentar minimizar a fragmentação dos serviços, caracterizada pelos diferentes modelos de prestação. No Brasil, em 1988, realizou-se uma reforma publicista, com um sistema público, baseado no direito à saúde, financiado por

fontes fiscais, com acesso irrestrito a serviços públicos de saúde, podendo ser complementado pelos serviços prestados pelo setor privado³⁴.

O Brasil seguiu com a regulamentação do SUS, promulgou as leis orgânicas 8.080 e 8.142 em 1990, as quais tratavam das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde³⁵. Na prática, a implementação dos princípios e das diretrizes constitucionais e a busca por medidas que pudessem superar as barreiras à universalização seguiram acompanhando o desenvolvimento do SUS.

Os países da América Latina continuaram implementando mudanças, trazendo novos incrementos às políticas públicas, visando aumentar a eficiência e melhorar a saúde da população. Além de tentar superar a fragmentação, as reformas nos sistemas de saúde envolveram mudanças políticas para melhorar os incentivos e a estrutura de governança, com o objetivo de ampliar o acesso à assistência de saúde, especialmente entre as pessoas de baixa renda. Desde a perspectiva do financiamento, as reformas foram no sentido de minimizar os gastos diretos das famílias com despesas de saúde²⁷.

Do ponto de vista do financiamento, pode-se constatar que a cobertura em Saúde na América Sul é fortemente privatizada. Na maioria dos países, a participação dos gastos públicos no total dos gastos em saúde não alcança 60%. Observa-se também aumento da participação pública nos gastos em saúde no período de 2000 a 2010, sinalizando uma tendência de melhora na cobertura pública em Região³³.

As reformas dos sistemas de saúde das últimas décadas, chamadas de terceira geração de reformas^{9,10}, prevêm uma série de mudanças nos sistemas para superar os problemas como as desigualdades e iniquidades em saúde e garantir que todas as pessoas possam acessar aos serviços de saúde que necessitam, bem como, adequar os serviços às rápidas transições demográficas e epidemiológicas que vem ocorrendo nos países.

As mudanças demográficas e epidemiológicas estão gerando pressões nos sistemas de saúde, obrigando os países a adequar os modelos de atenção predominantes, antes previstos para enfrentar principalmente as doenças agudas e episódicas e agora tendo que lidar com a tripla carga de doenças³⁶, constituída pelas

doenças infecciosas ainda presentes, as causas externas e as doenças crônicas. As transições demográficas e epidemiológicas têm afetado o desempenho dos sistemas de saúde.

O Brasil tem enfrentado desafios no sistema de saúde para responder as transições, como o aumento da população idosa e as demandas crescentes de um envelhecimento saudável, potencializado pela sobreposição de agendas, expressão de uma transição epidemiológica prolongada, com a persistência das doenças transmissíveis, o crescimento dos fatores de risco para as doenças crônicas e a enorme pressão das causas externas. Adicionalmente, o país apresenta fases distintas dessa transição, com polarização entre diferentes áreas geográficas e grupos sociais, ampliando as contradições no território³⁷.

Portanto, quando se fala de terceira geração de sistemas de saúde, deve-se ter em mente o complexo contexto que desafia as reformas nos sistemas, os quais pressionam as agendas de saúde dos países, demandam transformações nas respostas sociais, expressas pela forma como o sistema de saúde se organiza para ofertar serviços, impondo uma transição também na atenção à saúde.

Para avançar nas respostas há que considerar os marcos já estabelecidos da saúde como um direito e um componente para o desenvolvimento humano e uma estratégia, que foi declarada há quase 40 anos como a melhor solução para trazer 'saúde para todos no ano 2000'³⁸ e que, até hoje, nenhuma evidência foi produzida a respeito do seu fracasso, se implementada da forma mais ampla, com todos os atributos necessários, que é a Atenção Primária à Saúde.

3.3 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO A 'ESPINHA DORSAL' DO SISTEMA DE SAÚDE

A expressão Atenção Primária como espinha dorsal do sistema de saúde foi utilizada no artigo de opinião da revista *Lancet*, intitulado '*No universal health coverage without primary health care*' (não há cobertura universal em saúde sem Atenção Primária à Saúde – tradução livre da autora). O artigo faz um alerta de que a APS tem sido negligenciada no debate sobre Cobertura Universal e que, só com uma APS forte e robusta é possível alcançar a Cobertura Universal³⁹.

Nos últimos anos a Cobertura Universal tem sido debatida como uma possível resposta para orientar as reformas nos sistemas de saúde para superar desafios que ainda persistem com relação às barreiras de acesso aos serviços, as iniquidades e os danos financeiros causados em decorrência da utilização dos serviços.

Mesmo considerado como um horizonte móvel, para avançar em direção a Cobertura Universal os sistemas de saúde devem se movimentar no sentido de universalizar o acesso e tornar as respostas mais efetivas por meio de ações e serviços de saúde, amparados por um sistema de financiamento que não permita danos financeiros mediante o exercício do direito à saúde. Nesse sentido as principais medidas que tem sido adotada pelos países e podem ser unificadas em três dimensões: a população coberta, os serviços prestados e o financiamento¹¹.

As estratégias nos países para incorporar a Cobertura Universal são condicionadas pela estrutura dos sistemas de saúde e por fatores econômicos, sociais, políticos e culturais. Em geral, têm sido voltadas para a diminuição da pobreza e das desigualdades, à ampliação do acesso e a redução das iniquidades em saúde. As reformas para implementar a Cobertura Universal envolvem mudanças importantes nos sistemas de saúde, exigindo a mobilização de recursos adicionais e a reformulação das estruturas financeiras e organizacionais¹².

A previsão constitucional do direito à saúde tem se mostrado relevante para demonstrar a sincronia entre a sociedade e os governantes e o compromisso político do país, porém, por si só não se materializa em ações e serviços de saúde para as pessoas¹².

Os obstáculos à Cobertura Universal em Saúde são as desigualdades socioeconômicas, as debilidades na conformação dos sistemas de saúde, como a fragmentação da organização e prestação de serviços, a segmentação do financiamento e a falta de regulação do setor privado. Ampliar o financiamento e acabar com os gastos privados, que seguem altos, sobretudo os gastos com desembolso direto. Por fim, os serviços de saúde devem ter os seus modelos de atenção voltados para as novas situações epidemiológicas e demográficas, as transições da sociedade, exemplo da urbanização acelerada, que cria aglomerados urbanos e deixa populações rurais e em regiões de difícil acesso excluídas¹⁰.

Quando se trata do componente de serviços de saúde, a discussão deve estar centrada em um marco mais abrangente e a APS representa esse marco para a garantia da efetividade do sistema de saúde, melhorando os resultados, reduzindo

os custos e promovendo a equidade. O fortalecimento da APS não pode ser visto somente como um dos caminhos para alcançar a Cobertura Universal, mas sim, vista como o caminho para ampliar o acesso e efetivar o direito à saúde. Observa-se que a APS têm contribuído para aumentar a participação e a inclusão dos cidadãos nas políticas, na maior equidade em saúde, na definição das bases legais para a proteção em saúde e a garantia do direito à saúde e na Cobertura Universal em Saúde^{9,39}.

A Declaração de Alma-Ata já previu há quase 40 anos que a APS seria o caminho mais apropriado para alcançar a meta de saúde para todos e difundiu para o mundo que a concepção de APS para alcançar essa meta é de um nível de atenção que faz parte de um sistema integrado, engloba serviços e cuidados integrais em saúde, contribuindo para o desenvolvimento da sociedade e para efetivar o direito à saúde^{7,13,38}.

Com suporte científico das evidências é possível afirmar que países que possuem sistemas de saúde organizados a partir da APS apresentam melhores resultados, traduzidos em menores custos da assistência, melhores níveis de saúde, maior satisfação dos usuários e diminuição das desigualdades sociais^{13,16}.

Mesmo com os esforços dos países, ainda assim, não conseguimos alcançar a universalização da saúde, tampouco da APS. A explicação possível é a APS não ter sido conduzida como deveria, sendo implementada na sua versão seletiva, principalmente nos países em desenvolvimento, passando a designar um pacote de intervenções de baixo custo, para o controle de determinados agravos e não integral, com baixa extensão dos atributos essenciais (acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade) da APS³⁶.

A APS na América Latina foi marcada por modelos seletivos e focalizados, que se propunham a implementação de pacotes mínimos de serviços de saúde, dirigidos a grupos populacionais marginalizados. No Brasil, a APS seletiva se tornou hegemônica nos anos 1980⁴⁰.

Na década de 1990 os modelos de APS na América Latina foram se desenvolvendo em direção à APS integral, a abordagem biopsicossocial estava se expandindo e conseguimos um avanço no acesso aos serviços, mas não suficiente para a universalização e efetivação do direito à saúde^{9,10}.

A partir dos anos 2000, com as mudanças políticas e o desenvolvimento de alguns países, fruto da redemocratização e de governos mais comprometidos com a

justiça social, observou-se maior avanço no desenvolvimento da APS. Porém as debilidades que persistiam nos sistemas, somado a novos desafios das transições demográficas e epidemiológicas, o desenvolvimento de novas tecnologias e práticas em saúde, os efeitos da globalização sobre os sistemas de saúde, as preocupações em abordar os determinantes de saúde, podem ser considerados como a síntese das razões para desencadear um movimento chamado de renovação da APS.

Os marcos contemporâneos mais emblemáticos desse movimento foram os documentos Renovação da Atenção Primária à Saúde nas Américas: documento de posição da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em 2007 e Atenção Primária à Saúde: Mais Necessária que Nunca, publicado pela OMS em 2008. Esses documentos se constituíram como referenciais para os países e reforçaram a necessidade de implantar sistemas de saúde baseados em uma APS forte e de qualidade^{14,15}.

Dentre as estratégias para a renovação da APS está um importante componente para a estruturação dos sistemas de saúde, que são as Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Brasil ou Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) nos outros países da América Latina. A APS é o elemento central das redes de atenção, uma vez que amplia o acesso e coordena e articula a estruturação dos serviços com base nas necessidades identificadas no primeiro nível, tornando os sistemas mais efetivos e eficientes.

A APS pode ser definida como um conjunto de valores: direito ao mais alto nível de saúde; solidariedade; equidade. Um conjunto de princípios como responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersetorialidade, participação social, entre outros. E também como um conjunto indissociável de elementos estruturantes da rede de serviços, considerados como atributos da APS: acesso de primeiro contato; integralidade; longitudinalidade; coordenação; orientação familiar e comunitária e competência cultural⁴³.

Evidências robustas demonstram a associação entre sistemas de saúde fortemente centrados na APS e o aumento da efetividade, afirmando o alto poder da Atenção Primária na redução das desigualdades em saúde, na maior eficiência do cuidado, na coordenação do fluxo dos usuários no sistema, na satisfação dos usuários, na maior utilização de práticas preventivas, reforçando o papel da APS como uma importante estratégia para o enfrentamento dos problemas de saúde, prevenindo mortes e doenças^{44,45,46,47,48,49}.

Os esforços dos países no sentido de fortalecer os sistemas de saúde adotando acesso e cobertura universal em saúde, com o intuito de melhorar as condições de vida e o acesso aos serviços de saúde para grupos vulneráveis são potencializados se estiverem baseados em uma APS de qualidade, o que significa acesso oportuno aos bens e serviços de saúde a todas as pessoas, sem distinção e conforme as necessidades em saúde. Significa acesso coordenado a cuidados integrais de saúde⁹.

No Brasil, o fortalecimento da APS tem sido um processo gradativo, com a ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF) que é a forma brasileira de organizar a Atenção Primária. A ESF está baseada nos princípios do SUS e apoiada nos atributos da APS, como acesso, integralidade, coordenação do cuidado, longitudinalidade, orientação familiar e comunitária e competência cultural⁴³. Em 20 anos, a ESF ampliou a cobertura de 5% para 60% e com isso, trouxe impactos positivos na saúde da população e para o sistema de saúde²².

Evidências científicas apontam que a ESF tem se mostrado efetiva, eficiente, equitativa e superior às formas tradicionais de prestação de cuidados primários em saúde^{50,51,52,53}. É possível afirmar que a ESF tem sido uma experiência bem sucedida, porém, precisa superar alguns problemas que impedem o seu desenvolvimento³⁶. Precisa radicalizar na busca dos atributos da APS⁴³ e efetivar o seu papel central nas redes de atenção, como coordenadora do cuidado e na reorientação dos serviços entre os níveis de atenção.

As diferentes formas de organização local da ESF são determinantes para garantir a presença dos atributos da APS e, conseqüentemente, para constituir sólidas, efetivas e eficientes redes integradas de atenção à saúde no Brasil. Alguns desafios importantes para a APS são a fixação de profissionais qualificados nas equipes de Saúde da Família, o grau de efetividade clínica das equipes frente aos problemas de saúde mais frequentes e a prática efetiva da coordenação do cuidado individual com garantia da integralidade⁴³.

A expansão da cobertura populacional é fator determinante para a ampliação do acesso e um dos desafios da ESF. Atualmente com mais de 40 mil equipes de Saúde da Família implantadas e cobertura nominal próxima a 130 milhões de pessoas, o que significa pouco mais de 60% da população brasileira²², não tem uma cobertura universal e questiona-se a possibilidade de alcançar acesso efetivo aos

serviços com a atual configuração de uma equipe de Saúde da Família responsável por três mil pessoas em média.

O provimento e a qualificação dos profissionais da Saúde da Família, em especial os médicos, também é outro entrave para a estruturação da APS no SUS. A quantidade de médicos por habitante no Brasil é baixa, se comparada a países que oferecem sistemas universais de saúde e a distribuição dos médicos pelo território nacional é desigual, em relação às regiões do país^{54,61}.

Outro importante desafio é a permanência do *mix* de modelos de atenção nos serviços, que cria segmentação entre a população coberta pela ESF e pelos modelos ditos 'tradicionais' de prestação dos serviços, que não se organizam com base territorial, orientação comunitária e familiar, a conformação das equipes é distintas, dentro outros aspectos. A diferença entre a qualidade e a efetividade desses dois modelos já foi amplamente avaliada por estudos científicos, os quais comprovam que a Saúde da Família é superior^{48,49,50,51,52,53}.

3.4 O PROGRAMA MAIS MÉDICOS E A COBERTURA UNIVERSAL

Apesar da importante expansão da ESF nos últimos anos, a capacidade de formação de médicos não acompanhou a mesma velocidade, assim como não se desenvolveram tecnologias suficientes para o planejamento adequado de recursos humanos em saúde. A escassez de profissionais com perfil adequado para o cuidado integral, aliada à insuficiência e a má distribuição é uma das principais barreiras para a universalização do acesso em saúde, sendo necessárias medidas que fortaleçam as habilidades e as competências e a distribuição equitativa dos profissionais nos serviços^{55,55,56}.

A falta de médicos nos serviços também contribui para a baixa valorização da APS, fazendo com que os usuários procurem respostas às suas demandas em serviços de pronto-atendimento, os quais são focados no atendimento por queixa-conduta e também se constitui como uma das principais razões para a adesão a um plano de saúde suplementar⁷².

Nesse contexto é lançado o Programa Mais Médicos no Brasil, instituído pela Lei n.º 12871, de 22 de outubro de 2013, como resposta do Governo Federal ao apelo explícito de apoio solicitado pelos prefeitos e gestores municipais para enfrentar a carência de médicos com perfil para trabalhar na APS no SUS²³.

O Programa Mais Médicos é parte de um amplo esforço do Governo Federal, com apoio de estados e municípios, para a melhoria do atendimento aos usuários do SUS. Além de levar mais médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais, o programa prevê, ainda, mais investimentos para construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de novas vagas de graduação, e residência médica para qualificar a formação desses profissionais. Dessa forma, engloba diferentes medidas concentradas em três eixos, um que trata do recrutamento e alocação de médicos para as equipes de APS no SUS, outro de mudanças na formação de médicos e um terceiro eixo que trata de investimento em infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS)²³.

O eixo provimento emergencial chegou a recrutar e alocar mais de 18 mil médicos na APS, em 4258 municípios, representando 73% das cidades brasileiras e em todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Os médicos do PMM são brasileiros formados no Brasil ou no exterior e médicos estrangeiros, oriundos de mais de 40 países, a maioria deles, mais de 60% são cubanos, que fazem parte do acordo de cooperação entre os Governos do Brasil e de Cuba, com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde⁵⁷.

Esses médicos estão alocados em municípios ou regiões de municípios mais vulneráveis, os quais já tem um histórico de priorização nas políticas do SUS, tais como, municípios com alto percentual de população em extrema pobreza, com baixo IDH, nas Regiões de Árido e Semiárido, ou com populações indígenas, quilombolas, ribeirinhas, entre outros⁵⁸.

O PMM contribuiu para reduzir a carência de médicos em regiões prioritárias e vulneráveis, a exemplo das regiões Norte e Nordeste do país, em que a escassez de médicos reflete a grave condição socioeconômica vivida, foram as que mais receberam médicos do Programa^{59,61,74}.

Os resultados das avaliações do PMM, apesar do tempo recente de implantação, indicam resultados positivos no eixo provimento emergencial. Em síntese esses resultados apontam para ampliação do acesso, à equidade, à satisfação dos usuários e à humanização do cuidado. Foram identificadas práticas inovadoras e mudanças nos processos de trabalho, troca de conhecimentos entre os médicos e as equipe de saúde na produção do cuidado, contribuindo para o aperfeiçoamento das práticas e formação em serviço. Destaque para a prática do cuidado integral e a longitudinalidade^{13,62,63,64,65,66,67,68,69}.

A qualidade da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde é um fator relacionado à satisfação com o trabalho e está associada à rotatividade dos médicos. Unidades de saúde em piores condições têm menores chances de participar dos programas de incentivo Federal, o que enfraquece a potencialidade de redução de iniquidades no acesso aos recursos em saúde. Dentre os argumentos para a institucionalização do PMM, a inadequada qualidade da infraestrutura das UBS foi apontada como um dos fatores com implicações para a fixação dos médicos na APS⁷⁷.

O eixo da formação profissional do PMM tem relevância para a sustentabilidade das mudanças na APS, uma vez que o provimento emergencial possui caráter limitado e a consolidação da iniciativa depende da fixação de médicos brasileiros. Prevê medidas na graduação em medicina com a expansão do número de profissionais formados e alternativas que modifiquem o perfil de formação e incentivem a interiorização dos médicos. Também atua sobre os programas de residência médica propondo ampliação das vagas de Medicina de Família e Comunidade e obrigatoriedade de um ano de Medicina de Família e Comunidade para outros seis programas de residência médica⁶¹.

Como limitação ao eixo de formação do PMM pode-se citar o pouco incentivo para a adesão dos médicos às vagas já existente de residência de Medicina de Família e Comunidade (MFC). Em 2015 a taxa de ocupação dos programas de residência de MFC no Brasil foi de 26,3%, de um total de 1.520 vagas, apenas 400 foram ocupadas⁶¹. Outras limitações se referem a falta de evidências com relação ao 'pedágio' obrigatório de um ano para os outros programa de residência e o questionamento da efetividade da criação de um novo nome para o programa de residência 'Medicina Geral de Família e Comunidade'.

Considera-se que o Programa Mais Médicos é um componente para avançar no desenvolvimento da APS integral, que prevê a presença e a extensão dos atributos da APS e como elemento central das redes de atenção. Mesmo o eixo provimento emergencial tendo caráter provisório, deixa o legado de que investir em APS, em especial no modelo de atenção adotado para a APS no SUS, a Estratégia Saúde da Família, em equipes completas com médico de família e comunidade é um dos caminhos para o fortalecimento do sistema de saúde baseado na APS.

4 MÉTODOS

Esta tese está estruturada por três artigos científicos, um que apresenta uma revisão bibliográfica do Programa Mais Médicos, que está publicado na Revista Ciência e Saúde Coletiva, volume 21 de setembro de 2016 (DOI:10.1590/1413-81232015219.17842016), outro que traz um ensaio teórico sobre Cobertura Universal e o Programa Mais Médicos, que será submetido a Revista Cadernos de Saúde Pública (CSP) e o terceiro com estudo transversal de avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária em que estão inseridos os médicos cubanos do Programa Mais Médicos, que será submetido a Revista de Saúde Pública.

Para os dois primeiros artigos utilizou uma abordagem qualitativa no sentido de identificar, mapear a produção científica e analisar criticamente os achados no intuito de produzir conhecimentos para as políticas de saúde para o SUS. O terceiro artigo utiliza uma abordagem quanti-qualitativa por meio da avaliação da qualidade dos serviços de APS em que estão inseridos os médicos cubanos do PMM, identificando a presença e a extensão dos atributos da APS definidos por Starfield⁴⁵.

Os aspectos metodológicos de forma detalhada de cada artigo estão descritos separadamente.

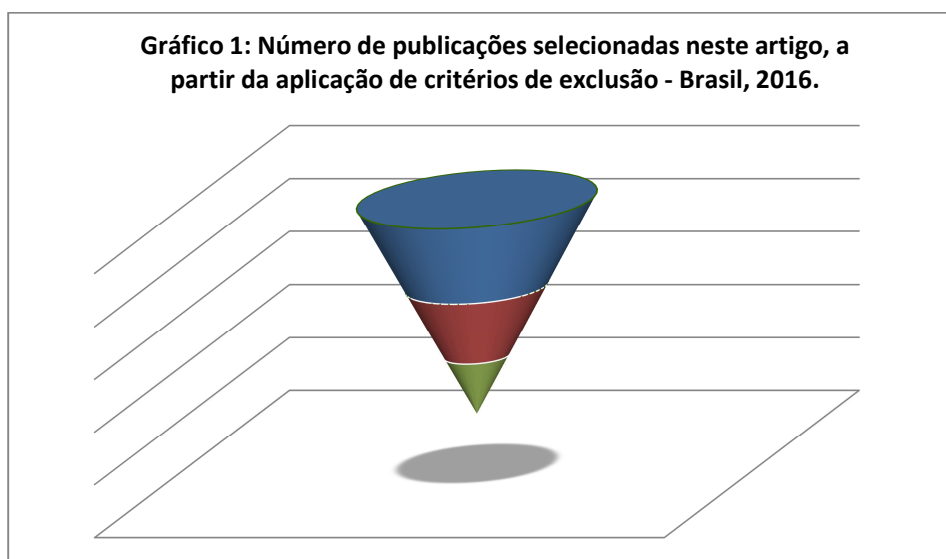
4.1 ARTIGO 1: PANORAMA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Revisão bibliográfica do PMM, com a finalidade de fornecer um panorama científico e análise crítica da literatura selecionada. Este estudo se encaixa na definição de Vosgerau e Romanowski⁷⁸, para revisão bibliográfica, que consiste em uma forma de mapear um campo do conhecimento, com a finalidade de compreensão dos movimentos da área, da configuração, das propensões teóricas metodológicas e das análises críticas indicando tendências, recorrências e lacunas.

Esta revisão iniciou com a busca eletrônica nos bancos de dados do Medline, SciELO, Lilacs e BVS/Bireme, utilizando como descritor o termo 'programa mais médicos'. Em seguida, fez-se a busca por outros artigos a partir das referências citadas em estudos selecionados. Foi também utilizada como ferramenta de busca a Plataforma de Conhecimentos do Programa Mais Médicos

(<https://maismedicos.bvsalud.org>), utilizando o título das pesquisas cadastradas na Plataforma para a busca no Google Acadêmico. Essa busca foi realizada entre os meses de janeiro, fevereiro, até 20 de março de 2016.

Para a seleção das publicações foram considerados como critérios de inclusão os estudos, artigos e demais publicações que citam o termo Programa Mais Médicos no título ou que tiveram como foco de estudo o Programa e que foram publicados entre os anos de 2014, 2015 e 2016. No total foram localizadas 82 publicações, sendo excluídos os trabalhos apresentados em congressos, os que não geraram artigos e publicações, ou matérias jornalísticas em mídias eletrônicas, blogs, páginas institucionais e redes sociais, chegando em 54 publicações consideradas para esta revisão bibliográfica (Gráfico 1). Além destes textos, outros 12 artigos foram selecionados como referência conceitual e metodológica ao texto.



- Publicações inseridas com o critério de busca (82)
- Publicações incluídas por avaliação de título e resultados para o Programa Mais Médicos e suporte teórico do artigo (66)
- Publicações consideradas para a revisão do Programa Mais Médicos (54)

4.2 ARTIGO 2: COBERTURA UNIVERSAL E O PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO BRASIL

Trata-se de um artigo de revisão teórica que foi estruturado com o intuito de trazer elementos para o diálogo entre Cobertura Universal e o Programa Mais Médicos, com uma sequência de argumentos que subsidiam a tese de que o PMM tem o potencial de contribuir para o fortalecimento da APS no SUS e, conseqüentemente, para que o sistema de saúde brasileiro avance em direção à Cobertura Universal. Dessa forma, foi realizada busca na literatura de material para subsidiar a reflexão teórica sobre os seguintes temas: 1) Os aspectos conceituais da Cobertura Universal em Saúde; 2) os marcos do direito à saúde e da saúde como componente para o desenvolvimento humano; 3) as reformas e os problemas estruturais e operacionais dos sistemas de saúde; 4) a Atenção Primária à Saúde como o elemento chave para a reestruturação dos sistemas de saúde; e 5) o Programa Mais Médicos e a Cobertura Universal.

4.3 ARTIGO 3: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Estudo transversal realizado com médicos cubanos do Programa Mais Médicos, entre os meses de abril e maio de 2016, com o objetivo de avaliar a qualidade dos serviços de Atenção Primária à saúde. A qualidade da atenção à saúde neste estudo é entendida como a presença e a extensão dos atributos essenciais (acesso, longitudinalidade, coordenação e integralidade) e derivados (orientação familiar e orientação comunitária) da APS, de acordo com Starfield⁷⁹.

Para medir a presença e extensão dos atributos da APS foi utilizado o instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool – Brasil)⁸⁰, versão completa para profissionais de saúde, aos médicos cubanos do Programa Mais Médicos que estavam no Brasil no mês de abril de 2016.

O perfil dos médicos cubanos do PMM, como idade e sexo, formação acadêmica, tempo de formado, experiência internacional anterior e o perfil do município do Programa em que o médico foi alocado foi identificado por meio do banco de monitoramento da OPAS Brasil.

O questionário do PCATool-Brasil foi enviado a todos os médicos cubanos do PMM (total = 9600 médicos) via formulário eletrônico SurveyMonkey®. Com os dados coletados pelo instrumento foram construídos os escores Geral, Essencial e para cada atributo da APS⁸¹. Após o cálculo dos escores foram realizadas análises descritivas dos resultados, considerando as seguintes modalidades: análise por perfil sociodemográfico e formação dos médicos cubanos; análises dos escores Essencial, Geral e por atributo; análise por item dos atributos; análise do atributo acesso; análise dos escores por Região Geográfica do Brasil; análise por município classificado por vulnerabilidade; e meta-análise comparativa entre os resultados deste estudo com os resultados publicados do PCATool em Curitiba-PR, Rio de Janeiro-RJ e Porto Alegre-RS.

5 RESULTADOS

Os resultados e a discussão estão apresentados separadamente por artigo: i) Programa Mais Médicos: panorama da produção científica em cada artigo; ii) Cobertura Universal e o Programa Mais Médicos; iii) Avaliação da qualidade da Atenção Primária no Programa Mais Médicos.

5.1 ARTIGO 1: PROGRAMA MAIS MÉDICOS: PANORAMA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA

5.1.1 Resultados e Discussão

Foram considerados para a revisão do PMM o total de 54 publicações, sendo 37 em formato de artigo e 17 trabalhos acadêmicos, divididos em nove trabalhos de conclusão de curso ou monografias e oito dissertações de mestrado.

Os textos revisados foram organizados em seis categorias considerando o foco principal do estudo ou dos resultados apresentados. As categorias são: a) Análise da implantação do PMM (15 publicações); b) Efetividade (15); c) Mídia (8); d) Limitações e críticas (6); e) Formação (5); e f) Análise jurídica/constitucional (5) (Quadro 1). O tema da efetividade foi dividido cinco subtemas, que são: acesso, cobertura e equidade; integralidade e longitudinalidade; mudanças do processo de trabalho e modelo de atenção; satisfação dos usuários; e intersetorialidade. Apesar de a maioria das publicações apresentarem resultados em mais de uma área ou tema, para fins dessa categorização, foram incluídos em apenas uma delas.

Quadro 1 – Artigos selecionados para a revisão bibliográfica segundo o autor e a categoria.

Análise da implantação do Programa Mais Médicos	Efetividade	Mídia	Limitações e Críticas	Formação	Análise Jurídica e/ou Constitucional
Alessio M. (2015)	Santos L. et al. (2015)	Segallin M. (2013)	Schefer M. (2015)	Castro T. (2015)	Carvalho G. (2015)
Baião D. et al. (2014)	Silva R. e Sousa D. (2015)	Luz C. (2015)	Schanaider A. (2014)	Sousa MF. et al. (2015)	Silva S. e Santos L. (2015)
Couto M. (2015)	OPAS (2015)	Morais I. et al. (2014)	Robespierre C. (2015)	Cyrino E. et al (2015)	Vasconcelos D. (2014)
Pinto H. et al. (2014)	Pereira L. et al. (2015)	Scremin L. e Javorski E. (2013)	Caramelli B. (2013)	Santos B. et al. (2015)	Di Jorge F. (2013)
Santos M. (2015)	Mendes B. (2014)	Carvalho F. (2014)	Campos G. (2015)	Sena I. et al. (2015)	Kamikawa G. e Motta I. (2014)
Bull WHO (2013)	Florentino A. (2014)	Souza L. (2014)	CEBES (2013)		
Mádson A. (2015)	Souza B. e Paulette A. (2015)	Santos R. (2014)			
Campos G. (2013)	Rojas V. (2015)	Landim I. (2013)			
Molina J. et al. (2014)	Cruz M. (2015)				
Lima R. et al. (2015)	Gonçalves R. et al. (2014)				
Collar J. et al. (2015)	Bertão I. (2015)				
Rovere M. (2015)	Silva R. et al. (2015)				
Oliveira F. et al. (2015)	Brito L. (2014)				
González J. et al. (2015)	Silva I. (2014)				
Carvalho K. (2015)	Almeida E. et al. (2015)				

Fonte: Da autora.

As áreas que tiveram mais publicações selecionadas foram as que incluíram os estudos da análise de implantação do PMM e sobre efetividade. A hipótese é que, por ser uma política recente, justifica-se o quantitativo de estudos que avaliam o PMM em relação ao processo de implantação ser mais elevado que as outras áreas e o interesse em avaliá-lo em termos de efetividade, trazendo subsídios para a

sua legitimação e também produzir evidências para respaldar tanto as ações governamentais como dar respostas a sociedade.

Em suma, os estudos se propuseram a analisar e resgatar o processo histórico do PMM, a analisar o Programa com relação ao cumprimento das regras e sob a perspectiva dos atores sociais, tiveram análises comparativas, tanto com outros países quanto com as regras de recrutamento e fixação da Organização Mundial de Saúde (OMS), estudos sobre a satisfação dos usuários, sobre a ampliação do acesso e cobertura, com foco na equidade, sobre os impactos na formação, análises das principais mídias do País e estudos jurídicos na perspectiva da constitucionalidade do Programa e do Direito à Saúde. Destaca-se que oito trabalhos acadêmicos foram produzidos em área distintas da saúde, como por exemplo, na área de Direito, Administração, Ciências Sociais, Filosofia, entre outras, apontando para um despertar de interesse interdisciplinar gerado pelo PMM.

A seguir serão apresentados, de forma sistematizada e estratificada por categoria, os resultados da análise das publicações, com o foco nos resultados apresentados.

5.1.1.1 Análise da Implantação do Programa Mais Médicos

Para iniciar a reflexão sobre a análise da implantação do PMM, cabe citar os fatores desencadeantes do Programa, os que trouxeram a tona o debate político, geraram uma janela de oportunidade e se tornaram uma Questão Social. As mobilizações populares em junho de 2013, a marcha dos prefeitos também naquele ano e a articulação dos tomadores de decisão, no âmbito político e institucional, agindo imbuídos do objetivo de eleger suas alternativas como a solução mais adequada ao problema evidenciado^{16,92}.

O processo de implantação do PMM foi permeado por disputas judiciais e embates ideológicos, tendo sido creditada pelas entidades médicas como uma medida unilateral do Governo Federal, eleitoreira e sem planejamento⁵⁵.

Mesmo considerando a hipótese de resposta as mobilizações sociais, autores ousam classificar a implantação do PMM como um modelo top down de políticas públicas, considerando que as estratégias e soluções vieram de cima para baixo, apesar de reconhecer os esforços da política em efetivar o Direito à Saúde.

Em agosto de 2013, iniciou a chegada dos primeiros médicos estrangeiros no âmbito do PMM. A demanda dos gestores municipais por médicos chegou a 15.460 vagas, as quais, não foram preenchidas por médicos brasileiros. Após um ano do início, o Programa contava com 14.462 médicos, atuando em 3.785 municípios e assistindo uma população de cerca de 50 milhões de pessoas⁵⁵.

Considerando o alcance dos objetivos propostos para o processo de implantação, um dos artigos classifica o PMM como exitoso, uma vez que os editais de chamamento cumpriram os seus objetivos de contratação imediata, a adesão de médicos brasileiros no Programa aumentou e, com gestão descentralizada, mas com papéis bem definidos, a estrutura de contratação é clara e organizada¹⁸³.

O PMM surge como resposta à necessidade legítima de fortalecimento da Atenção Básica, de expandir a cobertura da ESF, a qual vinha apresentando crescimento lento (1,5% ao ano), também com a proposta de distribuição mais equitativa dos médicos nos serviços, com foco na ampliação e universalização do acesso à saúde e conseqüentemente, produzir impactos na qualificação da atenção¹⁷.

Para além da provisão imediata de médicos, o PMM traz estratégias para reordenar a formação em saúde no País, como uma tentativa de cumprimento do papel regulador do Estado em efetivar o Direto à Saúde, conforme preconiza a Constituição Federal^{19,60,94,95}.

Em termos de possibilidades e potencialidades, o PMM se configura como um projeto transformador efetivo em defesa do SUS, como uma oportunidade de transformar a APS e de implantar o modelo de cuidados concebido pela ESF, contribuindo para a organização e o desenvolvimento das redes de atenção em saúde e a transformação do modelo de atenção^{23,97}.

Permite construir uma proposta de regionalização da formação médica fora dos grandes eixos populacionais e se configura como uma estratégia que possibilita novos compartilhamentos à equipe de atenção, podendo gerar um incremento na produção de conhecimento e novas formas de cuidado²⁵.

Em perspectiva internacional comparada, o PMM se destaca pela magnitude e dimensão para atender a demanda dos municípios e também pelo diferencial, em termos de ética, já que, países com proporção de médicos por habitantes igual ou inferior ao Brasil não são elegíveis^{26,27}. Com relação ao Projeto Mais Médicos (provimento emergencial), é visto pelos cubanos como uma nova modalidade de

colaboração, com diferencial em relação às outras missões de ajuda ou de cooperação médica, pela proposta de educação continuada, por meio de estratégias de aprendizagem durante todo o tempo de trabalho no projeto e diversas ofertas educacionais^{28,65}.

5.1.1.2 Efetividade

5.1.1.2.1 Cobertura, Acesso e Equidade

A falta de acesso à Atenção Básica atinge grande parte da população brasileira de regiões remotas, vulneráveis e nas periferias das grandes cidades, ocasionada em grande proporção pela escassez de profissionais médicos. O PMM contribui para a permanência de equipes completas em regiões de alta rotatividade profissional, permitindo o acesso e a equidade nos serviços a populações historicamente com restrições de acesso, a exemplo da população Quilombola. Dessa forma, é possível evidenciar que o PMM contribuiu para reduzir iniquidades, atendendo os municípios mais necessitados, os quais tinham as piores razões médico/ habitante, em situação de miséria e com mais necessidades em saúde^{29,31,32,33}.

Em relação à cobertura e acesso efetivo as ações e serviços de saúde, o PMM, ao fixar profissionais médicos nas equipes, amplia a atenção à saúde em regiões carentes de profissionais e contribui para o incremento necessário à expansão da ESF³⁴. A ampliação do acesso pode ser verificada também pelo aumento na produção dos serviços e a produtividade das equipes³⁵.

Destaca-se que a cobertura do PMM é qualificada, uma vez que os profissionais cumprem a carga-horária preconizada, possuem formação adequada para atuar na Atenção Básica e estão em constante processo de aprendizagem e educação em serviço³⁵.

Em números, podemos observar que a quantidade de equipes de Saúde da Família aumentou no País mais de 10% entre maio de 2013 e maio de 2014. A cobertura populacional do PMM nos 10 primeiros meses era de cerca de 30 milhões de pessoas, especialmente em municípios caracterizados como 20% de maior pobreza³⁶.

A cobertura populacional da ESF no Estado de Pernambuco aumentou 5%, comparando os anos de 2011 e 2013 com 2014 e, considerando o parâmetro da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de três mil pessoas por equipes, o PMM proporcionou acesso à população estimada de dois milhões de pessoas (junho de 2014). Em Pelotas, no Rio Grande do Sul, com o PMM foi possível implantar 25 equipes de Saúde da Família no município^{37,38}.

Em termos de distribuição equitativa, observa-se que o número de municípios com escassez desses profissionais passou de 1.200 em março de 2013, para 558 em setembro de 2014 (redução de 53,5%). Na região Norte, 91,2% dos municípios que apresentavam escassez em 2013 foram atendidos, com provimento de 4,9 médicos por município em média (a maior razão entre regiões). No Estado de Pernambuco, dos 143 municípios participantes, 103 (72%) estão enquadrados na situação de pobreza e nesses municípios foram alocados 58% dos médicos do Projeto^{17,29,37}.

Dos municípios com cobertura do PMM, cerca de 400 nunca haviam tido profissionais médicos. Destaca-se ainda os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), distribuídos em todo País, que nunca tiveram médicos e contam hoje com 300 profissionais. Por exemplo, os lanomâmis em 2013 tiveram cerca de 500 atendimentos médicos, em 2014 o número de atendimentos passou para sete mil, com 15 médicos cubanos dedicados à etnia com exclusividade (99% dos médicos que atendem a população indígena no Programa são cubanos)³⁹.

5.1.1.2.2 Integralidade e Longitudinalidade

As pesquisas demonstram que no PMM foram identificadas práticas e ações em saúde na perspectiva da atenção integral, bem como, uma concepção ampliada do processo saúde-doença. O PMM ampliou a oferta de ações e serviços desde a promoção da saúde até os cuidados paliativos e proporcionou uma relação de vínculo e maior proximidade com os usuários que, além de fortalecer a integralidade, contribui para a longitudinalidade (continuidade dos cuidados ao longo do tempo), sendo facilitada pela permanência do profissional médico na equipe por mais tempo^{32,39,40}.

O atributo da longitudinalidade na Atenção Básica foi identificado, considerando que o médico conhece os aspectos pessoais da vida dos seus pacientes, podendo representar o estabelecimento de uma relação pessoal de longa duração. Foi possível perceber a construção de uma relação mais aberta e comunicativa entre médico-paciente, bem como, uma relação de respeito e proximidade entre o médico e a equipe de saúde, o que tem fortalecido a integralidade nas ações em saúde desenvolvidas³⁹.

5.1.1.2.3 Mudança, Processo de Trabalho e Modelo de Atenção

Assim como outros sistemas de saúde, o SUS enfrenta o desafio da tripla carga de doenças e a crise causada pelo desencontro entre as condições de saúde e um sistema de saúde voltado para o atendimento de condições agudas, que é reativo, episódico, focado na doença e sem o protagonismo dos usuários no cuidado com sua saúde^{104,105}.

A inserção dos médicos nas equipes de Saúde da Família fortalece e expande a capacidade de intervenção na perspectiva da adoção de um modelo de atenção que atenda as necessidades em saúde. Agrega novas práticas e formas de cuidado, traz novos compartilhamentos, fortalece a integração das equipes, apoiando a organização dos serviços e contribuindo para o fortalecimento da Atenção Básica^{25,29,32}.

Os estudos apresentam evidências de melhoria nos processos de trabalho, como por exemplo, os relatos de gestores e profissionais de saúde, citando que a integração do profissional médico ampliou a capacidade de diagnóstico dos problemas do território, bem como, trouxe mais agilidade e continuidade no tratamento dos usuários. Mudanças também foram observadas na qualidade da atenção a partir do PMM^{25,41}.

Com relação à atenção a grupos populacionais específicos é possível destacar a melhora na organização e oferta dos serviços a população Quilombola, o fortalecimento das relações entre a equipe e a maior articulação entre os profissionais. Da mesma forma em uma comunidade indígena, com o peso da formação acadêmica dos médicos intercambistas, especialmente os cubanos, foi possível interferir positivamente na atenção à saúde, com destaque para o

conhecimento sobre plantas medicinais e as visitas domiciliares com uma visão mais holística^{33,42}.

5.1.1.2.4 Satisfação dos Usuários

Além de demonstrar que os usuários das Unidades Básicas de Saúde estão mais satisfeitos com o atendimento médico dos profissionais do PMM, são pontuadas diferenças concretas na assistência prestada pelo médico cubano e pelo médico brasileiro. Em muitos aspectos, o atendimento do médico cubano é qualificado pelos usuários como superiores aos dos brasileiros, com ênfase na questão de ouvir, olhar ou dar atenção, interesse, educação e respeito⁴³.

Observou-se também, em um dos estudos, o alto grau de satisfação dos usuários considerando as dimensões de “tempo de espera para agendar a consulta” e “atendimento durante a consulta”²⁹.

Resultados de uma pesquisa realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e o Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas (IPESPE) em 2014 revelou que 85% dos usuários avaliaram que o atendimento médico ficou ‘melhor’ ou ‘muito melhor’ após a chegada de profissionais estrangeiros por meio do PMM. Outros 87% apontaram melhora na atenção profissional durante a consulta. Ainda de acordo com a pesquisa, 60% destacaram como ponto positivo a presença constante do médico e o cumprimento da carga horária e 46% disseram que o acesso às consultas melhorou³⁹.

5.1.1.2.5 Intersetorialidade

Além da natureza do PMM ser intersetorial, ou seja, já iniciou como uma política articulada entre os Ministérios da Saúde (MS), Ministério da Educação (MEC) e Ministério do Planejamento, destaca-se o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), em que todas as ações previstas na Lei fazem referência a atos conjuntos do MS e MEC⁴⁴.

No decorrer das ações de execução do PMM é possível identificar a materialização da intersetorialidade, seja pela discussão da formação, voltada para as necessidades do SUS, tanto nos cursos de graduação como de residência, na

abertura de novas vagas de medicina e no espaço dado a Atenção Básica nas discussões das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)⁴⁴.

Um exemplo claro de articulação intersetorial é a estratégia de apoio integrado ao Programa implantada pelo MEC, que tem se apresentado como uma ação de gestão articulada, que exige diálogo e colaboração, aproximando os diferentes níveis de gestão e execução do PMM e contribuindo para a melhoria da Atenção Básica e do Sistema de Saúde brasileiro⁴⁵.

5.1.1.3 Mídia

Desde o anúncio oficial, o PMM vem gerando intenso debate e movimentando as mídias e redes sociais, estando presente na cobertura jornalística, no debate público, nos pronunciamentos do Governo Federal e das entidades médicas. A mídia se constitui como uma importante ferramenta a um determinado propósito, bem como, uma peça chave na implementação de uma Política Pública, podendo contribuir para seu fracasso ou sucesso⁵⁰.

Em geral, as análises destas pesquisas demonstram clara divisão de interesses e de posicionamentos sobre o PMM e um forte viés político, com pautas que priorizam a contraposição das entidades representativas da corporação médica com o Governo Federal, o pouco aprofundamento dos conteúdos relativos à área da Saúde Pública e a ausência da voz do usuário. Foram destacados os aspectos relativos à nacionalidade dos médicos, a validação do diploma estrangeiro e o registro profissional. Sugerem o PMM como uma política eleitoreira e aponta supostas falhas na organização e nas regras^{51,52,53}.

Com relação aos estudos que apontam análises dos discursos dos médicos e das entidades representativas, percebe-se um posicionamento discriminatório, desqualificando os médicos estrangeiros e sugerindo a superioridade dos brasileiros, havendo uma mudança do discurso com relação aos médicos cubanos à medida que o Programa se consolida. Os resultados também apontam para a conclusão que os médicos brasileiros apresentam dificuldades em aceitar mudanças que possam beneficiar um público, que não somente o da medicina, enquanto coletivo profissional^{54,55,56}.

Um estudo analisou o debate sobre o PMM na página do *Facebook* do Ministério da Saúde e concluiu que pode até representar um tipo de participação por ter argumentos circulando, porém, esses não se sustentam pela pouca adesão e baixa legitimidade, considerando que apenas 0,18% da população teceu comentários acerca das postagens⁵⁷.

5.1.1.4 Limitações e Críticas

Esta revisão não tem a intenção de contra argumentar às limitações e críticas apresentadas, assim como os outros temas deste artigo, a ideia foi de sistematizar e apresentá-las ao leitor, fornecendo subsídios para o debate e a reflexão. Cabe ressaltar que os textos incluídos neste tema – limitações e críticas – são, em sua maioria, textos de opinião, editorial ou debate.

Como limitação, destaca-se a preocupação com a sustentabilidade do PMM, considerado como uma medida de caráter provisório e imediatista corre o risco de se tornar apenas um modelo paliativo, de curto prazo e com custo elevado, permanecendo os mesmos problemas quando finalizado o seu prazo de duração^{16,35}.

Nessa linha, também são identificadas críticas no sentido de o PMM ser considerado como uma resposta aos problemas estruturais do SUS, no sentido de que, respostas políticas e temporárias como o PMM, não são suficientes para enfrentar problemas estruturais, os quais exigem medidas estruturantes e de longo prazo, com maior disponibilidade de recursos para a área da saúde como um todo, com investimento em infraestrutura, recursos humanos, tecnologia, entre outros^{20,35}. Para um dos autores, uma saída apontada é a necessidade de se definir uma Política de Pessoal do SUS, condizente com a complexidade das necessidades em saúde dos brasileiros²².

Um dos artigos aponta, de forma mais incisiva, o PMM como uma medida que caminha na contramão da história, privilegiando a quantidade em detrimento da qualidade. A abertura de novas vagas de medicina, de residência e a ampliação numérica de médicos, segundo os autores, não irá contribuir efetivamente para a mudança de estilo de vida da população, tampouco resolverá a questão da alocação equitativa dos profissionais, os quais, na primeira oportunidade irão buscar o setor

privado, com suposta alternativa profissional mais compensadora e o contato com os grandes centros^{46,47}.

Outros aspectos do PMM também são alvo de críticas, como a autorização dos profissionais para o exercício da medicina sem treinamento adequado e sem ambientação cultural e linguística, o valor pago aos médicos intercambistas cubanos, a restrição ao trânsito livre dos familiares dos médicos cubanos, o limite da disponibilidade de migração de médicos, as inadequações na execução das atividades de supervisão e tutoria, as substituições de médicos contratados por médicos intercambistas, a alocação de médicos em locais já saturados, a forma de contrato e o processo de recrutamento, a extensão do curso de medicina e o apoio à expansão de universidades privadas^{48,49}.

Outro ponto destacado como uma limitação é o fato de o Brasil apresentar um contexto mais adverso que outros países, pois, somado às desigualdades regionais de distribuição de médicos, está o subfinanciamento do SUS e a disputa acirrada com o setor privado. Além disso, com o PMM ficou evidente a impossibilidade dos municípios implementarem a Atenção Básica com qualidade, sustentabilidade e cobertura da população. Somente com a interferência direta do MS, foi possível contratar e fixar médicos ao SUS em curto tempo^{22,34,49}.

Por fim, em artigo que analisa as tendências e os elementos que aparecem em discursos ligados a médicos e suas entidades representativas é possível inferir que o PMM pode não estar sendo compreendido na sua totalidade, que vai além da provisão imediata de médicos em lugares desassistidos, assim como, a interpretação equivocada de que o Estado, cumprindo o seu papel na regulação da formação, está interferindo na autonomia da profissão médica⁵⁵.

5.1.1.5 Formação

Um importante objetivo que consta na lei que cria o PMM é a transformação do processo de formação de médicos no Brasil, em uma tentativa clara de apontar a formação para o cuidado integral e as necessidades da população e do SUS. Finalmente, o Estado vem ao encontro do reordenamento da formação em saúde¹⁷.

As análises demonstram evidente incompatibilidade no Brasil entre o atual modelo de prática médica e o acesso universal e equitativo da população aos serviços de saúde. Apontam também que o PMM constrói medidas estruturantes

para aprimorar a formação médica e responde à legislação do SUS, que ordena novas práticas^{57,60}.

As mudanças que são apontadas na Lei se referem aos cursos de graduação de medicina, ordenando os locais de abertura de novas vagas e exigindo a adequação dos currículos às novas Diretrizes Curriculares Nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE). A Lei também aponta para mudanças nas residências de algumas especialidades, sendo necessário fazer no mínimo um ano de medicina geral e comunitária.

As políticas públicas atuais parecem estar indo ao encontro dos apontamentos internacionais de se investir na formação de médicos de família, em número suficiente para um sistema de saúde centrado na APS. Resultados apontam que a Lei que cria o PMM representa uma importante evolução nas ferramentas de gestão de recursos humanos em saúde, além de mudanças e maior rigor na aplicação das DCN para formação de médicos no país, com ênfase na Atenção Básica⁵⁵.

Com relação à formação em serviço, ficou demonstrado que o PMM tem um grande potencial pedagógico⁵⁷, contribuiu para a melhoria dos processos de aprendizado e que, a integração ensino, serviço e comunidade, aumentou o grau de satisfação dos estudantes de medicina e o entendimento dos alunos sobre a importância das práticas na comunidade e o potencial de aprendizado na graduação de medicina^{61,62}.

5.1.1.6 Análise Jurídica e/ou Constitucional

Os estudos que trazem análises jurídicas e constitucionais do PMM apontam para o Programa como uma Política Pública que reafirma o Direito à Saúde, sob a perspectiva de garantir a efetividade jurídica e constitucional e com a prerrogativa de melhorar os níveis de saúde da população. O PMM obedece e é compatível com arcabouço jurídico-constitucional brasileiro e apresenta-se como instrumento indispensável de eficácia social ao Direito à Saúde^{63,64}.

Contraditoriamente, um único estudo encontrado, realizado ainda sobre a Medida Provisória (MP) n. 621/2013, anterior a Lei que cria o PMM, conclui que a MP viola as regras básicas constitucionais e impede a correta prestação de serviço

público de saúde. Considera a MP como um ato de império do governo, incompatível com o que se espera dos atos discricionários da Administração Pública.

O artigo *Programa Mais Médicos: panorama da produção científica*, na íntegra, encontra-se no Anexo “A” desta tese.

5.2 ARTIGO 2: COBERTURA UNIVERSAL E O PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO BRASIL

5.2.1 Resultados e Discussão

5.2.1.1 Cobertura Universal: Aspectos Conceituais

O conceito de universalidade está relacionado ao princípio da igualdade que, por sua vez, esta associada à ideia de justiça. Universal é aquilo que é comum a todos. Na área da saúde, as propostas de *Welfare State* (Bem-Estar Social) e a Conferência Internacional de Alma-Ata (1978) foram referenciais importantes para reforçar a necessidade do princípio da universalidade¹²⁵.

No SUS, a universalidade se constitui como um dos seus princípios fundamentais, determinando que todo cidadão brasileiro, sem qualquer tipo de discriminação, têm direito ao acesso à saúde. Isso representou uma conquista democrática, tendo em vista que, antes do SUS, nem todos tinham acesso aos serviços públicos de saúde de forma igualitária, ficando restrito às pessoas com vínculo formal de trabalho ou que estavam vinculadas à Previdência Social. Apesar dos avanços conquistados com a criação do SUS e da universalidade como um dos princípios do sistema, o SUS enfrentou dificuldades para a sua implementação, considerando o contexto político e econômico do país no período da sua regulamentação¹²⁶.

A busca por medidas que possam superar as barreiras à universalização segue acompanhando o desenvolvimento do SUS e dos sistemas de saúde de outros países em desenvolvimento. Paralelo a esses esforços, os encontros mundiais de chefes de Estados vêm produzindo declarações e relatórios internacionais, os quais se constituem em compromissos políticos assumidos pelos países e referência para nortear as mudanças nos sistemas de saúde. A mais simbólica e, sempre atual, foi a Declaração de Alma Ata de 1978, que reforça que os

cuidados primários de saúde constituem a chave para que a meta da saúde para todos seja atingida, como parte do desenvolvimento e da justiça social.

Nos anos 2000, as resoluções internacionais passaram a incorporar o tema da Cobertura Universal de forma mais enfática, trazendo o debate para uma nova meta ou nova forma de reestruturar os sistemas de saúde com foco na ampliação da cobertura populacional e do acesso aos serviços de saúde e abordando o financiamento sob dois aspectos, como elemento central para viabilizar o alcance da cobertura universal e de proteção financeira das pessoas^{10,11,12}.

Pode-se considerar que Cobertura Universal não tem um único conceito, podendo ser qualificada como um termo polissêmico e até ambíguo, uma vez que pode adquirir diferentes conotações conforme os distintos interesses e, mesmo não existindo consenso, os países continuam implementando reformas nos seus sistemas de saúde a partir do próprio entendimento e com distintos focos, por exemplo, alguns centrados no acesso aos serviços para os pobres, outros nas iniquidades em saúde, ou então, com foco no controle das doenças¹³.

No Brasil, houve um debate intenso sobre as perspectivas conceituais da Cobertura Universal. Alguns criticavam os aspectos considerados como contraditórios à universalização da saúde por meio de sistemas públicos universais, outros a centralidade na discussão do financiamento e na restrição dos serviços. Tem-se discutido também sobre a necessidade de um novo marco ou uma nova meta para o SUS, considerando que o sistema já está amparado pelos marcos legais do direito à saúde e dos princípios do SUS, nos quais está explícita a universalidade. Portanto, o que o SUS precisa é se mobilizar para avançar na consolidação dos seus princípios^{14,15,16}.

A materialização dos direitos não pode ser imposta pelas condições financeiras, mas sim, pautar a discussão financeira e a resposta do Estado para a captação e distribuição dos recursos. É relevante explicitar que o SUS não alcançou a universalidade e a integralidade e a restrição financeira é um fator limitador desse alcance. Portanto, é necessário debater o financiamento como um dos componentes estruturais do sistema de saúde e assumir que se não há recursos para a cobertura universal, não podemos fazer de conta que há e cair no 'imobilismo' ou 'conformismo'.

Assim como o financiamento, outros componentes devem estar na pauta da agenda para a Cobertura Universal, como os mecanismos de prestação das ações, dos serviços e os medicamentos, a força de trabalho em saúde, as redes de atenção, os sistemas de informação e comunicações, tecnologias em saúde, mecanismos de garantia da qualidade, governança, os determinantes sociais da saúde, legislação, entre outros.

Considera-se que a Cobertura Universal se aproxima mais de uma meta, com o intuito de mobilizar os países a reformular as estruturas dos sistemas de saúde para garantir que as pessoas tenham acesso efetivo as ações e serviços que necessitam no marco do direito à saúde.

5.2.1.2 Marcos para a Cobertura Universal

Para que possamos alcançar o mais alto nível de saúde, se é que isso pode ser mensurado, foram criadas convenções internacionais, difundidas amplamente e ratificadas por muitos países, com o intuito de assegurar direitos às pessoas. Em uma das declarações internacionais mais conhecidas, a histórica Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948, consta que toda pessoa tem direito a um nível adequado de vida para lhe assegurar e a sua família, saúde e bem-estar. Essa afirmação considera o direito à saúde indissociável do direito a vida e a saúde como um componente fundamental para o desenvolvimento humano. Nesse mesmo ano, a Organização Mundial da Saúde sinaliza fortemente que a saúde é um direito e não pode haver distinção de raça, religião, ideologia política ou condição econômica ou social.

A partir daí foram surgindo novas convenções e tratados internacionais que se constituíram como marcos de referências para estimular os países a incluir o direito à saúde nas suas constituições nacionais, estabelecendo, dessa forma, um compromisso entre os governos e seus cidadãos no cumprimento desse dever. Na Região da América Latina, o auge do movimento da institucionalização da saúde foi na década de 1980, sendo incorporado o direito à saúde à constituição de 19 países e outros cinco incluíram a proteção social a saúde, como um princípio básico do sistema^{26,11}.

O movimento de institucionalização do direito à saúde foi bastante impulsionado pela sociedade civil, por meio dos movimentos sociais que reivindicavam por reformas nos sistemas de saúde no período da redemocratização dos países²⁶. No Brasil, o direito à saúde e a criação de um sistema único de saúde para o país foi uma conquista do Movimento da Reforma Sanitária, que juntou atores importantes para mobilizar a sociedade e reivindicar esse direito.

Outro marco importante é o papel fundamental que a saúde desempenha no desenvolvimento humano. A associação entre saúde e desenvolvimento tem sido amplamente reconhecida e a saúde cada vez mais pautada na agenda de desenvolvimento. Saúde no marco do desenvolvimento humano faz com que o debate e a formulação de políticas esteja centrado na proteção social em saúde e considere a necessidade de combinação entre desenvolvimento econômico e social, para o êxito das políticas de saúde³⁹.

O conceito de desenvolvimento humano é centrado na ampliação das oportunidades, das capacidades e do bem-estar das pessoas, considerando que o processo de desenvolvimento é multidimensional, envolvendo não só a dimensão econômica, mas também as características sociais, culturais e políticas que influenciam a qualidade de vida. Isso reforça que a saúde é fator decisivo para o bem-estar das pessoas e isso pode ser conquistado com a consolidação do direito à saúde.

Constata-se que os instrumentos jurídicos e os marcos por si só não se traduzem automaticamente em ações e políticas para proteção às pessoas, mas revelam o compromisso jurídico e legitimam os estados a agir e a população a reivindicar. Implementar o direito à saúde exige esforços conjuntos nos âmbitos econômico e social, implica em desenvolver mecanismos de proteção social fortes e sustentáveis, que possam superar desafios e conceber a saúde como um bem público e não uma mercadoria.

5.2.1.3 Reformas nos Sistemas de Saúde com foco na Cobertura Universal

Fundamentado pelas estruturas jurídicas como o direito à saúde, a maior participação social e o crescimento econômico mais estável registrado no período da redemocratização dos países da América Latina, os governos passaram a introduzir reformas nos sistemas de saúde para atender aos preceitos constitucionais e as

demandas da sociedade, bem como, para adequar os sistemas de saúde ao novo panorama social³³.

Na saúde o cenário era de desigualdade e inequidade no acesso e na utilização dos serviços, com pessoas ricas tendo maior probabilidade de utilizar os serviços que as pobres, sendo inversamente proporcional a probabilidade de adoecer. Fatores climáticos e ambientais, a urbanização acelerada, as epidemias não controladas e as condições ligadas à transição demográfica e epidemiológica, fazem com que as populações permaneçam expostas a situações de risco, com alguns grupos populacionais estando mais expostos e mais vulneráveis, com menor probabilidade de desfrutar o direito à saúde^{27,29}.

Na América Latina, as reformas dos sistemas de saúde foram ocorrendo baseadas nos princípios da equidade e da solidariedade e impulsionadas pelos progressos econômicos. Nas décadas de 1980 e 1990, o foco das reformas era materializar o direito à saúde previsto nas constituições da maioria dos países e tentar minimizar a fragmentação, caracterizada pelos diferentes modelos de prestação de serviços.

A configuração de sistema de saúde que predomina na América Latina é o Seguro Social, que possui subsistemas com distintas regras de financiamento, afiliação aos serviços, acesso e prestações, de acordo com o *status* laboral, social ou capacidade de pagamento. Essa configuração tem modelos distintos para prestação dos serviços, um para as pessoas empregadas no setor formal e outro, para as pessoas sem vínculo formal de trabalho ou consideradas pobres³³.

O modelo de Seguro Social, com financiamento e prestação de serviços segmentado, não demonstra melhora nos resultados em saúde, tem excluído amplos setores da população, especialmente os mais vulneráveis, o que fomenta a desigualdade social e representa uma barreira ao alcance da Cobertura Universal¹⁰.

O Brasil optou por um modelo de sistema público, com a integração dos serviços mediante a criação de um sistema único, baseado no direito à saúde e financiado por fontes fiscais, com acesso a serviços públicos de saúde, podendo ser complementado pelos serviços prestados pelo setor privado.

Nas últimas décadas, as reformas nos sistemas de saúde tem sido chamadas de 'terceira geração de reformas'¹², compreendendo uma gama de intervenções e políticas para superar os 'velhos' problemas, como as desigualdades e iniquidades em saúde e garantir que todas as pessoas possam acessar aos serviços de saúde

que necessitam, bem como, adequar os serviços às rápidas transições demográficas e epidemiológicas que vem ocorrendo nos países.

As mudanças demográficas e epidemiológicas estão gerando pressões nos sistemas de saúde, obrigando os países a adequar os modelos de atenção previstos para enfrentar principalmente as doenças agudas e episódicas e agora tendo que lidar com a tripla carga de doenças⁴², constituída pelas doenças infecciosas ainda presentes, as causas externas e as doenças crônicas. As transições demográficas e epidemiológicas têm afetado o desempenho dos sistemas de saúde.

Quando se fala de terceira geração de sistemas de saúde, deve-se ter em mente a necessidade de mudanças nos sistemas de saúde para atender aos preceitos constitucionais do direito à saúde, ampliar o acesso aos serviços e tornar as respostas mais efetivas. Portanto, qual o melhor caminho?

5.2.1.4 Caminhos para a Cobertura Universal

Nos últimos anos a Cobertura Universal tem sido utilizada como impulso para orientar as reformas nos sistemas de saúde e pode ser vista como parte dos esforços dos países em fortalecer os sistemas de saúde para reduzir as desigualdades e ampliar o acesso da população. As principais medidas que estão sendo propostas para alcançar a Cobertura Universal são: prever constitucionalmente o direito à saúde; a proteção financeira por meio da cobertura dos seguros de saúde; e a utilização dos serviços¹¹.

Quando foram avaliadas a relevância e efetividade dessas medidas para a Cobertura Universal, observou-se que a garantia do direito à saúde pode ser vista como uma previsão constitucional, mas não como uma medida que, por si só, assegura a Cobertura Universal. A afiliação das pessoas aos seguros de saúde não indica se estão utilizando efetivamente os serviços de saúde e pode ser considerada somente como uma promessa contratual. A utilização dos serviços pode ser vista como a melhor medida para avaliar o alcance da Cobertura Universal, se comparada com as duas medidas citadas anteriormente, por estar diretamente associada ao acesso efetivo e por abordar a proteção financeira, estando sensível aos custos diretos dos indivíduos¹¹. Quando se trata da utilização dos serviços deve-se levar em consideração que o tipo de serviços que devem ser garantidos são serviços efetivos e quando necessários.

Na América Latina os países têm percorrido caminhos distintos para implementar a Cobertura Universal: um por meio de sistemas unificados de saúde, como é o caso do Brasil, Cuba e Costa Rica; outro pela criação de subsistemas paralelos de seguros e de prestação de serviços para grupos populacionais distintos, segundo a situação de trabalho, a exemplo da Argentina, Chile, Colômbia, México, Peru, Uruguai e Venezuela. Todos os países citados, com exceção da Venezuela, tornaram o direito à saúde explícito nas constituições¹⁰.

As reformas para implementar a Cobertura Universal envolvem mudanças importantes nos sistemas de saúde, exigindo a mobilização de recursos adicionais e a reformulação das estruturas financeiras e organizacionais¹². Pode-se citar como obstáculos à Cobertura Universal a fragmentação da organização e prestação de serviços, a segmentação do financiamento, as falhas na regulação do setor privado e público, a restrição financeira, as falhas na substituição dos gastos privados pelo financiamento público, até a eliminação dos gastos com desembolso direto e as mudanças nos modelos de atenção, que devem ser voltados para as novas situações epidemiológicas e demográficas e os determinantes sociais da saúde.

A Cobertura Universal tem ganhado o centro do debate sobre sistemas e serviços de saúde, porém, tem um componente fundamental que tem sido negligenciado, que é a Atenção Primária à Saúde. A APS representa um marco mais abrangente para discutir a organização dos sistemas e dos serviços de saúde, constituindo-se como a 'espinha dorsal' para a efetividade do sistema de saúde, melhorando os resultados, reduzindo os custos e promovendo a equidade. O fortalecimento da APS deve ser visto como o caminho para alavancar a Cobertura Universal^{39,10}.

5.2.1.5 Atenção Primária em Saúde: Como Caminho para a Cobertura Universal

A Declaração de Alma-Ata qualificou a APS como o veículo mais apropriado para alcançar a Saúde para Todos no ano 2000. Difundiu para o mundo uma concepção de Atenção Primária integral, que a considera como parte de um sistema integrado de cuidados em saúde, do desenvolvimento econômico-social de uma sociedade, reduzindo as iniquidades em saúde, promovendo a participação social e contribuindo para garantia do direito à saúde.

Com suporte científico das evidências é possível afirmar que países que possuem sistemas de saúde organizados a partir da Atenção Primária à Saúde apresentam melhores resultados, traduzidos em menores custos da assistência, melhores níveis de saúde, maior satisfação dos usuários e diminuição das desigualdades sociais¹².

Mesmo com os esforços dos países, ainda assim, não conseguimos alcançar a universalização da saúde, tampouco da APS. A explicação possível é a APS não ter sido conduzida como deveria, sendo implementada na sua versão seletiva, principalmente nos países em desenvolvimento, passando a designar um pacote de intervenções de baixo custo, para o controle de determinados agravos e não integral, com baixa extensão dos atributos essenciais (acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade) da APS.

A APS na América Latina foi marcada por modelos seletivos e focalizados, que se propunham a implementação de pacotes mínimos de serviços de saúde, dirigidos a grupos populacionais marginalizados. No Brasil, a APS seletiva se tornou hegemônica nos anos 1980⁴⁰.

Na década de 1990 os modelos de APS na América Latina foram se desenvolvendo em direção à APS integral, a abordagem biopsicossocial estava se expandindo e conseguimos um avanço no acesso aos serviços, mas não suficiente para a universalização e efetivação do direito à saúde¹⁰.

A partir dos anos 2000, surgiu um movimento de renovação da APS, reconhecendo que ela vinha sendo interpretada e implantada erroneamente. Convocam os países a produzirem mudanças nos sistemas de saúde para implementar uma APS integral, como coordenadora dos cuidados em uma rede integrada de serviços, para promover a saúde, reduzir as inequidades e garantir o direito universal ao acesso aos serviços⁴².

Dentre as estratégias para a renovação da APS está um importante componente para a estruturação dos sistemas de saúde, que são as Redes de Atenção à Saúde. A APS é o elemento central das redes de atenção, uma vez que amplia o acesso e coordena e articula a estruturação dos serviços com base nas necessidades identificadas no primeiro nível, tornando os sistemas mais efetivos e eficientes.

A APS pode ser definida como um conjunto de valores: direito ao mais alto nível de saúde; solidariedade; equidade. Um conjunto de princípios como

responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersetorialidade, participação social, entre outros. E também como um conjunto indissociável de elementos estruturantes da rede de serviços, considerados como atributos da APS: acesso de primeiro contato; integralidade; longitudinalidade; coordenação; orientação familiar e comunitária e competência cultural⁴³.

Evidências robustas demonstram a associação entre sistemas de saúde fortemente centrados na APS e o aumento da efetividade, afirmando o alto poder da Atenção Primária na redução das desigualdades em saúde, na maior eficiência do cuidado, na coordenação do fluxo dos usuários no sistema, na satisfação dos usuários, na maior utilização de práticas preventivas, reforçando o papel da APS como uma importante estratégia para o enfrentamento dos problemas de saúde, prevenindo mortes e doenças⁵¹.

Os esforços dos países no sentido de fortalecer os sistemas de saúde adotando a Cobertura Universal, com o intuito de melhorar as condições de vida e o acesso aos serviços de saúde para grupos vulneráveis é potencializado se estiver baseado em uma APS de qualidade, o que significa acesso oportuno aos bens e serviços de saúde a todas as pessoas, sem distinção e conforme as necessidades em saúde. Significa acesso coordenado a cuidados integrais de saúde¹⁰.

5.2.1.6 Programa Mais Médicos e a Cobertura Universal

No Brasil, o fortalecimento da APS tem sido um processo gradativo, com a ampliação da Estratégia Saúde da Família que é a forma brasileira de organizar a Atenção Primária. A ESF está baseada nos princípios do SUS e apoiada nos atributos da APS, como acesso, integralidade, coordenação do cuidado, longitudinalidade, orientação familiar e comunitária e competência cultural. Em 20 anos, a ESF ampliou a cobertura de 5% para 60% e com isso, trouxe impactos positivos na saúde da população e para o sistema de saúde¹².

Evidências científicas apontam que a ESF tem se mostrado efetiva, eficiente, equitativa e superior às formas tradicionais de prestação de cuidados primários em saúde^{21,5138}. É possível afirmar que a ESF tem sido uma experiência bem sucedida, porém, precisa superar alguns problemas que impedem o seu desenvolvimento³³. Precisa radicalizar na busca dos atributos da APS e efetivar o seu papel central nas

redes de atenção, como coordenadora do cuidado e na reorientação dos serviços entre os níveis de atenção.

As diferentes formas de organização local da Estratégia Saúde da Família são determinantes para garantir a presença dos atributos da APS e, conseqüentemente, para constituir sólidas, efetivas e eficientes redes integradas de atenção à saúde no Brasil. Alguns desafios importantes para a APS são a fixação de profissionais qualificados nas equipes de Saúde da Família, o grau de efetividade clínica das equipes frente aos problemas de saúde mais frequentes e a prática efetiva da coordenação do cuidado individual com garantia da integralidade⁴³.

A expansão da cobertura populacional é fator determinante para a ampliação do acesso e um dos desafios da ESF. Atualmente com mais de 40 mil equipes de Saúde da Família implantadas e cobertura nominal próxima a 130 milhões de pessoas, o que significa pouco mais de 60% da população brasileira, não tem uma cobertura universal e questiona-se a possibilidade de alcançar acesso efetivo aos serviços com a atual configuração de uma equipe de Saúde da Família responsável por três mil pessoas em média.

O provimento e a qualificação dos profissionais da Saúde da Família, em especial os médicos, também é outro entrave para a estruturação da APS no SUS. A quantidade de médicos por habitante no Brasil é baixa, se comparada a países que oferecem sistemas universais de saúde e a distribuição dos médicos pelo território nacional é desigual, em relação às regiões do país.

Outro importante desafio é a permanência do *mix* de modelos de atenção nos serviços, que cria segmentação entre a população coberta pela ESF e pelos modelos ditos 'tradicionais' de prestação dos serviços, que não se organizam com base territorial, orientação comunitária e familiar, a conformação das equipes é distintas, dentro outros aspectos. A diferença entre a qualidade e a efetividade desses dois modelos já foi amplamente avaliada por estudos científicos, os quais comprovam que a Saúde da Família é superior^{18,19}.

Frente a esses desafios da APS, entra em cena o Programa Mais Médicos no Brasil, instituído pela Lei n. 12871, de 22 de outubro de 2013, como resposta do Governo Federal ao apelo explícito de apoio solicitado pelos prefeitos e gestores municipais para enfrentar a carência de médicos com perfil para a APS no SUS.

A falta de médicos nos serviços também contribui para a baixa valorização da APS, fazendo com que os usuários procurem respostas às suas demandas em

serviços de pronto-atendimento, os quais são focados no atendimento por queixa-conduta e também se constitui como uma das principais razões para a adesão a um plano de saúde suplementar.

O Programa Mais Médicos trouxe um conjunto de medidas estruturadas em três eixos, um que trata do provimento emergencial de médicos para as equipes de APS, outro da formação, com ações envolvendo a reordenação da oferta de cursos de medicina e de residência médica e um terceiro eixo que trata do investimento em infraestrutura nas Unidades Básicas de Saúde.

O eixo provimento emergencial chegou a recrutar e alocar mais de 18 mil médicos na APS, em 4258 municípios, representando 73% das cidades brasileiras e em todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Os médicos do PMM são brasileiros formados no Brasil ou no exterior e médicos estrangeiros, oriundos de mais de 40 países, a maioria deles, mais de 60% são cubanos, que fazem parte do acordo de cooperação entre os Governos do Brasil e de Cuba, com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Esses médicos estão alocados em municípios ou regiões de municípios mais vulneráveis, os quais já tem um histórico de priorização nas políticas do SUS, tais como, municípios com alto percentual de população em extrema pobreza, com baixo IDH, nas Regiões de Árido e Semiárido, ou com populações indígenas, quilombolas, ribeirinhas, entre outros.

O PMM contribuiu para reduzir a carência de médicos em regiões prioritárias e vulneráveis, a exemplo das regiões Norte e Nordeste do país, em que a escassez de médicos reflete a grave condição socioeconômica vivida, foram as que mais receberam médicos do Programa.

Os resultados das avaliações do PMM, apesar do tempo recente de implantação, indicam resultados positivos no eixo provimento emergencial. Em síntese esses resultados apontam para ampliação do acesso, à equidade, à satisfação dos usuários e à humanização do cuidado. Foram identificadas práticas inovadoras e mudanças nos processos de trabalho, troca de conhecimentos entre os médicos e as equipe de saúde na produção do cuidado, contribuindo para o aperfeiçoamento das práticas e formação em serviço. Destaque para a prática do cuidado integral e a longitudinalidade^{12,130,139}.

A qualidade da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) é um fator relacionado à satisfação com o trabalho e está associada à rotatividade dos

médicos. Unidade de Saúde em piores condições tem menores chances de participar dos programas de incentivo Federal, o que enfraquece a potencialidade de redução de iniquidades no acesso aos recursos em saúde. Dentre os argumentos para a institucionalização do PMM, a inadequada qualidade da infraestrutura das UBS foi apontada como um dos fatores com implicações para a fixação dos médicos na APS.

O eixo da formação profissional do PMM tem relevância para a sustentabilidade das mudanças na APS, uma vez que o provimento emergencial possui caráter limitado e a consolidação da iniciativa depende da fixação de médicos brasileiros. Prevê medidas na graduação em medicina com a expansão do número de profissionais formados e alternativas que modifiquem o perfil de formação e incentivem a interiorização dos médicos. Também atua sobre os programas de residência médica propondo ampliação das vagas de Medicina de Família e Comunidade e obrigatoriedade de um ano de Medicina de Família e Comunidade para outros seis programas de residência médica.

Como limitação ao eixo de formação do PMM podemos citar o pouco incentivo para a adesão dos médicos às vagas já existentes em de residência de Medicina de Família e Comunidade (MFC). Em 2015 a taxa de ocupação dos programas de residência de MFC no Brasil foi de 26,3%, de um total de 1.520 vagas, apenas 400 foram ocupadas. Outras limitações se referem à falta de evidências com relação ao 'pedágio' obrigatório de um ano para os outros programas de residência e o questionamento da efetividade da criação de um novo nome para o programa de residência 'Medicina Geral de Família e Comunidade'.

O artigo *Cobertura Universal e o Programa Mais Médicos no Brasil*, na íntegra encontra-se no Apêndice "A" desta tese.

5.3 ARTIGO 3: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

5.3.1 Resultados

5.3.1.1 Perfil dos Médicos do Programa Mais Médicos

Foram enviados os questionários do PCATool a 9600 médicos cubanos do Programa Mais Médico. Desse total, obtivemos 8235 questionários respondidos dentro do prazo estipulado, correspondendo a 85,8% do total, com perda de 1365 médicos (14,2%).

Na Tabela 1, a seguir, é apresentado o perfil dos médicos cubanos entrevistados, com relação às características sociodemográficas, sexo e idade, de formação acadêmica, experiência de trabalho e o tipo de município em que foram alocados. Destaca-se que 100% dos médicos possui formação em Medicina Geral e Integral e com experiência internacional prévia ao PMM, mais da metade são do sexo feminino e a média de idade é de 43 anos.

A classificação de municípios apresentada é a utilizada pelo Ministério da Saúde, por meio de atos normativos (Portaria Interministerial n.1.369/2013, Edital n. 40, de 18 de julho de 2013, e Edital n. 22, de 31 de março de 2014), como critério de priorização para a alocação dos médicos do PMM nas regiões de vulnerabilidade. O perfil que mais recebeu médicos neste estudo foi o 'Demais localidades' (41%), que são referentes aos 40% dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios. Os setores censitários mais vulneráveis das capitais (6,2%) e das regiões metropolitanas (14,7%) foram as que tiveram menos médicos participantes deste estudo.

Tabela 1 – Perfil dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos no Brasil, Brasil.

Variáveis		N.	%
Sexo	Feminino	4967	60,2
	Masculino	3268	39,2
Idade (anos)	35-39	1811	22,0
	40-45	4282	52,0
	Mais de 45	2142	26,0
Formação	Medicina Geral e Integral	8235	100
	2ª especialidade	494	6,0
Experiência APS (anos)	Até 5	2388	29,0
	De 5 a 10	4612	56,0
	Mais de 10	1235	15,0
Experiência Internacional	Sim	8235	100
	Não	0	0
Município	20% de Pobreza*	2158	26,2
	G 100**	980	11,9
	Região Metropolitana***	1210	14,7
	Capitais****	511	6,2
	Demais localidades*****	3376	41,0

*Municípios com 20% mais população extrema pobreza.

** 100 municípios com mais de 80 mil hab. com baixa receita pública e vulnerabilidade.

***40% setores censitários com maior pobreza nas regiões metropolitanas.

****40% setores censitários com maior pobreza nas capitais.

*****40% setores censitários com maior pobreza nos demais municípios.

Fonte: Da autora.

Na Tabela 2, a seguir, observa-se a distribuição dos 7553 (91,7%) médicos do PMM com alto Escore Geral da APS ($\geq 6,6$) de acordo com o perfil de vulnerabilidade dos municípios e o tempo de experiência de trabalho na APS. Quanto ao tipo de municípios, observa-se que os altos escores se concentram nos setores mais vulneráveis dos “Demais municípios” (38,7%) e nos municípios com 20% mais de pobreza (24,1%). E, quanto ao tempo de experiência de trabalho na APS, observa-se que todos os médicos do PMM tem mais de 5 anos de experiência em APS e os altos escores estão mais presentes no grupo que tem entre 5 e 10 anos (52,9%).

Tabela 2 – Distribuição dos médicos do PMM segundo classificação do município, experiência de trabalho na APS com alto escore da APS.

Variáveis		Escore Geral de APS ≥6,6 (n=7553 - 91,7%)		
		N	%	Valor P*
Municípios	20% de Pobreza	1985	24,1	<0.001
	G 100***	832	10,1	
	Região Metropolitana	1111	13,5	
	Capitais	437	5,3	
	Demais localidades	3188	38,7	
Experiência APS (anos)	Até 5	2108	25,6	<0,001
	De 5 a 10	4357	52,9	
	Mais de 10	1088	13,2	

*Associado ao teste qui-quadrado.

Fonte: Da autora.

5.3.1.2 Escores Essencial e Geral

Os escores dos atributos essenciais (acesso, longitudinalidade, coordenação e integralidade) e derivados (orientação familiar e orientação comunitária) e os escores Essencial e Geral da APS na avaliação dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos estão apresentados na tabela 3. O Escore Essencial foi 7,6 e o Escore Geral da APS foi 7,9. Tanto o Escore Essencial como Geral da APS ficaram acima do ponto de corte (6,6) indicando alto grau de orientação a APS para os serviços avaliados.

Os escores por atributos são constituídos pela média de todos os itens que compõe o atributo. A versão validada do questionário dos profissionais de saúde do PCATool possui o total de 114 itens, distribuídos em 6 atributos e as dimensões dos atributos coordenação (coordenação do cuidado e sistema de informação) e integralidade (serviços disponíveis e serviços prestados). Todos os atributos e dimensões tiveram alto escore de APS, com exceção do acesso, que apresentou baixa orientação a APS.

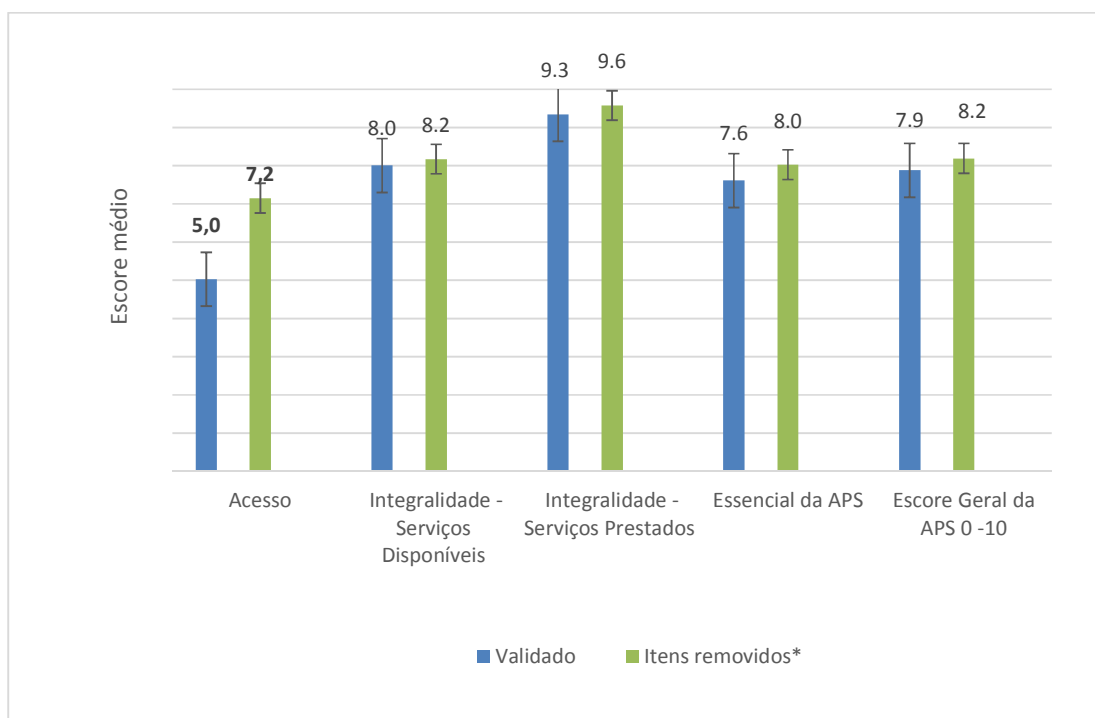
Tabela 3 – Valores dos escores dos atributos da Atenção Primária na experiência dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos, Brasil.

		Escore (0-10) N = 8235									
		A	B	Coordenação		Integralidade		G	H	Essencial APS	Geral APS
				C	D	E	F				
N	Válido	8220	8234	8235	8215	8233	8186	8234	8224	8235	8235
	Missing	15	1	0	20	2	49	1	11	0	0
Media		5,0	8,0	7,7	7,6	8,0	9,3	8,8	8,6	7,6	7,9
Mediana		4,8	8,2	8,1	7,9	8,2	9,6	9,3	8,9	7,7	8,0
DP		1,7	1,2	1,3	1,5	1,2	0,8	1,4	1,4	0,9	0,9
Min		0	2,6	0,5	0,8	2,0	3,9	0	0	3,6	3,5
Max		10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

Onde: A = Acesso; B = Longitudinalidade; C = Coordenação do cuidado; D = Coordenação-sistema de informações; E = Integralidade-serviços disponíveis; F = Integralidade-serviços prestados; G = Orientação Familiar; H = Orientação Comunitária.

Fonte: Da autora.

Com base na análise dos itens que compõe os atributos, foram identificados alguns deles que não são usuais aos serviços de APS no Brasil ou se referem aos serviços de saúde bucal. Esses itens foram excluídos e os escores dos atributos foram calculados novamente. Os itens excluídos foram acesso (A1, A2, A6, A7), integralidade – serviços disponíveis (E4, E5, E13, E19) e integralidade – serviços prestados (F9). Na Figura 1, a seguir, é possível visualizar os escores obtidos a partir do instrumento validado, como todos os itens dos atributos e com a exclusão dos 9 itens citados. Após a exclusão dos itens, houve aumento nos escores de acesso (validado = 5,0; excluídos = 7,2) integralidade-serviços disponíveis (validado = 8,0; excluídos = 8,2), integralidade-serviços prestados (validado = 9,3; excluídos = 9,6) e nos escores Essencial (validado = 7,6; excluídos = 8,0) e Geral da APS (validado = 7,9, excluídos = 8,2).



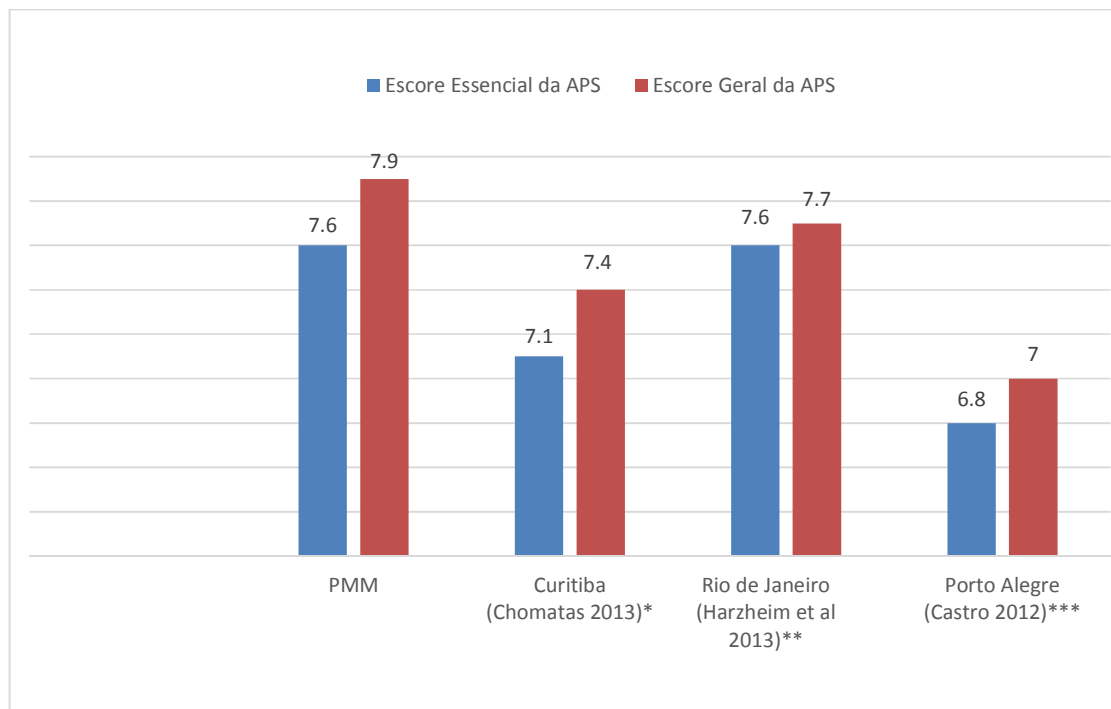
*Escore calculado a partir da exclusão de 4 itens do atributo de Acesso, 4 itens do atributo de integralidade serviços prestados e 1 item de integralidade serviços disponíveis.

Figura 1 – Escore dos atributos essenciais e derivados que apresentaram variação nos valores com a remoção de itens do instrumento validado.

Fonte: Da autora.

5.3.1.3 Análise Comparativa: Programa Mais Médicos – Curitiba, Porto Alegre e Rio de Janeiro

Na Figura 2, a seguir, estão apresentados os resultados dos escores Essencial e Geral da APS dos médicos cubanos do PMM em análise comparativa com os resultados dos estudos de Curitiba-PR²⁴, Rio de Janeiro-RJ e Porto Alegre-RS⁹. Foram selecionados para esta análise os escores dos serviços com melhor desempenho nos estudos citados, que são as unidades básicas com equipes de Saúde da Família (ESF) em Curitiba-PR e Porto Alegre-RS e as Clínicas de Família (tipo “A”) no estudo do Rio de Janeiro-RJ. Observa-se que os escores Essencial e Geral médio dos 4 estudos estão acima do ponto de corte, representando alto grau de orientação a APS. Os escores Essencial da APS dos médicos cubanos (7,6) e das Clínicas do Rio de Janeiro (7,6) são superiores a Porto Alegre (6,8) e Curitiba (7,1). O Escore Geral da APS do PMM (7,9) foi superior aos escores dos três municípios (Curitiba=7,4; Rio de Janeiro=7,7; Porto Alegre=7,0).



*Média dos escores Essencial e Geral dos profissionais médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em Curitiba-PR (n=190) (Chomatas 2013).

**Média dos escores Essencial e Geral dos profissionais médicos das Clínicas de Família no Rio de Janeiro-RJ (n=256) (Harzheim 2013).

***Média dos escores Essencial e Geral dos médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) em Porto Alegre-RS (n=85) (Castro 2012).

Figura 2 – Resultados do PCATool profissionais de saúde no Programa Mais Médicos nas cidade de Curitiba, Porto Alegre e Rio de Janeiro.

Fonte: Da autora.

A análise dos escores Essencial e Geral dos médicos cubanos que estão alocados nos municípios de Curitiba-PR, Rio de Janeiro-RJ e Porto Alegre-RS que participaram deste estudo (18, 108 e 15 médicos respectivamente), comparando com os resultados publicados desses municípios, considerando os serviços com melhor desempenho (ESF em Curitiba e Porto Alegre e Clínicas da Família no Rio de Janeiro), estão apresentados na tabela 4. Observa-se que nos escores Essencial e Geral os resultados dos médicos do PMM foram melhores nos três municípios. Os médicos do PMM do município do Rio de Janeiro-RJ foram os que tiveram os escores mais altos (Essencial = 8,2 e Geral = 8,4) e as maiores diferenças antes e com os médicos do PMM estão nos escores do município de Porto Alegre-RS.

Tabela 4 – Escores Essencial e Geral da APS dos estudos das cidades de Curitiba, Porto Alegre e Rio de Janeiro publicados e com os médicos do Programa Mais Médicos.

Atributos da APS	Cidades					
	Curitiba		Rio de Janeiro		Porto Alegre	
	Publicado* (n=190)	Médicos PMM** (n=18)	Publicado* (n=256)	Médicos PMM** (n=108)	Publicado* (n=85)	Médicos PMM** (n=15)
Escore Essencial da APS	7,1	7,9	7,6	8,2	6,8	7,7
Escore Geral da APS	7,4	8,0	7,7	8,4	7,0	7,9

*Escores publicados nos estudos de Chomatas (2013), Harzheim (2013), Castro (2012). Curitiba n=190 composto por médicos e enfermeiros da ESF; Porto Alegre n=88 composto por médicos e enfermeiros da ESF; Rio de Janeiro n=256 composto por médicos das Clínicas de Família.

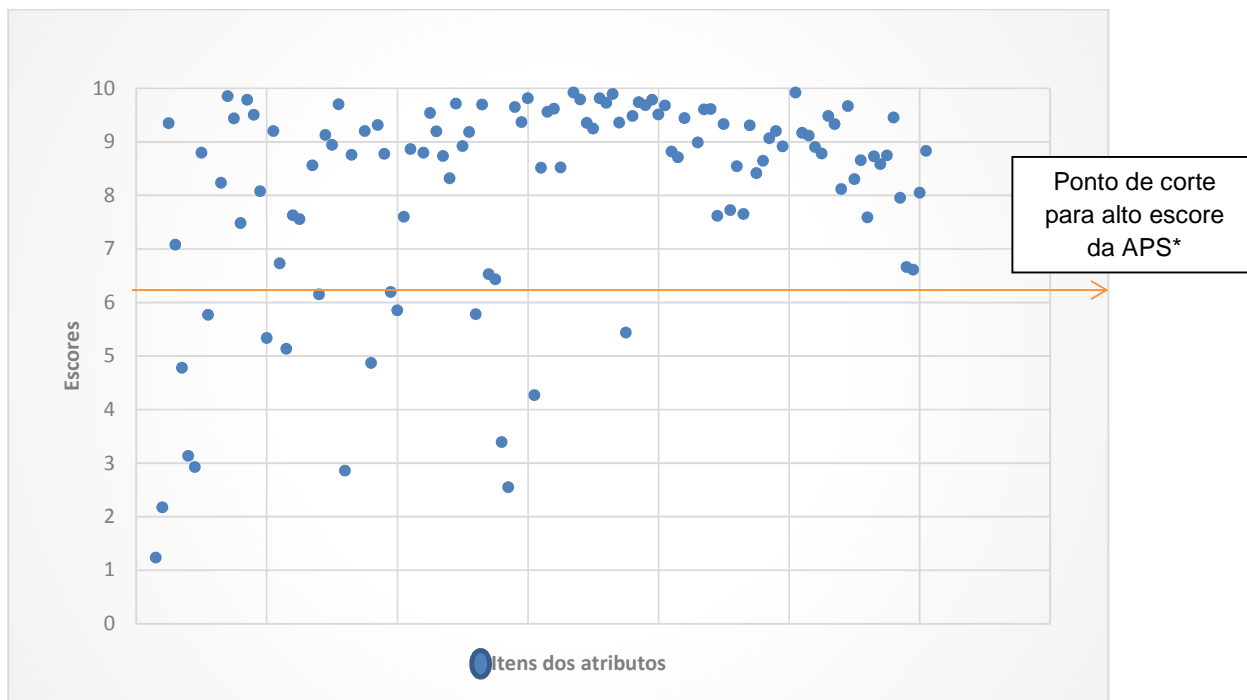
**Média dos escores dos médicos cubanos entrevistados que estão nos municípios de Curitiba (n=18), Rio de Janeiro (n=108) e Porto Alegre (n=15).

Fonte: Da autora.

5.3.1.4 Análise por Atributo

Considerando a análise por atributo e dimensão dos atributos, apresentados na tabela 3, observa-se 7 atributos com alto escore de APS e um abaixo do ponto de corte, o atributo acesso (escore = 5,0). Os atributos com escores mais altos foram integralidade - serviços prestados (escore = 9,3), orientação familiar (escore = 8,8) e orientação comunitária (escore = 8,6).

Na figura 3 é possível visualizar a distribuição dos itens que compõem os atributos essenciais e derivados do questionário do PCATool, em uma escala variando de 0 a 10, de acordo com os escores obtidos. Verifica-se alta concentração dos itens na parte superior do gráfico, acima do ponto de corte, correspondendo a 92 itens (80,7%) do total de 114, com escore maior ou igual a 6,6, indicando alta orientação a APS.



*O escore de APS $\geq 6,6$, em uma escala de 0 a 10 é considerado alto escore.

Figura 3 – Distribuição dos itens dos atributos segundo os escores dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos.

Fonte: Da autora.

5.3.1.5 Top 10

Na Tabela 5, a seguir, estão apresentados os 10 itens selecionados a partir dos valores médio dos escores, os quais representam os maiores escores dentre os 114 itens dos atributos (escores 9,78 e $\leq 9,92$). Esses itens pertencem aos atributos de integralidade-serviços prestados (F1, F2, F5, F7, F11, F13), longitudinalidade (B2, B5), Integralidade-serviços disponíveis (E17) e orientação comunitária (H1). Os itens com escores mais altos foram F1 - Conselho sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente (9,92); H1 - Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares (9,92); e F7 - Verificar e discutir os medicamentos que o paciente esta usando (9,89).

Tabela 5 – 10 itens selecionados com os maiores valores médios de escore atribuídos pelos médicos cubanos do Programa Mais Médicos.

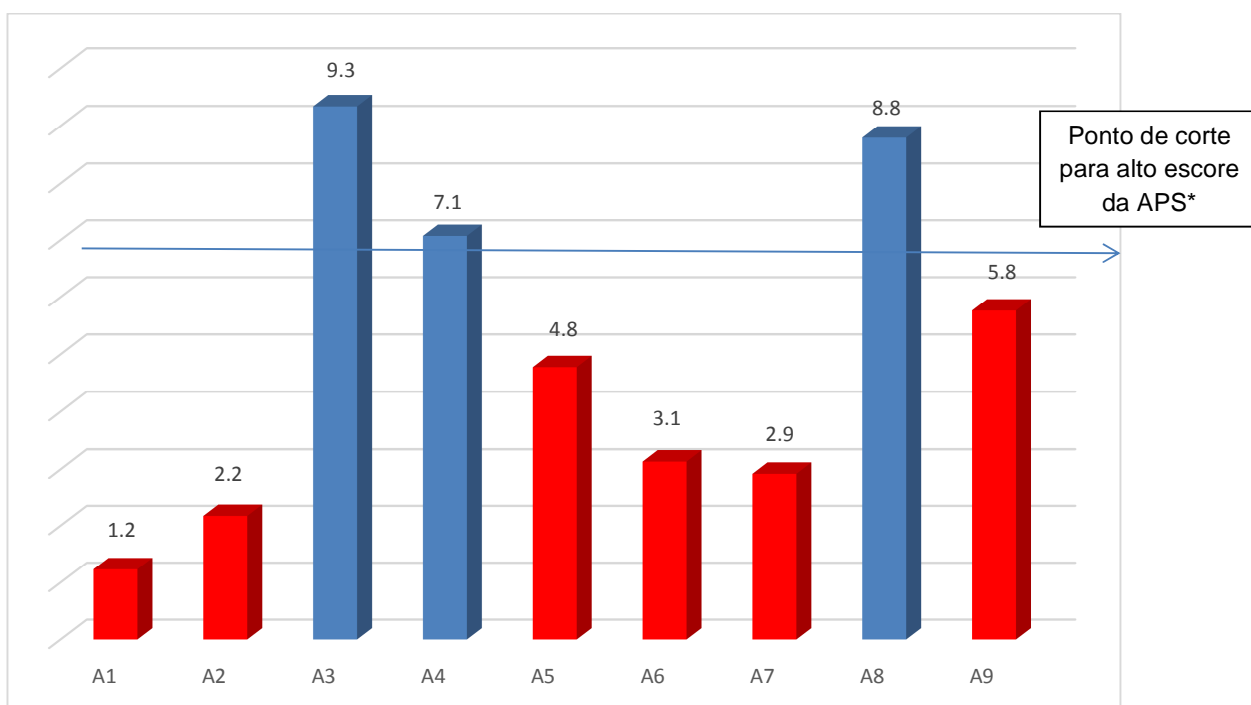
Itens	N		Media	DP	Min	Max
	Val	Perda				
B2. Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?	8235	0	9,85	0,76	0,00	10,00
B5. Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?	8235	0	9,78	1,00	0,00	10,00
E17. Cuidados pré-natais	8235	0	9,81	1,08	0,00	10,00
F1. Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente	8191	44	9,92	0,53	0,00	10,00
F2. Segurança no lar (como guardar medicamentos em segurança)	8187	48	9,79	0,89	0,00	10,00
F5. Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados	8214	21	9,81	0,87	0,00	10,00
F7. Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando	8208	27	9,89	0,71	0,00	10,00
F11. Como prevenir quedas	8145	90	9,74	1,00	0,00	10,00
F13. Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa	8154	81	9,78	0,94	0,00	10,00
H1. Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?	8235	0	9,92	0,70	0,00	10,00

Fonte: Da autora.

5.3.1.6 Acesso

Na Figura 4, a seguir, podemos observar separadamente os resultados de acesso, o atributo que teve a pior avaliação segundo os médicos cubanos do PMM. Dos 9 itens desse atributo, 6 deles ficaram abaixo do ponto de corte (A1, A2, A5, A6, A7, A9). Os itens com melhor desempenho foram os relacionados ao atendimento à demanda espontânea (A3 = 9,3), a facilidade de marcar consultas (A8=8,8) e ao aconselhamento por telefone (A4 = 7,1).

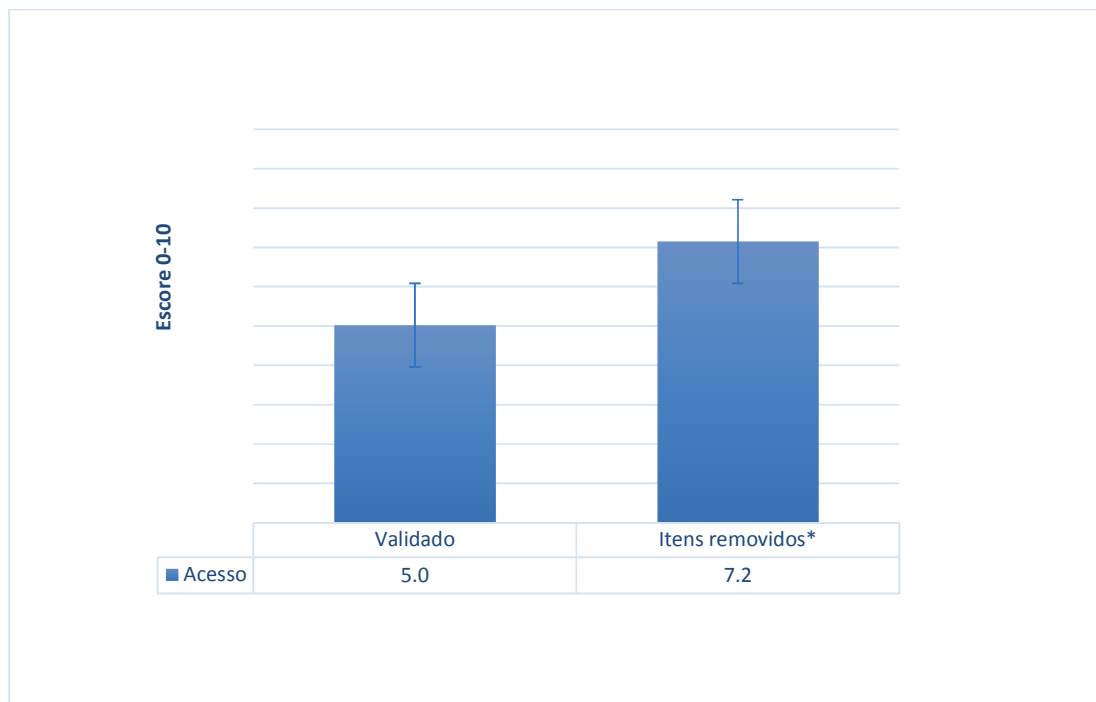
Os itens que mais contribuíram para o baixo escore de acesso foram os relacionados à disponibilidade dos serviços quando estão fechados aos sábados e domingos ou após as 20h (A1, A2, A6 e A7). Analisando o escore de acesso com a exclusão desses 4 itens, observa-se um aumento para 7,2, ficando acima do ponto de corte (vide Figura 5, a seguir).



*O escore de APS $\geq 6,6$, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto escore.

Figura 4 – Escores dos itens do atributo acesso na avaliação dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos, Brasil.

Fonte: Da autora.



*Itens removidos A1, A2, A6, A7.

Figura 5 – Escores do atributo acesso com instrumento validado e com a exclusão de 4 itens na perspectiva dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos, Brasil.

Fonte: Da autora.

5.3.1.6 Análise por Região

Na Tabela 6, a seguir, observa-se os resultados distribuídos por Região do Brasil. A Região com o maior número de médicos da amostra foi a Nordeste (3297 médicos), seguido da Região Sudeste (2195), Sul (1199), Norte (974) e Centro-Oeste (570). Com relação aos escores, a Região Sul é a que apresenta os valores mais altos tanto para o Escore Essencial (7,8), como para o Escore Geral da APS (8,0). As regiões que apresentam o Escore Geral mais baixos são a Região Centro-Oeste (7,8) e a Sudeste (7,8). Os escores de acesso ficaram abaixo do ponto de corte em todas as regiões, sendo a que apresentou o escore mais baixo foi a Região Nordeste (4,8) e o mais alto na Região Sul (5,6). As diferenças nos escores entre as regiões não foram estatisticamente significativas.

Tabela 6 – Escore médio (0-10) dos atributos da APS na perspectiva dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos, por região geográfica do Brasil.

Atributos da APS	Norte (n=974)	Nordeste (n=3297)	Sudeste (n=2195)	Sul (n=1199)	Centro- Oeste (n=570)
Acesso	5,2	4,8	5,0	5,6	5,1
Longitudinalidade	7,9	8,1	7,9	8,1	7,9
Coordenação do Cuidado	7,6	7,7	7,9	7,9	7,5
Coordenação Sistema de Informação	7,6	7,6	7,6	7,6	7,3
Integralidade - Serviços Disponíveis	8,0	8,0	7,8	8,4	8,0
Integralidade - Serviços Prestados	9,4	9,4	9,3	9,3	9,3
Escore Essencial da APS	7,6	7,6	7,6	7,8	7,5
Orientação Familiar	8,8	8,8	8,8	8,6	8,6
Orientação Comunitária	8,6	8,8	8,4	8,6	8,4
Escore Geral da APS	7,9	7,9	7,8	8,0	7,8

Fonte: Da autora.

5.3.2 Discussão

A APS neste estudo é conceituada por meio dos atributos essenciais e derivados, sendo considerada como primeiro nível de acesso a um sistema de saúde (acesso de primeiro contato), caracterizando-se, principalmente, pela longitudinalidade, integralidade da atenção e coordenação do cuidado dentro do próprio sistema de saúde, podendo contar com características complementares como, a orientação familiar e comunitária e a competência cultural⁴².

Os resultados evidenciam que, na experiência dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos, os serviços de APS em que estão inseridos apresentaram um bom desempenho, com alto grau de orientação a APS. Mais de 90% do total de médicos entrevistados neste estudo tiveram altos escores para APS. Os resultados positivos deste estudo são reforçado com a análise comparativa entre os escores dos médicos cubanos do PMM e os serviços de APS que obtiveram melhor desempenho com a aplicação do PCATool em Curitiba-PR²⁴, Porto Alegre-RS⁹ e Rio de Janeiro-RJ ⁴². Cabe ressaltar que os resultados do PCATool médicos cubanos representam a média de 8235 médicos, que estão distribuídos em 2713 municípios de todas as regiões do país, representando uma gama de heterogeneidade de infraestrutura, vulnerabilidade, entre outros aspectos.

Com a análise comparativa entre os escores essencial e geral da APS dos médicos cubanos do PMM dos municípios de Curitiba-PR, Rio de Janeiro-RJ e Porto Alegre-RS (total 141 médicos) e os resultados publicados nos estudos citados, pode-se observar um aumento em todos os escores nos três municípios, indicando avanços na APS, confirmada pela avaliação dos médicos do PMM, os quais tiveram escores bastante altos nesses municípios.

Na análise da distribuição de médicos da amostra por perfil de vulnerabilidade dos municípios, os perfis em que está alocada a maior parte dos médicos são “Demais Municípios”, municípios com 20% ou mais da população em extrema pobreza e Região Metropolitana. Todos esses grupos representam municípios com vulnerabilidade e dificuldade de fixação de médicos e foram criados pelo Ministério da Saúde como critério de priorização para a alocação dos médicos. Pode-se observar que, dos médicos que obtiveram alto escore da APS, mais de 20% estão no grupo de classificado pelo MS como ‘prioritário’, dentre os outros perfis de municípios, com relação à vulnerabilidade (20% ou mais da população em extrema pobreza).

Estes resultados reforçam os estudos encontrados na literatura que o PMM, em especial, os médicos cubanos estão em regiões com carência de médicos, vulneráveis e, mesmo em contextos desfavoráveis, é possível identificar qualidade nos serviços. Outros estudos corroboram com esses resultados demonstrando que houve redução na carência e na desigualdade de distribuição dos médicos, em especial nas regiões Norte e Nordeste e, a Região Nordeste foi a que mais recebeu médicos da cooperação com Cuba.

Os altos escores identificados neste estudo instigou a reflexão sobre as possíveis variáveis que podem estar associadas aos resultados. Uma delas é a formação dos médicos cubanos, considerando que todos os médicos que estão no PMM têm formação em Medicina Geral e Integral (MGI), como é chamada a medicina de família e comunidade em Cuba. A partir de um sistema único de educação médica naquele país, o programa de formação do especialista em MGI vigente (2004), tem duração de dois anos e se desenvolve no primeiro nível de atenção do Sistema Nacional de Saúde cubano, formado por uma rede com 11486 consultórios médicos de família. O médico desenvolve as atividades de medicina de família na própria comunidade em que reside. Somada a formação, o tempo de experiência em APS também esteve associado ao bom desempenho dos

profissionais, sendo que todos os médicos do PMM entrevistados tem mais de 5 anos de experiência.

A associação entre melhor desempenho e formação foi demonstrada também em estudos anteriores como o de Curitiba-PR, em que as unidades de saúde que tiveram os escores mais altos da APS foram as que os médicos possuíam Residência em Medicina de Família e Comunidade, em Porto Alegre-RS, em que as variáveis “possuir especialidade na área de APS” e “oferta de educação continuada” estiveram associadas à prevalência de alto Escore Geral da APS.

Quanto à análise por atributo, foi possível constatar a presença e a extensão dos atributos da APS, apresentando altos valores de escore para 8, dos 9 atributos e dimensões avaliados. Os atributos que tiveram melhor desempenho na avaliação dos médicos cubanos se referem à integralidade e nos atributos derivados – orientação familiar e comunitária. Mais uma vez, podemos atribuir a esses resultados a formação adequada e as competências necessárias para trabalhar na APS, além da motivação, o maior rigor no cumprimento da carga-horária de trabalho e o estabelecimento de vínculo com a comunidade, facilitado pela permanência do médico na equipe. Estudos reforçam esses achados, apontando os efeitos positivos do PMM no aumento da produção de ações e serviços, na oferta de procedimentos clínicos previstos, mas nem sempre realizados pelos outros médicos, por exemplo, a colocação de dispositivo intrauterino (DIU), nas ações de educação e de promoção da saúde, nas visitas domiciliares³⁵ e no aumento da produtividade, principalmente nos municípios mais pobres e com pior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

Outro fator que pode estar associado aos altos escores dos atributos da APS neste estudo é a maioria dos médicos cubanos do PMM estar inserido em equipes de Saúde da Família. Estudos utilizando o PCATool para comparar a qualidade dos serviços entre unidades de Saúde da Família e unidades Básicas tradicionais, comprovam que a qualidade e a efetividade dos serviços de APS são mais presentes nas unidades de Saúde da Família. Dentre as evidências que demonstram a maior qualidade nos serviços prestados pela Estratégia Saúde da Família, podemos citar um estudo desenvolvido em Cascavel-PR, que avaliou comparativamente a qualidade dos serviços entre equipes de Saúde da Família com médicos do PMM e equipes de Saúde da Família com outro médico, que não faz parte do PMM. O estudo concluiu que os dois grupos apresentaram alto escore da APS e não houve diferença estatisticamente significativa entre os escores dos

grupos³⁹. Estes achados contribuem para a hipótese de que aspectos de estrutura e de modelo de atenção dos serviços são fortemente indutores de sua qualidade assistencial.

Aspecto importante para o diálogo sobre o Programa Mais Médicos é o acesso, tendo em vista que, além de ser um atributo essencial da APS, acesso é um fator condicionante para os outros atributos, ou seja, sem acessar o serviço não é possível prestar um cuidado longitudinal, integral e com coordenação dentro do sistema. O atributo acesso de primeiro contato mede a acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas.

Neste estudo, o acesso foi o atributo que apresentou o escore mais baixo, convergindo com outros estudos que aplicaram o PCATool-Brasil em nosso país, os quais avaliaram acesso, em especial a acessibilidade, como o pior desempenho dentre os atributos. Estudo realizado em São Paulo-SP, concluiu que a acessibilidade da Unidade Básica de Saúde (UBS) com equipes de Saúde da Família foi avaliada como pior que um serviço de ambulatório de especialidades médicas.

O acesso no PCATool abrange aspectos relativos ao tempo de espera para o atendimento médico, disponibilidade de atendimento mediante demanda espontânea, se o atendimento ocorre no mesmo dia em que o usuário busca atendimento, facilidade no agendamento de consultas médicas, período em que a unidade está aberta e disponível aos usuários, acesso aos profissionais por telefone para orientação, orientação para atendimento quando a unidade está fechada e acesso a consultas de retorno.

Conforme apresentado nos resultados deste estudo, os itens de acesso que mais pesaram para uma avaliação negativa dos serviços foram relativos aos horários de funcionamento das unidades, indicando baixa capacidade dos serviços em apresentar resposta rápida aos casos agudos. Esses resultados não são exclusivos dos serviços com os médicos do PMM, em geral, as UBS no SUS só funcionam de segunda a sexta durante o dia e os usuários não tem como contatar o serviço por telefone quando a unidade está fechada. Essa fragilidade do acesso nos serviços de APS no SUS se caracteriza como um problema sistêmico, fazendo com que o usuário procure os serviços de urgência e muitas vezes se vinculando a esses

serviços e não dando credibilidade as UBS como porta de entrada preferencial do sistema.

Em São Paulo-SP, usuários entrevistados não apenas consideraram os horários dos serviços de APS como muito restritos, mas também avaliaram de forma bastante negativa os itens relacionados à espera e à burocracia para serem atendidos. Na pesquisa do Rio de Janeiro, todos os usuários das Clínicas da Família entrevistados afirmaram não poder contatar o médico por telefone quando a unidade está fechada, tendo que recorrer à Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Na busca de identificar os motivos que levam os usuários a procurar os serviços de pronto-atendimento em Santa Maria-RS, observou-se como principais motivos a localização mais próxima da residência ou do local de trabalho, o horário de atendimento mais acessível e de forma efetiva e resolutiva, além de relatarem a falta de médico na UBS para o atendimento.

Apesar dos baixos escores dos itens de acesso neste estudo, tivemos 30,2% dos médicos cubanos que responderam que 'provavelmente sim' em seus serviços as unidades ficam abertas sábados ou domingos, alguns dias da semana após as 20h, se os pacientes são atendidos quando adoecem e a unidade está fechada e se recebem orientação por telefone caso a UBS esteja fechada. Os médicos do PMM são contratados para trabalhar exclusivamente na APS, com uma carga-horária de 40h semanais, sendo 32h dedicadas aos serviços e 8h às atividades de formação. A hipótese para esses resultados é que alguns médicos estão inseridos em serviços com horário ampliado, como registrado no Estudo de Caso sobre o PMM no município de Curitiba PR, que cita que o PMM catalisou a implementação do 'acesso avançado' no município, ampliando o horário de funcionamento de algumas unidades básicas até às 22h30.

Nos resultados dos médicos cubanos analisados por Região do país, observa-se alto escore para todas as regiões, não apresentando grande variabilidade. A Região Sul é a que apresenta maior Escore Essencial e Geral da APS. Na análise desagregada dos escores dos médicos do PMM entrevistados em Curitiba-PR e Porto Alegre-RS, o bom desempenho da Região Sul pode ser confirmado com os altos escores Essencial e Geral. O Estudo de Caso em Curitiba-PR observou que o PMM vem contribuindo para impulsionar estratégias de qualificação e implantação da APS no município, como o acesso avançado e a carteira de serviços, além de contribuir para a reorientação do modelo de atenção. A

aplicação do PCATool em Cascavel-PR também registrou altos escores de APS para as equipes de Saúde da Família com médicos do PMM³⁹.

O acesso teve o pior desempenho em todas as regiões, sendo que a Região que apresentou o escore mais baixo foi a Nordeste, uma das regiões do país com a maior redução de carência de médicos com o PMM, indicando que o acesso segue como um desafio, apesar da redução da carência de médicos na APS, estando condicionado aos fatores já citados como horário de funcionamento das UBS e acolhimento aos casos agudos, além de outras barreiras que certamente já foram sinalizadas em outros estudos.

Cabe fazer uma discussão sobre vulnerabilidade e PMM, pois, segundo as normas do Programa, ele vem para atender as áreas de mais vulneráveis do país, as quais já foram identificadas e vem sendo alvo de políticas públicas equitativas. Estudos comprovam que o PMM está nos municípios aonde deveria estar, ou seja, os editais do Programa priorizam as áreas de maior vulnerabilidade em todos os grupos de municípios (capitais regiões metropolitanas, G100 e outros). Não se trata aqui de discutir se o PMM atende toda a carência de médicos que existe no país, mas, constatar que atendeu a demanda e essa demanda era legítima. Nos resultados aqui, constatou-se altos escores de APS em regiões consideradas como mais vulneráveis nos municípios, registrando que mais de 90% dos médicos avaliaram positivamente os serviços de APS em que estão inseridos.

5.3.3 Limitações

Como limitações, partimos da constatação de outros estudos de que os profissionais costumam avaliar os seus serviços melhor do que os usuários⁴². Como não temos dados de usuários neste estudo, isso pode ser uma limitação, tendo em vista que os serviços são avaliados desde uma única perspectiva, a dos profissionais médicos, correndo o risco de uma 'supervalorização' ou então, avaliação a partir dos conhecimentos adquiridos e não pelos serviços prestados. A ausência de outro ator também inviabiliza a possibilidade de comparação sobre a qualidade da atenção dos serviços.

O instrumento PCATool, por sua vez, também apresenta limitações. A primeira é considerar, para o cálculo dos Escores Essencial e Geral, que os atributos tenham os mesmos "pesos" na medida da orientação à APS. Outra é que, apesar do

PCATool ter sido validado para o Brasil, algumas perguntas não estão coerentes com as normas e regulamentações da APS, por exemplo, se os serviços de APS estão abertos aos finais de semana ou a noite alguns dias semana. Em que pese a importância de considerarmos esses itens como meta para uma APS de qualidade, enquanto não mudarem as normas e não forem reformulados os processo organizacionais na APS no Brasil, continuaremos tendo serviços avaliados com baixo score para acesso, indicando baixa orientação a APS.

O artigo *Avaliação da qualidade da Atenção Primária no Programa Mais Médicos*, na íntegra, encontra-se no Apêndice “B” desta tese.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de implementação do Programa Mais Médicos (PMM) foi permeado por debates e críticas em torno da forma como foi estruturado, da real efetividade e, principalmente, com relação à sustentabilidade, uma vez que se trata de um Programa ancorado no Ministério da Saúde (MS) e de caráter provisório. Porém, com o apoio de pesquisas científicas, é possível analisá-lo sob a ótica das mudanças positivas que estão acontecendo, em especial o eixo provimento emergencial, com a inserção de médicos com formação em Medicina de Família e Comunidade em equipes de Saúde da Família, potencializando as ações e os serviços de saúde realizados por essas equipes, ampliando o acesso, promovendo a equidade e melhorando as respostas dos serviços. Do ponto de vista desta tese, o resultado mais importante são que indicam que o PMM é uma política pública que obedece aos preceitos constitucionais e é um importante instrumento para a efetivação do direito à saúde.

Com relação ao eixo formação do PMM, pode-se apontar para um forte potencial do Programa para o reordenamento da formação em saúde, voltados para a necessidade do país e do sistema de saúde, com a retomada do papel regulador do Estado na condução desse processo, o que se caracteriza como uma resposta a um problema estrutural do SUS. Reordenar a formação médica para o trabalho na APS e desenvolver medidas para a inserção desses profissionais nos serviços de APS, em especial, em equipes de Saúde da Família é um dos caminhos para fortalecer a APS como ordenadora do sistema e, conseqüentemente fortalecer o sistema de saúde brasileiro.

Considera-se que o PMM é parte da solução dos problemas da APS e do SUS, como a falta de recursos humanos adequados para trabalhar na APS, a dificuldade de expansão da ESF e da universalização do acesso, contribuindo para a baixa valorização da APS, uma vez que usuários que não tem suas respostas atendidas procuram serviços de pronto-atendimento ou planos de saúde mais acessíveis, porém com restrição de serviços.

Nesse sentido, é importante para o sistema de saúde brasileiro adotar a meta da Cobertura Universal em Saúde, para que o horizonte das políticas de saúde seja o direito à saúde, materializado por meio do acesso universal as ações e serviços de

saúde efetivos nas respostas às necessidades em saúde. Para isso, o caminho deve ser a APS, como porta de entrada, como primeiro nível do sistema, como o conjunto de serviços que tem a competência para decodificar e pactuar as necessidades em saúde da população, pois deve estar no território, próxima às pessoas, de forma a ser mais resolutiva nos problemas de saúde identificados e, conseqüentemente, tem a capacidade de reordenar a rede de atenção para que os serviços estejam alinhados as necessidades em saúde, baseados na demanda e não na oferta.

O PMM entra nesse cenário como uma 'mola' que serve para impulsionar o desenvolvimento da APS, que prevê a presença e a extensão dos atributos da APS e como elemento central das redes de atenção. Mesmo o eixo provimento emergencial tendo caráter provisório, deixa o legado de que investir em APS, em especial no modelo de atenção adotado para a APS no SUS, a Estratégia Saúde da Família é o melhor caminho para fortalecer o sistema de saúde em direção a Cobertura Universal, com base no direito à saúde.

Com relação à qualidade dos serviços de APS com médicos do PMM, por meio da avaliação dos serviços de mais de oito mil médicos cubanos pode-se constatar que é possível ter serviços com forte orientação a APS, com qualidade, mesmo em contexto menos favorecidos. Isso reforça a evidência de que médicos, com formação em Medicina de Família e Comunidade são mais adequados aos serviços e produzem resultados melhores se estiverem inseridos em equipes de saúde da família.

Apesar do bom desempenho dos serviços de APS avaliados pelos médicos cubanos do PMM neste estudo, o acesso segue como um desafio a ser superado no Brasil, sugerindo a necessidade de mudanças e inovações desencadeadas pela gestão e colocadas em prática nos serviços, os quais devem ter as estruturas organizacionais reestruturadas a partir de ferramentas e tecnologias que proporcionem maior acessibilidade.

Espera-se que os resultados apresentados aqui contribuam para a reflexão do papel do PMM no contexto da saúde no Brasil. Mais que discutir a necessidade ou não do Programa, tampouco centrar-se nas questões políticas que o cercam, esta tese se propôs a debater e a poduzir evidências acerca da efetividade do Programa como política pública que vem para contribuir para o fortalecimento do sistema de saúde.

Justifica-se a necessidade cada vez maior de pesquisas científicas, a partir de diferentes pontos de vista e abordando as mais diversas áreas em que são potenciais de resultados para o PMM, tendo em vista que o Programa é política recente e, como todo ato discricionário da administração pública, assumiu conformações que talvez se justifique pelo momento político, econômico em que foi formulado.

Este estudo traz contribuições importantes para o debate sobre a Atenção Primária no Brasil, inserindo o PMM no contexto das políticas públicas de fortalecimento dos sistemas de saúde baseados na APS. Apesar de todas as evidências que comprovam que sistemas de saúde com forte APS são mais efetivos, ainda não avançamos no Brasil para uma APS efetiva e de qualidade, com acesso universal, sendo necessário seguir com os esforços para que a APS esteja no centro da agenda política sanitária, acompanhada de medidas estruturais para sua consolidação como porta de entrada e ordenadora do sistema. O PMM já apresentou um importante valor, uma vez que colocou a APS no centro da agenda de debate político sanitário no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Disponível em: <http://www.dudh.org.br/declaracao/>.
2. Organização Mundial da Saúde (OMS). Constituição 1948. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/gov/assets/constitution-en.pdf>.
3. Gadelha CAG, Costa LS. Saúde e desenvolvimento no Brasil: avanços e desafios. *Rev Saúde Pública* 2012; 46(Supl):13-20.
4. Brasil. Constituição Federal de 1988. Artigo 196. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/topicos/920107/artigo-196-da-constituicao-federal-de-1988>.
5. Carvalho G. A saúde pública no Brasil. *Estud. av.* 2013; 27. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>.
6. Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento/Banco Mundial. Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 2011. Washington D.C. 20433.
7. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde. República do Cazaquistão em 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>.
8. Medici AC. Receita para Não Universalizar a Cobertura à Saúde em Países em Desenvolvimento. Blog Monitor de Saúde. Disponível em: <http://monitordesaude.blogspot.com.br/2016/03/receita-para-nao-universalizar.html>.
9. Anderson MIP, Armadillo MLR, Días NT, Fuentes SC. Cobertura Universal en Salud, Atención Primaria y Medicina Familiar. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2016;11(Suppl 1):4-30. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf11\(1\)1276](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf11(1)1276).
10. Atun R, Andrade LOM, Almeida G et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet* 2015; 4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/>.
11. Savedoff W, de Ferranti D, Smith A, Fan V. Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. *Lancet* 2012; 380: 924–32.
12. Frenk J. Leading the way towards universal health coverage: a call to action. *Lancet* 2015 385:1352-1358. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/>.
13. Kemper ES, Mendonça AVM, Sousa MF. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21:2785-2796. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.17842016>.
14. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/ Organização Mundial da Saúde (OMS). Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) 2007. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31085>.

15. Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório Mundial da Saúde. Cuidados Primários de saúde: agora mais que nunca 2008. Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>.
16. Harzheim E, Duncan B, Stein A, Cunha C, Goncalves M, Trindade T, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Serv Res* 2006; 5:156. DOI: 10.1186/1472-6963-6-156.
17. Macinko J, Almeida C, Oliveira E, Sá P. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Plann Manage* 2004; 19:303-17. DOI: 10.1002/hpm.766.
18. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Jr A, et al. A Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:633-641. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300012>.
19. Ibañez N, Rocha J, Castro P, Ribeiro M, Forster A, Novaes M, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:683-703. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300016>.
20. van Stralen CJ, Belisário SA, van Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24: 148-158. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300019>.
21. Rasella D, Aquino R, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. *BMC Public Health* 2010; 310:380. DOI: 10.1186/1471-2458-10-380.
22. Brasil. Departamento de Atenção Básica. Histórico de cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745 de 9 de dezembro de 1993 e nº 6.932 de 7 de julho de 1981 e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2013; 23 out.
24. Viana ALD, Elias PEM. Saúde e desenvolvimento. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 12: 1765-1777.
25. Programa das nações Unidas para o Desenvolvimento no Brasil (PNUD). Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS). Disponível em: <http://www.undp.org/content/brazil/pt/home.html>
26. Yamin AE, Frisancho A. Human-rights-based approaches to health in Latin America. *Lancet* 2015; 385:26-29.
27. Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento/Banco Mundial. Dmytraczenko T, Almeida G (org). Rumo a uma cobertura universal de saúde e equidade na América Latina e no Caribe. Evidência de países selecionados 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0920-0>.

28. Broccolini CS, Souza Jr PRB. Inequities in Healthcare utilization: results of the Brazilian National Health Survey, 2013. *International Journal for Equity in Health* 2016 15:150.
29. Lima-Costa MF, Mambrini JVM, Peixoto SV, Malta DC, Macinko J. Socioeconomic inequalities in activities of daily living limitations and in the provision of informal and formal care for noninstitutionalized older Brazilians: National Health Survey, 2013. *International Journal for Equity in Health* 2016 15:137.
30. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013. Disponível em: <http://www.undp.org/content/dam/brazil/docs/IDH/Atlas%20dos%20Municipios/undp-br-idhm-metodologia-2016.pdf?download>.
31. Organização Mundial da Saúde (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud 2000. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2000/es/>
32. Lobato LVC. Políticas Sociais e de Saúde. CEBES, 2012. Rio de Janeiro: 73 p.
33. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS). Atención primaria de salud en Suramérica. Giovanella, Lúgia (org.). Rio de Janeiro: Isags: Unasur, 2015.
34. Conill E. Sistema ou cobertura universal em saúde? Entrevista concedida ao Portal da Inovação em Saúde. 2014. Disponível em: <http://apsredes.org/blog/sistema-ou-cobertura-universal-em-saude-leia-a-entrevista-com-a-pesquisadora-eleanor-conill/>.
35. Brasil. Lei Orgânica da Saúde n.o 8080 e 8142 de 1990. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm.
36. Mendes, EV. A construção social da Atenção Primária à Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.193 p.
37. Duarte EC, Barreto SM. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2012; 21: 529-532 DOI:10.5123/S1679-49742012000400001.
38. Heidmann ITSB, Almeida MCP, Boeshs AE, Wosny AM, Monticelli M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto contexto enferm* 2006; 15: 352-358.
39. Stigler FL, Macinko J, Pettigrew LM, Kumar R, van Well C. No universal health coverage without primary health care. *Lancet* 2016; 1811. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30315-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30315-4).
40. Giovanella L, Mendonça MH. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AL, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 493- 546.
41. Giovanella L, Almeida PF, Vega Romero R, Oliveira S, Tejerina Silva H. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *Saúde em Debate* 2015; 39:300-322.

42. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. As redes de atenção à saúde. Brasília DF: Eugenio Vilaça Mendes; 2011.
43. Harzheim E. Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde : resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 137 p. (NAVEGADORSUS, 3).
44. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. *Health Serv Res* 2003; 38: 831–65. DOI: 10.1111/1475-6773.00149
45. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83:457-502. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x
46. Macinko J, Starfield B, Erinosh T. The impact of primary healthcare on population health in low and middle income countries. *J Ambul Care Manage* 2009; 32:150-71. DOI: 10.1097/JAC.0b013e3181994221
47. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. As redes de atenção à saúde. Brasília DF: Eugenio Vilaça Mendes; 2011.
48. Castro RCL, Knauth DV, Harzheim E, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad Saúde Pública* 2012; 28: 1772-1784. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900015>
49. Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60:13-19. DOI: 10.1136/jech.2005.038323
50. Rasella D, Aquino R, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. *BMC Public Health* 2010; 310:380. DOI: 10.1186/1471-2458-10-380
51. Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo PF, Lima-Costa MF, Medina MG, Mota E, de Oliveira VB, Turci MA. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Aff (Millwood)*. 2010; 2149-2160. DOI: 10.1377/hlthaff.2010.0251
52. Harzheim E, Duncan BB, Nunes LN, Leyh W. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy Plan*. 2012; 27:348-355. DOI: 10.1093/heapol/czr043
53. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ* 2014; 349. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g4014>
54. Lima RTS, Fernandes TG, Balieiro AAS, Costa FS, Schramm JMA, Schweickardt JC, Ferla AA. A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21: 2685-2696. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.15412016>.

55. Alessio MM. *Análise da Implantação do Programa Mais Médicos* [dissertação]. Brasília,DF: Faculdade de Ciências da Saúde; 2015.
56. Couto MP. *O Programa Mais Médicos: a formulação de uma nova política pública de saúde no Brasil*. [dissertação]. Curitiba,PR: Pós-Graduação em Políticas Públicas; 2015.
57. Cassiani SHB. Strategy for universal access to health and universal health coverage and the contribution of the International Nursing Networks. *Rev Lat Am Enfermagem* 2014; 22(6): 891–892.
58. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Mais Médicos 2016. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/conheca-programa>.
59. Santos, MCF. *Programa Mais Médicos. Estrutura do Programa Mais Médicos e Implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil* [monografia]. Belo Horizonte, MG: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas; 2015.
60. Mádson AM. D. *Dificuldades de se proporcionar mais médicos para o Sistema Único de Saúde (SUS)* [trabalho de conclusão de curso]. Brasília,DF: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade – FACE 2015.
61. Silva Júnior AG, Andrade HS. Formação Médica no Programa Mais Médicos: alguns riscos. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21:2670-2671. DOI:10.1590/1413-81232015219.18852016.
62. Collar JM, Almeida Neto JB, Ferla AA. Formulação e impacto do Programa Mais Médicos na atenção e cuidado em saúde: contribuições iniciais e análise comparativa. *Saúde em Redes* 2015; 1 (2): 43-56.
63. Rovere MR. El Programa Más Médicos: un análisis complementario desde la perspectiva de la salud internacional. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(54).
64. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, Matos MFM, Cyrino EG. “Mais Médicos”: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(54): 623-34.
65. González JEC, Morales ECL, Ramos AD. Proyecto “Mais Médicos para Brasil”: nueva modalidad de colaboración cubana en el exterior. *Rev Edumecentro* 2015; 7(1).
66. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2015; 20(11):3547-3552.
67. Silva RJO, Sousa D. O Programa Mais Médico na Perspectiva dos Atores Sociais Responsáveis por sua Implantação e dos Beneficiários no Município de Boqueirão, PB. *REUNIR: Revista de Administração, Contabilidade e Sustentabilidade* 2015; 5(3): 59-75.
68. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Implementação do Programa “Mais Médicos” em Curitiba. Experiências inovadoras e lições aprendidas*. Brasília: 2015.
69. Pereira LL, Silva HP, Santos LMP. Projeto Mais Médicos para o Brasil: Estudo de caso em Comunidades Quilombolas. *Revista da ABPN* 2015; 7(16):28-51.
70. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Jr A, et al. A Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de

- exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:633-641. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300012>.
71. Ibañez N, Rocha J, Castro P, Ribeiro M, Forster A, Novaes M, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:683-703. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300016>.
72. van Stralen CJ, Belisário SA, van Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24: 148-158. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300019>.
73. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde Debate* 2014; 38: 252-264. DOI:10.5935/0103-1104.2014S019.
74. Oliveira JPA, Sanchez MN, Santos LMP. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21:2719-2727. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.17702016>
75. Cruz MAC. A integralidade nas práticas de saúde após a implantação do Programa Mais Médicos: A experiência da Unidade Básica de Saúde Samambaia-Juatuba/MG [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas; 2015.
76. Mendes BC. O Programa Mais Médicos trará bons resultados? [monografia]. Brasília: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade; 2014.
77. Giovanella L, Mendonça MHM, Rodrigues MC et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21: 2697-2708. DOI: 0.1590/1413-81232015219.16052016.
78. Vosgerau e RomanowskiVosgerau DSAR, Romanowski JP. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. *Rev. Diálogo Educ.* 2014; 14(41):165-189.
79. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.
80. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do Instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil. Brasília: MS; 2010.
81. Hauser L, Castro RCL, Vigo A, Trindade TG, Gonçalves MR, Stein AT, Duncan BB, Harzheim E. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. *Rev Bras Med Fam Comun* 2013; 8:244-255. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)821](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)821).

82. Carvalho GL. *Enfrentando paradoxos: A análise constitucional do Programa Mais Médicos como afirmação ao direito à saúde* [dissertação]. Pouso Alegre, MG: Faculdade de Direito do Sul de Minas; 2015.
83. Silva SM, Santos LMP. Estudo das Ações Diretas de Inconstitucionalidade do Programa Mais Médicos. *Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.* 2015; 4 (2).
84. Vasconcelos D. Programa Mais Médicos: Exegese Constitucional da Política Direitos Sociais e Políticas Públicas III CONPEDI, Florianópolis, SC; 2014.
85. Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2013; 8:294-303. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)828](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)828)
86. Harzheim E, Lima KM, Hauser L. Reforma da atenção primária a saúde na cidade do Rio de Janeiro: avaliação dos primeiros três anos de clínica da família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das clínicas da família na cidade do Rio Janeiro. Porto Alegre: OPAS; 2013.
87. Silva BP, Stockmann D, Lucio DS, Henna E, Rocha MCP, Junqueira FM. Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos? *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21:2988-2906. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.15552016>.
88. Haggerty JL, Yavich N, Báscolo EP, Grupo de Consenso sobre un Marco de Evaluación de la Atención Primaria en América Latina. Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina. *Rev Panam Salud Pulica.* 2009;26:377-384.
89. Brunelli B, Gusso GDF, Santos IS, Benseñor IJM. Avaliação da presença e extensão dos atributos de atenção primária em dois modelos coexistentes na rede básica de saúde do Município de São Paulo. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2016; 11:1-12. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1241](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1241).
90. Araújo RL, Mendonça AVM, Sousa MF. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. *Divulg Saúde Debate* 2015; 39: 387-399. DOI: 10.1590/0103-110420151050002007.
91. Mendes. EV. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. *Conass Debate: Caminhos para a saúde no Brasil* 2014.
92. Pinto HA, Sales MJT, Oliveira FP, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos JT. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Divulg. Saúde Debate* 2014; 51:105-120.
93. Motta ID, Kamikawa GK. Direito à Saúde e estudo da política pública do Programa Mais Médicos. *Revista Jurídica Cesumar – Mestrado* 2014; 14 (2): 341-367.
94. Bull World Health Organ. *Funding, Flexible management needed for Brazil's health worker gaps* 2013. Francisco Eduardo de Campos – Entrevista. [acessado 2016 mar 10] Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/11/13-031113/en/>.

95. Diretoria Nacional. O SUS precisa de Mais Médicos e de Muito Mais!. *Saúde em Debate* 2013; 37(97):200-207.
96. Campos GWS. A Saúde, o SUS e o programa “Mais Médicos”. *RADIS Comunicação e Saúde* [acessado 2016 mar 10] Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/radis-na-rede/saude-o-sus-e-o-programa-mais-medicos>.
97. Molina J, Suárez J, Cannon LRC, Oliveira G, Fortunato MA. O Programa Mais Médicos e as Redes de Atenção à Saúde no Brasil Mais Médicos. *Divulg. Saúde Debate* 2014; 52:190-201.
98. Lima RCGS, Garcia Jr CAS, Kerkoski E, Chesani FH. Programa Mais Médicos no Estado de Santa Catarina: breve relato de experiências iniciais. *Tempus, actas de saúde colet.* 2015; 9(4):67-80.
99. Schefer, M. Programa Mais Médicos: em busca de respostas satisfatórias. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(54):637-640.
100. Florentino Jr AL. *Mais Médicos e Mais Cobertura? Efeitos iniciais do Projeto Mais Médicos na cobertura da Atenção Básica no Brasil* [monografia]. Brasília,DF: Graduação em Saúde Coletiva; 2014.
101. Souza BPA, Paulette AC. Projeto Mais Médicos para o Brasil em Pernambuco: uma abordagem inicial. *Tempus, actas de saúde colet.* 2015; 9(4): 11-34.
102. Rojas VC. *Impactos na Atenção Básica no município de Pelotas-RS com a implantação do Programa Mais Médicos* [trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre,RS: Escola de Administração; 2015.
103. Gonçalves RC, Ribeiro CLM, Medeiros MR, Souza MT, Kunitake CST. Projeto Mais Médicos para o Brasil – Uso de instrumentos de avaliação e acompanhamento dos profissionais – município de São Paulo (julho-dezembro 2014). XXIX Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo. [acessado 2016 mar 10] Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sms-10210>.
104. Mendes, EV. *As Redes de Atenção à Saúde*. 2ª Edição. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
105. CEBES. O SUS precisa de Mais Médicos e de Muito Mais! Saúde em Debate. 2013 [acessado 2016 mar 10]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2013/09/o-sus-precisa-de-muito-mais-que-mais-medicos/>.
106. Bertão IR. A atuação de um médico do Programa Mais Médicos para o Brasil e a mudança processo de trabalho da equipe de Estratégia de Saúde da Família. *Tempus, actas de saúde colet.* 2015; 9(4):217-224.
107. Silva RP, Barcelos AC, Hirano BQL, Izzo RS, Calafate JMS, Soares TO. A experiência de alunos do PET-Saúde com a saúde indígena e o programa Mais Médicos. *Interface (Botucatu)* 2015; 19 (1): 1005-1014.
108. Brito LM. *Programa Mais Médicos: satisfação dos usuários das Unidades Básicas de Saúde de Ceilândia/DF quanto ao atendimento médico* [monografia]. Brasília,DF: Graduação em Saúde Coletiva; 2014.

109. Silva, IEP. "Tem hora que a gente se pergunta por que é que não se junta tudo numa coisa só?" *Programa Mais Médicos para o Brasil: Caminhos da Intersetorialidade* [trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre,RS: Faculdade de Educação; 2014.
110. Almeida ER, Germany H, Firminiano JGA, Martins AF, Dias AS. Projeto Mais Médicos para o Brasil: A experiência pioneira do apoio institucional no Ministério da Educação. *Tempus, actas de saúde colet.* 2015; 9(4): 49-66.
111. Luz CA. *O Programa Mais Médicos em uma abordagem lexical: representação social e repercussão científica* [dissertação]. Belo Horizonte,MG: Faculdade de Medicina; 2015.
112. Morais I, Alkimin D, Lopes J, Santos M, Leonel M, Santos R, Rosas W, Mendonça AV, Sousa MF. Jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o programa mais médicos? *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(2):112-120.
113. Scremin L, Javorski E. O enquadramento das notícias sobre os estrangeiros do Programa Mais Médicos. In: *9o Ciclo de Debates sobre Jornalismo UniBrasil*. Curitiba; 2013.
114. Carvalho FC. A Consolidação do Programa Mais Médicos na Opinião Pública e na Cobertura Jornalística. Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. In: *XV Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sul*; 2014.
115. Souza L. *Representações do "Programa Mais Médicos" pelo site Pragmatismo Político e pelo Portal do Conselho Federal de Medicina* [dissertação]. Brasília,DF: Instituto de Letras; 2014.
116. Santos, RSO. *Médicos Brasileiros Conservadores: O Programa Mais Médicos Pela Retórica da Intransigência* [trabalho de conclusão de curso]. Brasília,DF: Graduação em Saúde Coletiva; 2014.
117. Landim, IC. Um estudo sobre a relação entre a Democracia Digital e a Participação Política a partir do debate sobre o Programa Mais Médicos no Facebook. *Mídia e Cotidiano* 2013; 3(3). [acessado 2016 mar 10] Disponível em: <http://www.ppgmidiaecotidianouff.br/ojs/index.php/Midecot/article/download/60/80>.
118. Sousa MF, Franco MS, Rocha DG, Andrade NF, Prado EAJ, Mendonça AV. Por que mais médicos no Brasil? Da política à formação. *Tempus, actas de saúde colet.* 2015; , 9(4): 159-174.
119. Schanaider A. Mais ou menos médicos! *Rev. Col. Bras. Cir.* 2014; 41(5): 303-304.
120. Caramelli B. Os médicos estrangeiros: a questão da língua. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2013; 59(5).
121. Campos GWS. Mais médicos e a construção de uma política de pessoal para a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde SUS. *Interface (Botucatu)* 2015; 19 (54).
122. Segallin M. O Programa Mais Médicos: *Um estudo de imagem a partir da revista Veja* [trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre,RS: Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação; 2013.

123. Sena IS, Guerreiro LC, Ribeiro AC, Morais LSS, Nazima MTST, Santo BEF. Percepções de estudantes de medicina sobre a experiência de aprendizado na comunidade dentro do programa mais médicos: análise de um grupo focal. *Tempus, actas de saúde colet.* 2015; 9(4): 81-95.
124. Jorge FM. Estudo jurídico do programa Mais Médicos. *ADV: Advocacia Dinâmica - Seleções Jurídicas* 2013; 14-26.
125. Paim JS, Vieira da Silva LM. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *Bol. Inst. Saúde* 2010; 12: 1518-1812.
126. Campos GWS, Pereira Jr N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21:2655-2663.
127. Organização Mundial da Saúde (OMS). 58ª *Assembléia Mundial da Saúde* WHA 58.3, de 23 de maio de 2005.
128. Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório Mundial da Saúde. Financiamento dos Sistemas de Saúde. O caminho para a cobertura universal 2010.
129. Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório Mundial da Saúde 2013: pesquisa para a cobertura universal de saúde. 2013.
130. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia para Acesso Universal e Cobertura Universal em Saúde. 53º Conselho Diretivo (CD53/5, Rev. 2). Washington DC; Outubro 2014. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27418&Itemid=270&lang=pt.
131. Bermejo RA, Xu J, Henao DE, Ho BL, Sialeunou I. What does UHC mean? *Lancet* 2014; 383.
132. CEBES. Nota pública sobre Cobertura Universal em Saúde. Disponível em: <http://cebes.org.br/2014/08/nota-consulta-publica-cobertura-universal-da-saude-da-omsopas-no-brasil/>.
133. Noronha JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cad. Saúde Pública* 2013; 29.
134. Barros FPC, Negri Filho A. Cobertura universal de saúde. *Cad. Saúde Pública* 2015; 31;1333-1335.
135. Heredia N, Laurell AC, Feo O, Noronha JC, Tovar-Torres M. The right to health: what model for Latin America? *Lancet* 2015; 4.
136. Silva Júnior AG, Andrade HS. Formação Médica no Programa Mais Médicos: alguns riscos. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21:2670-2671.
137. Carrer A, Toso de Oliveira BRG, Guimarães ATB, Conterno JR, Minosso KC. Efetividade da Estratégia Saúde da Família em unidades com e sem Programa Mais Médicos em município no oeste do Paraná, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21:2849-2860.
138. Harris M. Mais Médicos (More Doctors) Program – a view from England. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21: 2919-2913.

139. Facchini LA, Batista SR, Silva Jr AG, Giovanella L. O Programa Mais Médicos: análises e perspectivas. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21:2652.
140. Giovanella L, Mendonça MHM, Fausto MCR, Almeida PF, Bousquat A, Lima JG, Seidl H, et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21:2697-2708.
141. Oliveira MMC. Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre [Dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

ANEXO

ANEXO “A” – ARTIGO 1

Programa Mais Médicos: Panorama da Produção Científica

More Doctor Program: Panorama of Scientific Production

Elisandrée Sguario Kemper

Ana Valeria Machado Mendonça

Maria Fátima de Sousa

Resumo: Apesar dos avanços conquistados pela Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família no SUS, ainda persistem desafios com relação à universalização do acesso e a qualidade dos serviços, tendo como um dos fatores a defasagem e a distribuição desigual de médicos. Como proposta de enfrentamento desses problemas, o Governo brasileiro propôs o Programa Mais Médicos (PMM) para o Brasil, considerado como um conjunto de medidas para avançar no provimento, fixação e formação de médicos no SUS. Este estudo consiste em uma revisão bibliográfica do Programa Mais Médicos, com o objetivo de mapear e dimensionar a produção científica sobre o Programa, bem como sistematizar os achados e apresentar os resultados a partir de uma análise crítica. Foram selecionadas 54 publicações, as quais avaliam o Programa Mais Médicos em termos de efetividade, de análise do processo de implantação, de análise da mídia e dos discursos de atores, da formação e da análise jurídica e constitucional. Foram também sistematizadas as críticas e limitações encontradas. Com relação à análise, de forma geral, as avaliações do Programa são positivas, apresentando mudanças importantes no processo de trabalho nos serviços e na formação. Destaque para os estudos que apontam o Programa como um importante instrumento para a efetivação do direito à saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde; Programa Mais Médicos; Acesso; Cobertura Universal.

Abstract: In spite of the progress achieved by the Primary Health Care and Family Health Strategy in the SUS, there remain still challenges with regard to the universal access and quality of services, having as one of the factors the unequal distribution of doctors. As a proposal for addressing these problems, the Brazilian Government proposed the More Doctors Program (Programa Mais Médicos), in order to advance the provision, fixing and training of the doctors in the SUS. This study consists of a literature review of the More Doctors Program, in order to map and scale the scientific production about the Program, as well as summarize the findings and present the results from analysis. Were selected 54 publications, which evaluate the Program in terms of effectiveness, analysis of the implementation process, analysis of the media and the speeches of the actors, training and constitutional analysis. Were also systematized the criticisms and limitations found. With respect to the analysis, in general, evaluations of the Program are positive, showing important

changes in the work processes. Highlighted are the studies that show the Program as an important instrument for the effective implementation of the right to health.

Keywords: Primary Health Care; More Doctors Program; Access; Universal Coverage.

Introdução

A universalização 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 as necessidades em saúde da população. Mesmo em países com sistemas universais e garantia constitucional, como é o caso do Brasil, na prática enfrentam dificuldades na concretização do Direito à Saúde.

Com suporte científico das evidências, é possível afirmar que países que possuem sistemas de saúde organizados a partir da Atenção Primária a Saúde (APS) apresentam melhores resultados em saúde, traduzidos em menores custos da assistência, melhores níveis de saúde, maior satisfação dos usuários e diminuição das desigualdades sociais^{1 2 3 4 5 6 7}.

A APS deve ser compreendida como um nível de atenção e cuidados essenciais em saúde, sustentada pelo princípio da integralidade, baseada em métodos e tecnologias cientificamente fundamentadas e socialmente aceitáveis, garantindo a plena participação popular⁸. Deve estar baseada nos elementos essenciais ou atributos que são acesso e primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, além da atenção individual com foco na família e na comunidade⁹.

No Brasil, o fortalecimento da APS tem sido um processo gradativo, com a ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF), que é a forma brasileira de organizar a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS), mantendo os princípios do SUS e apoiada nos atributos da APS. Em 20 anos, a ESF ampliou a cobertura de 5% para 60%⁷ e com isso, trouxe impactos positivos na saúde da população, além de fortes evidências que demonstram que os resultados da ESF são muito superiores se comparados ao modelo tradicional da APS no SUS^{6 10}.

Apesar da importante expansão da ESF nos últimos anos, a capacidade de formação de médicos não acompanhou a mesma velocidade, assim como, não se desenvolveram tecnologias suficientes para o planejamento adequado de recursos humanos em saúde⁷. A escassez de profissionais com perfil adequado para o cuidado integral, aliado a insuficiência e a má distribuição, são uma das principais barreiras para a universalização do acesso em saúde, sendo necessárias medidas que fortaleçam as habilidades e competências e a distribuição equitativa dos profissionais nos serviços^{11 12}.

Nesse contexto é lançado o Programa Mais Médicos (PMM) no Brasil, instituído pela Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013, como uma proposta para avançar na solução dos problemas da APS no SUS, com medidas que intervêm na formação, na estrutura e no provimento de médicos nos serviços de APS. A vinda de médicos estrangeiros para atuar na Atenção Básica causou grande reação negativa das entidades médicas, com inúmeras disputas ideológicas e judiciais⁷.

Apesar das críticas, o PMM vai além da vinda em caráter emergencial de médicos estrangeiros, propondo também ações estruturantes para o SUS⁷, visando à ampliação do acesso e o fortalecimento do processo de trabalho na AB, intervindo na qualidade e na integralidade da atenção e no ordenamento da formação médica. Se trata de um Programa com um espectro de ações que variam de curto em longo prazo; de emergenciais a estruturais e que se desenvolvem em três eixos: (i) ampliação e melhoria da infraestrutura de unidades de saúde; (ii) provimento emergencial de médicos para áreas desassistidas; e (iii) formação de recursos humanos para o SUS¹³.

Frente a essa iniciativa do governo, em que se propõe a fortalecer a APS no SUS, com ampliação do acesso e cobertura aos serviços de saúde, dentre outras medidas, tornam-se necessárias pesquisas científicas que possam avaliar essa recente e complexa política pública, bem como, subsidiar a tomada de decisão e o aperfeiçoamento de estratégias futuras.

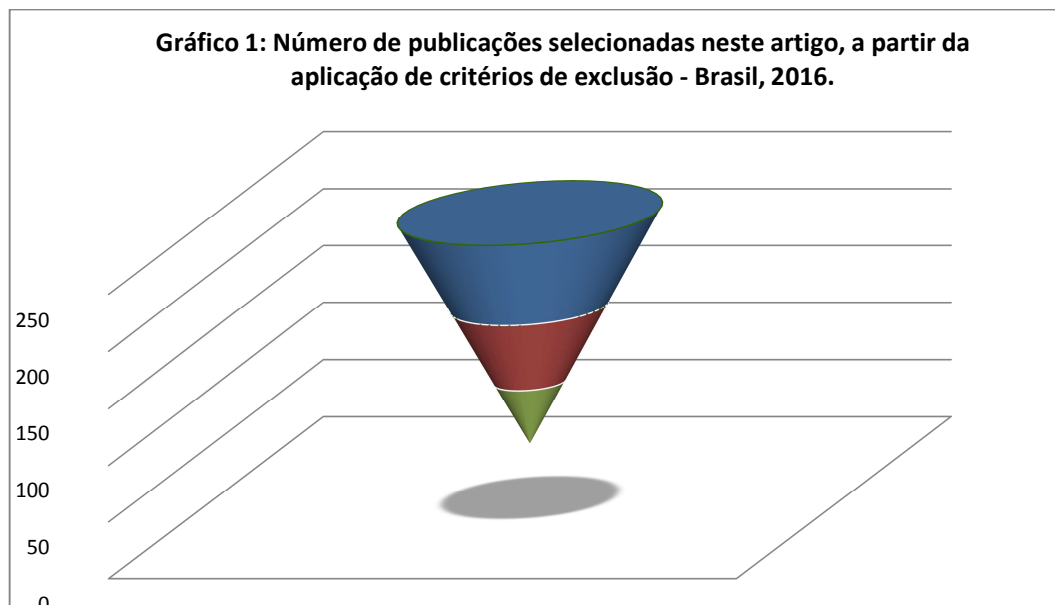
O PMM ainda não gerou um grande volume de artigos publicados, especialmente para a avaliação dos resultados efetivos do Programa¹⁴. Devido ao pouco tempo de criação do Programa, a hipótese é que muitas pesquisas estejam em desenvolvimento ou concluídas recentemente e ainda sem publicação. Nesse sentido, este estudo tem como objetivo mapear e dimensionar a produção científica sobre o PMM, sistematizar os achados e apresentar os resultados a partir de uma análise crítica. A expectativa é de acrescentar elementos para a reflexão e discussão sobre essa importante estratégia para o SUS.

Método

Trata-se de uma revisão bibliográfica do PMM, com a finalidade de fornecer um panorama científico e análise crítica da literatura selecionada. Este estudo se encaixa na definição de Vosgerau e Romanowski¹⁵ para revisão bibliográfica, que consiste em uma forma de mapear um campo do conhecimento, com a finalidade de compreensão dos movimentos da área, da configuração, das propensões teóricas metodológicas e das análises críticas indicando tendências, recorrências e lacunas.

Esta revisão iniciou com a busca eletrônica nos bancos de dados do MEDLINE, SciELO, LILACS e BVS/BIREME, utilizando como descritor o termo 'programa mais médicos'. Em seguida, fez-se a busca por outros artigos a partir das referências citadas em estudos selecionados. Foi também utilizada como ferramenta de busca a Plataforma de Conhecimentos do Programa Mais Médicos (<http://apsredes.org/mais-medicos/>), utilizando o título das pesquisas cadastradas na Plataforma para a busca no Google Acadêmico. Essa busca foi realizada entre os meses de janeiro, fevereiro, até 20 de março de 2016.

Para a seleção das publicações foram considerados como critérios de inclusão os estudos, artigos e demais publicações que citam o termo Programa Mais Médicos no título ou que tiveram como foco de estudo o Programa e que foram publicados entre os anos de 2014, 2015 e 2016. No total foram localizadas 82 publicações, sendo excluídos os trabalhos apresentados em congressos, os que não geraram artigos e publicações, ou matérias jornalísticas em mídias eletrônicas, blogs, páginas institucionais e redes sociais, chegando em 54 publicações consideradas para esta revisão bibliográfica (Gráfico 1). Além destes textos, outros 12 artigos foram selecionados como referência conceitual e metodológica ao texto.



- Publicações inseridas com o critério de busca (82)
- Publicações incluídas por avaliação de título e resultados para o Programa Mais Médicos e suporte teórico do artigo (66)
- Publicações consideradas para a revisão do Programa Mais Médicos (54)

Resultados e Discussão

Foram considerados para a revisão do PMM o total de 54 publicações, sendo 37 em formato de artigo e 17 trabalhos acadêmicos, divididos em nove trabalhos de conclusão de curso ou monografias e oito dissertações de mestrado.

Os textos revisados foram organizados em seis categorias considerando o foco principal do estudo ou dos resultados apresentados. As categorias são: a) Análise da implantação do PMM (15 publicações); b) Efetividade (15); c) Mídia (8); d) Limitações e críticas (6); e) Formação (5); e f) Análise jurídica/ constitucional (5) (Quadro 1). O tema da efetividade foi dividido cinco subtemas, que são: acesso, cobertura e equidade; integralidade e longitudinalidade; mudanças do processo de trabalho e modelo de atenção; satisfação dos usuários; e intersectorialidade. Apesar de a maioria das publicações apresentarem resultados em mais de uma área ou tema, para fins dessa categorização, foram incluídos em apenas uma delas.

Quadro 1 – Artigos selecionados para a revisão bibliográfica segundo o autor e a categoria.

Análise da implantação do Programa Mais Médicos	Efetividade	Mídia	Limitações e Críticas	Formação	Análise Jurídica e/ou Constitucional
Alessio M. (2015)	Santos L. et al. (2015)	Segallin M. (2013)	Schefer M. (2015)	Castro T. (2015)	Carvalho G. (2015)
Baião D. et al. (2014)	Silva R. e Sousa D. (2015)	Luz C. (2015)	Schanaider A. (2014)	Sousa MF. et al. (2015)	Silva S. e Santos L. (2015)
Couto M. (2015)	OPAS (2015)	Morais I. et al. (2014)	Robespierre C. (2015)	Cyrino E. et al (2015)	Vasconcelos D. (2014)
Pinto H. et al. (2014)	Pereira L. et al. (2015)	Scremin L. e Javorski E. (2013)	Caramelli B. (2013)	Santos B. et al. (2015)	Di Jorge F. (2013)
Santos M. (2015)	Mendes B. (2014)	Carvalho F. (2014)	Campos G. (2015)	Sena I. et al. (2015)	Kamikawa G. e Motta I. (2014)
Bull WHO (2013)	Florentino A. (2014)	Souza L. (2014)	CEBES (2013)		
Mádson A. (2015)	Souza B. e Paulette A. (2015)	Santos R. (2014)			
Campos G. (2013)	Rojas V. (2015)	Landim I. (2013)			
Molina J. et al. (2014)	Cruz M. (2015)				
Lima R. et al. (2015)	Gonçalves R. et al. (2014)				
Collar J. et al. (2015)	Bertão I. (2015)				
Rovere M. (2015)	Silva R. et al. (2015)				
Oliveira F. et al. (2015)	Brito L. (2014)				
González J. et al. (2015)	Silva I. (2014)				
Carvalho K. (2015)	Almeida E. et al. (2015)				

Fonte: Da autora.

As áreas que tiveram mais publicações selecionadas foram as que incluíram os estudos da análise de implantação do PMM e sobre efetividade. A hipótese é que, por ser uma política recente, justifica-se o quantitativo de estudos que avaliam o PMM em relação ao processo de implantação ser mais elevado que as outras áreas e o interesse em avaliá-lo em termos de efetividade, trazendo subsídios para a sua legitimação e também produzir evidências para respaldar tanto as ações governamentais como dar respostas a sociedade.

Em suma, os estudos se propuseram a analisar e resgatar o processo histórico do PMM, a analisar o Programa com relação ao cumprimento das regras e sob a perspectiva dos atores sociais, tiveram análises comparativas, tanto com outros países quanto com as regras de recrutamento e fixação da Organização Mundial de Saúde (OMS), estudos sobre a satisfação dos usuários, sobre a ampliação do acesso e cobertura, com foco na equidade, sobre os impactos na formação, análises das principais mídias do País e estudos jurídicos na perspectiva da constitucionalidade do Programa e do Direito à Saúde. Destaca-se que oito trabalhos acadêmicos foram produzidos em área distintas da da saúde, como por exemplo, na área de Direito, Administração, Ciências Sociais, Filosofia, entre outras, apontando para um despertar de interesse interdisciplinar gerado pelo PMM.

A seguir serão apresentados, de forma sistematizada e estratificada por categoria, os resultados da análise das publicações, com o foco nos resultados apresentados.

Análise da Implantação PMM

Para iniciar a reflexão sobre a análise da implantação do PMM, cabe citar os fatores desencadeantes do Programa, os que trouxeram a tona o debate político, geraram uma janela de oportunidade e se tornaram uma Questão Social. As mobilizações populares em junho de 2013, a marcha dos prefeitos também naquele ano e a articulação dos tomadores de decisão, no âmbito político e institucional, agindo imbuídos do objetivo de eleger suas alternativas como a solução mais adequada ao problema evidenciado^{16 17}.

O processo de implantação do PMM foi permeado por disputas judiciais e embates ideológicos, tendo sido creditada pelas entidades médicas como uma medida unilateral do Governo Federal, eleitoreira e sem planejamento⁷.

Mesmo considerando a hipótese de resposta as mobilizações sociais, autores ousam classificar a implantação do PMM como um modelo *top down* de políticas públicas, considerando que as estratégias e soluções vieram de cima para baixo, apesar de reconhecer os esforços da política em efetivar o Direito à Saúde⁶⁷.

Em agosto de 2013, iniciou a chegada dos primeiros médicos estrangeiros no âmbito do PMM. A demanda dos gestores municipais por médicos chegou a 15.460 vagas, as quais, não foram preenchidas por médicos brasileiros. Após um ano do início, o Programa contava com 14.462 médicos, atuando em 3.785 municípios e assistindo uma população de cerca de 50 milhões de pessoas⁷.

Considerando o alcance dos objetivos propostos para o processo de implantação, um dos artigos classifica o PMM como exitoso, uma vez que os editais de chamamento cumpriram os seus objetivos de contratação imediata, a adesão de médicos brasileiros no Programa aumentou e, com gestão descentralizada, mas com papéis bem definidos, a estrutura de contratação é clara e organizada¹⁸.

O PMM surge como resposta à necessidade legítima de fortalecimento da Atenção Básica, de expandir a cobertura da ESF, a qual vinha apresentando crescimento lento (1,5% ao ano), também com a proposta de distribuição mais equitativa dos médicos nos serviços, com foco na ampliação e universalização do acesso à saúde e conseqüentemente, produzir impactos na qualificação da atenção^{17 67}.

Para além da provisão imediata de médicos, o PMM traz estratégias para reordenar a formação em saúde no País, como uma tentativa de cumprimento do papel regulador do Estado em efetivar o Direto à Saúde, conforme preconiza a Constituição Federal^{19 20 21 22}.

Em termos de possibilidades e potencialidades, o PMM se configura como um projeto transformador efetivo em defesa do SUS, como uma oportunidade de transformar a APS e de implantar o modelo de cuidados concebido pela ESF, contribuindo para a organização e o desenvolvimento das redes de atenção em saúde e a transformação do modelo de atenção^{23 24}.

Permite construir uma proposta de regionalização da formação médica fora dos grandes eixos populacionais e se configura como uma estratégia que possibilita novos compartilhamentos à equipe de atenção, podendo gerar um incremento na produção de conhecimento e novas formas de cuidado²⁵.

Em perspectiva internacional comparada, o PMM se destaca pela magnitude e dimensão para atender a demanda dos municípios e também pelo diferencial, em termos de ética, já que, países com proporção de médicos por habitantes igual ou inferior ao Brasil não são elegíveis^{26 27}. Com relação ao Projeto Mais Médicos (provimento emergencial), é visto pelos cubanos como uma nova modalidade de colaboração, com diferencial em relação às outras missões de ajuda ou de cooperação médica, pela proposta de educação continuada, por meio de estratégias de aprendizagem durante todo o tempo de trabalho no projeto e diversas ofertas educacionais^{28 29}.

Efetividade

Cobertura, Acesso e Equidade

A falta de acesso à Atenção Básica atinge grande parte da população brasileira de regiões remotas, vulneráveis e nas periferias das grandes cidades, ocasionada em grande proporção pela escassez de profissionais médicos. O PMM contribui para a permanência de equipes completas em regiões de alta rotatividade profissional, permitindo o acesso e a equidade nos serviços a populações historicamente com restrições de acesso, a exemplo da população Quilombola. Dessa forma, é possível evidenciar que o PMM contribuiu para reduzir iniquidades, atendendo os municípios mais necessitados, os quais tinham as piores razões médico/ habitante, em situação de miséria e com mais necessidades em saúde^{29 31 32 33}.

Em relação à cobertura e acesso efetivo as ações e serviços de saúde, o PMM, ao fixar profissionais médicos nas equipes, amplia a atenção à saúde em regiões carentes de profissionais e contribui para o incremento necessário à expansão da ESF³⁴. A ampliação do acesso pode ser verificada também pelo aumento na produção dos serviços e a produtividade das equipes³⁵.

Destaca-se que a cobertura do PMM é qualificada, uma vez que os profissionais cumprem a carga-horária preconizada, possuem formação adequada para atuar na Atenção Básica e estão em constante processo de aprendizagem e educação em serviço³⁵.

Em números, podemos observar que a quantidade de equipes de Saúde da Família aumentou no País mais de 10% entre maio de 2013 e maio de 2014. A cobertura populacional do PMM nos 10 primeiros meses era de cerca de 30 milhões de

peessoas, especialmente em municípios caracterizados como 20% de maior pobreza.³⁶

A cobertura populacional da ESF no Estado de Pernambuco aumentou 5%, comparando os anos de 2011 e 2013 com 2014 e, considerando o parâmetro da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de três mil pessoas por equipes, o PMM proporcionou acesso à população estimada de dois milhões de pessoas (junho de 2014). Em Pelotas, no Rio Grande do Sul, com o PMM foi possível implantar 25 equipes de Saúde da Família no município^{37 38}.

Em termos de distribuição equitativa, observa-se que o número de municípios com escassez desses profissionais passou de 1.200 em março de 2013, para 558 em setembro de 2014 (redução de 53,5%). Na região Norte, 91,2% dos municípios que apresentavam escassez em 2013 foram atendidos, com provimento de 4,9 médicos por município em média (a maior razão entre regiões). No Estado de Pernambuco, dos 143 municípios participantes, 103 (72%) estão enquadrados na situação de pobreza e nesses municípios foram alocados 58% dos médicos do Projeto^{17 29 37}.

Dos municípios com cobertura do PMM, cerca de 400 nunca haviam tido profissionais médicos. Destaca-se ainda os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), distribuídos em todo País, que nunca tiveram médicos e contam hoje com 300 profissionais. Por exemplo, os lanomâmis em 2013 tiveram cerca de 500 atendimentos médicos, em 2014 o número de atendimentos passou para sete mil, com 15 médicos cubanos dedicados à etnia com exclusividade (99% dos médicos que atendem a população indígena no Programa são cubanos)³⁹.

Integralidade e longitudinalidade

As pesquisas demonstram que no PMM foram identificadas práticas e ações em saúde na perspectiva da atenção integral, bem como, uma concepção ampliada do processo saúde-doença. O PMM ampliou a oferta de ações e serviços desde a promoção da saúde até os cuidados paliativos e proporcionou uma relação de vínculo e maior proximidade com os usuários que, além de fortalecer a integralidade, contribui para a longitudinalidade (continuidade dos cuidados ao longo do tempo), sendo facilitada pela permanência do profissional médico na equipe por mais tempo^{32 39 40}.

O atributo da longitudinalidade na Atenção Básica foi identificado, considerando que o médico conhece os aspectos pessoais da vida dos seus pacientes, podendo representar o estabelecimento de uma relação pessoal de longa duração. Foi possível perceber a construção de uma relação mais aberta e comunicativa entre médico-paciente, bem como, uma relação de respeito e proximidade entre o médico e a equipe de saúde, o que tem fortalecido a integralidade nas ações em saúde desenvolvidas³⁹.

Mudança Processo de trabalho e Modelo de Atenção

Assim como outros sistemas de saúde, o SUS enfrenta o desafio da tripla carga de doenças e a crise causada pelo desencontro entre as condições de saúde e um sistema de saúde voltado para o atendimento de condições agudas, que é reativo, episódico, focado na doença e sem o protagonismo dos usuários no cuidado com sua saúde^{2 5}.

A inserção dos médicos nas equipes de Saúde da Família fortalece e expande a capacidade de intervenção na perspectiva da adoção de um modelo de atenção que atenda as necessidades em saúde. Agrega novas práticas e formas de cuidado, traz novos compartilhamentos, fortalece a integração das equipes, apoiando a organização dos serviços e contribuindo para o fortalecimento da Atenção Básica²⁵
^{29 32}.

Os estudos apresentam evidências de melhoria nos processos de trabalho, como por exemplo, os relatos de gestores e profissionais de saúde, citando que a integração do profissional médico ampliou a capacidade de diagnóstico dos problemas do território, bem como, trouxe mais agilidade e continuidade no tratamento dos usuários. Mudanças também foram observadas na qualidade da atenção a partir do PMM^{25 41}.

Com relação à atenção a grupos populacionais específicos é possível destacar a melhora na organização e oferta dos serviços a população Quilombola, o fortalecimento das relações entre a equipe e a maior articulação entre os profissionais. Da mesma forma em uma comunidade indígena, com o peso da formação acadêmica dos médicos intercambistas, especialmente os cubanos, foi possível interferir positivamente na atenção à saúde, com destaque para o conhecimento sobre plantas medicinais e as visitas domiciliares com uma visão mais holística^{33 42}.

Satisfação dos usuários

Além de demonstrar que os usuários das Unidades Básicas de Saúde estão mais satisfeitos com o atendimento médico dos profissionais do PMM, são pontuadas diferenças concretas na assistência prestada pelo médico cubano e pelo médico brasileiro. Em muitos aspectos, o atendimento do médico cubano é qualificado pelos usuários como superiores aos dos brasileiros, com ênfase na questão de ouvir, olhar ou dar atenção, interesse, educação e respeito⁴³.

Observou-se também, em um dos estudos, o alto grau de satisfação dos usuários considerando as dimensões de “tempo de espera para agendar a consulta” e “atendimento durante a consulta”²⁹.

Resultados de uma pesquisa realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e o Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas (Ipespe) em 2014 revelou que 85% dos usuários avaliaram que o atendimento médico ficou ‘melhor’ ou ‘muito melhor’ após a chegada de profissionais estrangeiros por meio do PMM. Outros 87% apontaram melhora na atenção profissional durante a consulta. Ainda de acordo com a pesquisa, 60% destacaram como ponto positivo a presença constante do médico e o cumprimento da carga horária e 46% disseram que o acesso às consultas melhorou³⁹.

Intersetorialidade

Além da natureza do PMM ser intersetorial, ou seja, já iniciou como uma política articulada entre os Ministérios da Saúde (MS), Ministério da Educação (MEC) e Ministério do Planejamento, destaca-se o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), em que todas as ações previstas na Lei fazem referência a atos conjuntos do MS e MEC⁴⁴.

No decorrer das ações de execução do PMM é possível identificar a materialização da intersetorialidade, seja pela discussão da formação, voltada para as necessidades do SUS, tanto nos cursos de graduação como de residência, na abertura de novas vagas de medicina e no espaço dado a Atenção Básica nas discussões das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)⁴⁴.

Um exemplo claro de articulação intersetorial é a estratégia de apoio integrado ao Programa implantada pelo MEC, que tem se apresentado como uma ação de gestão articulada, que exige diálogo e colaboração, aproximando os diferentes níveis de gestão e execução do PMM e contribuindo para a melhoria da Atenção Básica e do Sistema de Saúde brasileiro⁴⁵.

Limitações e Críticas

Esta revisão não tem a intenção de contra argumentar às limitações e críticas apresentadas, assim como os outros temas deste artigo, a ideia foi de sistematizar e apresentá-las ao leitor, fornecendo subsídios para o debate e a reflexão. Cabe ressaltar que os textos incluídos neste tema - limitações e críticas – são, em sua maioria, textos de opinião, editorial ou debate.

Como limitação, destaca-se a preocupação com a sustentabilidade do PMM, considerado como uma medida de caráter provisório e imediatista corre o risco de se tornar apenas um modelo paliativo, de curto prazo e com custo elevado, permanecendo os mesmos problemas quando finalizado o seu prazo de duração¹⁶
³⁵.

Nessa linha, também são identificadas críticas no sentido de o PMM ser considerado como uma resposta aos problemas estruturais do SUS, no sentido de que, respostas políticas e temporárias como o PMM, não são suficientes para enfrentar problemas estruturais, os quais exigem medidas estruturantes e de longo prazo, com maior disponibilidade de recursos para a área da saúde como um todo, com investimento em infraestrutura, recursos humanos, tecnologia, entre outros²⁰ ³⁵. Para um dos autores, uma saída apontada é a necessidade de se definir uma Política de Pessoal do SUS, condizente com a complexidade das necessidades em saúde dos brasileiros²².

Um dos artigos aponta, de forma mais incisiva, o PMM como uma medida que caminha na contramão da história, privilegiando a quantidade em detrimento da qualidade. A abertura de novas vagas de medicina, de residência e a ampliação numérica de médicos, segundo os autores, não irá contribuir efetivamente para a mudança de estilo de vida da população, tampouco resolverá a questão da alocação equitativa dos profissionais, os quais, na primeira oportunidade irão buscar o setor privado, com suposta alternativa profissional mais compensadora e o contato com os grandes centros⁴⁶ ⁴⁷.

Outros aspectos do PMM também são alvo de críticas, como a autorização dos profissionais para o exercício da medicina sem treinamento adequado e sem ambientação cultural e linguística, o valor pago aos médicos intercambistas cubanos, a restrição ao trânsito livre dos familiares dos médicos cubanos, o limite da disponibilidade de migração de médicos, as inadequações na execução das atividades de supervisão e tutoria, as substituições de médicos contratados por médicos intercambistas, a alocação de médicos em locais já saturados, a forma de

contrato e o processo de recrutamento, a extensão do curso de medicina e o apoio à expansão de universidades privadas^{48 49}.

Outro ponto destacado como uma limitação é o fato de o Brasil apresentar um contexto mais adverso que outros países, pois, somado às desigualdades regionais de distribuição de médicos, está o subfinanciamento do SUS e a disputa acirrada com o setor privado. Além disso, com o PMM ficou evidente a impossibilidade dos municípios implementarem a Atenção Básica com qualidade, sustentabilidade e cobertura da população. Somente com a interferência direta do MS, foi possível contratar e fixar médicos ao SUS em curto tempo^{22 34 49}.

Por fim, em artigo que analisa as tendências e os elementos que aparecem em discursos ligados a médicos e suas entidades representativas é possível inferir que o PMM pode não estar sendo compreendido na sua totalidade, que vai além da provisão imediata de médicos em lugares desassistidos, assim como, a interpretação equivocada de que o Estado, cumprindo o seu papel na regulação da formação, está interferindo na autonomia da profissão médica⁷.

Mídia

Desde o anúncio oficial, o PMM vem gerando intenso debate e movimentando as mídias e redes sociais, estando presente na cobertura jornalística, no debate público, nos pronunciamentos do Governo Federal e das entidades médicas. A mídia se constitui como uma importante ferramenta a um determinado propósito, bem como, uma peça chave na implementação de uma Política Pública, podendo contribuir para seu fracasso ou sucesso⁵⁰.

Em geral, as análises destas pesquisas demonstram clara divisão de interesses e de posicionamentos sobre o PMM e um forte viés político, com pautas que priorizam a contraposição das entidades representativas da corporação médica com o Governo Federal, o pouco aprofundamento dos conteúdos relativos à área da Saúde Pública e a ausência da voz do usuário. Foram destacados os aspectos relativos à nacionalidade dos médicos, a validação do diploma estrangeiro e o registro profissional. Sugerem o PMM como uma política eleitoreira e aponta supostas falhas na organização e nas regras^{51 52 53}.

Com relação aos estudos que apontam análises dos discursos dos médicos e das entidades representativas, percebe-se um posicionamento discriminatório, desqualificando os médicos estrangeiros e sugerindo a superioridade dos brasileiros, havendo uma mudança do discurso com relação aos médicos cubanos à medida que o Programa se consolida. Os resultados também apontam para a conclusão que os médicos brasileiros apresentam dificuldades em aceitar mudanças que possam beneficiar um público, que não somente o da medicina, enquanto coletivo profissional^{54 55 56}.

Um estudo analisou o debate sobre o PMM na página do *Facebook* do Ministério da Saúde e concluiu que pode até representar um tipo de participação por ter argumentos circulando, porém, esses não se sustentam pela pouca adesão e baixa legitimidade, considerando que apenas 0,18% da população teceu comentários acerca das postagens⁵⁷.

Formação

Um importante objetivo que consta na lei que cria o PMM é a transformação do processo de formação de médicos no Brasil, em uma tentativa clara de apontar a formação para o cuidado integral e as necessidades da população e do SUS. Finalmente, o Estado vem ao encontro do reordenamento da formação em saúde¹⁷.

As análises demonstram evidente incompatibilidade no Brasil entre o atual modelo de prática médica e o acesso universal e equitativo da população aos serviços de saúde. Apontam também que o PMM constrói medidas estruturantes para aprimorar a formação médica e responde à legislação do SUS, que ordena novas práticas^{57 60}.

As mudanças que são apontadas na Lei se referem aos cursos de graduação de medicina, ordenando os locais de abertura de novas vagas e exigindo a adequação dos currículos às novas Diretrizes Curriculares Nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE). A Lei também aponta para mudanças nas residências de algumas especialidades, sendo necessário fazer no mínimo um ano de medicina geral e comunitária.

As políticas públicas atuais parecem estar indo ao encontro dos apontamentos internacionais de se investir na formação de médicos de família, em número suficiente para um sistema de saúde centrado na APS. Resultados apontam que a Lei que cria o PMM representa uma importante evolução nas ferramentas de gestão de recursos humanos em saúde, além de mudanças e maior rigor na aplicação das DCN para formação de médicos no país, com ênfase na Atenção Básica⁷.

Com relação à formação em serviço, ficou demonstrado que o PMM tem um grande potencial pedagógico⁵⁷, contribuiu para a melhoria dos processos de aprendizado e que, a integração ensino, serviço e comunidade, aumentou o grau de satisfação dos estudantes de medicina e o entendimento dos alunos sobre a importância das práticas na comunidade e o potencial de aprendizado na graduação de medicina^{61 62}.

Análise jurídica/ constitucional

Os estudos que trazem análises jurídicas e constitucionais do PMM apontam para o Programa como uma Política Pública que reafirma o Direito à Saúde, sob a perspectiva de garantir a efetividade jurídica e constitucional e com a prerrogativa de melhorar os níveis de saúde da população. O PMM obedece e é compatível com arcabouço jurídico-constitucional brasileiro e apresenta-se como instrumento indispensável de eficácia social ao Direito à Saúde^{63 64 65 67}.

Contraditoriamente, um único estudo encontrado, realizado ainda sobre a Medida Provisória (MP 621/13) anterior a Lei que cria o PMM, conclui que a MP viola as regras básicas constitucionais e impede a correta prestação de serviço público de saúde. Considera a MP como um ato de império do governo, incompatível com o que se espera dos atos discricionários da Administração Pública⁶⁶.

Considerações Finais

O SUS avançou no processo de reorganização da Atenção Básica, inclusive com a ampliação da cobertura e implementação da ESF, como uma proposta de um novo modelo assistencial. Porém, ainda persistem desafios no sentido de melhorar a qualidade da atenção e a ampliação do acesso, rumo ao acesso universal em

saúde. Com a intenção de enfrentar um dos nós críticos da Atenção Básica, o governo brasileiro propôs o PMM, considerado como um conjunto de medidas para avançar no provimento, fixação e formação de médicos para o SUS.

O processo de implementação do PMM foi permeado por debates e críticas em torno da forma como foi estruturado, da real efetividade e, principalmente, com relação à sustentabilidade, uma vez que se trata de um Programa, ancorado no Ministério da Saúde e de caráter provisório. Porém, com o apoio de pesquisas científicas, é possível analisá-lo sob a ótica das mudanças positivas que estão acontecendo, pelo processo de cooperação e troca de conhecimentos entre os profissionais e, em especial, a satisfação dos usuários.

Com relação à análise das publicações selecionadas, destaca-se que, de forma geral, os resultados das avaliações do PMM são positivos, apontando resultados satisfatórios em relação à ampliação do acesso, a equidade, satisfação dos usuários e humanização do cuidado. Foram identificadas práticas inovadoras e mudanças nos processos de trabalho, com destaque para a prática do cuidado integral e a longitudinalidade. Há que destacar também a troca de conhecimentos, em âmbito bidirecional, entre profissional médico intercambista e as equipe de saúde na produção do cuidado, contribuindo para o aperfeiçoamento das práticas e formação em serviço e conseqüentemente para a melhoria dos resultados em saúde.

Resultados indicam que o PMM tem um forte potencial para o reordenamento da formação em saúde, voltados para a necessidade do País e do Sistema de Saúde, com a retomada do papel regulador do Estado na condução desse processo, o que se caracteriza como uma resposta a um problema estrutural do SUS.

Do ponto de vista deste artigo, o resultado mais importante são as evidências de que o PMM representa uma Política Pública que obedece aos preceitos constitucionais e é um importante instrumento para a efetivação do Direito à Saúde.

Referência Bibliográfica

1. Giovanella L. Atenção Primária à Saúde e coordenação dos cuidados na rede assistencial. *Saúde em Debate* 2014; 51:30-37.
2. Mendes EV. *As Redes de Atenção à Saúde*. 2ª Edição. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
3. Sisson MC, Andrade SR, Giovanella L, Almeida PF, Fausto MCR, Souza CRP. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. *Saúde e Sociedade* 2011; 20(4): 991-1004.
4. Chueiri PS. *Proposta de instrumento para a avaliação da coordenação do cuidado e da ordenação das redes de atenção à saúde pela Atenção Primária no Brasil* [dissertação]. Porto Alegre,RS: Faculdade de Medicina; 2013.
5. CEBES. O SUS precisa de Mais Médicos e de Muito Mais! *Saúde em Debate*. 2013 [acessado 2016 mar 10]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2013/09/o-sus-precisa-de-muito-mais-que-mais-medicos/>.
6. Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OCDE) Countries. *HSR* 2003; 38(3): 831-865.

7. Alessio MM. *Análise da Implantação do Programa Mais Médicos* [dissertação]. Brasília, DF: Faculdade de Ciências da Saúde; 2015.
8. Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciência & Saúde Coletiva* 2009; 14(1): 1325-1335.
9. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde; 2002.
10. Mendes EV. *O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família*. 1ª Edição. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
11. Frenk J. Leading the way towards universal health coverage: a call to action. *Lancet* 2015; 385(9975): 1352-8.
12. Cassiani SHB. Strategy for universal access to health and universal health coverage and the contribution of the International Nursing Networks. *Rev Lat Am Enfermagem* 2014; 22(6): 891–892.
13. Brasil. Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2013. [acessado 2016 mar 10] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm
14. Baião DC, Leônidas SR, Lins CFM. Avaliação do Programa Mais Médicos: uma revisão da literatura. XIV Encontro de Pós-Graduação e Pesquisa. Universidade de Fortaleza 2014.
15. Vosgerau DSAR, Romanowski JP. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. *Rev. Diálogo Educ.* 2014; 14(41) 165-189.
16. Couto MP. *O Programa Mais Médicos: a formulação de uma nova política pública de saúde no Brasil*. [dissertação]. Curitiba, PR: Pós-Graduação em Políticas Públicas; 2015.
17. Pinto HA, Sales MJT, Oliveira FP, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos JT. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Divulg. Saúde Debate* 2014; 51:105-120.
18. Santos MCF. *Programa Mais Médicos. Estrutura do Programa Mais Médicos e Implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil* [monografia]. Belo Horizonte, MG: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas; 2015.
19. Bull World Health Organ. *Funding, Flexible management needed for Brazil's health worker gaps* 2013. Francisco Eduardo de Campos – Entrevista. [acessado 2016 mar 10] Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/11/13-031113/en/>.
20. Diretoria Nacional (CEBES). O SUS precisa de Mais Médicos e de Muito Mais!. *Saúde em Debate* 2013; 37(97): 200-207.
21. Mádson AMD. *Dificuldades de se proporcionar mais médicos para o Sistema Único de Saúde (SUS)* [trabalho de conclusão de curso]. Brasília, DF: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade – FACE 2015.
22. Campos GWS. A Saúde, o SUS e o Programa “Mais Médicos” 2013. *RADIS Comunicação e Saúde* [acessado 2016 mar 10] Disponível em:

<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/radis-na-rede/saude-o-sus-e-o-programa-mais-medicos>.

23. Molina J, Suárez J, Cannon LRC, Oliveira G, Fortunato MA. O Programa Mais Médicos e as Redes de Atenção à Saúde no Brasil Mais Médicos. *Divulg. Saúde Debate* 2014; 52:190-201.
24. Lima RCGS, Garcia Jr CAS, Kerkoski E, Chesani FH. Programa Mais Médicos no Estado de Santa Catarina: breve relato de experiências iniciais. *Tempus, actas de saúde colet.* 2015; 9(4): 67-80.
25. Collar JM, Almeida Neto JB, Ferla AA. Formulação e impacto do Programa Mais Médicos na atenção e cuidado em saúde: contribuições iniciais e análise comparativa. *Saúde em Redes* 2015; 1 (2): 43-56.
26. Rovere MR. El Programa Más Médicos: un análisis complementario desde la perspectiva de la salud internacional. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(54).
27. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, Matos MFM, Cyrino EG. “Mais Médicos”: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(54): 623-34.
28. González JEC, Morales ECL, Ramos AD. Proyecto “Mais Médicos para Brasil”: nueva modalidad de colaboración cubana en el exterior. *Rev Edumecentro* 2015; 7(1).
29. Carvalho KSR. *Programa Mais Médicos e as recomendações da Organização Mundial de Saúde sobre atração, retenção e recrutamento de médicos para áreas rurais e remotas* [monografia]. Brasília, DF: Faculdade de Saúde Coletiva; 2015.
30. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2015; 20(11): 3547-3552.
31. Silva RJO, Sousa D. O Programa Mais Médico na Perspectiva dos Atores Sociais Responsáveis por sua Implantação e dos Beneficiários no Município de Boqueirão, PB. *REUNIR: Revista de Administração, Contabilidade e Sustentabilidade* 2015; 5(3): 59-75.
32. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Implementação do Programa “Mais Médicos” em Curitiba. Experiências inovadoras e lições aprendidas*. Brasília: 2015.
33. Pereira LL, Silva HP, Santos LMP. Projeto Mais Médicos para o Brasil: Estudo de caso em Comunidades Quilombolas. *Revista da ABPN* 2015; 7(16): 28-51.
34. Schefer M. Programa Mais Médicos: em busca de respostas satisfatórias. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(54): 637-640.
35. Mendes BC. *O Programa Mais Médicos trará bons resultados?* [monografia]. Brasília, DF: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade; 2014.
36. Florentino Jr AL. *Mais Médicos e Mais Cobertura? Efeitos iniciais do Projeto Mais Médicos na cobertura da Atenção Básica no Brasil* [monografia]. Brasília, DF: Graduação em Saúde Coletiva; 2014.

37. Souza BPA, Paulette AC. Projeto Mais Médicos para o Brasil em Pernambuco: uma abordagem inicial. *Tempus, actas de saúde colet.* 2015; 9(4): 11-34.
38. Rojas VC. *Impactos na Atenção Básica no município de Pelotas-RS com a implantação do Programa Mais Médico* [trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre, RS: Escola de Administração; 2015.
39. Cruz MAC. *A integralidade nas práticas de saúde após a implantação do Programa Mais Médicos: A experiência da Unidade Básica de Saúde Samambaia-Juatuba/MG* [dissertação]. Campinas, SP: Faculdade de Ciências Médicas; 2015.
40. Gonçalves RC, Ribeiro CLM, Medeiros MR, Souza MT, Kunitake CST. Projeto Mais Médicos para o Brasil – Uso de instrumentos de avaliação e acompanhamento dos profissionais – município de São Paulo (julho-dezembro 2014). XXIX Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo. [acessado 2016 mar 10] Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resourc/pt/sms-10210>
41. Bertão IR. A atuação de um médico do Programa Mais Médicos para o Brasil e a mudança processo de trabalho da equipe de Estratégia de Saúde da Família. *Tempus, actas de saúde colet.* 2015; 9(4): 217-224.
42. Silva RP, Barcelos AC, Hirano BQL, Izzo RS, Calafate JMS, Soares TO. A experiência de alunos do PET-Saúde com a saúde indígena e o Programa Mais Médicos. *Interface (Botucatu)* 2015; 19 (1): 1005-1014.
43. Brito LM. *Programa Mais Médicos: satisfação dos usuários das Unidades Básicas de Saúde de Ceilândia/DF quanto ao atendimento médico* [monografia]. Brasília, DF: Graduação em Saúde Coletiva; 2014.
44. Silva IEP. "Tem hora que a gente se pergunta por que é que não se junta tudo numa coisa só?" *Programa Mais Médicos para o Brasil: Caminhos da Intersetorialidade* [trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre, RS: Faculdade de Educação; 2014.
45. Almeida ER, Germany H, Firminiano JGA, Martins AF, Dias AS. Projeto Mais Médicos para o Brasil: A experiência pioneira do apoio institucional no Ministério da Educação. *Tempus, actas de saúde colet.* 2015; 9(4): 49-66.
46. Schanaider A. Mais ou menos médicos! *Rev. Col. Bras. Cir.* 2014; 41(5): 303-304.
47. Robespierre, CR. Programa Mais Médicos: um equívoco conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2105. 20(2): 421-424.
48. Caramelli B. Os médicos estrangeiros: a questão da língua. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2013; 59(5).
49. Campos GWS. Mais médicos e a construção de uma política de pessoal para a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde SUS. *Interface (Botucatu)* 2015; 19 (54).
50. Segallin M. *O Programa Mais Médicos: Um estudo de imagem a partir da revista Veja* [trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre, RS: Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação; 2013.

51. Luz CA. *O Programa Mais Médicos em uma abordagem lexical: representação social e repercussão científica* [dissertação]. Belo Horizonte, MG: Faculdade de Medicina; 2015.
52. Morais I, Alkimin D, Lopes J, Santos M, Leonel M, Santos R, Rosas W, Mendonça AV, Sousa MF. Jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o Programa Mais Médicos? *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(2): 112-120.
53. Scremin L, Javorski E. O enquadramento das notícias sobre os estrangeiros do Programa Mais Médicos. In: *9o Ciclo de Debates sobre Jornalismo UniBrasil*. Curitiba; 2013.
54. Carvalho FC. A Consolidação do Programa Mais Médicos na Opinião Pública e na Cobertura Jornalística. Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. In: *XV Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sul*; 2014.
55. Souza L. *Representações do “Programa Mais Médicos” pelo site Pragmatismo Político e pelo Portal do Conselho Federal de Medicina* [dissertação]. Brasília, DF: Instituto de Letras; 2014.
56. Santos RSO. *Médicos Brasileiros Conservadores: O Programa Mais Médico pela Retórica da Intransigência* [trabalho de conclusão de curso]. Brasília, DF: Graduação em Saúde Coletiva; 2014.
57. Landim IC. Um estudo sobre a relação entre a Democracia Digital e a Participação Política a partir do debate sobre o Programa Mais Médico no Facebook: *Mídia e Cotidiano* 2013; 3(3) [acessado 2016 mar 10]. Disponível: <http://www.ppgmidiaecotidiano.uff.br/ojs/index.php/Midecot/article/view/60>
58. Castro TF. *Reflexões sobre a prática de supervisão no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e no Programa Mais Médicos* [dissertação]. Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas; 2015.
59. Sousa MF, Franco MS, Rocha DG, Andrade NF, Prado EAJ, Mendonça AV. Por que mais médicos no Brasil? Da política à formação. *Tempus, actas de saúde colet.* 2015; 9(4): 159-174.
60. Cyrino EG, Pinto HA, Oliveira FP. O Programa Mais Médicos e a formação no e para o SUS: por que a mudança? *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 2015; 19(1).
61. Santos BEF, Sena IS, Alves CP, Batista NA, Nazina MTST, Morais LSS. Avaliação discente sobre interação ensino, serviços e comunidade em equipes de saúde integradas ao Programa Mais Médico no Estado da Amazônia. *Tempus, actas de saúde colet.* 2015; 9(4): 123-136.
62. Sena IS, Guerreiro LC, Ribeiro AC, Morais LSS, Nazima MTST, Santo BEF. Percepções de estudantes de medicina sobre a experiência de aprendizado na comunidade dentro do programa mais médicos: análise de um grupo focal. *Tempus, actas de saúde colet.* 2015; 9(4): 81-95.

63. Carvalho GL. *Enfrentando paradoxos: A análise constitucional do Programa Mais Médico como afirmação ao direito à saúde* [dissertação]. Pouso Alegre, MG: Faculdade de Direito do Sul de Minas; 2015.
64. Silva SM, Santos LMP. Estudo das Ações Diretas de Inconstitucionalidade do Programa Mais Médicos. *Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.* 2015; 4 (2).
65. Vasconcelos D. Programa Mais Médicos: Exegese Constitucional da Política, Direitos Sociais e Políticas Públicas III CONPEDI, Florianópolis, SC; 2014.
66. Di Jorge FM. Estudo jurídico do Programa Mais Médicos. *ADV: Advocacia Dinâmica - Seleções Jurídicas* 2013; 14-26.
67. Kamikawa GK, Motta ID. Direito à Saúde e Estudo da Política Pública do Programa “Mais Médicos”. *Revista Jurídica Cesumar – Mestrado* 2014; 14 (2): 341-367.

APÊNDICES

APÊNDICE “A” – ARTIGO 2

Cobertura Universal e o Programa Mais Médicos no Brasil

Universal Health Coverage and *Mais Médicos* (More Doctors) Program

Resumo

A Cobertura Universal em Saúde pode ser entendida como uma meta, que engloba uma série de medidas estruturais para que os sistemas de saúde possam avançar na universalização do acesso e na garantia do direito à saúde. A Atenção Primária à Saúde deve ser vista como um componente essencial para que os sistemas de saúde possam universalizar o acesso e para reorganizar os serviços com base nas necessidades em saúde. O Programa Mais Médicos no Brasil traz um conjunto de medidas com o objetivo de fortalecer a Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, esse artigo se propõe a trazer uma reflexão teórica sobre a Cobertura Universal e o Programa Mais Médicos, analisando em que medida o Programa contribui para o Sistema Único de Saúde avançar no alcance da Cobertura Universal.

Palavras-Chave: Cobertura Universal; Saúde Universal; Programa Mais Médicos.

Abstract

Universal Health Coverage can be understood as a goal, which encompasses a series of structural measures so that health systems can advance in the universalization of access and in guaranteeing the right to health. Primary Health Care should be seen as an essential component for health systems to universalize access and to reorganize services based on health needs. The *Mais Médicos* Program in Brazil brings a set of measures aimed at strengthening Primary Care. In this sense, this article aim to bring a theoretical reflection on Universal Coverage and the *Mais Médicos* Program, analyzing to what extent the Program contributes to the Unified Health System (SUS) to advance the reach of Universal Coverage.

Key-words: Universal Coverage; Universal Health; *Mais Médicos* (More Doctors) Programa.

INTRODUÇÃO

Este artigo se propõe a trazer uma reflexão teórica sobre a Cobertura Universal em Saúde, pauta que vem ganhando centralidade na agenda mundial e se constituindo como a aspiração mais recente dos sistemas de saúde no mundo³⁹. Também apresenta um olhar sobre o Programa Mais Médicos (PMM), como uma estratégia de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), analisando em que medida o PMM contribui para o Sistema Único de Saúde (SUS) avançar no alcance da Cobertura Universal.

A Cobertura Universal em Saúde pode ser entendida como uma meta, que engloba uma série de medidas estruturais para que os sistemas de saúde possam avançar na universalização do acesso e contar com o respaldo das ações e serviços para dar respostas às necessidades em saúde. Com o alcance da Cobertura Universal, espera-se obter melhora nas condições de saúde da população e que, proporcionando mais saúde, possa ter impacto no desenvolvimento humano, na redução da pobreza e das desigualdades, melhorando a qualidade de vida e o desenvolvimento da sociedade.

O Programa Mais Médicos (PMM) é uma política implantada no Brasil em 2013, que prevê o fortalecimento da Atenção Primária no SUS, por meio de um conjunto de ações que vão desde a alocação de médicos nos serviços à reordenação da formação médica no país. O objetivo do Programa é diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, reduzir as desigualdades regionais na saúde e adequar os processos de educação e formação médica para fortalecer a APS no SUS.

O PMM tem trazido resultados positivos, com relação ao eixo provimento emergencial temos visto ampliação da cobertura populacional e do acesso às ações e serviços, redução das iniquidades no acesso e na distribuição de médicos, impacto positivo em indicadores de produção, aumento do vínculo e das ações comunitárias e de educação em saúde, sinergia com outros programas, altos níveis de satisfação dos usuários e gestores, entre outros^{2,3,4,5,74}.

Este artigo foi estruturado com o intuito de trazer elementos para o diálogo entre Cobertura Universal e o Programa Mais Médicos, com uma sequência de argumentos que subsidiam a tese de que o PMM tem o potencial de contribuir para o fortalecimento da APS no SUS e conseqüentemente para que o sistema de saúde brasileiro avance em direção à Cobertura Universal. Dessa forma, as seções que compõe este artigo estão organizadas a partir dos aspectos conceituais da Cobertura Universal, seguindo com os marcos do direito à saúde e da saúde como componente para o desenvolvimento humano, discute sobre as reformas e os problemas estruturais e operacionais dos sistemas de saúde, apresenta a Atenção Primária à Saúde como o elemento chave para a reestruturação dos sistemas de saúde e, por fim, dialoga com o Programa Mais Médicos.

Durante a construção desta narrativa, observou-se a necessidade de compreender o que está implícito no conceito de Cobertura Universal, problematizar a real necessidade dessa meta para um sistema de saúde como o SUS, que prevê a universalidade como um dos princípios fundamentais e está baseado na garantia constitucional do direito à saúde. Outro ponto importante a ser destacado é a necessidade de inserir com mais ênfase a relevância da Atenção Primária no debate, como o caminho mais efetivo para alcançar a Cobertura Universal.

A associação entre o grau de orientação da APS e efetividade dos serviços pode ser comprovada tanto em países desenvolvidos, como em países de baixa e média renda, especialmente na América Latina.

1 Cobertura Universal – Aspectos Conceituais

O conceito de universalidade está relacionado ao princípio da igualdade que, por sua vez, esta associada à ideia de justiça. Universal é aquilo que é comum a todos. Na área da saúde, as propostas de *Welfare State* (Bem-Estar Social) e a

Conferência Internacional de Alma-Ata (1978) foram referenciais importantes para reforçar a necessidade do princípio da universalidade⁷.

No SUS, a universalidade se constitui como um dos seus princípios fundamentais, determinando que todo cidadão brasileiro, sem qualquer tipo de discriminação, têm direito ao acesso à saúde. Isso representou uma conquista democrática, tendo em vista que, antes do SUS, nem todos tinham acesso aos serviços públicos de saúde de forma igualitária, ficando restrito às pessoas com vínculo formal de trabalho ou que estavam vinculadas à Previdência Social. Apesar dos avanços conquistados com a criação do SUS e da universalidade como um dos princípios do sistema, o SUS enfrentou dificuldades para a sua implementação, considerando o contexto político e econômico do país no período da sua regulamentação³.

A busca por medidas que possam superar as barreiras à universalização segue acompanhando o desenvolvimento do SUS e dos sistemas de saúde de outros países em desenvolvimento. Paralelo a esses esforços, os encontros mundiais de chefes de Estados vêm produzindo declarações e relatórios internacionais, os quais se constituem em compromissos políticos assumidos pelos países e referência para nortear as mudanças nos sistemas de saúde. A mais simbólica e, sempre atual, foi a Declaração de Alma Ata de 1978, que reforça que os cuidados primários de saúde constituem a chave para que a meta da saúde para todos seja atingida, como parte do desenvolvimento e da justiça social.

Nos anos 2000, as resoluções internacionais passaram a incorporar o tema da Cobertura Universal de forma mais enfática, trazendo o debate para uma nova meta ou nova forma de reestruturar os sistemas de saúde com foco na ampliação da cobertura populacional e do acesso aos serviços de saúde e abordando o financiamento sob dois aspectos, como elemento central para viabilizar o alcance da cobertura universal e de proteção financeira das pessoas^{9,10,11,12}.

Pode-se considerar que Cobertura Universal não tem um único conceito, podendo ser qualificada como um termo polissêmico e até ambíguo, uma vez que pode adquirir diferentes conotações conforme os distintos interesses e, mesmo não existindo consenso, os países continuam implementando reformas nos seus sistemas de saúde a partir do próprio entendimento e com distintos focos, por exemplo, alguns centrados no acesso aos serviços para os pobres, outros nas iniquidades em saúde, ou então, com foco no controle das doenças¹³.

No Brasil, houve um debate intenso sobre as perspectivas conceituais da Cobertura Universal. Alguns criticavam os aspectos considerados como contraditórios à universalização da saúde por meio de sistemas públicos universais, outros a centralidade na discussão do financiamento e na restrição dos serviços. Tem-se discutido também sobre a necessidade de um novo marco ou uma nova meta para o SUS, considerando que o sistema já está amparado pelos marcos legais do direito à saúde e dos princípios do SUS, nos quais está explícita a universalidade. Portanto, o que o SUS precisa é se mobilizar para avançar na consolidação dos seus princípios^{14,15,16}.

A materialização dos direitos não pode ser imposta pelas condições financeiras, mas sim, pautar a discussão financeira e a resposta do Estado para a captação e distribuição dos recursos. É relevante explicitar que o SUS não alcançou a universalidade e a integralidade e a restrição financeira é um fator limitador desse alcance. Portanto, é necessário debater o financiamento como um dos componentes

estruturais do sistema de saúde e assumir que se não há recursos para a cobertura universal, não podemos fazer de conta que há e cair no 'imobilismo' ou 'conformismo'.

Assim como o financiamento, outros componentes devem estar na pauta da agenda para a Cobertura Universal, como os mecanismos de prestação das ações, dos serviços e os medicamentos, a força de trabalho em saúde, as redes de atenção, os sistemas de informação e comunicações, tecnologias em saúde, mecanismos de garantia da qualidade, governança, os determinantes sociais da saúde, legislação, entre outros.

Considera-se que a Cobertura Universal se aproxima mais de uma meta, com o intuito de mobilizar os países a reformular as estruturas dos sistemas de saúde para garantir que as pessoas tenham acesso efetivo as ações e serviços que necessitam no marco do direito à saúde.

2 Marcos para a Cobertura Universal

Para que possamos alcançar o mais alto nível de saúde, se é que isso pode ser mensurado, foram criadas convenções internacionais, difundidas amplamente e ratificadas por muitos países, com o intuito de assegurar direitos às pessoas. Em uma das declarações internacionais mais conhecidas, a histórica Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948, consta que toda pessoa tem direito a um nível adequado de vida para lhe assegurar e a sua família, saúde e bem-estar. Essa afirmação considera o direito à saúde indissociável do direito a vida e a saúde como um componente fundamental para o desenvolvimento humano. Nesse mesmo ano, a Organização Mundial da Saúde (OMS) sinaliza fortemente que a saúde é um direito e não pode haver distinção de raça, religião, ideologia política ou condição econômica ou social.

A partir daí foram surgindo novas convenções e tratados internacionais que se constituíram como marcos de referências para estimular os países a incluir o direito à saúde nas suas constituições nacionais, estabelecendo, dessa forma, um compromisso entre os governos e seus cidadãos no cumprimento desse dever. Na Região da América Latina, o auge do movimento da institucionalização da saúde foi na década de 1980, sendo incorporado o direito à saúde à constituição de 19 países e outros cinco incluíram a proteção social a saúde, como um princípio básico do sistema^{26,11}.

O movimento de institucionalização do direito à saúde foi bastante impulsionado pela sociedade civil, por meio dos movimentos sociais que reivindicavam por reformas nos sistemas de saúde no período da redemocratização dos países²⁶. No Brasil, o direito à saúde e a criação de um sistema único de saúde para o país foi uma conquista do Movimento da Reforma Sanitária, que juntou atores importantes para mobilizar a sociedade e reivindicar esse direito.

Outro marco importante é o papel fundamental que a saúde desempenha no desenvolvimento humano. A associação entre saúde e desenvolvimento tem sido amplamente reconhecida e a saúde cada vez mais pautada na agenda de desenvolvimento. Saúde no marco do desenvolvimento humano faz com que o debate e a formulação de políticas estejam centrados na proteção social em saúde e considere a necessidade de combinação entre desenvolvimento econômico e social, para o êxito das políticas de saúde¹.

O conceito de desenvolvimento humano é centrado na ampliação das oportunidades, das capacidades e do bem-estar das pessoas, considerando que o processo de desenvolvimento é multidimensional, envolvendo não só a dimensão econômica, mas também as características sociais, culturais e políticas que influenciam a qualidade de vida. Isso reforça que a saúde é fator decisivo para o bem-estar das pessoas e isso pode ser conquistado com a consolidação do direito à saúde.

Constata-se que os instrumentos jurídicos e os marcos por si só não se traduzem automaticamente em ações e políticas para proteção às pessoas, mas revelam o compromisso jurídico e legitimam os estados a agir e a população a reivindicar. Implementar o direito à saúde exige esforços conjuntos nos âmbitos econômico e social, implica em desenvolver mecanismos de proteção social fortes e sustentáveis, que possam superar desafios e conceber a saúde como um bem público e não uma mercadoria.

3 Reformas nos sistemas de Saúde com foco na Cobertura Universal

Fundamentado pelas estruturas jurídicas como o direito à saúde, a maior participação social e o crescimento econômico mais estável registrado no período da redemocratização dos países da América Latina, os governos passaram a introduzir reformas nos sistemas de saúde para atender aos preceitos constitucionais e as demandas da sociedade, bem como, para adequar os sistemas de saúde ao novo panorama social³³.

Na saúde o cenário era de desigualdade e inequidade no acesso e na utilização dos serviços, com pessoas ricas tendo maior probabilidade de utilizar os serviços que as pobres, sendo inversamente proporcional a probabilidade de adoecer. Fatores climáticos e ambientais, a urbanização acelerada, as epidemias não controladas e as condições ligadas à transição demográfica e epidemiológica, fazem com que as populações permaneçam expostas a situações de risco, com alguns grupos populacionais estando mais expostos e mais vulneráveis, com menor probabilidade de desfrutar o direito à saúde^{27,29}.

Na América Latina as reformas dos sistemas de saúde foram ocorrendo baseadas nos princípios da equidade e da solidariedade e impulsionadas pelos progressos econômicos. Nas décadas de 1980 e 1990, o foco das reformas era materializar o direito à saúde previsto nas constituições da maioria dos países e tentar minimizar a fragmentação, caracterizada pelos diferentes modelos de prestação de serviços.

A configuração de sistema de saúde que predomina na América Latina é o Seguro Social, que possui subsistemas com distintas regras de financiamento, afiliação aos serviços, acesso e prestações, de acordo com o *status* laboral, social ou capacidade de pagamento. Essa configuração tem modelos distintos para prestação dos serviços, um para as pessoas empregadas no setor formal e outro, para as pessoas sem vínculo formal de trabalho ou consideradas pobres^{33,27}.

O modelo de Seguro Social, com financiamento e prestação de serviços segmentado, não demonstra melhora nos resultados em saúde, tem excluído amplos setores da população, especialmente os mais vulneráveis, o que fomenta a desigualdade social e representa uma barreira ao alcance da Cobertura Universal^{24,10}.

O Brasil optou por um modelo de sistema público, com a integração dos serviços mediante a criação de um sistema único, baseado no direito à saúde e financiado por fontes fiscais, com acesso a serviços públicos de saúde, podendo ser complementado pelos serviços prestados pelo setor privado.

Nas últimas décadas, as reformas nos sistemas de saúde tem sido chamadas de ‘terceira geração de reformas’^{12,9}, compreendendo uma gama de intervenções e políticas para superar os ‘velhos’ problemas, como as desigualdades e iniquidades em saúde e garantir que todas as pessoas possam acessar aos serviços de saúde que necessitam, bem como, adequar os serviços às rápidas transições demográficas e epidemiológicas que vem ocorrendo nos países.

As mudanças demográficas e epidemiológicas estão gerando pressões nos sistemas de saúde, obrigando os países a adequar os modelos de atenção previstos para enfrentar principalmente as doenças agudas e episódicas e agora tendo que lidar com a tripla carga de doenças⁴², constituída pelas doenças infecciosas ainda presentes, as causas externas e as doenças crônicas. As transições demográficas e epidemiológicas têm afetado o desempenho dos sistemas de saúde.

Quando se fala de terceira geração de sistemas de saúde, deve-se ter em mente a necessidade de mudanças nos sistemas de saúde para atender aos preceitos constitucionais do direito à saúde, ampliar o acesso aos serviços e tornar as respostas mais efetivas. Portanto, qual o melhor caminho?

4 Caminhos para a Cobertura Universal

Nos últimos anos a Cobertura Universal tem sido utilizada como impulso para orientar as reformas nos sistemas de saúde e pode ser vista como parte dos esforços dos países em fortalecer os sistemas de saúde para reduzir as desigualdades e ampliar o acesso da população. As principais medidas que estão sendo propostas para alcançar a Cobertura Universal são: prever constitucionalmente o direito à saúde; a proteção financeira por meio da cobertura dos seguros de saúde; e a utilização dos serviços¹¹.

Quando foram avaliadas a relevância e efetividade dessas medidas para a Cobertura Universal, observou-se que a garantia do direito à saúde pode ser vista como uma previsão constitucional, mas não como uma medida que, por si só, assegura a Cobertura Universal. A afiliação das pessoas aos seguros de saúde não indica se estão utilizando efetivamente os serviços de saúde e pode ser considerada somente como uma promessa contratual. A utilização dos serviços pode ser vista como a melhor medida para avaliar o alcance da Cobertura Universal, se comparada com as duas medidas citadas anteriormente, por estar diretamente associada ao acesso efetivo e por abordar a proteção financeira, estando sensível aos custos diretos dos indivíduos¹¹. Quando se trata da utilização dos serviços deve-se levar em consideração que o tipo de serviços que devem ser garantidos são serviços efetivos e quando necessários.

Na América Latina os países têm percorrido caminhos distintos para implementar a Cobertura Universal: um por meio de sistemas unificados de saúde, como é o caso do Brasil, Cuba e Costa Rica; outro pela criação de subsistemas paralelos de seguros e de prestação de serviços para grupos populacionais distintos, segundo a situação de trabalho, a exemplo da Argentina, Chile, Colômbia, México,

Peru, Uruguai e Venezuela. Todos os países citados, com exceção da Venezuela, tornaram o direito à saúde explícito nas constituições¹⁰.

As reformas para implementar a Cobertura Universal envolvem mudanças importantes nos sistemas de saúde, exigindo a mobilização de recursos adicionais e a reformulação das estruturas financeiras e organizacionais¹². Pode-se citar como obstáculos à Cobertura Universal a fragmentação da organização e prestação de serviços, a segmentação do financiamento, as falhas na regulação do setor privado e público, a restrição financeira, as falhas na substituição dos gastos privados pelo financiamento público, até a eliminação dos gastos com desembolso direto e as mudanças nos modelos de atenção, que devem ser voltados para as novas situações epidemiológicas e demográficas e os determinantes sociais da saúde.

A Cobertura Universal tem ganhado o centro do debate sobre sistemas e serviços de saúde, porém, tem um componente fundamental que tem sido negligenciado, que é a Atenção Primária à Saúde. A APS representa um marco mais abrangente para discutir a organização dos sistemas e dos serviços de saúde, constituindo-se como a 'espinha dorsal' para a efetividade do sistema de saúde, melhorando os resultados, reduzindo os custos e promovendo a equidade. O fortalecimento da APS deve ser visto como o caminho para alavancar a Cobertura Universal^{39,10}.

5 Atenção Primária em Saúde como caminho para a Cobertura Universal

A Declaração de Alma-Ata qualificou a APS como o veículo mais apropriado para alcançar a Saúde para Todos no ano 2000. Difundiu para o mundo uma concepção de Atenção Primária integral, que a considera como parte de um sistema integrado de cuidados em saúde, do desenvolvimento econômico-social de uma sociedade, reduzindo as iniquidades em saúde, promovendo a participação social e contribuindo para garantia do direito à saúde.

Com suporte científico das evidências é possível afirmar que países que possuem sistemas de saúde organizados a partir da Atenção Primária à Saúde apresentam melhores resultados, traduzidos em menores custos da assistência, melhores níveis de saúde, maior satisfação dos usuários e diminuição das desigualdades sociais^{12,39}.

Mesmo com os esforços dos países, ainda assim, não conseguimos alcançar a universalização da saúde, tampouco da APS. A explicação possível é a APS não ter sido conduzida como deveria, sendo implementada na sua versão seletiva, principalmente nos países em desenvolvimento, passando a designar um pacote de intervenções de baixo custo, para o controle de determinados agravos e não integral, com baixa extensão dos atributos essenciais (acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade) da APS.

A APS na América Latina foi marcada por modelos seletivos e focalizados, que se propunham a implementação de pacotes mínimos de serviços de saúde, dirigidos a grupos populacionais marginalizados. No Brasil, a APS seletiva se tornou hegemônica nos anos 1980⁴⁰.

Na década de 1990 os modelos de APS na América Latina foram se desenvolvendo em direção à APS integral, a abordagem biopsicossocial estava se expandindo e conseguimos um avanço no acesso aos serviços, mas não suficiente para a universalização e efetivação do direito à saúde^{9,10}.

A partir dos anos 2000, surgiu um movimento de renovação da APS, reconhecendo que ela vinha sendo interpretada e implantada erroneamente. Convocam os países a produzirem mudanças nos sistemas de saúde para implementar uma APS integral, como coordenadora dos cuidados em uma rede integrada de serviços, para promover a saúde, reduzir as inequidades e garantir o direito universal ao acesso aos serviços⁴².

Dentre as estratégias para a renovação da APS está um importante componente para a estruturação dos sistemas de saúde, que são as Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Brasil ou Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) nos outros países da América Latina. A APS é o elemento central das redes de atenção, uma vez que amplia o acesso e coordena e articula a estruturação dos serviços com base nas necessidades identificadas no primeiro nível, tornando os sistemas mais efetivos e eficientes.

A APS pode ser definida como um conjunto de valores: direito ao mais alto nível de saúde; solidariedade; equidade. Um conjunto de princípios como responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersetorialidade, participação social, entre outros. E também como um conjunto indissociável de elementos estruturantes da rede de serviços, considerados como atributos da APS: acesso de primeiro contato; integralidade; longitudinalidade; coordenação; orientação familiar e comunitária e competência cultural⁴³.

Evidências robustas demonstram a associação entre sistemas de saúde fortemente centrados na APS e o aumento da efetividade, afirmando o alto poder da Atenção Primária na redução das desigualdades em saúde, na maior eficiência do cuidado, na coordenação do fluxo dos usuários no sistema, na satisfação dos usuários, na maior utilização de práticas preventivas, reforçando o papel da APS como uma importante estratégia para o enfrentamento dos problemas de saúde, prevenindo mortes e doenças^{21,51,52,53}.

Os esforços dos países no sentido de fortalecer os sistemas de saúde adotando a Cobertura Universal, com o intuito de melhorar as condições de vida e o acesso aos serviços de saúde para grupos vulneráveis é potencializado se estiver baseado em uma APS de qualidade, o que significa acesso oportuno aos bens e serviços de saúde a todas as pessoas, sem distinção e conforme as necessidades em saúde. Significa acesso coordenado a cuidados integrais de saúde^{9,10}.

6 Programa Mais Médicos e a Cobertura Universal

No Brasil, o fortalecimento da APS tem sido um processo gradativo, com a ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF) que é a forma brasileira de organizar a Atenção Primária. A ESF está baseada nos princípios do SUS e apoiada nos atributos da APS, como acesso, integralidade, coordenação do cuidado, longitudinalidade, orientação familiar e comunitária e competência cultural⁷⁹. Em 20 anos, a ESF ampliou a cobertura de 5% para 60% e com isso, trouxe impactos positivos na saúde da população e para o sistema de saúde¹².

Evidências científicas apontam que a ESF tem se mostrado efetiva, eficiente, equitativa e superior às formas tradicionais de prestação de cuidados primários em saúde^{21,51,52,53}. É possível afirmar que a ESF tem sido uma experiência bem sucedida, porém, precisa superar alguns problemas que impedem o seu desenvolvimento³³. Precisa radicalizar na busca dos atributos da APS⁷⁹ e efetivar o seu papel central nas redes de atenção, como coordenadora do cuidado e na reorientação dos serviços entre os níveis de atenção.

As diferentes formas de organização local da Estratégia Saúde da Família são determinantes para garantir a presença dos atributos da APS e, conseqüentemente, para constituir sólidas, efetivas e eficientes redes integradas de atenção à saúde no Brasil. Alguns desafios importantes para a APS são a fixação de profissionais qualificados nas equipes de Saúde da Família, o grau de efetividade clínica das equipes frente aos problemas de saúde mais frequentes e a prática efetiva da coordenação do cuidado individual com garantia da integralidade⁴³.

A expansão da cobertura populacional é fator determinante para a ampliação do acesso e um dos desafios da ESF. Atualmente com mais de 40 mil equipes de Saúde da Família implantadas e cobertura nominal próxima a 130 milhões de pessoas, o que significa pouco mais de 60% da população brasileira, não tem uma cobertura universal e questiona-se a possibilidade de alcançar acesso efetivo aos serviços com a atual configuração de uma equipe de Saúde da Família responsável por três mil pessoas em média.

O provimento e a qualificação dos profissionais da Saúde da Família, em especial os médicos, também é outro entrave para a estruturação da APS no SUS. A quantidade de médicos por habitante no Brasil é baixa, se comparada a países que oferecem sistemas universais de saúde e a distribuição dos médicos pelo território nacional é desigual, em relação às regiões do país⁶¹.

Outro importante desafio é a permanência do *mix* de modelos de atenção nos serviços, que cria segmentação entre a população coberta pela ESF e pelos modelos ditos 'tradicionais' de prestação dos serviços, que não se organizam com base territorial, orientação comunitária e familiar, a conformação das equipes é distintas, dentro outros aspectos. A diferença entre a qualidade e a efetividade desses dois modelos já foi amplamente avaliada por estudos científicos, os quais comprovam que a Saúde da Família é superior^{43,18,19,19}.

Frente a esses desafios da APS, entra em cena o Programa Mais Médicos no Brasil, instituído pela Lei n.º 12871, de 22 de outubro de 2013, como resposta do Governo Federal ao apelo explícito de apoio solicitado pelos prefeitos e gestores municipais para enfrentar a carência de médicos com perfil para a APS no SUS.

A falta de médicos nos serviços também contribui para a baixa valorização da APS, fazendo com que os usuários procurem respostas às suas demandas em serviços de pronto-atendimento, os quais são focados no atendimento por queixa-conduta e também se constitui como uma das principais razões para a adesão a um plano de saúde suplementar⁷².

O Programa Mais Médicos trouxe um conjunto de medidas estruturadas em três eixos, um que trata do provimento emergencial de médicos para as equipes de APS, outro da formação, com ações envolvendo a reordenação da oferta de cursos de medicina e de residência médica e um terceiro eixo que trata do investimento em infraestrutura nas Unidades Básicas de Saúde.

O eixo provimento emergencial chegou a recrutar e alocar mais de 18 mil médicos na APS, em 4258 municípios, representando 73% das cidades brasileiras e em todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Os médicos do PMM são brasileiros formados no Brasil ou no exterior e médicos estrangeiros, oriundos de mais de 40 países, a maioria deles, mais de 60% são cubanos, que fazem parte do acordo de cooperação entre os Governos do Brasil e de Cuba, com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Esses médicos estão alocados em municípios ou regiões de municípios mais vulneráveis, os quais já tem um histórico de priorização nas políticas do SUS, tais como, municípios com alto percentual de população em extrema pobreza, com baixo IDH, nas Regiões de Árido e Semiárido, ou com populações indígenas, quilombolas, ribeirinhas, entre outros.

O PMM contribuiu para reduzir a carência de médicos em regiões prioritárias e vulneráveis, a exemplo das regiões Norte e Nordeste do país, em que a escassez de médicos reflete a grave condição socioeconômica vivida, foram as que mais receberam médicos do Programa⁷⁴.

Os resultados das avaliações do PMM, apesar do tempo recente de implantação, indicam resultados positivos no eixo provimento emergencial. Em síntese esses resultados apontam para ampliação do acesso, à equidade, à satisfação dos usuários e à humanização do cuidado. Foram identificadas práticas inovadoras e mudanças nos processos de trabalho, troca de conhecimentos entre os médicos e as equipe de saúde na produção do cuidado, contribuindo para o aperfeiçoamento das práticas e formação em serviço. Destaque para a prática do cuidado integral e a longitudinalidade^{12,2,34}.

A qualidade da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) é um fator relacionado à satisfação com o trabalho e está associada à rotatividade dos médicos. Unidade de Saúde em piores condições tem menores chances de participar dos programas de incentivo Federal, o que enfraquece a potencialidade de redução de iniquidades no acesso aos recursos em saúde. Dentre os argumentos para a institucionalização do PMM, a inadequada qualidade da infraestrutura das UBS foi apontada como um dos fatores com implicações para a fixação dos médicos na APS⁷⁶.

O eixo da formação profissional do PMM tem relevância para a sustentabilidade das mudanças na APS, uma vez que o provimento emergencial possui caráter limitado e a consolidação da iniciativa depende da fixação de médicos brasileiros. Prevê medidas na graduação em medicina com a expansão do número de profissionais formados e alternativas que modifiquem o perfil de formação e incentivem a interiorização dos médicos. Também atua sobre os programas de residência médica propondo ampliação das vagas de Medicina de Família e Comunidade e obrigatoriedade de um ano de Medicina de Família e Comunidade para outros seis programas de residência médica⁶¹.

Como limitação ao eixo de formação do PMM podemos citar o pouco incentivo para a adesão dos médicos às vagas já existentes em de residência de Medicina de Família e Comunidade (MFC). Em 2015 a taxa de ocupação dos programas de residência de MFC no Brasil foi de 26,3%, de um total de 1.520 vagas, apenas 400 foram ocupadas⁶¹. Outras limitações se referem à falta de evidências com relação ao 'pedágio' obrigatório de um ano para os outros programas de

residência e o questionamento da efetividade da criação de um novo nome para o programa de residência 'Medicina Geral de Família e Comunidade'.

Considerações Finais

O Sistema Único de Saúde no Brasil representa uma grande vitória para a sociedade brasileira, simbolizada pela conquista do direito à saúde e a construção da maior política social do país e representa a vitória dos gestores comprometidos em defender o SUS frente às ameaças aos seus princípios e diretrizes. Para os países da América Latina, o SUS passa a ser considerado uma referência de sistema público universal e um símbolo de resistência, por sobreviver aos ataques das políticas neoliberais. Desde diferentes perspectivas, pode-se considerar que o SUS foi uma conquista e teve inúmeros progressos, porém, a sua resiliência segue ameaçada por muitas barreiras estruturais e conjunturais.

Dentre os desafios que devem ser superados pelo sistema de saúde brasileiro pode-se destacar a fragmentação e a segmentação do sistema e dos serviços, a iniquidade no acesso e na cobertura, a carência de recursos humanos com formação adequada às necessidades de mudança do modelo de atenção, a baixa qualidade da atenção e o financiamento insuficiente⁵⁰. Muitos desses desafios estão relacionados ao alcance da Cobertura Universal.

Na perspectiva da Cobertura Universal em Saúde como meta para os sistemas de saúde alcançarem o direito à saúde em resposta às necessidades individuais e coletivas, conclui-se que a APS é o melhor caminho para universalizar o acesso, para prestar um cuidado integral e coordenado, para organizar o sistema com base nas necessidades em saúde, pois, está próxima das pessoas, inserida nas comunidades e com a maior competência para decodificar e pactuar as necessidades em saúde, conseguindo ser mais resolutiva, com maior satisfação dos usuários e respondendo aos aspectos organizacionais do sistema.

O Programa Mais Médicos pode ser considerado como uma 'mola propulsora' para o desenvolvimento da APS integral, que prevê a presença e a extensão dos atributos da APS⁷⁹ e como elemento central das rede de atenção. Mesmo o eixo provimento emergencial tendo caráter provisório, deixa o legado de que investir em APS, em especial no modelo de atenção adotado para a APS no SUS, a Estratégia Saúde da Família, em equipes completas com médico de família e comunidade é um dos caminhos para o fortalecimento do sistema de saúde baseado na APS.

É possível dizer que estruturas adequadas facilitam uma melhor atenção à saúde. A combinação de elementos estruturais e operacionais dos serviços de saúde produzem análises que não estão relacionadas com efeitos diretos na saúde da população, mas com os meios para conseguir os melhores resultados em saúde⁷⁶. Dessa forma, considera-se como estruturante o eixo de investimento nas Unidades Básicas de Saúde do PMM.

O provimento e a qualificação profissional, em especial de médicos para as ESF constitui um dos desafios para a estruturação da APS no Brasil. Apesar de ser considerado como a intervenção de recursos humanos mais importantes na América Latina nos últimos anos⁵¹ e o valor que tem em tentar garantir a sustentabilidade das mudanças positivas alcançadas, o eixo formação do PMM carace de mais

avaliações para analisar se as estratégias são as mais acertadas para os objetivos a que se propõe.

O PMM é uma política recente e, como todo ato discricionário da administração pública, assumiu conformações que talvez se justifique pelo momento político, econômico em que foi formulado, porém, necessita de mais avaliações, a partir de diferentes pontos de vista e abordando as mais diversas áreas em que são potenciais de resultados, não para questionar a sua necessidade ou a efetividade, as quais já vêm sendo comprovadas, mas para trazer subsídios para possíveis reformulações em seus componentes.

O fortalecimento da APS não pode ser visto somente como um dos caminhos para alcançar a Cobertura Universal, mas sim, visto como 'o caminho' para ampliar o acesso e efetivar o direito à saúde, tendo vista as evidências que comprovam que a APS tem contribuído para aumentar a participação e a inclusão dos cidadãos nas políticas, na maior equidade em saúde, na definição das bases legais para a proteção em saúde e a garantia do direito à saúde^{10,39}.

Referências Bibliográficas

1. Stigler FL, Macinko J, Pettigrew LM, Kumar R, van Well C. No universal health coverage without primary health care. *Lancet* 2016; 1811. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30315-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30315-4).
2. Facchini LA, Batista SR, Silva Jr AG, Giovanella L. O Programa Mais Médicos: análises e perspectivas. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21:2652. DOI: 10.1590/1413-81232015219.18952016
3. Campos GWS, Pereira Jr N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21:2655-2663. DOI: 10.1590/1413-81232015219.18922016
4. Trindade TG, Batista SR. Medicina de Família e Comunidade: agora mais do que nunca! *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21: 2667-2669. DOI: 10.1590/1413-81232015219.18862016
5. Gonçalves RF, Sousa IMC, Tanaka OY, Santos CR, Silva-Brito K, Dantos LX, et al. Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21: 2815-2824. DOI: 10.1590/1413-81232015219.15552016
6. Oliveira JPA, Sanchez MN, Santos LMP. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21:2719-2727. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.17702016>
7. Paim JS, Vieira da Silva LM. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *Bol. Inst. Saúde* 2010; 12: 1518-1812.
8. Carvalho G. A saúde pública no Brasil. *Estud. av.* 2013; 27. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>.
9. Organização Mundial da Saúde (OMS). 58ª *Assembléia Mundial da Saúde* WHA 58.3, de 23 de maio de 2005.

10. Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório Mundial da Saúde. Financiamento dos Sistemas de Saúde. O caminho para a cobertura universal 2010.
11. Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório mundial da saúde 2013: pesquisa para a cobertura universal de saúde. 2013.
12. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia para Acesso Universal e Cobertura Universal em Saúde. 53º Conselho Diretivo (CD53/5, Rev. 2). Washington DC; Outubro 2014. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27418&Itemid=270&lang=pt
13. Bermejo RA, Xu J, Henao DE, Ho BL, Sialeunou I. What does UHC mean? *Lancet* 2014; 383.
14. CEBES. Nota pública sobre Cobertura Universal em Saúde. Disponível em: <http://cebes.org.br/2014/08/nota-consulta-publica-cobertura-universal-da-saude-da-omsopas-no-brasil/>.
15. Noronha JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cad. Saúde Pública* 2013; 29.
16. Barros FPC, Negri Filho A. Cobertura universal de saúde. *Cad. Saúde Pública* 2015; 31;1333-1335. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XCA010615>.
17. Yamin AE, Frisancho A. Human-rights-based approaches to health in Latin America. *Lancet* 2015; 385:26-29.
18. Savedoff W, de Ferranti D, Smith A, Fan V. Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. *Lancet* 2012; 380: 924–32.
19. Gadelha CAG, Costa LS. Saúde e desenvolvimento no Brasil: avanços e desafios. *Rev Saúde Pública* 2012; 46(Supl):13-20.
20. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS). Atención primaria de salud en Suramérica. Giovanella, Lúgia (org.). Rio de Janeiro: Isags: Unasur, 2015.
21. Broccolini CS, Souza Jr PRB. Inequities in Healthcare utilization: results of the Brazilian National Health Survey, 2013. *International Journal for Equity in Health* 2016 15:150.
22. Lima-Costa MF, Mambrini JVM, Peixoto SV, Peixoto SV, Malta DC, Macinko J. Socioeconomic inequalities in activities of daily living limitations and in the provision of informal and formal care for noninstitutionalized older Brazilians: National Health Survey, 2013. *International Journal for Equity in Health* 2016 15:137.
23. Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento/Banco Mundial. Dmytraczenko T, Almeida G (org). Rumo a uma cobertura universal de saúde e equidade na América Latina e no Caribe. Evidência de países selecionados 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0920-0>.
24. Heredia N, Laurell AC, Feo O, Noronha JC, Tovar-Torres M. The right to health: what model for Latin America? *Lancet* 2015; 4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/>.

25. Atun R, Andrade LOM, Almeida G et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet* 2015; 4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/>.
26. Frenk J. Leading the way towards universal health coverage: a call to action. *Lancet* 2015 385:1352-1358. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/>.
27. Anderson MIP, Armadillo MLR, Días NT, Fuentes SC. Cobertura Universal en Salud, Atención Primaria y Medicina Familiar. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016;11(Suppl 1):4-30. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(1\)1276](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(1)1276).
28. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. As redes de atenção à saúde. Brasília DF: Eugenio Vilaça Mendes; 2011.
29. Giovanella L, Almeida PF, Vega Romero R, Oliveira S, Tejerina Silva H. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *Saúde em Debate* 2015; 39:300-322.
30. Giovanella L, Mendonça MH. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AL, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 493- 546.
31. Harzheim E. Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde : resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. / Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 137 p. (NAVEGADORSUS, 3).
32. Rasella D, Aquino R, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. *BMC Public Health* 2010; 310:380. DOI: 10.1186/1471-2458-10-380
33. Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60:13-19. DOI: 10.1136/jech.2005.038323
34. Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo PF, Lima-Costa MF, Medina MG, Mota E, de Oliveira VB, Turci MA. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Aff (Millwood)*. 2010; 2149-2160. DOI: 10.1377/hlthaff.2010.0251
35. Mendonça CS, Harzheim E, Duncan BB, Nunes LN, Leyh W. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy Plan*. 2012; 27:348-355. DOI: 10.1093/heapol/czr043
36. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ* 2014; 349. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g4014>
37. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.
38. Kemper ES, Mendonça AVM, Sousa MF. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21:2785-2796. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.17842016>

39. Carrer A, Toso de Oliveira BRG, Guimarães ATB, Conterno JR, Minosso KC. Efetividade da Estratégia Saúde da Família em unidades com e sem Programa Mais Médicos em município no oeste do Paraná, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21:2849-2860. DOI: 10.1590/1413-81232015219.16212016.
40. Mendes, EV. A construção social da Atenção Primária à Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.193 p.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura da Estratégia Saúde da Família. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php.
42. Silva Júnior AG, Andrade HS. Formação Médica no Programa Mais Médicos: alguns riscos. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21:2670-2671. DOI:10.1590/1413-81232015219.18852016.
43. Harzheim E, Duncan B, Stein A, Cunha C, Goncalves M, Trindade T, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Serv Res* 2006; 5:156. DOI: 10.1186/1472-6963-6-156.
44. Macinko J, Almeida C, Oliveira E, Sá P. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Plann Manage* 2004; 19:303-17. DOI: 10.1002/hpm.766.
45. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Jr A, et al. A Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:633-641. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300012>.
46. Ibañez N, Rocha J, Castro P, Ribeiro M, Forster A, Novaes M, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:683-703. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300016>.
47. van Stralen CJ, Belisário SA, van Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24: 148-158. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300019>.
48. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde Debate* 2014; 38: 252-264. DOI:10.5935/0103-1104.2014S019.
49. Giovanella L, Mendonça MHM, Rodrigues MC et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21: 2697-2708. DOI: 10.1590/1413-81232015219.16052016.
50. Brito-Silva K, Falangola A, Bezerra B, Tanaka. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. *Interface Comunicação Saúde Educação* 2012; 16: 249-259.

51. Harris M. Mais Médicos (More Doctors) Program – a view from England. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21: 2919-2913. DOI: 10.1590/1413-81232015219.16952016.

APÊNDICE “B” – ARTIGO 3

Avaliação da qualidade da Atenção Primária no Programa Mais Médicos

Quality assessment of Primary Care in the *Mais Médicos* (More Doctors) Program

Resumo

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser mantida no centro de debate sobre acesso e saúde universal, por ser a peça fundamental para a estruturação dos sistemas de saúde. O Programa Mais Médicos no Brasil é a mais recente política pública de fortalecimento da APS, com vistas a ampliação do acesso e melhoria da qualidade. A qualidade neste estudo é concebida como a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da APS (acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e orientação comunitária). O objetivo deste estudo é avaliar a qualidade da APS nos serviços em que estão inseridos os médicos cubanos do Programa Mais Médicos. A qualidade da atenção foi medida por meio de entrevistas aos médicos cubanos do Programa Mais Médicos (n=8235) que estavam nos serviços de Atenção Primária no Brasil nos meses de abril e maio de 2016, utilizando o Primary Care Assessement Tool (PCATool-Brasil). Os resultados apontam para um alto grau de orientação a APS nos serviços avaliados, considerando os escores Essencial e Geral da APS. O atributo acesso apresentou baixo escore, indicando a necessidade de mudanças organizacionais nos serviços. Os serviços avaliados neste estudo por mais de oito mil médicos apresentaram um bom desempenho e reforçam as evidências de que médicos, com formação em medicina de família e comunidade inseridos em equipes de Saúde da Família contribuem para o fortalecimento da Atenção Primária.

Palavras-Chave: Avaliação de Serviços de Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde; Atenção Primária à Saúde.

Abstract

Primary Health Care (PHC) should be kept in the center of debate on Universal health coverage, since it is the essential component for the structuring of health systems. The Mais Médicos (More Doctor) Program in Brazil is the latest public policy to strengthen PHC, with a view to increasing access and improving quality. Quality is conceived as the presence and extension of essential and derivatives attributes of PHC (access, longitudinality, coordination, comprehensiveness, family orientation and community orientation). The objective of this study is to evaluate the quality of PHC in the services in which the Cuban doctors of the More Doctors Program are inserted. The quality of care was measured by means of interviews with Cuban doctors of the Mais Médicos Program (n = 8235) who were in primary care services in Brazil in 2016 using the Primary Care Assessement Tool (PCATool). The results point to a high performance PHC in the services evaluated, considering the Essential and General scores. The access attribute presented low score, indicating that organizational changes in services are need. The services evaluated in this study by

more than 8 thousand physicians presented high performance and reinforce the evidences that family doctors inserted in Family Health teams contribute to the strengthening of Primary Care.

Key-words: Health Services Evaluation; Quality of Health Care; Primary Health Care

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é concebida como uma estratégia estruturante dos sistemas de saúde, com vistas a sua organização e coordenação, viabilizando o acesso universal aos serviços de saúde, para que sejam mais efetivos e eficientes, reduzindo as iniquidades em saúde¹. O acesso e a saúde universal tem ganhado destaque no debate sobre sistemas e serviços de saúde, podendo ser considerada como uma das mais recentes aspirações dos países. Fundamentados pelo cumprimento do direito à saúde, pela necessidade de ampliar o acesso e a cobertura dos serviços e produzir respostas adequadas às necessidades em saúde, os países tem centrado esforços em alcançar a saúde universal, seja para atender aos mandatos internacionais³ seja para cumprir com os preceitos constitucionais próprios dos países.

A necessidade de alcançar o acesso e a saúde universal é legítima, porém, há um elemento fundamental que tem sido negligenciado no debate sobre saúde universal, a Atenção Primária à Saúde. A APS deve ocupar a posição central nesse debate, por constituir-se a 'espinha dorsal' de um sistema de saúde efetivo, que pode melhorar a saúde, reduzir custos elevados e diminuir as inequidades no acesso aos serviços. Sem APS não existe cobertura universal!

Evidências robustas demonstram a associação entre sistemas de saúde fortemente centrados na APS e o aumento da efetividade, afirmando o alto poder da Atenção Primária na redução das desigualdades em saúde, na maior eficiência do cuidado, na coordenação do fluxo dos usuários no sistema, satisfação dos usuários, maior utilização de práticas preventivas, reforçando o papel da APS como uma importante estratégia para o enfrentamento dos problemas de saúde, prevenindo mortes e doenças^{4,6,7,9}. A associação entre o grau de orientação da APS e efetividade dos serviços pode ser comprovada tanto em países desenvolvidos, como em países de baixa e média renda, especialmente na América Latina. No Brasil, temos fortes evidências de impacto da principal estratégia política para a APS no sistema de saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Apesar dos avanços em termos de expansão e das evidências da efetividade e do impacto da Saúde da Família no SUS e na saúde da população, a ESF ainda não se constitui como uma política universal. Atualmente a cobertura populacional é pouco mais de 60% da população brasileira, sendo que, a parcela não coberta pela ESF fica dependente das chamadas "unidades básicas tradicionais", que são serviços de APS com equipes que não trabalham na lógica da Saúde da Família que evolve, territorialização, população adscrita, a incorporação de Agentes Comunitários de Saúde nas equipes, entre outras, ou dos serviços privados e suplementares, com os planos de saúde. Um dos fatores limitantes da expansão da ESF é a dificuldade dos municípios em contratar e fixar médicos para as equipes, a insuficiência de médicos com perfil e formação para a APS e a distribuição desigual de médicos no país, constituindo-se assim, como barreiras para a universalização do acesso em saúde¹².

Uma das ações propostas para o enfrentamento da barreira da expansão do acesso e da qualidade da ESF é o Programa Mais Médicos (PMM), criado pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 e composto por três eixos com medidas que intervêm na formação, na estrutura e no provimento de médicos nos serviços de APS. Dentre os objetivos, destaca-se a diminuição da carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a redução das desigualdades regionais na saúde e o fortalecimento da APS no Brasil²³.

O PMM pode ser considerado como a continuidade dos esforços de consolidação da APS no SUS e é uma medida estratégica, tendo em vista que coloca pela primeira vez a APS e o provimento médico no centro da agenda política nacional e se constitui como uma importante política de recursos humanos para a APS. Apesar do tempo de implantação recente, pesquisas apontam a contribuição do PMM na ampliação da cobertura assistencial e na distribuição mais equitativa de médicos, redução do número de municípios com escassez de médicos, implantação do Programa predominantemente em municípios com maior vulnerabilidade social, impacto positivo em indicadores de produção, convergência com outros programas de melhoria da qualidade da APS, satisfação dos usuários, entre outros^{2,3,4}.

No eixo de provimento emergencial do PMM, mais de 60% das vagas são ocupadas por médicos cubanos. Esses médicos são recrutados com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), uma instituição com mais de cem anos de história de apoio ao desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países da Região das Américas. O papel da OPAS no PMM é triangular acordos de cooperação entre os governos do Brasil e de Cuba para a vinda de mais de 11 mil médicos cubanos para o Brasil. Esses médicos vem para integrar as equipes de APS no SUS em municípios em que a necessidade não foi suprida por médicos formados no Brasil e em outros países. Destaca-se que todos os médicos cubanos que são recrutados para o PMM têm formação em Medicina de Família e Comunidade, experiência de trabalho em Atenção Primária em Cuba e em outros países nos quais cumpriram missão internacional anteriormente.

O objetivo deste estudo é avaliar a qualidade da APS nos serviços em que estão inseridos os médicos cubanos do Programa Mais Médicos no Brasil, medindo a presença e a extensão dos atributos essenciais (acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e derivados (orientação familiar e orientação comunitária) da APS.

Metodologia

Estudo transversal realizado com médicos cubanos do Programa Mais Médicos no Brasil, entre os meses de abril e maio de 2016, com o objetivo de avaliar a qualidade dos serviços de APS. A qualidade da atenção à saúde neste estudo é entendida como a presença e a extensão dos atributos essenciais (acesso, longitudinalidade, coordenação e integralidade) e derivados (orientação familiar e orientação comunitária) da APS, de acordo com Starfield.

Para medir a presença e extensão dos atributos da APS foi utilizado o instrumento PCATool - Brasil, versão completa para profissionais de saúde⁸⁰, aos médicos cubanos do Programa Mais Médicos que estavam no Brasil no mês de abril de 2016.

O perfil dos médicos cubanos do PMM, como idade e sexo, formação acadêmica, tempo de formado, experiência internacional anterior e o perfil do município do Programa em que o médico foi alocado foi identificado por meio do banco de monitoramento da OPAS Brasil.

O questionário do PCATool-Brasil foi enviado a todos os médicos cubanos do PMM (total = 9600 médicos) via formulário eletrônico SurveyMonkey®.

Com os dados coletados pelo instrumento foram construídos os escores Geral, Essencial e para cada atributo da APS. O PCATool-Brasil utiliza respostas tipo Likert (com certeza sim; provavelmente sim; provavelmente não; com certeza não; e não sei/não lembro). A essas respostas são atribuídos valores de 1 a 4, que depois são transformados em escala de 0 a 10, para identificar o escore do atributo, mediante a seguinte fórmula: - escore de 0 a 10 do atributo X = (escore de 1 a 4 do atributo X - 1) x 10 / (4 - 1).

O escore igual a ou maior de 6,6 é considerado alto escore de APS por corresponder, na escala de 1 a 4, ao escore 3 ("provavelmente sim").

O Escore Essencial é constituído pela média aritmética dos escores dos atributos essenciais e o Escore Geral é constituído pela média aritmética dos escores de todos os atributos. Os atributos Coordenação e Integralidade são divididos em duas dimensões cada um e os escores são obtidos separadamente. Coordenação divide-se em sistemas de informações e coordenação do cuidado e Integralidade em serviços disponíveis e serviços prestados.

Após o cálculo dos escores foram realizadas análises descritivas dos resultados, considerando as seguintes modalidades: análise por perfil sociodemográfico e formação dos médicos cubanos; análises dos escores Essencial, Geral e por atributo; análise por item dos atributos; análise do atributo acesso; análise dos escores por região geográfica do Brasil; análise por município classificado por vulnerabilidade; e meta-análise comparativa entre os resultados deste estudo com os resultados publicados do PCATool em Curitiba-PR, Rio de Janeiro-RJ e Porto Alegre-RS.

Para todas as análises foram considerados os escores médios, os desvios padrão, valores máximo e mínimo e as frequências absoluta e relativa percentual. Análises estratificadas e testes estatísticos também foram contemplados, para a associação entre o Escore Geral de APS e as variáveis sociodemográficas e de perfil de vulnerabilidade dos municípios utilizando o método de Cramer V e teste de qui-quadrado.

Este estudo faz parte das atividades de monitoramento e avaliação do Projeto de Cooperação do Programa Mais Médicos da OPAS e é parte da tese de Doutorado em Ciências da Saúde da autora.

Ética e Segurança

Foram implementadas medidas de segurança para garantir a confidencialidade dos dados e restringir o acesso à informação, com definição de tempo de sessão, senhas seguras e protocolos de transmissão de informação criptados. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Resultados

Perfil dos médicos do PMM

Foram enviados os questionários do PCATool a 9600 médicos cubanos do Programa Mais Médico. Desse total, obtivemos 8235 questionários respondidos no período, correspondendo a 85,8% do total, com perda de 1365 médicos (14,2%).

Na tabela 1 é apresentado o perfil dos médicos cubanos entrevistados, com relação às características sociodemográficas, de formação acadêmica, experiência de trabalho e o tipo de município em que foram alocados. Destaca-se que 100% da amostra é composta por médicos com formação em Medicina Geral e Integral e com experiência internacional prévia ao PMM, mais da metade são do sexo feminino e a média de idade é de 43 anos.

A classificação de municípios apresentada é a utilizada pelo Ministério da Saúde, por meio de atos normativos (Portaria Interministerial n.º1369/2013, Edital n.º 40 de 18 de julho de 2013 e Edital n.º 22 de 31 de março de 2014), como critério de priorização para a alocação dos médicos do PMM nas regiões de vulnerabilidade. O perfil que mais recebeu médicos neste estudo foi o 'Demais localidades' (41%), que são referentes aos 40% dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios. Os setores censitários mais vulneráveis das capitais (6,2%) e das regiões metropolitanas (14,7%) foram as que tiveram menos médicos participantes deste estudo.

Tabela 1 – Perfil dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos no Brasil, Brasil.

	Variáveis	N.	%
Sexo	Feminino	4967	60,2
	Masculino	3268	39,2
Idade (anos)	35-39	1811	22,0
	40-45	4282	52,0
	Mais de 45	2142	26,0
Formação	Medicina Geral e Integral	8235	100
	2ª especialidade	494	6,0
	Até 5	2388	29,0
Experiência APS (anos)	De 5 a 10	4612	56,0
	Mais de 10	1235	15,0
Experiência Internacional	Sim	8235	100
	Não	0	0
	20% de Pobreza*	2158	26,2
	G 100**	980	11,9
Município	Região Metropolitana***	1210	14,7
	Capitais****	511	6,2
	Demais localidades*****	3376	41,0

*Municípios com 20% mais população extrema pobreza.

** 100 municípios com mais de 80 mil hab. com baixa receita pública e vulnerabilidade.

***40% setores censitários com maior pobreza nas regiões metropolitanas.

****40% setores censitários com maior pobreza nas capitais.

*****40% setores censitários com maior pobreza nos demais municípios.

Fonte: Da autora.

Na tabela 2 observa-se a distribuição dos 7553 (91,7%) médicos do PMM com alto Escore Geral da APS ($\geq 6,6$) de acordo com o perfil de vulnerabilidade dos municípios e o tempo de experiência de trabalho na APS. Quanto ao tipo de municípios, observa-se que os altos escores se concentram nos setores mais vulneráveis dos “Demais municípios” (38,7%) e nos municípios com 20% mais de pobreza (24,1%). E, quanto ao tempo de experiência de trabalho na APS, observa-se que todos os médicos do PMM tem mais de 5 anos de experiência em APS e os altos escores estão mais presentes no grupo que tem entre 5 e 10 anos (52,9%).

Tabela 2 – Quantitativo de médicos segundo classificação do Município, experiência de trabalho na APS e alto escore da APS.

Variáveis	Escore Geral de APS ≥6,6 (n=7553 - 91,7%)			
	N	%	Valor P*	
Municípios	20% de Pobreza	1985	24,1	<0.001
	G 100***	832	10,1	
	Região Metropolitana	1111	13,5	
	Capitais	437	5,3	
	Demais localidades	3188	38,7	
Experiência APS (anos)	Até 5	2108	25,6	<0,001
	De 5 a 10	4357	52,9	
	Mais de 10	1088	13,2	

*Associado ao teste qui-quadrado.

Fonte: Da autora.

Escores Essencial e Geral

Os escores dos atributos essenciais (acesso, longitudinalidade, coordenação e integralidade) e derivados (orientação familiar e orientação comunitária) e os escores Essencial e Geral da APS na avaliação dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos estão apresentados na tabela 3. O Escore Essencial foi 7,6 e o Escore Geral da APS foi 7,9. Tanto o Escore Essencial como Geral da APS ficaram acima do ponto de corte (6,6) indicando alto grau de orientação a APS para os serviços avaliados.

Os escores por atributos são constituídos pela média de todos os itens que compõe o atributo. A versão validada do questionário dos profissionais de saúde do PCATool possui o total de 114 itens, distribuídos em 6 atributos e as dimensões dos atributos coordenação (coordenação do cuidado e sistema de informação) e integralidade (serviços disponíveis e serviços prestados). Todos os atributos e dimensões tiveram alto escore de APS, com exceção do acesso, que apresentou baixa orientação a APS.

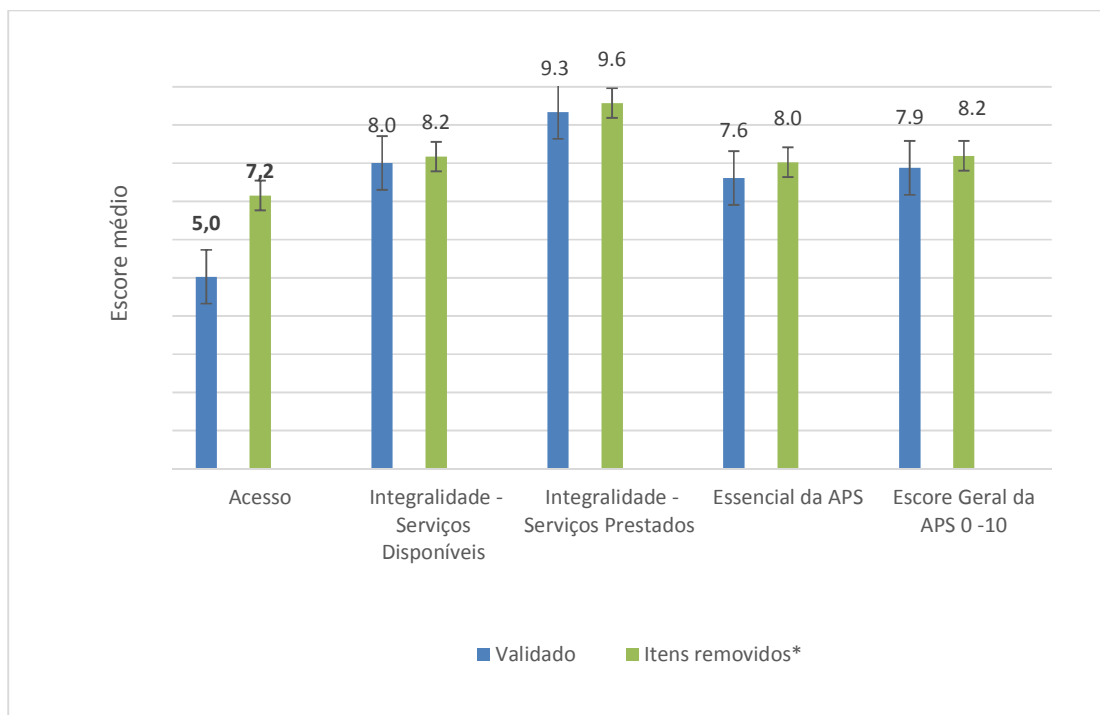
Tabela 3 – Valores dos escores dos atributos da Atenção Primária na experiência dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos, Brasil.

		Escore (0-10) N = 8235									
		A	B	Coordenação		Integralidade		G	H	Essencial APS	Geral APS
				C	D	E	F				
N	Válido	8220	8234	8235	8215	8233	8186	8234	8224	8235	8235
	Missing	15	1	0	20	2	49	1	11	0	0
Media		5,0	8,0	7,7	7,6	8,0	9,3	8,8	8,6	7,6	7,9
Mediana		4,8	8,2	8,1	7,9	8,2	9,6	9,3	8,9	7,7	8,0
DP		1,7	1,2	1,3	1,5	1,2	0,8	1,4	1,4	0,9	0,9
Min		0	2,6	0,5	0,8	2,0	3,9	0	0	3,6	3,5
Max		10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

Onde: A = Acesso; B = Longitudinalidade; C = Coordenação do cuidado; D = Coordenação-sistema de informações; E = Integralidade-serviços disponíveis; F = Integralidade-serviços prestados; G = Orientação Familiar; H = Orientação Comunitária.

Fonte: Da autora.

Com base na análise dos itens que compõe os atributos, foram identificados alguns deles que não são usuais aos serviços de APS no Brasil ou se referem aos serviços de saúde bucal. Esses itens foram excluídos e os escores dos atributos foram calculados novamente. Os itens excluídos foram acesso (A1, A2, A6, A7), integralidade - serviços disponíveis (E4, E5, E13, E19) e integralidade - serviços prestados (F9). Na figura 1 é possível visualizar os escores obtidos a partir do instrumento validado, como todos os itens dos atributos e com a exclusão dos 9 itens citados. Após a exclusão dos itens, houve aumento nos escores de acesso (validado=5,0; excluídos=7,2) integralidade-serviços disponíveis (validado=8,0; excluídos=8,2), integralidade-serviços prestados (validado=9,3; excluídos=9,6) e nos escores Essencial (validado=7,6; excluídos=8,0) e Geral da APS (validado=7,9; excluídos=8,2).



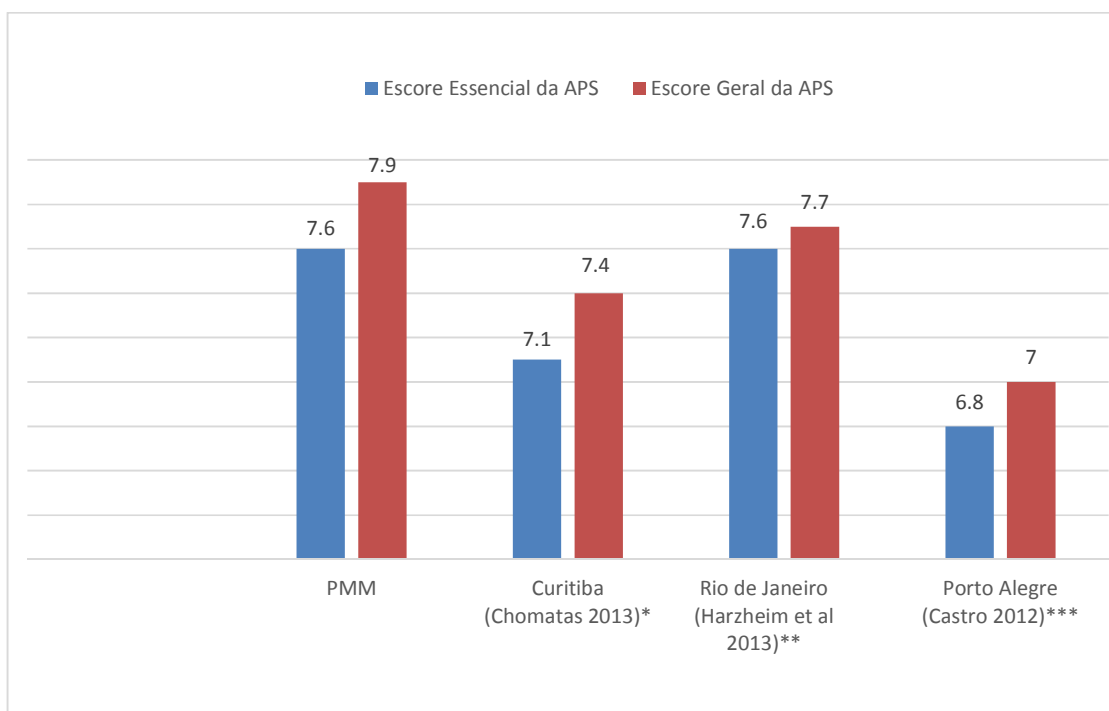
*Escore calculado a partir da exclusão de 4 itens do atributo de Acesso, 4 itens do atributo de integralidade serviços prestados e 1 item de integralidade serviços disponíveis.

Figura 1 – Escore dos atributos essenciais e derivados que apresentaram variação nos valores com a remoção de itens do instrumento validado.

Fonte: Da autora.

Análise comparativa PMM, Curitiba-PR, Rio de Janeiro-RJ e Porto Alegre-RS

Na figura 2 estão apresentados os resultados dos escores Essencial e Geral da APS dos médicos cubanos do PMM em análise comparativa com os resultados dos estudos de Curitiba-PR²⁴, Rio de Janeiro-RJ²⁶ e Porto Alegre-RS⁹. Foram selecionados para esta análise os escores dos serviços com melhor desempenho nos estudos citados, que são as unidades básicas com equipes de Saúde da Família (ESF) em Curitiba-PR e Porto Alegre-RS e as Clínicas de Família (tipo “A”) no estudo do Rio de Janeiro-RJ. Observa-se que os escores Essencial e Geral médio dos 4 estudos estão acima do ponto de corte, representando alto grau de orientação a APS. Os escores Essencial da APS dos médicos cubanos (7,6) e das Clínicas do Rio de Janeiro (7,6) são superiores a Porto Alegre (6,8) e Curitiba (7,1). O Escore Geral da APS do PMM (7,9) foi superior aos escores dos três municípios (Curitiba=7,4; Rio de Janeiro=7,7; Porto Alegre=7,0).



*Média dos escores Essencial e Geral dos profissionais médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em Curitiba-PR (n=190) (Chomatas 2013).

**Média dos escores Essencial e Geral dos profissionais médicos das Clínicas de Família no Rio de Janeiro-RJ (n=256) (Harzheim 2013).

***Média dos escores Essencial e Geral dos médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) em Porto Alegre-RS (n=85) (Castro 2012).

Figura 2 – Resultados do PCATool profissionais de saúde no Programa Mais Médicos nas cidade de Curitiba, Porto Alegre e Rio de Janeiro.

Fonte: Da autora.

A análise dos escores Essencial e Geral dos médicos de Curitiba-PR, Rio de Janeiro-RJ e Porto Alegre-RS que participaram da amostra deste estudo (18, 108 e 15 médicos respectivamente), comparando com os resultados publicados desses municípios, considerando os serviços com melhor desempenho (ESF em Curitiba e Porto Alegre e Clínicas da Família no Rio de Janeiro), estão apresentados na tabela 4. Observa-se que nos escores Essencial e Geral os resultados dos médicos do PMM foram melhores nos três municípios. Os médicos do PMM do município do Rio de Janeiro-RJ foram os que tiveram os escores mais altos (Essencial=8,2 e Geral=8,4) e as maiores diferenças antes e com os médicos do PMM estão nos escores do município de Porto Alegre-RS.

Tabela 4 – Escores Essencial e Geral da APS dos estudos das cidades de Curitiba, Porto Alegre e Rio de Janeiro publicados e com os médicos do Programa Mais Médicos.

Atributos da APS	Cidades					
	Curitiba		Rio de Janeiro		Porto Alegre	
	Publicado* (n=190)	Médicos PMM** (n=18)	Publicado* (n=256)	Médicos PMM** (n=108)	Publicado* (n=85)	Médicos PMM** (n=15)
Escore Essencial da APS	7,1	7,9	7,6	8,2	6,8	7,7
Escore Geral da APS	7,4	8,0	7,7	8,4	7,0	7,9

*Escore publicado nos estudos de Chomatas (2013), Harzheim (2013), Castro (2012). Curitiba n=190 composto por médicos e enfermeiros da ESF; Porto Alegre n=88 composto por médicos e enfermeiros da ESF; Rio de Janeiro n=256 composto por médicos das Clínicas de Família.

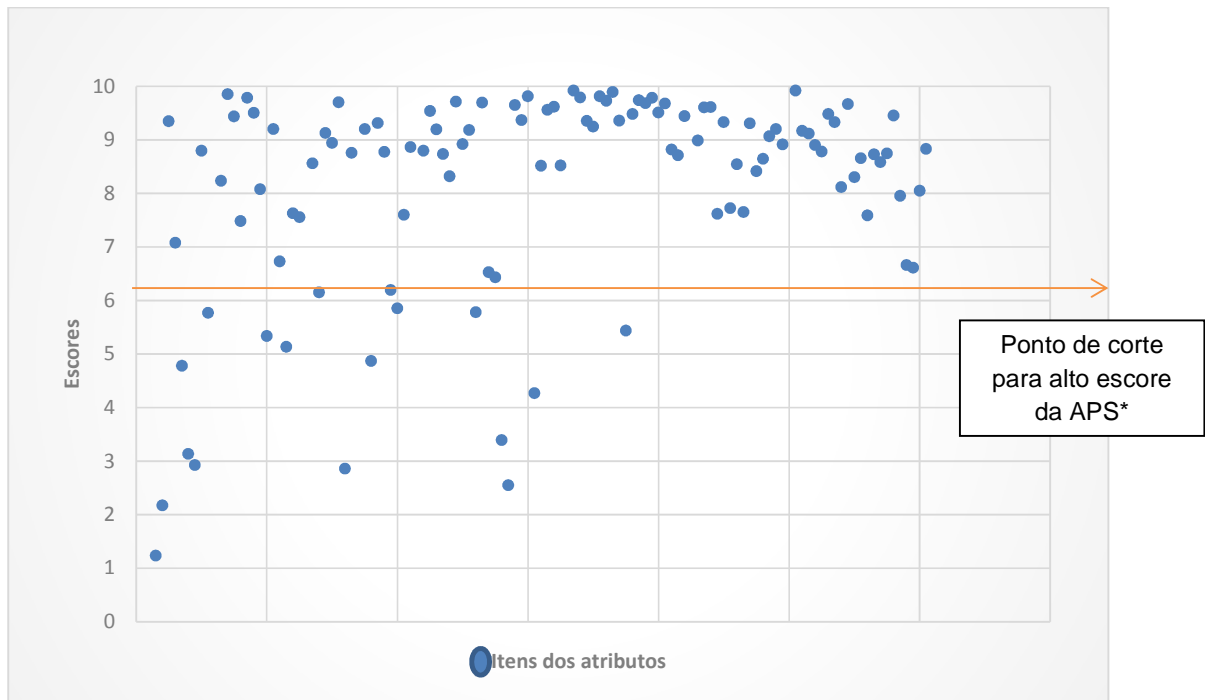
**Média dos escores dos médicos cubanos entrevistados que estão nos municípios de Curitiba (n=18), Rio de Janeiro (n=108) e Porto Alegre (n=15).

Fonte: Da autora.

Análise por atributo

Considerando a análise por atributo e dimensão dos atributos, apresentados na tabela 3, observa-se 7 atributos com alto escore de APS e um abaixo do ponto de corte, o atributo acesso (escore=5,0). Os atributos com escores mais altos foram integralidade - serviços prestados (escore=9,3), orientação familiar (escore=8,8) e orientação comunitária (escore=8,6).

Na figura 3 é possível visualizar a distribuição dos itens que compõem os atributos essenciais e derivados do questionário do PCATool, em uma escala variando de 0 a 10, de acordo com os escores obtidos. Verifica-se alta concentração dos itens na parte superior do gráfico, acima do ponto de corte, correspondendo a 92 itens (80,7%) do total de 114, com escore maior ou igual a 6,6, indicando alta orientação a APS.



*O escore de APS $\geq 6,6$, em uma escala de 0 a 10 é considerado alto escore.

Figura 3 – Distribuição dos itens dos atributos segundo os escores dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos.

Fonte: Da autora.

Top 10

Na tabela 5 estão apresentados os 10 itens selecionados a partir dos valores médio dos escores, os quais representam os maiores escores dentre os 114 itens dos atributos (escores $9,78$ e $\leq 9,92$). Esses itens pertencem aos atributos de integralidade-serviços prestados (F1, F2, F5, F7, F11, F13), longitudinalidade (B2, B5), Integralidade-serviços disponíveis (E17) e orientação comunitária (H1). Os itens com escores mais altos foram F1 - Conselho sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente (9,92); H1 - Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares (9,92); e F7 - Verificar e discutir os medicamentos que o paciente esta usando (9,89).

Tabela 5 – 10 itens selecionados com os maiores valores médios de escore atribuídos pelos médicos cubanos do Programa Mais Médicos.

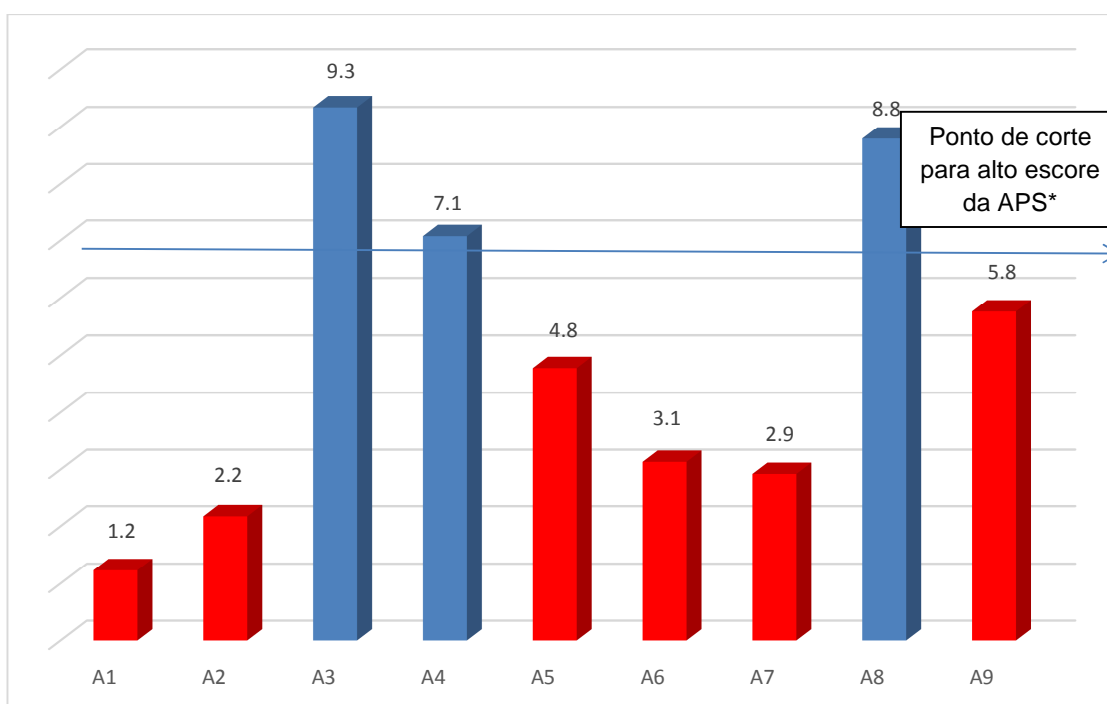
Itens	N		Media	DP	Min	Max
	Val	Perda				
B2. Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?	8235	0	9,85	0,76	0,00	10,00
B5. Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?	8235	0	9,78	1,00	0,00	10,00
E17. Cuidados pré-natais	8235	0	9,81	1,08	0,00	10,00
F1. Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente	8191	44	9,92	0,53	0,00	10,00
F2. Segurança no lar (como guardar medicamentos em segurança)	8187	48	9,79	0,89	0,00	10,00
F5. Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados	8214	21	9,81	0,87	0,00	10,00
F7. Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando	8208	27	9,89	0,71	0,00	10,00
F11. Como prevenir quedas	8145	90	9,74	1,00	0,00	10,00
F13. Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa	8154	81	9,78	0,94	0,00	10,00
H1. Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?	8235	0	9,92	0,70	0,00	10,00

Fonte: Da autora.

Acesso

Na figura 4 podemos observar separadamente os resultados de acesso, o atributo que teve a pior avaliação segundo os médicos cubanos do PMM. Dos 9 itens desse atributo, 6 deles ficaram abaixo do ponto de corte (A1, A2, A5, A6, A7, A9). Os itens com melhor desempenho foram os relacionados ao atendimento à demanda espontânea (A3=9,3), a facilidade de marcar consultas (A8=8,8) e ao aconselhamento por telefone (A4=7,1).

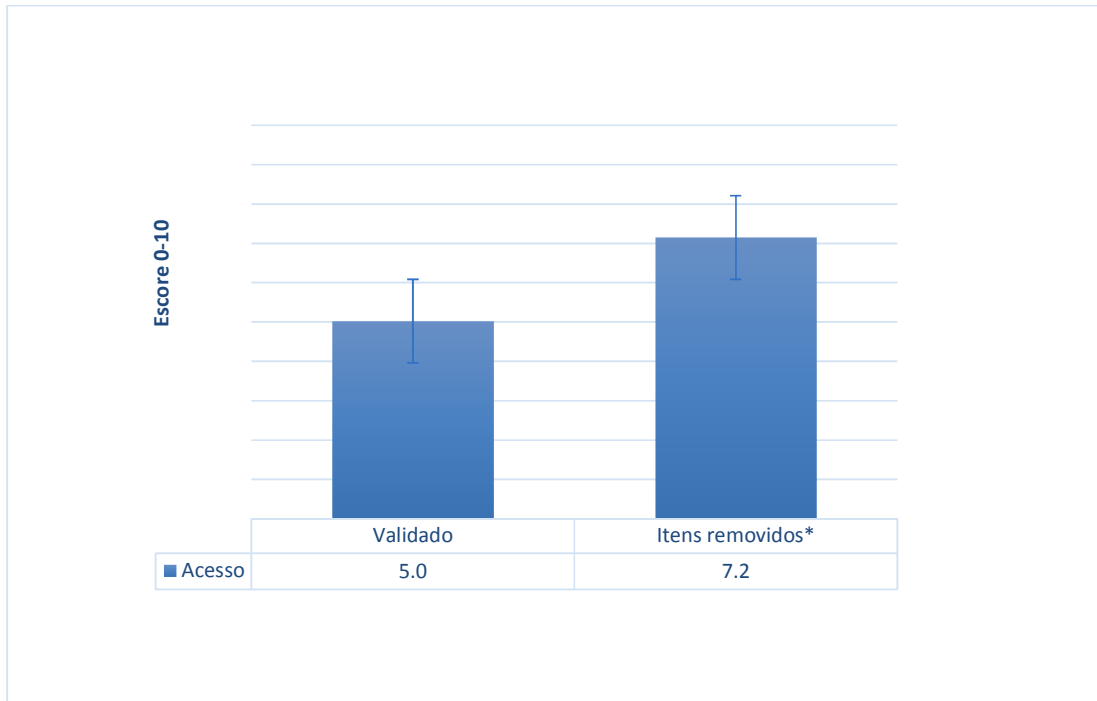
Os itens que mais contribuíram para o baixo escore de acesso foram os relacionados à disponibilidade dos serviços quando estão fechados aos sábados e domingos ou após às 20h (A1, A2, A6 e A7). Analisando o escore de acesso com a exclusão desses 4 itens, observa-se um aumento para 7,2, ficando acima do ponto de corte (figura 5).



*O escore de APS $\geq 6,6$, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto escore.

Figura 4 – Escores dos itens do atributo acesso na avaliação dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos, Brasil.

Fonte: Da autora.



*Itens removidos A1, A2, A6, A7.

Figura 5 – Escores do atributo acesso com instrumento validado e com a exclusão de 4 itens na perspectiva dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos, Brasil.

Fonte: Da autora.

Análise por Região

Na Tabela 6 observa-se os resultados distribuídos por Região do Brasil. A Região com o maior número de médicos da amostra foi a Nordeste (3297 médicos), seguido da Região Sudeste (2195), Sul (1199), Norte (974) e Centro-Oeste (570). Com relação aos escores, a Região Sul é a que apresenta os valores mais altos tanto para o Escore Essencial (7,8), como para o Escore Geral da APS (8,0). As regiões que apresentam o Escore Geral mais baixos são a Região Centro-Oeste (7,8) e a Sudeste (7,8). Os escores de acesso ficaram abaixo do ponto de corte em todas as regiões, sendo a que apresentou o escore mais baixo foi a Região Nordeste (4,8) e o mais alto na Região Sul (5,6). As diferenças nos escores entre as regiões não foram estatisticamente significativas.

Tabela 6 – Escore médio (0-10) dos atributos da APS na perspectiva dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos, por região geográfica do Brasil.

Atributos da APS	Norte (n=974)	Nordeste (n=3297)	Sudeste (n=2195)	Sul (n=1199)	Centro- Oeste (n=570)
Acesso	5,2	4,8	5,0	5,6	5,1
Longitudinalidade	7,9	8,1	7,9	8,1	7,9
Coordenação do Cuidado	7,6	7,7	7,9	7,9	7,5
Coordenação Sistema de Informação	7,6	7,6	7,6	7,6	7,3
Integralidade - Serviços Disponíveis	8,0	8,0	7,8	8,4	8,0
Integralidade - Serviços Prestados	9,4	9,4	9,3	9,3	9,3
Escore Essencial da APS	7,6	7,6	7,6	7,8	7,5
Orientação Familiar	8,8	8,8	8,8	8,6	8,6
Orientação Comunitária	8,6	8,8	8,4	8,6	8,4
Escore Geral da APS	7,9	7,9	7,8	8,0	7,8

Fonte: Da autora.

Discussão

A APS neste estudo é conceituada por meio dos atributos essenciais e derivados, sendo considerada como primeiro nível de acesso a um sistema de saúde (acesso de primeiro contato), caracterizando-se, principalmente, pela longitudinalidade, integralidade da atenção e coordenação do cuidado dentro do próprio sistema de saúde, podendo contar com características complementares como, a orientação familiar e comunitária e a competência cultural⁴².

Os resultados evidenciam que, na experiência dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos, os serviços de APS em que estão inseridos apresentaram um bom desempenho, com alto grau de orientação a APS. Mais de 90% do total de médicos entrevistados neste estudo tiveram altos escores para APS. Os resultados positivos deste estudo são reforçado com a análise comparativa entre os escores dos médicos cubanos do PMM e os serviços de APS que obtiveram melhor desempenho com a aplicação do PCATool em Curitiba-PR²⁵, Porto Alegre-RS⁹ e Rio de Janeiro-RJ²⁶. Cabe ressaltar que os resultados do PCATool médicos cubanos representam a média de 8235 médicos, que estão distribuídos em 2713 municípios de todas as regiões do país, representando uma gama de heterogeneidade de infraestrutura, vulnerabilidade, entre outros aspectos.

Com a análise comparativa entre os escores essencial e geral da APS dos médicos cubanos do PMM dos municípios de Curitiba-PR, Rio de Janeiro-RJ e Porto Alegre-RS (total 141 médicos) e os resultados publicados nos estudos citados, pode-se observar um aumento em todos os escores nos três municípios, indicando avanços na APS, confirmada pela avaliação dos médicos do PMM, os quais tiveram escores bastante altos nesses municípios.

Na análise da distribuição de médicos da amostra por perfil de vulnerabilidade dos municípios, os perfis em que está alocada a maior parte dos médicos são “Demais Municípios”, municípios com 20% ou mais da população em extrema

pobreza e Região Metropolitana. Todos esses grupos representam municípios com vulnerabilidade e dificuldade de fixação de médicos e foram criados pelo Ministério da Saúde como critério de priorização para a alocação dos médicos. Pode-se observar que, dos médicos que obtiveram alto escore da APS, mais de 20% estão no grupo de classificado pelo MS como 'prioritário', dentre os outros perfis de municípios, com relação à vulnerabilidade (20% ou mais da população em extrema pobreza).

Estes resultados reforçam os estudos encontrados na literatura que o PMM, em especial, os médicos cubanos estão em regiões com carência de médicos, vulneráveis e, mesmo em contextos desfavoráveis, é possível identificar qualidade nos serviços. Outros estudos corroboram com esses resultados demonstrando que houve redução na carência e na desigualdade de distribuição dos médicos, em especial nas regiões Norte e Nordeste e, a Região Nordeste foi a que mais recebeu médicos da cooperação com Cuba⁷⁴.

Os altos escores identificados neste estudo instigou a reflexão sobre as possíveis variáveis que podem estar associadas aos resultados. Uma delas é a formação dos médicos cubanos, considerando que todos os médicos que estão no PMM têm formação em Medicina Geral e Integral (MGI), como é chamada a medicina de família e comunidade em Cuba. A partir de um sistema único de educação médica naquele país, o programa de formação do especialista em MGI vigente (2004), tem duração de dois anos e se desenvolve no primeiro nível de atenção do Sistema Nacional de Saúde cubano, formado por uma rede com 11486 consultórios médicos de família. O médico desenvolve as atividades de medicina de família na própria comunidade em que reside²⁸. Somada a formação, o tempo de experiência em APS também esteve associado ao bom desempenho dos profissionais, sendo que todos os médicos do PMM entrevistados tem mais de 5 anos de experiência.

A associação entre melhor desempenho e formação foi demonstrada também em estudos anteriores como o de Curitiba-PR, em que as unidades de saúde que tiveram os escores mais altos da APS foram as que os médicos possuíam Residência em Medicina de Família e Comunidade²⁵, em Porto Alegre-RS, em que as variáveis "possuir especialidade na área de APS" e "oferta de educação continuada" estiveram associadas à prevalência de alto Escore Geral da APS⁹.

Quanto à análise por atributo, foi possível constatar a presença e a extensão dos atributos da APS, apresentando altos valores de escore para 8, dos 9 atributos e dimensões avaliados. Os atributos que tiveram melhor desempenho na avaliação dos médicos cubanos se referem à integralidade e nos atributos derivados – orientação familiar e comunitária. Mais uma vez, podemos atribuir a esses resultados a formação adequada e as competências necessárias para trabalhar na APS, além da motivação, o maior rigor no cumprimento da carga-horária de trabalho e o estabelecimento de vínculo com a comunidade, facilitado pela permanência do médico na equipe. Estudos reforçam esses achados, apontando os efeitos positivos do PMM no aumento da produção de ações e serviços, na oferta de procedimentos clínicos previstos, mas nem sempre realizados pelos outros médicos, por exemplo, a colocação de dispositivo intrauterino (DIU)³⁰, nas ações de educação e de promoção da saúde, nas visitas domiciliares³⁵ e no aumento da produtividade, principalmente nos municípios mais pobres e com pior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)⁵⁴.

Outro fator que pode estar associado aos altos escores dos atributos da APS neste estudo é a maioria dos médicos cubanos do PMM estar inserido em equipes de Saúde da Família. Estudos utilizando o PCATool para comparar a qualidade dos serviços entre unidades de Saúde da Família e unidades Básicas tradicionais, comprovam que a qualidade e a efetividade dos serviços de APS são mais presentes nas unidades de Saúde da Família^{9,24,70,71}. Dentre as evidências que demonstram a maior qualidade nos serviços prestados pela Estratégia Saúde da Família, podemos citar um estudo desenvolvido em Cascavel-PR, que avaliou comparativamente a qualidade dos serviços entre equipes de Saúde da Família com médicos do PMM e equipes de Saúde da Família com outro médico, que não faz parte do PMM. O estudo concluiu que os dois grupos apresentaram alto escore da APS e não houve diferença estatisticamente significativa entre os escores dos grupos³⁹. Estes achados contribuem para a hipótese de que aspectos de estrutura e de modelo de atenção dos serviços são fortemente indutores de sua qualidade assistencial.

Aspecto importante para o diálogo sobre o Programa Mais Médicos é o acesso, tendo em vista que, além de ser um atributo essencial da APS, acesso é um fator condicionante para os outros atributos, ou seja, sem acessar o serviço não é possível prestar um cuidado longitudinal, integral e com coordenação dentro do sistema. O atributo acesso de primeiro contato mede a acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas⁷⁹.

Neste estudo, o acesso foi o atributo que apresentou o escore mais baixo, convergindo com outros estudos que aplicaram o PCATool-Brasil em nosso país, os quais avaliaram acesso, em especial a acessibilidade, como o pior desempenho dentre os atributos^{9,71,44,43, 39}. Estudo realizado em São Paulo-SP, concluiu que a acessibilidade da Unidade Básica de Saúde (UBS) com equipes de Saúde da Família foi avaliada como pior que um serviço de ambulatório de especialidades médicas²³.

O acesso no PCATool abrange aspectos relativos ao tempo de espera para o atendimento médico, disponibilidade de atendimento mediante demanda espontânea, se o atendimento ocorre no mesmo dia em que o usuário busca atendimento, facilidade no agendamento de consultas médicas, período em que a unidade está aberta e disponível aos usuários, acesso aos profissionais por telefone para orientação, orientação para atendimento quando a unidade está fechada e acesso a consultas de retorno⁴⁰.

Conforme apresentado nos resultados deste estudo, os itens de acesso que mais pesaram para uma avaliação negativa dos serviços foram relativos aos horários de funcionamento das unidades, indicando baixa capacidade dos serviços em apresentar resposta rápida aos casos agudos. Esses resultados não são exclusivos dos serviços com os médicos do PMM, em geral, as UBS no SUS só funcionam de segunda a sexta durante o dia e os usuários não tem como contatar o serviço por telefone quando a unidade está fechada. Essa fragilidade do acesso nos serviços de APS no SUS se caracteriza como um problema sistêmico, fazendo com que o usuário procure os serviços de urgência e muitas vezes se vinculando a esses serviços e não dando credibilidade as UBS como porta de entrada preferencial do sistema.

Em São Paulo-SP, usuários entrevistados não apenas consideraram os horários dos serviços de APS como muito restritos, mas também avaliaram de forma bastante negativa os itens relacionados à espera e à burocracia para serem atendidos²³. Na pesquisa do Rio de Janeiro, todos os usuários das Clínicas da Família entrevistados afirmaram não poder contatar o médico por telefone quando a unidade está fechada, tendo que recorrer à Unidade de Pronto Atendimento (UPA)²⁶. Na busca de identificar os motivos que levam os usuários a procurar os serviços de pronto-atendimento em Santa Maria-RS, observou-se como principais motivos a localização mais próxima da residência ou do local de trabalho, o horário de atendimento mais acessível e de forma efetiva e resolutiva, além de relatarem a falta de médico na UBS para o atendimento²⁹.

Apesar dos baixos escores dos itens de acesso neste estudo, tivemos 30,2% dos médicos cubanos que responderam que 'provavelmente sim' em seus serviços as unidades ficam abertas sábados ou domingos, alguns dias da semana após as 20h, se os pacientes são atendidos quando adoecem e a unidade está fechada e se recebem orientação por telefone caso a UBS esteja fechada. Os médicos do PMM são contratados para trabalhar exclusivamente na APS, com uma carga-horária de 40h semanais, sendo 32h dedicadas aos serviços e 8h às atividades de formação. A hipótese para esses resultados é que alguns médicos estão inseridos em serviços com horário ampliado, como registrado no Estudo de Caso sobre o PMM no município de Curitiba PR, que cita que o PMM catalisou a implementação do 'acesso avançado' no município, ampliando o horário de funcionamento de algumas unidades básicas até às 22h³⁰.

Nos resultados dos médicos cubanos analisados por Região do país, observa-se alto escore para todas as regiões, não apresentando grande variabilidade. A Região Sul é a que apresenta maior Escore Essencial e Geral da APS. Na análise desagregada dos escores dos médicos do PMM entrevistados em Curitiba-PR e Porto Alegre-RS, o bom desempenho da Região Sul pode ser confirmado com os altos escores Essencial e Geral. O Estudo de Caso em Curitiba-PR observou que o PMM vem contribuindo para impulsionar estratégias de qualificação e implantação da APS no município, como o acesso avançado e a carteira de serviços, além de contribuir para a reorientação do modelo de atenção³⁰. A aplicação do PCATool em Cascavel-PR também registrou altos escores de APS para as equipes de Saúde da Família com médicos do PMM³⁹.

O acesso teve o pior desempenho em todas as regiões, sendo que a Região que apresentou o escore mais baixo foi a Nordeste, uma das regiões do país com a maior redução de carência de médicos com o PMM³⁹, indicando que o acesso segue como um desafio, apesar da redução da carência de médicos na APS, estando condicionado aos fatores já citados como horário de funcionamento das UBS e acolhimento aos casos agudos, além de outras barreiras que certamente já foram sinalizadas em outros estudos.

Cabe fazer uma discussão sobre vulnerabilidade e PMM, pois, segundo as normas do Programa, ele vem para atender as áreas de mais vulneráveis do país, as quais já foram identificadas e vem sendo alvo de políticas públicas equitativas. Estudos comprovam que o PMM está nos municípios aonde deveria estar, ou seja, os editais do Programa priorizam as áreas de maior vulnerabilidade em todos os grupos de municípios (capitais regiões metropolitanas, G100 e outros). Não se trata aqui de discutir se o PMM atende toda a carência de médicos que existe no país,

mas, constatar que atendeu a demanda e essa demanda era legítima. Nos resultados aqui, constatou-se altos escores de APS em regiões consideradas como mais vulneráveis nos municípios, registrando que mais de 90% dos médicos avaliaram positivamente os serviços de APS em que estão inseridos.

Limitações

Como limitações, partimos da constatação de outros estudos de que os profissionais costumam avaliar os seus serviços melhor do que os usuários^{42,44}. Como não temos dados de usuários neste estudo, isso pode ser uma limitação, tendo em vista que os serviços são avaliados desde uma única perspectiva, a dos profissionais médicos, correndo o risco de uma ‘supervalorização’ ou então, avaliação a partir dos conhecimentos adquiridos e não pelos serviços prestados. A ausência de outro ator também inviabiliza a possibilidade de comparação sobre a qualidade da atenção dos serviços.

O instrumento PCATool, por sua vez, também apresenta limitações. A primeira é considerar, para o cálculo dos Escores Essencial e Geral, que os atributos tenham os mesmos “pesos” na medida da orientação à APS. Outra é que, apesar do PCATool ter sido validado para o Brasil, algumas perguntas não estão coerentes com as normas e regulamentações da APS, por exemplo, se os serviços de APS estão abertos aos finais de semana ou a noite alguns dias semana. Em que pese a importância de considerarmos esses itens como meta para uma APS de qualidade, enquanto não mudarem as normas e não forem reformulados os processo organizacionais na APS no Brasil, continuaremos tendo serviços avaliados com baixo escore para acesso, indicando baixa orientação a APS.

Considerações Finais

Este estudo traz contribuições importantes para o debate sobre a Atenção Primária no Brasil, inserindo o Programa Mais Médicos no contexto das políticas públicas de fortalecimento dos sistemas de saúde baseados na APS. Apesar de todas as evidências que comprovam que sistemas de saúde com forte APS são mais efetivos, ainda não avançamos no Brasil para uma APS efetiva e de qualidade, com acesso universal, sendo necessário seguir com os esforços para que a APS esteja no centro da agenda política sanitária, acompanhada de medidas estruturais para sua consolidação como porta de entrada e ordenadora do sistema.

O PMM é um forte impulso para o fortalecimento da Saúde da Família no SUS, estratégia cientificamente comprovada como efetiva para a saúde da população, quando implementada de acordo com as normas e princípios que a regem. Para isso é necessário, dentre outras medidas, ter equipes completas, com profissionais com formação e competência para o desenvolvimento do trabalho na APS, com compromisso e responsabilização sanitária com o território e a população. A ausência de um profissional da equipe básica colocaria em risco o seu desempenho e nas quais um profissional médico é essencial para garantir resolutividade⁴².

Este estudo demonstra, sob a perspectiva de mais de 8 mil médicos, maior amostra de profissionais de saúde em estudos com o PCATool encontrada na literatura, que é possível ter serviços com forte orientação a APS, com qualidade,

mesmo em contexto menos favorecidos. Não se trata de discutir a existência ou não do Programa, de debater as questões políticas que o cercam, tampouco fazer comparações entre a atuação de médicos cubanos e brasileiros, mas sim, de reforçar as evidências de que médicos, com formação em Medicina de Família e Comunidade, são mais adequados aos serviços e produzem resultados melhores se estiverem inseridos em equipes de Saúde da Família.

Apesar do bom desempenho dos serviços de APS avaliados neste estudo, o acesso segue como um desafio a ser superado no Brasil. Os fatores associados ao sucesso nos atributos da APS, não estiveram associados a ampliação do acesso, sugerindo a necessidade de mudanças e inovações desencadeadas pela gestão e colocadas em prática nos serviços, os quais devem ter as estruturas organizacionais reestruturadas a partir de ferramentas e tecnologias que proporcionem maior acessibilidade.

Uma das barreiras do acesso detectadas neste estudo e outros estudos semelhantes são o atendimento da demanda espontânea e o horário de funcionamento das unidades. Os horários reduzidos de atendimento e as barreiras na atenção às urgências se constituem em uma grande fragilidade dos sistemas de saúde dos países latino-americanos⁴³. Abrir as portas da APS para a demanda espontânea é imperativo de qualidade e condição de legitimidade perante a população. Caso contrário, os usuários continuarão acessando a serviços voltados para queixa-conduta, muitas vezes desnecessários e irracionais²³, sem a presença dos atributos da APS.

Este estudo demonstra a qualidade do PMM na APS no SUS e a necessidade de seguir avaliando e produzindo conhecimentos e evidências científicas acerca da efetividade das políticas públicas, em especial o Programa Mais Médicos, tendo em vista a sua magnitude e ousadia em termos de objetivos e metas a serem alcançadas.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. A renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Washington DC: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde; 2007.
2. Stigler FL, Macinko J, Pettigrew LM, Kumar R, van Well C. No universal health coverage without primary health care. *Lancet* 2016; 1811. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30315-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30315-4).
3. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. 53º Conselho Diretor; 66ª Sessão do comitê regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) para as Américas. Resolução CD53/5, Rev.2; 2014.
4. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.
5. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. *Health Serv Res* 2003; 38: 831–65. DOI: 10.1111/1475-6773.00149

6. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83:457-502. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x
7. Macinko J, Starfield B, Erinosh T. The impact of primary healthcare on population health in low and middle income countries. *J Ambul Care Manage* 2009; 32:150-71. DOI: 10.1097/JAC.0b013e3181994221
8. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. As redes de atenção à saúde. Brasília DF: Eugenio Vilaça Mendes; 2011.
9. Castro RCL, Knauth DV, Harzheim E, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad Saúde Pública* 2012; 28: 1772-1784. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900015>
10. Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60:13-19. DOI: 10.1136/jech.2005.038323
11. Rasella D, Aquino R, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. *BMC Public Health* 2010; 310:380. DOI: 10.1186/1471-2458-10-380
12. Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo PF, Lima-Costa MF, Medina MG, Mota E, de Oliveira VB, Turci MA. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Aff (Millwood)*. 2010; 2149-2160. DOI: 10.1377/hlthaff.2010.0251
13. Mendonça CS, Harzheim E, Duncan BB, Nunes LN, Leyh W. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy Plan*. 2012; 27:348-355. DOI: 10.1093/heapol/czr043
14. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ* 2014; 349. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g4014>
15. Kemper ES, Mendonça AVM, Sousa MF. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21:2785-2796. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.17842016>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745 de 9 de dezembro de 1993 e nº 6.932 de 7 de julho de 1981 e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2013; 23 out.
17. Facchini LA, Batista SR, Silva Jr AG, Giovanella L. O Programa Mais Médicos: análises e perspectivas. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21:2652. DOI: 10.1590/1413-81232015219.18952016.
18. Campos GWS, Pereira Jr N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21:2655-2663. DOI: 10.1590/1413-81232015219.18922016

19. Trindade TG, Batista SR. Medicina de Família e Comunidade: agora mais do que nunca! *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21: 2667-2669. DOI: 10.1590/1413-81232015219.18862016
20. Harzheim E, Duncan B, Stein A, Cunha C, Goncalves M, Trindade T, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Serv Res* 2006; 5:156. DOI: 10.1186/1472-6963-6-156
21. Fracolli LA, Gomes MFP, Nabão FRZ, Santos MS, Cappellini VK, Almeida ACC. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. *Ciênc Saúde Coletiva* 2014; 19: 48517-4860. DOI: 10.1590/1413-812320141912.00572014.
22. Araújo RL, Mendonça AVM, Sousa MF. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. *Divulg Saúde Debate* 2015; 39: 387-399. DOI: 10.1590/0103-110420151050002007
23. Brunelli B, Gusso GDF, Santos IS, Benseñor IJM. Avaliação da presença e extensão dos atributos de atenção primária em dois modelos coexistentes na rede básica de saúde do Município de São Paulo. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2016; 11:1-12. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1241](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1241)
24. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do Instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil. Brasília: MS; 2010.
25. Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8:294-303. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)828](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)828)
26. Harzheim E, Lima KM, Hauser L. Reforma da atenção primária a saúde na cidade do Rio de Janeiro: avaliação dos primeiros três anos de clínica da família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das clínicas da família na cidade do Rio Janeiro. Porto Alegre: OPAS; 2013.
27. Oliveira JPA, Sanchez MN, Santos LMP. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21:2719-2727. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.17702016>
28. Ministério da Saúde Pública de Cuba. Programa de estudos da especialidade de Medicina Geral Integral. Cuba, 2004.
29. Freire AB, Fernandes DL, Moro JS, Kneipp MM, Cardoso CM, De Lima SBS. Serviços de urgência e emergência: quais os motivos que levam o usuário aos pronto-atendimentos? *Saúde (Santa Maria)* 2015; 41: 195-200. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/2236583415061>
30. Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde. Implementação do Programa “Mais Médicos” em Curitiba. Experiências inovadoras e lições aprendidas. Série Estudos de Caso sobre o Programa Mais Médicos. Brasília; 2015.

31. Lima RTS, Fernandes TG, Balieiro AAS, Costa FS, Schramm JMA, Schweickardt JC, Ferla AA. A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21: 2685-2696. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.15412016>
32. Ibañez N, Rocha J, Castro P, Ribeiro M, Forster A, Novaes M, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:683-703. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300016>
33. van Stralen CJ, Belisário SA, van Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24: 148-158. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300019>
34. Carrer A, Toso de Oliveira BRG, Guimarães ATB, Conterno JR, Minosso KC. Efetividade da Estratégia Saúde da Família em unidades com e sem Programa Mais Médicos em município no oeste do Paraná, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21:2849-2860. DOI: [10.1590/1413-81232015219.16212016](http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.16212016)
35. Silva BP, Stockmann D, Lucio DS, Henna E, Rocha MCP, Junqueira FM. Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos? *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21:2988-2906. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.15552016>
36. Gonçalves RF, Sousa IMC, Tanaka OY, Santos CR, Silva-Brito K, Dantos LX, et al. Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21: 2815-2824. DOI: [10.1590/1413-81232015219.15552016](http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.15552016)
37. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Jr A, et al. A Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:633-641. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300012>
38. Macinko J, Almeida C, Oliveira E, Sá P. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Plann Manage* 2004; 19:303-17. DOI: [10.1002/hpm.766](http://dx.doi.org/10.1002/hpm.766)
39. Oliveira MMC. Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre [Dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
40. Hauser L, Castro RCL, Vigo A, Trindade TG, Gonçalves MR, Stein AT, Duncan BB, Harzheim E. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. *Rev Bras Med Fam Comun* 2013; 8:244-255. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)821](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)821)
41. Freire AB, Fernandes DL, Moro JS, Kneipp MM, Cardoso CM, Lima SBS. Serviços de urgência e emergência: quais os motivos que levam o usuário

aos pronto-atendimentos? *Rev Saude* 2015; 41:195-200. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/2236583415061>

42. Giovanella L, Mendonça MHM, Fausto MCR, Almeida PF, Bousquat A, Lima JG, Seidl H, et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21:2697-2708. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.16052016>
43. Haggerty JL, Yavich N, Báscolo EP, Grupo de Consenso sobre un Marco de Evaluación de la Atención Primaria en América Latina. Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina. *Rev Panam Salud Pulica*. 2009;26:377-384.