

O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014

The *Mais Médicos* (More Doctors) Program: the placement of physicians in priority municipalities in Brazil from 2013 to 2014

João Paulo Alves Oliveira¹
Mauro Niskier Sanchez¹
Leonor Maria Pacheco Santos¹

Abstract *The inadequate placement and distribution of health professionals are problems that occur in various countries. The scope of the “Programa Mais Médicos” (More Doctors Program) was to reduce the shortfall of physicians and diminish regional inequalities in health. A descriptive study on the placement of physicians between 2013 and 2014 using the Ministry of Health database is presented. There was an allocation of 14,168 physicians to the 3,785 municipalities that signed up to the program: 2,377 met the priority and/or vulnerability criteria and received 77.7% of the physicians; 1,408 received 22.3% of the physicians, but did not meet the established priorities. This study reveals the reduction in the lack of physicians, mainly in the North and Northeast. These regions account for 36% of the Brazilian population and 46.3% of the physicians were allocated there. However, the introduction of an eligibility profile, which allocated 3,166 physicians in 1,408 non-priority municipalities is questionable. The conclusion drawn is that this may have hindered the ability of the Mais Médicos Program to fully achieve its objectives as a public policy aimed at reducing regional inequalities of access to primary healthcare. Further studies are necessary to evaluate the impact of the Mais Médicos Program.*

Key words *Mais Médicos Program, Human Resources in health, Health evaluation*

Resumo *O provimento e a distribuição inadequada de profissionais de saúde são problemas que ocorrem em diversos países. O Programa Mais Médicos tem como objetivos a diminuição da carência de médicos e a redução das desigualdades regionais em saúde. Apresenta-se estudo descritivo sobre a alocação de médicos entre 2013 e 2014, empregando o banco de dados do Ministério da Saúde. Houve o provimento de 14.168 médicos nos 3.785 municípios que aderiram: 2.377 atendiam aos critérios de prioridade e/ou vulnerabilidade e receberam 77,7% dos médicos; 1.408 municípios, que receberam 22,3% dos médicos, não correspondiam às prioridades estabelecidas. Apresentam-se evidências da redução da carência de médicos, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste. Nestas áreas residem cerca de 36% da população brasileira e houve a alocação 46,3% dos médicos. Contudo, questiona-se a introdução de um perfil de elegibilidade que possibilitou alocar 3.166 médicos em 1.408 municípios não prioritários. Conclui-se que este fato pode ter comprometido a capacidade de o Programa Mais Médicos atingir plenamente seus objetivos como política pública que visa à redução das desigualdades regionais no acesso à atenção básica em saúde. Outros estudos serão necessários para avaliar o impacto gerado pela implementação do Programa Mais Médicos.*

Palavras-chave *Programa Mais Médicos, Recursos humanos em saúde, Avaliação em saúde*

¹ Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília. Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte. 70910-900 Brasília DF Brasil. joapaulo.aoliveira@gmail.com

Introdução

O provimento e a distribuição inadequada de serviços e profissionais de saúde são problemas que ocorrem em diversos países do mundo. Quando se trata de regiões remotas, pobres e periféricas a situação é ainda mais grave. A má distribuição geográfica de profissionais de saúde, principalmente médicos, é uma situação difícil de ser solucionada. Países, com diferentes sistemas econômicos, políticos e níveis de riqueza vêm desenvolvendo diferentes estratégias para enfrentar o problema^{1,2}.

A Venezuela, em 2003, iniciou o Programa *Mission Barrio Adentro*, trazendo de Cuba mais de 20 mil médicos para trabalhar na atenção básica de saúde. Além disso, promoveu o retorno de 3.328 estudantes venezuelanos formados em Medicina Geral em Cuba ao longo do programa³.

Na Austrália, há décadas médicos australianos formados no exterior e estrangeiros formados na Austrália são enviados para regiões remotas. Eles são contratados por até dez anos com remuneração gradativa de acordo com a distância entre a região geográfica de atuação e o centro urbano mais próximo.

O México, tal como outros países da América Latina, instituiu o serviço social obrigatório para profissionais de saúde. Os profissionais, antes de receberem o diploma, devem cumprir um tempo de serviço obrigatório em estabelecimento de saúde localizado em região de difícil acesso e de baixo desenvolvimento socioeconômico⁴.

A desigualdade gerada pela carência de profissionais e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde potencializa uma situação de subdesenvolvimento de regiões remotas e isoladas, habitadas majoritariamente por população de baixa renda. Alguns autores apontam que essas situações ocorrem em sinergia com outras vulnerabilidades de caráter socioeconômico, tais como a insegurança alimentar e o analfabetismo⁵.

No Brasil, a saúde é direito universal garantido na Constituição Federal de 1988. Desde então, o Estado garante esse direito com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que como em outros sistemas de saúde, sofre com problemas da escassez e má distribuição de médicos no seu território.

Em 2009, estimava-se que 42% da população brasileira residia em municípios com densidade menor do que 0,25 médicos por mil habitantes. Nas regiões Norte e Nordeste o caso era ainda mais grave. O Norte com 8% da população total do país tinha 4,3% do total de médicos. Já o Nor-

deste com 28% da população brasileira contava com 18,2% do total de médicos¹. Enquanto isso, a região Sudeste, com 42% da população, concentrava 60% de todos os médicos do país⁵.

A criação do SUS e o processo de municipalização do país contribuíram, entre outros aspectos, para a expansão dos postos de trabalho na saúde. Contudo, as estratégias implementadas até recentemente ainda não haviam sido suficientes para resolver a constante escassez e má distribuição de médicos pelo país.

Em 2013, dois episódios foram marcantes: o lançamento da campanha “Cadê o médico?” pela Frente Nacional de Prefeitos, que reivindicava a contratação de médicos, inclusive estrangeiros, para atuar na atenção básica em saúde⁶. O outro foi a onda de protestos pelas ruas do país, onde milhares de pessoas insatisfeitas com os serviços públicos no país exigiam mais investimentos em saúde, educação e segurança⁷. O Programa Mais Médicos (PMM) foi instituído neste contexto político institucional.

Trata-se de um programa com duração prevista de três anos, com possibilidade de prorrogação, constituído em três dimensões de atuação: melhoria da estrutura física da rede de atenção básica em saúde; reformas educacionais das escolas de medicina e residência médica; e o provimento de médicos em regiões prioritárias para o SUS⁸.

No inciso I, do artigo primeiro, da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos⁸, se lê “Art. 1º É instituído o Programa Mais Médicos, [...] e com os seguintes objetivos: I – diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde”. Destaca-se que esta lei foi fruto da conversão da Medida Provisória nº621, de 8 de julho de 2013.

Neste sentido, visando ao alcance dos objetivos propostos, a partir do provimento emergencial de médicos, foi instituído, por meio da Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013, o “Projeto Mais Médicos para o Brasil”⁹. Entre outras disposições, a portaria definiu quais seriam as regiões prioritárias para o SUS e o perfil dos médicos elegíveis para participação. Destaca-se que a adesão de municípios e médicos não foi obrigatória. Entre 2013 e 2014, o MS realizou cinco ciclos de chamamento de municípios e médicos, por meio de editais para adesão ao PMM.

Considerando que o PMM é uma política pública constituída para enfrentar o problema

da carência de médicos nas regiões prioritárias, a fim de reduzir as desigualdades, os esforços para avaliá-lo se revestem de grande importância. A modernização da Administração Pública e a adoção de princípios de gestão pública empreendedora impulsionam a prática avaliativa, já amplamente disseminada em países desenvolvidos¹⁰. Para Akerman e Furtado¹¹, a avaliação envolve a sistematização de determinadas práticas, que acompanham critérios preestabelecidos, a fim de realizar um julgamento, um juízo de valor sobre medidas implementadas, que proporcione subsídios para a tomada de decisão. Nesta perspectiva de análise, se avaliam os aspectos técnicos da operacionalização e desenvolvimento da política¹². A implementação de políticas públicas, como campo de estudo, se relaciona com a possibilidade de compreensão mais profunda dos processos político-administrativos e dos problemas e serem corrigidos¹³.

O objetivo deste estudo foi avaliar a implementação do PMM, com base nos objetivos e critérios definidos em sua estrutura normativa, quais sejam, diminuir a carência de médicos em áreas remotas e de difícil acesso e reduzir as desigualdades regionais na área da saúde.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo da implementação do provimento de médicos pelo Programa Mais Médicos, no período de 2013 a 2014, com base nos objetivos normativos do programa. Como fonte de dados para a análise foram utilizados dados oficiais fornecidos pela Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES, do Ministério da Saúde (MS), à coordenação do projeto de pesquisa “Análise da efetividade da iniciativa Mais Médicos na realização do direito universal à saúde e na consolidação das Redes de Serviços de Saúde”, financiado por meio da Chamada Pública MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT. Na elaboração dos mapas empregou-se o programa ArcGIS (versão Free Trial) com a malha municipal.

Os dados analisados identificaram quantos municípios participaram, tiveram a inscrição cancelada, desistiram e não se inscreveram. O cancelamento foi considerado como a retirada da inscrição e, a desistência, a renúncia à aprovação da participação no programa.

Para fins desta pesquisa não foram considerados os 294 médicos alocados nos 34 Distritos Sanitários Indígenas – DSEI, pois os seus limites

geográficos sobrepõem os dos municípios, que neste caso foi a unidade geográfica de análise. Além disso, uma das vantagens de se utilizar o município como unidade de análise é o fato de estes serem áreas com certo grau de autossuficiência na produção e consumo de serviços de saúde. Desse modo, a própria população, a partir de suas características socioeconômicas, demográficas, epidemiológicas e culturais é que demandam os serviços de saúde municipais¹⁴.

A análise verificou a distribuição regional dos municípios participantes e foi realizada com base nos critérios de prioridade e vulnerabilidade definidos nos atos normativos que regulamentaram a implantação do programa, vigentes no período de análise. Para tanto, foi considerada a Portaria Interministerial nº 1.369 de 8 de julho de 2013 e, o Edital nº 40 da SGTES/MS de 18 de julho de 2013¹⁴ e Edital nº 22 da SGTES/MS de 31 de março de 2014¹⁵, como descrito no Quadro 1.

Outro aspecto pesquisado foi a alocação dos médicos com base nas seguintes características dos profissionais: a) Médico com registro no Conselho Regional de Medicina (CRM); b) Intercambista Individual – médicos formados no exterior, habilitados a exercer a profissão, sem CRM; e, c) Cooperante – médicos contratados para o programa via o acordo de cooperação com Cuba intermediado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)⁹.

Resultados

No período analisado, 3.785 municípios de todas as regiões do país receberam 14.168 médicos contratados por meio do PMM. Outros 44 municípios tiveram sua adesão cancelada, 376 desistiram e 1.365 não se inscreveram. Portanto, dos 5.570 municípios do Brasil, 68% aderiram ao PMM.

De acordo com a Tabela 1, é possível observar que entre os municípios que aderiram ao programa, 2.377 (62,8%) atendiam a algum dos critérios de prioridade ou vulnerabilidade, conforme o Quadro 1, e 1.408 (37,2%) não atendiam a nenhum critério, por isso foram considerados “demais municípios” do programa.

A região Sul foi a que mais contou com a participação de municípios localizados em regiões Metropolitanas (22,6%) A região Nordeste foi a região com o maior número de municípios com 20% ou mais população vivendo em extrema pobreza que aderiram ao PMM. Foi também a região com o maior número de municípios inscritos no PMM (1.318).

Quadro 1. Perfis dos municípios elegíveis ao Programa Mais Médicos, segundo a ordem cronológica de estabelecimento das prioridades e vulnerabilidades. Brasil, 2013-2014.

Perfil do Município	Descrição	Normativa
20% de pobreza	Município com 20% (vinte por cento) ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), disponíveis no endereço eletrônico www.mds.gov.br/sagi .	Portaria Interministerial 1.369/2013 Mantido no Edital nº40/2013/SGTES/MS
G-100	Áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos Municípios que estão entre os 100 (cem) com mais de 80.000 (oitenta mil) habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública “per capita” e alta vulnerabilidade social de seus habitantes (G-100).	Portaria Interministerial 1.369/2013 Mantido no Edital nº40/2013/SGTES/MS
Capital	Áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza das Capitais, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).	Portaria Interministerial 1.369/2013 Mantido no Edital nº40/2013/SGTES/MS
Região Metropolitana	Áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos Municípios situados em região metropolitana, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).	Portaria Interministerial 1.369/2013 Mantido no Edital nº40/2013/SGTES/MS
Demais Municípios	Áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos demais Municípios, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).	Introduzido pelo Edital nº40/2013/SGTES/MS
Situações de Vulnerabilidade	Municípios com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM baixo/muito baixo; das regiões dos Vales do Jequitinhonha - MG, Mucuri - SP e Ribeira – SP e PR; do Semiárido da Região Nordeste; com residentes em comunidades remanescentes de quilombos; demais municípios localizados nas Regiões Norte e Nordeste.	Introduzido pelo Edital nº22/2014/SGTES/MS no Item 2.2.3

Tabela 1. Perfil dos municípios participantes do Programa Mais Médicos por região geográfica do Brasil, entre 2013 e 2014.

Perfil do Município	Regiões geográficas do Brasil											
	Centro-oeste		Nordeste		Norte		Sudeste		Sul		Total	
20% de pobreza	32	10,8%	978	74,2%	221	60,9%	55	5,9%	48	5,5%	1.334	35,2%
G-100	9	3,1%	36	2,7%	14	3,9%	22	2,4%	12	1,4%	93	2,5%
Capital	3	1,0%	9	0,7%	7	1,9%	4	0,4%	3	0,3%	26	0,7%
Região Metropolitana	21	7,1%	39	3,0%	5	1,4%	113	12,1%	198	22,6%	376	9,9%
Vulnerabilidade	27	9,2%	222	16,8%	107	29,5%	147	15,8%	45	5,1%	548	14,5%
Total de municípios prioritários e/ou vulneráveis	92	31,2%	1.284	97,4%	354	97,5%	341	36,5%	306	34,9%	2.377	62,8%
Demais municípios	203	68,8%	34	2,6%	9	2,5%	592	63,5%	570	65,1%	1.408	37,2%
Total geral de municípios	295	100%	1.318	100%	363	100%	933	100%	876	100%	3.785	100%

As regiões Sudeste e Sul foram as regiões com o maior número de municípios categorizados como “Demais localidades” que aderiram ao programa, com 592 e 570, respectivamente. No entanto, municípios não prioritários de todas as regiões geográficas do país receberam médicos pelo programa (Figura 1B).

A análise mostrou também que 699 municípios elegíveis, ou seja, 22,7% dos municípios prioritários não se inscreveram ou cancelaram sua inscrição no PMM, sendo: 450 da região Nordeste, 52 do Norte, 101 do Sudeste, 75 do Sul e 21 do Centro-oeste (Figura 1B). Além disso, quanto ao perfil destes municípios, destaca-se que 374 eram municípios com 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza, uma capital (Cuiabá), cinco municípios do G-100, 133 municípios de regiões metropolitanas e 186 municípios com alguma das situações de vulnerabilidade.

Entre 2013 e 2014 o PMM viabilizou o provimento de 14.168 médicos entre os municípios que aderiram ao programa. A partir dos editais de chamamento para seleção dos médicos foi estabelecida uma ordem de prioridade na contratação e ocupação das vagas ofertadas. Desse modo, o médico com registro no CRM teve prioridade sobre o médico intercambista individual, que por sua vez foi priorizado sobre o cooperante.

Destaca-se que os cooperantes não puderam escolher o município de atuação, pois foi o MS que definiu a alocação dos médicos provenientes

do acordo com Cuba, diferentemente dos outros, que indicaram preferência quanto ao município de atuação.

Outro aspecto normatizado nos editais foi a proibição de contratação de médicos intercambistas ou realização de acordos de cooperação no âmbito do PMM, caso a razão médico por mil habitante fosse menor que 1,8 no país de origem da atuação profissional¹⁶.

Entre todos os médicos contratados pelo PMM, 11.150 foram cooperantes, fruto de acordo firmado entre o governo brasileiro e Cuba, representando cerca de 80% do total. A região Nordeste foi a que mais recebeu médicos cooperantes, seguida pelo Sudeste e Sul. Além disso, o PMM contou com a participação de médicos de 47 diferentes nacionalidades.

Contudo, em todas as regiões do país verificou-se que a maior parte dos médicos alocados eram cooperantes. Ademais, o Nordeste foi a região que recebeu a maior quantidade de médicos com registro nos CRM (965). Quanto ao intercambista individual, as regiões Sul e Sudeste foram que receberam o maior número, 418 e 346, respectivamente. Destaca-se que a região Nordeste foi a que mais recebeu médicos do programa, 4.853, seguida pelo Sudeste, 4.336. Os dados indicam redução da carência de médicos nas regiões Norte e Nordeste. Nestas áreas residem cerca de 36% da população brasileira e houve alguma discriminação positiva, com a alocação

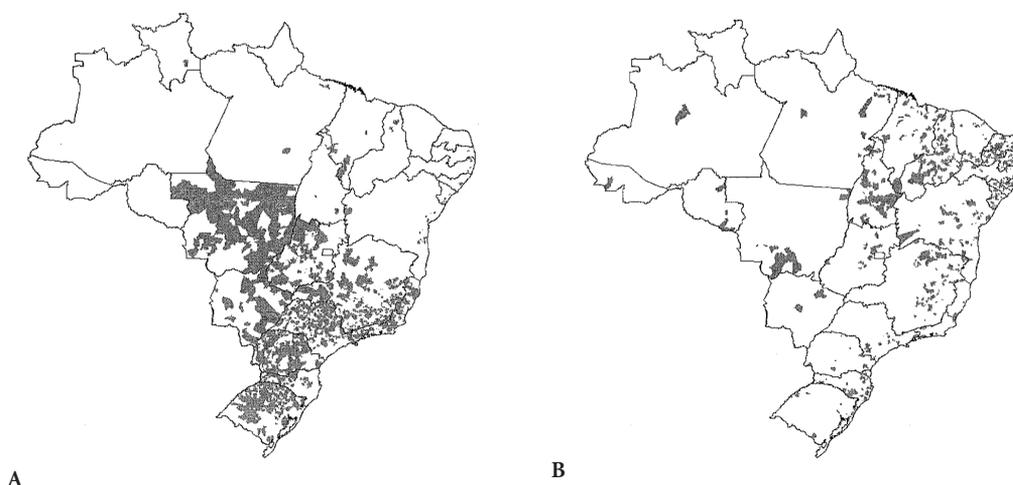


Figura 1. A - Distribuição dos municípios que receberam médicos do Programa Mais Médicos, sem critério de prioridade ou vulnerabilidade. **B** - Distribuição dos municípios elegíveis para participar do Programa Mais Médicos que não aderiram. (2013-2014).

de 6.565 médicos, o que corresponde a 46,3% do total (Tabela 2).

Conforme a Tabela 3, os médicos com registro no CRM, aqueles que escolheram o local de atuação, foram alocados principalmente em municípios com 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza (31,3%). Um terço dos médicos cooperantes também foi para municípios com este perfil (31,7%). Os intercambistas individuais optaram, principalmente, por regiões metropolitanas e capitais e em último lugar por municípios com alguma situação de vulnerabilidade.

Os 2.377 municípios prioritários e vulneráveis que aderiram ao PMM receberam 11.002 médicos (77,7%). Os “demais municípios” receberam 3.166 médicos (22,3%), sendo 2.825 cooperantes, que foram alocados pelo próprio MS. Médicos com registro no CRM e intercambistas individuais também foram distribuídos em municípios não prioritários ou vulneráveis.

Discussão

O ponto de partida deste estudo foi o inciso I, do artigo primeiro, da lei que criou o PMM, que estabeleceu como objetivo a diminuição da carência de médicos em regiões prioritárias e a redução das desigualdades regionais em saúde. A definição de perfis para avaliar se o município era elegível ou não para participar do programa foi um arranjo para orientar a implementação do provimento emergencial dos médicos.

Tal como Menicucci¹⁷, defende-se que a implementação promove efeitos retroalimentadores sobre o processo de formulação. Além disso, se reconhece que a formação da política acontece quando há integração entre os processos de formulação, implementação e avaliação da política¹⁸. Destaca-se a maior adesão de municípios prioritários do Norte e Nordeste, regiões onde a escassez de médicos reflete a grave condição socioeconômica vivida⁶. Há evidências de que o PMM promoveu a redução da carência de médicos em regiões prioritárias e vulneráveis, a partir da alocação dos 11.002 médicos, sendo que isso

Tabela 2. Distribuição dos médicos participantes do Programa Mais Médicos, por região geográfica do Brasil, 2013-2014.

Perfil dos médicos	Regiões geográficas do Brasil											
	Centro-oeste		Nordeste		Norte		Sudeste		Sul		Total	
Médicos com registro no CRM	134	15,1%	965	20,0%	194	11,3%	395	9,1%	146	6,1%	1.834	12,9%
Intercambista individual	96	10,8%	194	4,0%	130	7,6%	346	8,0%	418	17,6%	1.184	8,4%
Cooperante	660	74,2%	3.694	76,1%	1.388	81,1%	3.595	82,9%	1.813	76,3%	11.150	78,7%
Total	890	100%	4.853	100%	1.712	100%	4.336	100%	2.377	100%	14.168	100%

Tabela 3. Médicos participantes do Programa Mais Médicos por perfil de prioridade e vulnerabilidade dos municípios. Brasil, 2013-2014.

Perfil dos municípios	Perfil dos Médicos							
	Médicos com registro no CRM		Intercambista Individual		Cooperante		Total	
20% de pobreza	574	31,3%	149	12,6%	3.538	31,7%	4.261	30,1%
G-100	264	14,4%	149	12,6%	780	7,0%	1.193	8,4%
Capital	324	17,7%	301	25,4%	858	7,7%	1.483	10,5%
R. Metropolitana	351	19,1%	326	27,5%	1.603	14,4%	2.280	16,1%
Vulnerabilidade	152	8,3%	87	7,3%	1.546	13,9%	1.785	12,6%
Total de médicos alocados em municípios prioritários e/ou vulneráveis	1.665	85,5%	1.012	85,5%	8.325	74,7%	11.002	77,7%
Médicos alocados nos demais municípios	169	9,2%	172	14,5%	2.825	25,3%	3.166	22,3%
Total geral de médicos	1.834	100%	1.184	100%	11.150	100%	14.168	100%

somente foi possível pelo fato do PMM ter inovado com realização das chamadas internacionais para contratação de médicos e o acordo de cooperação com Cuba mediado pela OPAS: uma inovação frente às outras estratégias implantadas até então no Brasil.

O reconhecimento de municípios em situações de vulnerabilidade contribuiu para especificar outras áreas que deveriam ser priorizadas, devido à carência e à dificuldade de reter médicos, principalmente aqueles que integram as equipes de Estratégia Saúde da família (ESF).

Não obstante, os resultados chamam a atenção para possíveis lacunas na implementação do PMM. A primeira trata da criação posterior de um perfil que possibilitou a adesão de 1.408 municípios não prioritários, quando da formulação do programa, correspondente aos “Demais municípios”.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), por meio da Nota Técnica nº 23/2013, corrobora com o posicionamento de que apenas as Capitais, Regiões Metropolitanas, G-100, municípios com 20% ou mais de população vivendo em extrema pobreza e aqueles com alguma das situações de vulnerabilidade descritas eram prioritários para fins do PMM¹⁹.

O'Brien e Lianjiang²⁰ consideram que certo grau de discricionariedade por parte daqueles que estão a cargo da implementação pode ser desejável, pois têm mais conhecimento da realidade local, podendo inovar e adaptar o plano. Contudo, é importante manter o foco quanto aos objetivos da política, que foi formulada para atuar sobre uma situação previamente definida. A criação do perfil “demais municípios” leva a prejuízo na priorização das regiões vulneráveis.

Quando da formulação do PMM, sabia-se que as desigualdades regionais em saúde no Brasil são enormes. Por exemplo, a região Sudeste com 2,6 médicos por mil habitantes apresentava uma concentração de médicos 2,6 vezes maior em comparação com a região Norte (0,98)²¹. Paim²² considera que algumas evidências indicam que houve ao longo dos anos redução das desigualdades na distribuição de recursos do SUS no Brasil. Contudo, as regiões Norte e Nordeste ainda necessitam de uma melhor redistribuição de recursos em seu favor.

A segunda lacuna da implementação foi que 22,7% dos municípios prioritários para o SUS ficaram de fora da iniciativa, pelo fato da adesão dos municípios não ser obrigatória. Entre estes municípios, 72% se localizam nas regiões Norte e Nordeste. Os 100% dos municípios que aderiram

foram atendidos, contudo, deve-se reconhecer que na prática a demanda era maior.

Os resultados encontrados neste estudo contrastam bem a distribuição dos municípios não prioritários e aqueles elegíveis que não aderiram ao PMM, como apresentado na Figura 1. Além disso, em relação ao número de médicos solicitados, estudo recente indicou que, na prática, a necessidade de médicos era maior. Os municípios que aderiram entre agosto de 2013 e julho de 2014 solicitaram 15.460 médicos e o programa atendeu 93,5% desta demanda²³.

Nas regiões de difícil acesso do país e periferias das grandes cidades, a população não consegue acesso aos serviços de saúde. Para mudar esta realidade precisava-se de médicos para atuar junto com os demais profissionais das equipes ESF. Sem a presença do médico, o atendimento à população fica prejudicado e as ações de atenção integral da saúde limitadas, em decorrência do desfalque da equipe.

O Tribunal de Contas da União (TCU), em seu Relatório de Auditoria nº 005.391/2014-8, também apontou que o processo de provimento de médicos do PMM apresentou problemas. No documento o TCU destacou que até maio de 2014 o Ministério da Saúde havia deixado de fora do PMM 592 municípios prioritários para o SUS²⁴. O TCU infere que uma das causas para a má distribuição pode estar relacionada com a forma de seleção dos municípios participantes, visto que foi o próprio município que manifestou o interesse e indicou a quantidade de médicos necessários. Desse modo, apesar de haver respeito à autonomia dos entes federados, aqueles municípios com mais capacidade de planejamento e gestão levaram vantagem em detrimento dos menos articulados²⁴.

Lima e Luciano¹³ argumentam que diversos fatores influenciam os resultados do processo de implementação. Entre eles destacam variáveis relacionadas às normativas e a clareza com que o plano estrutura a implementação. Outros são variáveis de contexto político-econômico e derivam do apoio, resistência ou boicote à política, por parte dos atores sociais, que influenciam a disponibilidade de recursos essenciais para o sucesso da implementação.

Na realidade, para se legitimar uma política é preciso considerar que as informações não são perfeitas, o consenso é construído progressivamente e os recursos são limitados. A criação do PMM, desde seu anúncio provocou intensas disputas em seu entorno. Ocorreu confronto acirrado entre diferentes atores sociais, principalmente

representantes do governo, corporações médicas, partidos políticos e o Congresso Nacional. Algumas entidades médicas chegaram a impetrar duas Ações Diretas de Inconstitucionalidade, junto ao Supremo Tribunal Federal, na tentativa de provar que o Programa feria preceitos constitucionais²⁵.

Por sua vez, a mídia promoveu uma celeuma em torno do PMM, ampliando teses e discussões, nem sempre retratadas de forma adequada. Apesar disso contribuiu para a realização de pesquisas de opinião que mostraram gradualmente resultados favoráveis ao PMM.

Em agosto de 2013, uma pesquisa Datafolha registrou que 54% da população entrevistada aprovava o “Programa Mais Médicos”²⁶. Pesquisas da Confederação Nacional dos Transportes (CNT) apontaram 49,7% de aprovação em julho de 2013, 73,9% em setembro e 84,3% em novembro do mesmo ano²⁷.

Embora diversas iniciativas implementadas nas últimas décadas buscassem reduzir as iniquidades em saúde, ora combinando critérios técnicos de alocação de recursos, ora promovendo a realização de análises que pudessem auxiliar na formulação de políticas de saúde orientadas para a equidade, as evidências mostram que a qualidade de vida, o lazer, a distância para as áreas centrais dos grandes centros e a renda média são mais significativas para explicar a presença do médico nos municípios²⁸.

Portanto, imagina-se que quando definidos os municípios prioritários, estes eram aqueles que menos ofereciam à população condições para usufruir do direito à saúde, considerando a falta de médico. Neste sentido, é importante que todos os municípios prioritários para o SUS sejam atendidos pelo PMM, para reduzir a carência de médicos, de modo a garantir à população o acesso aos serviços de saúde. Entre outras, a carência de oferta de médicos é característica que

obstrui a capacidade da população utilizar os serviços de saúde.

Considerações finais

Os objetivos primordiais da criação PMM foram a garantia de acesso e a redução das iniquidades em saúde. Reduzir a má distribuição de médicos não é uma tarefa fácil, tampouco exequível em curto prazo. As soluções não são simples e o desenvolvimento em paralelo de diferentes estratégias pode apresentar resultados promissores.

Para o funcionamento das políticas públicas como instrumento de inclusão social é necessária a real implementação de mecanismos que aumentem a sua efetividade, eficácia e eficiência, entre eles: formação de capital social; efetiva avaliação das políticas públicas, com consequente utilização dos resultados.

O PMM possibilitou a ampliação do acesso a ações de atenção básica em milhares de municípios brasileiros. Contudo, a introdução do perfil “demais municípios” que permitiu a participação de tantos municípios não prioritários pode ter causado repercussão nos resultados do programa diferente do que se esperava em termos de redução das desigualdades regionais em saúde, se considerarmos a densidade de médicos.

É importante ponderar também que mesmo nos municípios não prioritários há bolsões de populações vulneráveis com dificuldade de acesso a profissionais e serviços médicos. Contudo, conclui-se que a alocação dos médicos em municípios não prioritários nem vulneráveis impactou na capacidade de o Programa Mais Médicos reduzir, de modo ainda mais significativo, as desigualdades regionais no acesso à atenção em saúde, o que demanda novos estudos para se verificar os possíveis efeitos em médio prazo.

Colaboradores

JPA Oliveira trabalhou na concepção, na pesquisa, na metodologia e na redação final. MN Sanchez trabalhou na pesquisa, na redação final e na revisão crítica. LMP Santos trabalhou na concepção, na metodologia e na revisão crítica.

Referências

- Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidade. *Revista Divulgação em Saúde para Debate* 2009; (44):13-34.
- Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, Matos MFM, Cyrino EG. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(54):623-634.
- Backer LC, Molina A. Cuba and the Construction of Alternative Global Trade Systems: ALBA and Free Trade in the Americas. *Journal of International Economic Law* 2010; 31(3):37-38.
- Maciel Filho R. *Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em Sistemas Nacionais de Saúde: o caso brasileiro* [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.
- Girardi SN, Carvalho CL, Araújo JF, Farah JM, Wan der Maas L, Campos LAB. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: Pierantoni CR, Dal Poz MR, França T, organizadores. *O trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ, ObservaRH; 2011. p. 171-186.
- Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Cien Saude Colet* 2015; 20(11):3547-3552.
- Antunes R, Braga R. Os dias que abalaram o Brasil: as rebeliões de junho, julho de 2013. *R. Pol. Públ.* 2014; N Esp:41-47.
- Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2013; 23 out.
- Brasil. Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Programa Mais Médicos para o Brasil. *Diário Oficial da União* 2013; 9 jun.
- Cunha CGS. Avaliação de Políticas Públicas e Programas Governamentais: tendências recentes e experiências no Brasil. 2006. [acessado 2016 mar 1]. Disponível em: <http://www.ufpa.br/epdir/images/docs/paper29.pdf>
- Akerman M, Furtado JP, organizadores. *Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos*. Porto Alegre: Rede Unida; 2015.
- Cavalcanti Vaz Mendes GS, Lemes de Sordi MR. Metodologia de avaliação de implementação de programas e políticas públicas. *EccoS – Rev. Cient.* 2013; 30:93-111.
- Lima LL, Luciano DA. Implementação de Políticas Públicas: perspectivas analíticas. *Rev de Sociologia e Política* 2013; 21(48):101-110.
- Brasil. Edital nº 40, de 18 de julho de 2013. Alteração do edital de adesão do Distrito Federal e dos municípios no Programa Mais Médicos para o Brasil. *Diário Oficial da União* 2013; 19 jul.
- Brasil. Edital nº 22, de 31 de março de 2014. Adesão de municípios no Programa Mais Médicos para o Brasil. *Diário Oficial da União* 2014; 01 abr.
- Brasil. Edital nº 39, de 8 de julho de 2013. Adesão de Médicos ao Programa Mais Médicos para o Brasil. *Diário Oficial da União* 2013; 9 jul.
- Menicucci T. A implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. In: Hochman G, Arretche M, Marques E, organizadores. *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. p. 303-325.
- Raeder S. Ciclo de Políticas: uma abordagem integradora dos modelos para análise de políticas públicas. *Perspectivas em Políticas Públicas* 2014; II(13):121-146.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). Programa Mais Médicos – Nota Técnica 23/2013. [acessado 2016 mar 1]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/Notas%20t%C3%A9cnicas%202013/NT%2023-2013%20-%20Programa%20Mais%20Me%CC%81dicos.pdf>
- O'Brien KJ, Lianjiang L. 1999. Selective Policy Implementation in Rural China. *Comparative Politics* 1999; 31(2):167-186.
- Scheffer M, Biancarelli A, Cassenote A, organizadores. *Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Medicina; 2011.
- Paim JS. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA; 2006.
- Pereira LL, Santos LMP, Santos W, Oliveira A, Rattner D. Mais Médicos program: provision of medical doctors in rural, remote and socially vulnerable areas of Brazil, 2013-2014. *Rural Remote Health* 2016; 16(1):3616.
- Brasil. Tribunal de Contas da União. Relatório de auditoria. TC n.005.391/2014-8. Relator: Benjamin Zymler. 4 mar. 2015. [acessado 2016 mar 1]. Disponível em: http://portal3.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/impressa/noticias/noticias_arquivos/005.391-2014-8%20Mais%20M%C3%A9dicos.pdf
- Silva S, Santos LMP. Estudo das Ações Diretas de Inconstitucionalidade do Programa Mais Médicos. *Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.* 2015; 4(2):68-82.
- Morais I, Alkmin D, Lopes J, Santos M, Leonel M, Santos R, Rosa W, Mendonça A, Sousa M. Jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o Programa Mais Médicos? *Rev. esc. enferm. USP* 2014; 48(Spec. 2):107-115.
- Brasil. Agência Brasil de Comunicação. Apoio da população ao programa Mais Médicos alcança 84,3% na pesquisa CNT. 2013. [acessado 2016 mar 1]. Disponível em: <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-11-07/apoio-da-populacao-ao-programa-mais-medicos-alcanca-843-na-pesquisa-cnt>
- Scheffer M, Biancarelli A, Cassenote A. *Demografia Médica no Brasil 2015*. São Paulo: DMPUSP, Cremesp, CFM; 2015.

Artigo apresentado em 03/03/2016

Aprovado em 24/06/2016

Versão final apresentada em 26/06/2016