



Iveth Carrero Toranzo

**Programa Mais Médicos: A questão do acesso
ao Sistema Único de Saúde no país das
desigualdades regionais**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação
em Ciências Sociais da PUC-Rio como requisito parcial
para obtenção do grau de Mestre em Ciências Sociais.

Orientador: Prof. Ricardo Emmanuel Ismael de Carvalho

Rio de Janeiro
Setembro de 2018



Iveth Carrero Toranzo

**Programa Mais Médicos: A questão do acesso
ao Sistema Único de Saúde no país das
desigualdades regionais**

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-
Graduação em Ciências Sociais do Departamento de
Ciências Sociais do Centro de Ciências Sociais da PUC-
Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo
assinada.

Prof. Ricardo Emmanuel Ismael de Carvalho

Orientador
Departamento de Ciências Sociais – PUC-Rio

Prof. Ivo José de Aquino Coser

UFRJ

Prof. Fernando Cardoso Lima Neto

Departamento de Ciências Sociais – PUC-Rio

Profa. Maria Alice Rezende de Carvalho

Departamento de Ciências Sociais – PUC-Rio

Prof. Augusto César Pinheiro da Silva

Coordenador Setorial do Centro de Ciências Sociais – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 28 de setembro de 2018

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e do orientador.

Iveth Carrero Toranzo

Graduou-se em Língua Inglesa pela Universidad Central Marta Abreu de las Villas em Cuba. Kursou seu Mestrado em Ciências Sociais na Pontifícia Universidade Católica de Rio de Janeiro (PUC-Rio), pesquisando as políticas públicas de saúde no Brasil, país de grandes desigualdades regionais.

Ficha Catalográfica

Carrero Toranzo, Iveth

Programa Mais Médicos : a questão do acesso ao Sistema Único de Saúde no país das desigualdades regionais / Iveth Carrero Toranzo ; orientador: Ricardo Emmanuel Ismael de Carvalho. – 2018.

110 f. : il. color. ; 30 cm

Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Ciências Sociais, 2018.

Inclui bibliografia

1. Ciências Sociais – Teses. 2. Descentralização. 3. Federalismo. 4. Programa Mais Médicos. 5. Desenho. 6. Implementação. I. Ismael, Ricardo. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Ciências Sociais. III. Título.

CDD: 300

A minha família por sempre estar do meu lado quando mais preciso e dar todo o suporte para continuar.

A meus pais, embora longe fisicamente, perto em alma e coração.

A minha cunhada e irmão, sem os quais meus estudos de mestrado não teriam sido possíveis.

A meu esposo por sempre me incentivar e apoiar nas minhas metas.

A meus sobrinhos que sempre colocam um sorriso em mim e são minha luz.

Agradecimentos

A meu professor orientador, o senhor Ricardo Ismael de Carvalho pelo suporte, correções e incentivos.

À Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RIO) e o Departamento de Ciências Sociais pela oportunidade concedida.

Ao Professor Carlos Henrique Paiva pela ajuda e as contribuições para a minha pesquisa.

A meus pais pelo amor e o apoio incondicional.

A meu irmão, minha cunhada e meu esposo que tiveram sempre fé em mim.

Enfim, agradeço a todas as pessoas que de uma forma ou outra colaboraram na elaboração da presente dissertação.

Resumo

Carrero Toranzo, Iveth; Carvalho, Ricardo Emmanuel Ismael de. **Programa Mais Médicos: a questão do acesso ao Sistema Único de Saúde no país das desigualdades regionais**. Rio de Janeiro, 2018. 110p. Dissertação de Mestrado - Departamento de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

A criação do Programa Mais Médicos (PMM), através da Lei 12.871, no ano de 2013, somou-se a um conjunto de ações voltadas a melhorar o atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), dada a dificuldade existente em oferecer um serviço que responda às demandas da população brasileira em todo o território nacional. As desigualdades entre os municípios brasileiros, em termos de capacidade de arrecadação própria exige, muitas vezes, a ação do governo federal no financiamento, coordenação e avaliação das políticas sociais no país. A pesquisa procurou avaliar a implantação do PMM no país, na perspectiva de um federalismo cooperativo, destacando as etapas de formulação, sob a responsabilidade do governo federal, e de implementação, envolvendo os governos municipais. Como resultados principais tem-se que o PMM representa uma política pública inovadora, estimulando a presença de médicos brasileiros e estrangeiros nos pequenos e médios municípios, mas também preocupada com a formação do médico nas instituições de ensino superior e com a infraestrutura municipal de saúde. O programa foi formulado de forma centralizada pelo governo federal, sem a participação dos governos estaduais e municipais, sendo implementado de forma descentralizada por estes últimos. Porém, em vários municípios pequenos esta forma de implementação não resultou como desejado. Estes contavam com uma infraestrutura de baixa qualidade que incidia como fator detonador da grande rotatividade de médicos, provocando assim maiores gastos financeiros. A falta de espaço adequado, na etapa inicial, para incorporar outros atores na discussão e na divulgação do PMM, terminou provocando desinformação e críticas vindas de diferentes setores governamentais e da sociedade brasileira. Embora se tenha conseguido com o passar do tempo uma maior adesão de médicos brasileiros, os municípios mais vulneráveis continuaram com baixo número de vagas preenchidas, e a permanência destes médicos que decidiam participar era de poucos meses. A presente dissertação revela a importância da continuidade e aperfeiçoamento do PMM nos próximos anos.

Palavras-Chave

Descentralização; federalismo; Programa Mais Médicos; SUS; desenho; implementação.

Abstract

Carrero Toranzo, Iveth; Carvalho, Ricardo Emmanuel Ismael de. (Advisor) **Mais Médicos Program: The issue of access to the Single Health System in the country of regional inequalities.** Rio de Janeiro, 2018. 110p. Dissertação de Mestrado - Departamento de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

The creation of the Mais Médicos Program (PMM), through Law 12.871, in 2013, is part of a set of actions aimed at improving the service of the Unique Health System (Sistema Único de Saúde-SUS), given the difficulty of providing a service which responds to the demands of the Brazilian population throughout the national territory. Inequalities among Brazilian municipalities, in terms of their capacity to collect their own income, often require the action of the Federal Government in financing, coordinating and evaluating social policies in the country. The research sought to evaluate the implementation of the PMM in the country from the perspective of a cooperative federalism, highlighting the formulation stage under the responsibility of the Federal Government, and the implementation stage involving local governments. The main results are that PMM represents an innovative public policy, stimulating the presence of Brazilian and foreign doctors in small and medium-sized municipalities, but also concerned with their training in higher education institutions and with the municipal health infrastructure. The program was formulated on a centralized basis by the Federal Government, without states and local governments' participation, and is implemented in a decentralized way by local governments. However, in several small municipalities this form of implementation did not result as desired. They had a poor-quality infrastructure that triggered the high turnover of doctors, thus causing greater financial expenses. The lack of an adequate space, at the initial stage, to incorporate other actors in the discussion and disclosure of the PMM, ended up provoking misinformation and critiques from different government sectors and Brazilian society. Although it was achieved a greater adherence of Brazilian physicians over time, the most vulnerable municipalities continued to have a low number of filled vacancies, and the permanence of these doctors who decided to participate was of only a few months. The present dissertation reveals the importance of the continuity and improvement of the PMM in the coming years.

Keywords

Decentralization; federalismo; Mais Médicos Program; SUS, design; implementation.

Sumário

Introdução	15
1. Federalismo, descentralização e reforma do estado nas políticas públicas	27
1.1. A produção de Políticas Públicas no contexto da Constituição de 1988	30
1.2. O Sistema Único de Saúde e o Programa Mais Médicos.....	52
2. Análise do processo de formulação e implementação do programa	57
3. Programa Mais Médicos. Avanços e desafios.....	81
4. Considerações finais	95
5. Referências bibliográficas	98
6. Anexos	109
6.1 Anexo 1: Questionário das Entrevistas	109

Lista de figuras

Figura 1: Médicos por cada mil habitantes	63
Figura 2: Médicos do Mais médicos por cada mil habitantes	72
Figura 3: Porcentagem de cubanos no Mais Médicos.....	72
Figura 4: Cobertura populacional da ESF	85
Figura 5: Número de Médicos brasileiros no PMM (2016-2017)	91

Lista de quadros

Quadro 1: Competências dos três níveis governamentais	33
Quadro 2: Distribuição de atribuições entre os níveis governamentais definida no SUS.....	43
Quadro 3: Adesão dos municípios ao PMM segundo os perfis de vulnerabilidade	82

Lista de tabelas

Tabela 1: Concentração da economia brasileira 2010-2015	36
---------------------------------------------------------------	----

Lista de siglas

AGU – Advocacia Geral da União
AIH – Autorização de Internações Hospitalar
AMB – Associação Médica Brasileira
ANS – Agência Nacional de Saúde Complementar
APS – Atenção Primária à Saúde
CFM – Conselho Nacional de Medicina
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CNE – Conselho Nacional de Educação
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNI – Confederação Nacional da Indústria
CNRM – Comissão Nacional de Residência Médica
CNTU – Confederação Nacional dos Trabalhadores Liberais Universitários Regulamentados
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS – Conselho de Secretários de Saúde
CRM – Conselho Regional de Medicina
CUT – Central Única dos Trabalhadores
DAB – Departamento de Atenção Básica
DESEIs – Distritos Sanitários Especiais Indígenas
EMI – Exposição de Motivos Interministerial
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
EPSM – Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado
ESF – Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FNP – Frente Nacional de Prefeitos
FNS – Fundo Nacional de Saúde
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBOPE – Instituto Brasileiro de Opinião e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MFC – Medicina da Família e a Comunidade

MGFC – Medicina Geral de Família e Comunidade
MGI – Medicina General Integral
MS – Ministério da Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-americana da Saúde
PAB – Piso de Atenção Básica
PITS – Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PMM – Programa Mais Médicos
PMMB – Projeto Mais Médicos para o Brasil
PROVAB – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF – Programa de Saúde da Família
SGETS – Secretaria de Gestão em Saúde
SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica
SSC – Sistema de Saúde Cubano
SUS – Sistema Único de Saúde
TCU – Tribunal de Contas da União
UBS – Unidades Básicas de Saúde
UCA – Unidades de Cobertura Ambulatorial
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais
UPA – Unidades de Pronto Atendimento
USP – Universidade de São Paulo

“Es la medicina como el derecho, profesión de lucha; necesítese un alma bien templada para desempeñar con éxito ese sacerdocio; el contacto de las diarias miserias morales y materiales, el combate con la sociedad y con la naturaleza, hacen mal a las almas pequeñas, mientras que es revelación de cosas altas en almas altas y hermosas”.

(José Martí)

Introdução

Segundo o estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na sua Constituição: *“A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de afeções ou enfermidades”* (OMS, 2014). Diante deste conceito, a saúde pública torna-se fundamental como método efetivo para garantir a saúde. Segundo o médico americano Milton Terris:

“É a ciência e a arte da prevenção de doenças e as deficiências, prolongar a vida e promover a saúde e a eficiência física e mental, através de esforços organizados da comunidade [...] que assegura a cada membro da comunidade um padrão de vida adequado para a manutenção da saúde” (TERRIS, 2006).

De outro lado, os sistemas públicos de saúde estão conformados por organizações, instituições, recursos e pessoas que buscam desenvolver atividades para melhorar a saúde das pessoas. As suas funções principais são a provisão de serviços, a geração de recursos, o financiamento e a gestão (WHO, 2000). Alguns países têm conseguido que seus sistemas públicos de saúde funcionem bem, no entanto outros ainda estão no debate de como fazê-los funcionar da forma certa. Muitas são as opiniões a respeito de quais seriam as características do melhor sistema de saúde, mas segundo a OMS o sistema ideal capaz de contribuir na melhora da saúde de toda a população mediante o oferecimento de um trato adequado e equitativo aos pacientes é um sistema: universal, integral, equitativo, eficiente, flexível e participativo. As pessoas devem ser atendidas prontamente e não ser submetidas a longas esperas, o que melhora significativamente os resultados e a qualidade dos atendimentos (WHO, 2000).

A Constituição da OMS foi adotada pela Conferência Sanitária Internacional, realizada em Nova York de 19 de junho a 22 de julho de 1946 e entrou em vigor em 7 de abril de 1948. Neste contexto de busca pela eficiência e efetiva capacidade de resposta dos sistemas públicos de saúde, a OMS identifica o surgimento da Atenção Primária à Saúde (APS) como caminho certo para universalizar o acesso. O objetivo era garantir pelo menos o nível mínimo dos serviços de saúde. Assim, na Conferência Internacional de Atenção Primária da Saúde em Alma-Ata celebrada na antiga União Soviética (URSS), ficou estabelecida a necessidade de uma ação urgente por parte dos governos para proteger e promover a saúde de forma igualitária. Segundo o tratado nesta

conferência, a saúde não pode ser tratada somente como a ausência de doenças, mas como um estado de bem-estar físico, mental e social. Este tipo de atenção é o primeiro contato com o sistema de saúde e aproxima o máximo possível a atenção sanitária à realidade das pessoas e ao ambiente onde moram e trabalham (ALMA-ATA, 1978).

A APS abarca o fornecimento de alimentos e de água potável, primeiros auxílios, imunização, programas materno-infantis e de planificação familiar, promoção da saúde e educação em saúde, assim como a prevenção de enfermidades (GONZALEZ, 2013). Pretende-se superar o caráter exclusivamente centrado na doença, mediante o trabalho em equipes e mantendo a Saúde da Família como núcleo estratégico. Para chegar a uma maior compreensão do processo saúde-doença é preciso tornar a família e o ambiente em que vive o alvo mais importante. A missão não é somente tratar, mas também educar as pessoas e promover modos de vida mais saudáveis. (NOGUEIRA; MIOTO, 2007).

A promoção da saúde junto com estilos de vida mais saudáveis permite que as pessoas tenham um controle maior de sua própria saúde, considerando-se fundamentais três componentes: governança sanitária adequada, educação sanitária e cidades saudáveis. Isto foi considerado fundamental para o logro dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável na 9 na Conferência Mundial de Promoção da Saúde em 2016 realizada em Shanghai (OMS, 2016). As estratégias preventivas dirigidas às pessoas saudáveis mais do que a tratamentos a pessoas que já estão doentes, podem proporcionar avanços consideráveis na saúde humana e o bem-estar (FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA, 2003).

No entanto, por natureza as políticas públicas tendem a formar parte dos processos transformadores próprios de determinado país. Passam a experimentar, portanto, mudanças que as levam a se ajustar ao modelo político e institucional em vigor. As políticas no setor da saúde pública no Brasil não fogem dessa realidade. O federalismo brasileiro passou por várias etapas onde os processos de centralização e descentralização oscilavam retirando, em alguns momentos, a autonomia dos estados e municípios, e em outros reafirmando a descentralização como processo eficaz na hora de aplicar determinadas políticas públicas de saúde.

Com a Constituição de 1988, conhecida também como Constituição Cidadã, o processo de descentralização ganhou força e foram redefinidas as responsabilidades intergovernamentais. Era evidente, no caso da saúde pública brasileira a ineficiência e a incapacidade do sistema de atender as crescentes demandas da população, fundamentalmente, nos municípios. Pretendia-se a universalização mediante uma progressiva expansão dos serviços prestados pelo setor público e particularmente dos serviços municipais (ARRETCHE, 1999).

Como resultado, se logrou que, a maioria das políticas públicas passaram a ser executadas pelos estados e municípios. No entanto, esta execução é desigual dada a diferença de orçamento disponível em cada município para financiá-las. Desta maneira, se torna difícil garantir um dos direitos fundamentais do cidadão estabelecidos no Art.6, Cap. 2 da Constituição de 1988:

São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (EDITORA SARAIVA, 2002).

Temos um país desigual tanto geograficamente como em termos econômicos e sociais. Dividido em cinco regiões (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul), 26 estados, o Distrito Federal e 5.570 municípios, pelo que enfrenta dificuldades iminentes para o sucesso das políticas públicas de saúde.

Com o objetivo de garantir o acesso integral, universal e gratuito à saúde para toda a população do país, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei n.8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Embora se tenha alcançado certo avanço nas políticas públicas de saúde com essa nova perspectiva, pensar na universalização do acesso mediante a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil se tornou uma meta rodeada de grandes obstáculos. Os usuários do SUS enfrentam diversas dificuldades para ter acesso à saúde e manter um sistema universal como este torna-se um desafio cada vez mais difícil. A maioria das ações encaminhadas para resolver problemas na área saúde pública, estiveram sempre voltadas às zonas mais densamente povoadas, deixando de fora boa parte dos mais desfavorecidos.

A isto se soma a grande escassez de profissionais da saúde, principalmente, nestas áreas remotas e vulneráveis, onde os índices de desenvolvimento são notavelmente mais baixos em relação aos índices das regiões metropolitanas e capitais. A consolidação da APS é mais difícil nestas áreas, onde existem maiores problemas estruturais que reforçam as desigualdades sociais e as iniquidades em relação ao acesso a saúde de qualidade.

Segundo um estudo sobre Demografia Médica no Brasil, feito pelo professor da Faculdade de Medicina da USP Mário Scheffer, existe uma desigualdade alarmante entre as regiões do país que contribui com uma maior concentração do número de médicos nos estados do Sul e Sudeste e nas capitais onde lhes são oferecidos bons salários e a infraestrutura necessária para trabalhar. Portanto, não é somente a falta de profissionais que perturba o acesso da população à saúde, mas também o fato de eles estarem mal distribuídos geograficamente. Além disso, o professor ainda assinala a importância de investir na formação de médicos generalistas. Na sua visão, tem-se investido muito mais na formação de especialistas, uma formação que está voltada para o mercado privado e que afasta os médicos de aquelas regiões onde realmente faz falta a atenção básica provocando assim a continuidade das desigualdades já existentes (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2015). Portanto, é evidente a diferença que faz para o cidadão e futuro usuário do sistema público de saúde o local onde mora, diferencial na hora de ter acesso aos serviços de saúde.

Estas desigualdades sociais no acesso continuam alarmando a sociedade. A economia brasileira está concentrada espacialmente pelo que muitos municípios não contam com arrecadação própria suficiente para custear a permanência de pelo menos um médico no local. Precisa-se, portanto, da ajuda do governo federal para tentar criar as condições mínimas em aquelas regiões e, fundamentalmente, em aqueles municípios com arrecadação própria muito baixa. Neste aspecto o governo federal atua como o meio para garantir maior equidade e tentar reduzir as desigualdades através da elaboração, financiamento e avaliação das políticas públicas de saúde.

O “Programa Mais Médicos” (PMM) surge neste contexto em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da

Saúde (OMS). Anunciado no dia 8 de julho de 2013 no primeiro mandato da presidenta Dilma Rousseff fica estabelecido pela Lei No. 12.871 de 22 de outubro de 2013. O mesmo é formulado pelo governo federal de forma centralizada e implementado de forma descentralizada pelos municípios nos quais vai residir o médico.

Dois anos depois, o Governo Dilma divulgou que o programa tinha levado 18.240 médicos a 4.058 municípios de todo o país, cobrindo 73% das cidades brasileiras e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). A maioria dos médicos (75%) está em regiões de grande vulnerabilidade social, como o semiárido nordestino, periferia de grandes centros, municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)¹ baixo ou muito baixo e regiões com população quilombola, entre outros critérios de vulnerabilidade. Estas estatísticas mostram um grande avanço se comparadas com as do ano 2012, onde o país possuía somente 1,7 médicos por cada mil habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Portanto, o programa está voltado principalmente à ampliação da Atenção Primária à Saúde (APS) nas regiões prioritárias para o SUS, em contraposição às ações desenvolvidas até então, cujo foco estava voltado aos centros urbanos em detrimento das sociedades estabelecidas em lugares remotos e de maior vulnerabilidade.

O PMM foi uma proposta inovadora e promissora que não somente tenta dar solução à questão da alocação de médicos nestas regiões. Não é suficiente colocar um médico no município se este não conta com a formação e a infraestrutura necessária para se desenvolver na atenção primária. É por isto que o programa conta com três eixos que combinados dão complexidade ao programa: Provisão Emergencial, Educação e Infraestrutura. Colabora, portanto na formação de médicos brasileiros especialistas em Medicina Geral da Família e a Comunidade (MGFC). Neste caso, o programa oferece maior atenção às áreas

¹ O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi criado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) em 1990, é uma medida composta de indicadores de três dimensões do desenvolvimento humano: a oportunidade de ter uma vida longa e saudável, de ter acesso ao conhecimento e ter uma renda que garanta as necessidades básicas. Portanto, esta medida usa um conceito de desenvolvimento muito mais amplo, incluindo não somente o rendimento, mas também a saúde e a educação como fatores determinantes para medir o grau de desenvolvimento de um país. (PNUD, 2010).

com menor número de médicos por habitante, formando profissionais que, uma vez graduados, irão para unidades do SUS localizadas nas mesmas localidades (LEVY; SANTOS, 2015).

O Ministério da Saúde aumentou a oferta de bolsas de residência médica em instituições públicas para, desta forma, ampliar a formação de especialistas (pediatria, neurologia, cardiologia, etc.) em áreas estratégicas para o SUS. O número de vagas abertas com financiamento do Ministério para esses cursos passou de 758 em 2011, para 2.881 em 2013. Além disso, para melhorar a distribuição dos médicos o Ministério da Saúde, junto ao Ministério da Educação definiram critérios para a criação dos cursos nas regiões com mais carência de profissionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A formação médica, a partir deste momento, experimenta mudanças. O objetivo é formar profissionais capazes de cuidar da pessoa integralmente, não somente da doença. Adentrar-se na realidade do paciente, o contexto em que mora, sua família, seu trabalho, cuidar dele antes de estar enfermo mediante atividades de prevenção e assim melhorar o atendimento de forma mais humanizada. Este tipo de médico é especialista em MGFC e é capaz de cuidar adequadamente das necessidades de saúde apresentadas em, aproximadamente, 80% dos casos em que as pessoas procuram os serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Para responder à curto prazo a escassez deste tipo de médico com formação em MGFC, o PMM incorpora a experiência dos médicos estrangeiros. Neste caso, dos participantes cooperantes a maioria são médicos cubanos com especialidade em Medicina Geral Integral (MGI) e com experiência em missões internacionais. Os médicos cubanos são formados para oferecer um atendimento humanitário e solidário e logram ir ao encontro das necessidades da população adentrando nas comunidades e convivendo com as pessoas em estreita relação (SOUZA, 2010; ÁLVAREZ, 2008).

Embora, existiram opiniões controversas referentes à contratação dos médicos cubanos referentes a questões como o salário diferenciado e a transferência de uma parte deste ao governo cubano, a não exigência do exame de

revalidação do diploma, e outros aspectos políticos, os médicos deste país foram sempre considerados positivamente no Brasil e acolhidos pela população. Outras experiências na área da saúde pública têm corroborado isto. Niterói, um dos municípios brasileiros do Estado de Rio de Janeiro, tem experimentado desde os anos 1983 diversos contatos e intercâmbio de experiências com profissionais da saúde cubanos. Em 1991, autoridades do município em visita a Cuba tomaram determinadas decisões encaminhadas a adotar o modelo cubano do Médico da Família. O projeto teve como etapa inicial uma pesquisa direcionada aos grupos mais vulneráveis onde moravam as pessoas de mais baixos ingressos para avaliar as suas condições geográficas e epidemiológicas. Como resultado desta primeira etapa, foram escolhidas 12 áreas populacionais e a partir daqui começou a criação de consultórios, a elaboração coletiva do programa e a metodologia do modelo. (VASCONCELOS; PÉREZ; DOTRES, 2015).

Os especialistas selecionados foram preparados na Habana no Hospital Pediátrico Docente William Soler e no Policlínico Docente Lawton. Ali receberam a capacitação necessária de acordo com as diretrizes do sistema cubano, mas sem esquecer a realidade e as características específicas do município de Niterói. No ano 2015 o modelo já oferecia atenção ao 47% da população niteroiense através da criação de 33 módulos, 83 Equipes de Saúde da Família e 4 policlínicas, tudo isso contando com a participação de vários profissionais cubanos que foram bem recebidos pela população ante o atendimento humanizado que ofereciam (VASCONCELOS; PÉREZ; DOTRES, 2015).

A motivação para estudar as políticas públicas de saúde em especial o Programa Mais Médicos se deu em meu país de origem, Cuba. Eu trabalhava na Escola Ibero-americana de Medicina como professora de inglês e espanhol para alunos estrangeiros onde tive meus primeiros contatos com estudantes brasileiros. De nossas conversas nasceram muitas questões que se adentraram na minha cabeça e queriam uma resposta. A minha primeira questão foi por que eles estavam estudando num país estrangeiro a carreira de medicina? Já tinha percebido que a maioria deles era de raça negra e esta foi precisamente a resposta que recebi. Eles alegavam como era difícil para um “negro” ser médico no Brasil,

as oportunidades ficavam nos grupos sociais que podiam bancar os estudos em universidades de corte privado.

A outra questão que me fez pensar foi introduzida por eles. Queriam saber como funcionava o sistema de saúde em Cuba e como com poucos recursos o país consegue garantir um bom atendimento médico, ao contrário do sistema brasileiro, que tem nas suas bases os mesmos preceitos que o sistema cubano, mas que não consegue iguais resultados.

Para compreender o porquê desta diferença quis, através do PMM, analisar o funcionamento das políticas públicas de saúde no Brasil sabendo que o caminho era muito mais difícil para mim que não conhecia as particularidades do sistema. Além disso, na minha estadia neste país, convivendo com o povo e sendo partícipe do dia a dia do cidadão brasileiro, tenho percebido a relevância da questão da saúde para a sociedade atual que luta contra as dificuldades e impasses do SUS. Um sistema de saúde que tem mostrado ser ineficaz na hora de prover assistência equitativa e de qualidade.

O Brasil é um país geograficamente extenso e a desigualdade social que o atinge preocupa consideravelmente a nós, cientistas sociais. Além disso, pesquisas de opinião pública, realizadas nos anos recentes, tem indicado a saúde pública como o principal problema brasileiro. Esta questão se faz cada vez mais importante dado que o Brasil está atravessando uma transição demográfica, sua população está envelhecendo. Desta forma, as pessoas de mais idade são, por lógica, as que mais precisam de atendimento médico e dos serviços oferecidos pelo sistema de saúde. Por outro lado, dada a recente crise econômica que afetou o país, muitos usuários deixaram os planos de saúde privados e passaram a utilizar a saúde pública. Isto sobrecarrega o sistema de saúde e dificulta o atendimento. Como resultado, a população fica insatisfeita e avalia a saúde pública como ruim ou péssima.

Ante esta realidade e devido à importância do PMM como política pública voltada a melhorar o funcionamento do SUS no território nacional, respondendo às demandas da população, existe uma clara necessidade de um estudo sobre os seus primeiros anos de funcionamento, para que se possa, com a investigação,

identificar as potencialidades e fragilidades da política pública, conhecer o papel desempenhado pelo governo federal e pelos governos municipais, e entender os principais desafios para os próximos anos.

Quando o pesquisador tem interesse em saber os graus de eficiência e eficácia com que o programa está cumprindo seus objetivos utiliza a *avaliação de impacto*. Este tipo de avaliação deve ser feita quando o programa tiver mais de cinco anos desde sua implementação. Por sua parte, a *avaliação de processo* ou *avaliação institucional* tem como foco o desenho, as características organizacionais e de desenvolvimento dos programas. Seu objetivo fundamental é identificar os fatores que, na etapa de implementação, facilitam ou impedem que o programa atinja os resultados desejados (ROXO; BRANT, 2001).

Dado que o PMM tem duração de apenas quatro anos desde sua implementação, uma avaliação de impacto não seria apropriada ainda. A presente pesquisa terá, portanto, o objetivo principal de fazer uma avaliação institucional do programa e seus principais desdobramentos no âmbito do SUS de forma a identificar as particularidades dos processos de desenho e implementação. Para isto, a pesquisa estará focada na análise das responsabilidades assumidas pelos entes federados durante as diferentes etapas do PMM. Desta forma, serão discutidos os critérios de elegibilidades adotados pelo SUS e analisados os recursos orçamentários e humanos utilizados para o sustento da política pública. Assim como, a efetividade da mesma na distribuição de profissionais nas zonas mais afastadas e com escassez de médicos. Ademais, serão identificados os fatores que tem operado como facilitadores ou como obstáculos a seu bom desempenho apoiando-nos em depoimentos de pessoas relacionadas ao programa.

Como hipótese principal desta dissertação assumiu-se que o PMM foi pensado e desenhado de forma totalmente centralizada no governo federal sem a participação dos estados e municípios e, ao mesmo tempo, utilizou-se um modelo de gestão descentralizada na sua implementação envolvendo os municípios brasileiros, ocupando posição de pouca relevância os estados da federação.

Outras hipóteses secundárias serão também utilizadas no trabalho:

- ✓ Os entes federados mostraram capacidade de coordenação e cooperação durante a execução do programa.
- ✓ A qualidade da implementação é fundamental para o bom desempenho do programa e o cumprimento de suas metas.
- ✓ A distribuição dos médicos feita pelo PMM trouxe um aumento considerável da quantidade de profissionais nas regiões periféricas, rurais e de pouca acessibilidade e, portanto, um aumento do número de atendimentos.
- ✓ A medicina preventiva e o tratamento humanizado por parte dos médicos são requisitos para o bom desempenho do programa.

Uma estratégia para a coleta e análise dos dados se deu a partir da observação indireta, ou seja, através de uma análise documental (documentos institucionais, material gráfico, quadros, tabelas, etc.) que oferece informação sobre a implementação do programa, a distribuição dos médicos por regiões, o número de atendimentos, etc. Essa técnica é realizada mediante a busca de dados secundários em bases de dados nacionais, sites oficiais como o de Ministério da Saúde e o do PMM e outras publicações sobre o programa.

Além disso, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com seis médicos participantes do programa e a um pesquisador na área da saúde orientadas à identificação das características do desenho e implementação do PMM. O questionário utilizado encontra-se no Anexo I. Os depoimentos tratam das vantagens e os entraves para o funcionamento do programa e para a consecução de suas metas. As perguntas foram elaboradas em relação à participação nas diferentes etapas da política pública tanto dos entes governamentais como dos próprios médicos, as necessidades mais imediatas da população e se estas foram levadas em consideração, a situação que os médicos enfrentaram ao chegar às Unidades Básicas de Saúde (UBS), a percepção que se tem referente à contratação dos médicos cooperados cubanos, etc.

Dos médicos entrevistados, quatro foram médicos cubanos formados em Medicina Geral Integral (MGI) com experiência em missões internacionais (dois

homens e duas mulheres) e dois foram médicos brasileiros que aderiram ao programa (duas mulheres). Os seis atuavam em UBS de municípios nordestinos há três anos. O pesquisador entrevistado foi Carlos Henrique Paiva, coordenador do Observatório História e Saúde (Depes/COC) com mestrado e doutorado em Saúde Coletiva. O perfil do doutor está focado na história da saúde pública no Brasil, reforma sanitária e o SUS, saúde internacional e diplomacia em saúde e sobre a formação de pessoal de saúde no Brasil. Uma vez organizados, os dados obtidos foram analisados para avaliar institucionalmente o PMM e testar as hipóteses de trabalho.

A dissertação foi dividida em três capítulos fundamentais, sendo o primeiro capítulo intitulado **Federalismo, descentralização e reforma de Estado nas políticas públicas**. Ele busca analisar a influência do modelo federalista brasileiro, das desigualdades regionais e a elaboração de políticas públicas no Brasil, tendo como referência o processo de descentralização das políticas sociais no contexto federalista marcado pela Constituição Nacional de 1988. Nosso foco de atenção é o sistema de saúde pública no Brasil, as relações intergovernamentais e a implantação de políticas públicas, sob a coordenação do governo central. O debate teórico está apoiado na obra de vários dos autores que tratam do federalismo brasileiro, José Murilo de Carvalho, Ivo Coser, Marta Arretche, Sonia Fleury, Fernando Abrucio, Ricardo Ismael, entre outros.

Adentrando-nos mais no objeto de estudo desta dissertação, o segundo capítulo, denominado de **Análise do processo de desenho e implementação do programa**, irá discutir a formulação da política pública por parte do governo federal, e seu processo de implementação a cargo dos governos municipais. Será feita uma avaliação institucional, procurando utilizar dados de diferentes fontes para analisar como foi pensado o Programa Mais Médicos, especialmente a participação dos entes federados no processo de implantação e execução da política, a identificação das regiões que cumprem com os critérios de vulnerabilidade estabelecidos pelo SUS, a distribuição do número de médicos por município e os recursos mobilizados. Desta forma, será possível reconhecer os fatores que facilitam ou dificultam o desempenho do programa.

O capítulo três, intitulado de **O Programa Mais Médicos, avanços e desafios**, irá analisar as entrevistas realizadas. As mesmas terão como objetivo fundamental complementar a avaliação institucional do PMM. Além disso, serão analisados relatórios de avaliação do Ministério da Saúde e a opinião que recebeu o programa durante sua implementação. Desta maneira, será possível confrontar a perspectiva apresentada no segundo capítulo sobre os processos de formulação e implementação com o enfoque dos entrevistados, e o próprio balanço realizado pelo Ministério da Saúde.

Finalmente, no capítulo de **Conclusões**, serão apresentados os resultados da pesquisa sobre a implantação do Programa Mais Médicos, na sua etapa inicial, dentro da perspectiva de universalização do Sistema Único de Saúde em todo o território nacional, como resultado da cooperação intergovernamental entre governo federal e os governos municipais.

1.

Federalismo, descentralização e reforma do estado nas políticas públicas

A maneira pela qual o Estado se organiza e estrutura vai depender da história e das particularidades de cada país. É assim que o federalismo se apresenta de forma diferente adequando-se às demandas e necessidades de cada país que o adota como modelo. No Brasil este foi introduzido com a proclamação da República em 1889 e posteriormente, a Constituição de 1891 trouxe no art. 1º a República Federativa como forma de governo estabelecendo a união indissolúvel de seus Estados membros. As bases unitárias do federalismo brasileiro, o caracterizam como um federalismo de tipo centrífugo onde o Estado unitário se descentraliza para conferir determinada autonomia aos diferentes núcleos de poder (da cima para abaixo); o que o diferencia do federalismo dos Estados Unidos construído de forma centrípeta (de baixo para cima) onde os vários Estados individuais se unem para formar a federação.

De acordo com Fernando Luiz Abrucio (2006), o Brasil tem as características fundamentais para se encaixar perfeitamente neste tipo de sistema federativo. Por um lado, um país com dimensões continentais e grandes desigualdades regionais, de outro, um país com diferenças no processo de formação das elites (ABRUCIO, 2006).

Esta forma de governo ajudaria o país a lidar com a instabilidade social levando em consideração que:

“**Federal** significa pacto entre unidades territoriais que escolhem estabelecer uma parceria conformando uma nação sem que a soberania seja concentrada em um só ente, como no estado unitário ou em cada uma das partes como na associação entre Estados e mesmo nas confederações” (ABRUCIO, 2006, p.92).

No entanto, segundo Carvalho (1994), na história da política brasileira o federalismo sofreu vários processos de centralização e descentralização associados aos diferentes processos experimentados no país como a ditadura e a abertura democrática, mostrando um federalismo que oscilava constantemente em três contextos históricos fundamentais. O primeiro período federalista se demarca entre os anos de 1889 até 1930. Com Constituição de 1891 e a proclamação da

República, a descentralização do poder ganhou força. O pacto entre o governo federal e os governos estaduais garantia autonomia aos estados, mas como meio para garantir a própria autonomia do Executivo Federal. Por outro lado, a garantia dos direitos civis e a participação política não foram aspectos de interesse. Houve pouca cooperação dado que o federalismo significava para todos a forma de conseguir transferências de impostos da União e os estados disputavam os recursos (CARVALHO, 1994).

O governo instaurado em 1930 caracterizou-se por várias iniciativas centralizadoras. Embora a Constituição de 1934 é considerada federalista, aumentou os poderes da União incluindo os poderes de intervir nos assuntos dos estados. Em 1937 a relevância dos estados na tomada de decisões do país foi reduzida consideravelmente. A Constituição de 1937 eliminava os símbolos estaduais, dava ao governo central o poder de controlar todas as políticas públicas e não se falava em federalismo (ISMAEL, 2005).

Uma segunda etapa do federalismo começou em 1945. Com a Constituição de 1946 a União continuou legislando sobre relações de trabalho, política econômica e políticas sociais. Prevaleceu o chamado federalismo cooperativo voltado para o desenvolvimento das unidades federativas. O governo federal possuía agora quadros melhor preparados e agências especializadas para tratar o planejamento e execução das políticas públicas. Iniciaram-se as transferências de recursos do governo federal para os estados, municípios e regiões. Esta transferência de recursos tornou-se uma característica que se mantém vigente no federalismo brasileiro atual (CARVALHO, 1994).

Foram criadas neste período políticas federais com o objetivo de integrar as regiões brasileiras e reduzir as desigualdades regionais no país. Na visão do Celso Furtado, defensor do papel determinante do Estado no desenvolvimento do país, um federalismo regional cooperativo tornava-se fundamental. Sua principal preocupação era a de implantar uma federação num país com tantas desigualdades sociais e econômicas entre regiões. Este tipo de federalismo estabeleceria, na sua opinião, uma descentralização parcial na aplicação dos recursos federais nos estados e contribuiria para atenuar os desequilíbrios sociais e econômicos entre as unidades subnacionais. No caso, o equilíbrio do desenvolvimento econômico

estaria dado, mais pela iniciativa adotada pela União do que das unidades subnacionais (ISMAEL, 2005).

O avanço do federalismo cooperativo esteve dado pela grande concentração espacial da economia brasileira. É por isso que é preciso manter certa centralização no governo federal para poder levar as políticas públicas fundamentais e os recursos básicos até aqueles municípios brasileiros que não tem condições mínimas para sustentar-se. Segundo Furtado (1999):

No Brasil, a luta pelo federalismo está ligada às aspirações de desenvolvimento das distintas áreas do imenso território que o forma. Não se coloca entre nós o problema dos choques de nacionalidades, de agressões culturais ligadas a disparidades étnicas ou religiosas. Mas sim o da dependência econômica de certas regiões com respeito a outras, de dissimetria nas relações entre regiões, de transferências unilaterais de recursos [...], na diversidade das regiões está a raiz de nossa riqueza cultural, mas a preservação desta riqueza exige que o desenvolvimento material se difunda por todo o território nacional (apud ISMAEL, 2009).

Portanto, o federalismo cooperativo precisa ser levando em consideração e estimulado pela União e pelas instituições regionais federais que atuam como intermediárias entre o governo federal e os governos estaduais.

Este período foi interrompido pelo golpe militar de 1964, que implantou a Ditadura Militar. Neste caso, a centralização foi muito mais forte e o governo central concentrava a maior parte de receita tributária e indicava os governadores estaduais. Neste sistema o objetivo de várias das reformas feitas era de manter os estados apenas como instrumentos de execução de uma administração descentralizada num sistema político centralizado. Além disso, a disponibilidade de maior quantidade de recursos nas mãos do governo federal fazia com que os municípios procurassem uma relação direta este, o que enfraquecia os estados que já atuavam cada vez menos como intermediários (CARVALHO, 1994).

A terceira experiência federalista começa em 1982 onde as eleições estaduais mostraram a recuperação, por parte dos estados, do direito de escolher seus governantes. No epígrafe a seguir, vamos nos centrar na análise do processo de descentralização do sistema de saúde brasileiro no contexto da Constituição de 1988 numa sociedade federativa e em reforma, dando ênfase a seus aspectos positivos e suas limitações.

1.1.

A produção de Políticas Públicas no contexto da Constituição de 1988.

O federalismo brasileiro pós-1988 apresenta elementos tanto de continuidade como de mudança em relação aos períodos históricos que antecederam. Foi reafirmado o sistema federativo e se conferiu a ele o estatuto de ‘princípio constitucional fundamental’, confirmando seu caráter de centralidade para a ordem política, econômica e social brasileira. No entanto, várias mudanças foram realizadas no sentido da ampliação dos direitos tanto individuais quanto coletivos, ressaltados também os direitos de autonomia dos entes subnacionais.

Duas tendências predominavam, por um lado, os mecanismos de regionalização do Estado Federal seriam mantidos, garantindo assim recursos e poder para instituições federais com atuação federal, por outro, os processos de descentralização política e financeira seriam consolidados. Desta forma, a descentralização fortaleceria a atuação dos estados e municípios, enquanto a regionalização manteria as atribuições das instituições federais direcionadas ao desenvolvimento das regiões menos desenvolvidas (ISMAEL, 2005).

Com a Constituição de 1988, os estados e municípios começaram a recuperar sua autonomia, as transferências do governo federal para estes aumentaram consideravelmente e o processo descentralizador tomou força favorecendo os estados e municípios. (CARVALHO, 1994).

A mesma inclui dentre seus objetivos em seu Art. 3 inciso III, “*erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais*” e terá no conjunto dos seus artigos elementos que marcam a diferença para a Constituição anterior, de 1967, em relação ao caráter cooperativo necessário ao desenvolvimento regional. A mesma apresenta dois mecanismos fundamentais de redistribuição de recursos com vistas à busca de um desenvolvimento mais equânime no país. Por um lado, os mecanismos de compartilhamento tributário entre União e entes federados, por outro, a definição constitucional de transferências fiscais entre entes, com especial destaque para a ampliação das transferências através dos Fundos de Participação dos Estados e Municípios e para a criação de fundos destinados ao fomento da atividade produtiva nos estados

menos desenvolvidos economicamente, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (ISMAEL, 2005).

No setor da saúde, a centralização do financiamento e a gestão dos serviços pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e pelo Ministério da Saúde começaram a ser fortemente questionada já que o sistema de saúde não tinha a capacidade de suprir as demandas da população e, portanto, só podia oferecer serviços de baixa qualidade (ARRETCHE, 1999).

Embora antes da Constituição de 1988 já existissem iniciativas de descentralização na busca pela universalização do acesso e hierarquização dos serviços públicos de saúde, foi com ela que o processo descentralizador tomou força e ficou pactuado no Art.198:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I- Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II- Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III- Participação da comunidade (EDITORA SARAIVA,2002).

Tem-se, desta maneira, um sistema federativo de caráter centralizado e uma política de saúde da Constituição de 1988 com forte caráter descentralizador. Isto comprova como um sistema com características federalistas nem sempre se reproduz no desenho das políticas públicas. É o caso brasileiro, país com forte centralização das políticas econômicas e que, no entanto, cria políticas sociais descentralizadas como é o caso do SUS (RIBEIRO e al., 2018).

Além disso, incorporou-se o município como ente federado com autonomia político-administrativa e obrigação estabelecida na constituição (Art.18) de fazer política social e prover os serviços fundamentais: “*A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os **Municípios**, todos autônomos nos termos desta Constituição*” (EDITORA SARAIVA, 2002).

Outra qualidade da descentralização seria o aumento da eficiência e da efetividade. Dado que aproximava os formuladores das políticas públicas dos implementadores, e esses por sua vez dos cidadãos. Isto faria com que a qualidade da gestão melhorasse, mas também a qualidade dos serviços oferecidos por estar em contato mais direto com as necessidades da população. Num processo descentralizador é fundamental:

“a constituição de um sólido pacto nacional, o combate às desigualdades regionais, a montagem de boas estruturas administrativas no plano subnacional, a democratização dos governos locais e a criação de um ambiente intergovernamental positivo” (ABRUCIO, 2006 p.86).

Na visão de Fleury (2006), a descentralização política, administrativa e financeira mudou a tendência existente de manter concentrados os recursos fiscais no nível central, a qual se tinha acentuado nos anos de governo autoritário.

No atendimento dos serviços de saúde, a Constituição de 1988 faz referência à ação compartilhada pelas distintas esferas de governo, aspecto fundamental quando se trata de políticas públicas. Portanto, ao analisar a relação federalismo e descentralização se pode identificar uma grande variação do grau de centralização na distribuição de competências, embora isto não tenha mudado sua característica fundamental de oferecer autoridade aos governos locais (ARRETCHE, 2000).

Ainda segundo Arretche (2000), a repartição do poder de gestão vai estar condicionada por fatores específicos, de acordo com a forma como estão estruturadas as relações intergovernamentais nas políticas específicas:

“Regras constitucionais, legados de políticas prévias e o ciclo da política estruturam diferentemente as arenas decisórias, condicionando as estratégias e as chances de sucesso dos entes federados” (ARRETCHE, 2000).

Demonstra-se assim o interesse por descentralizar o poder, ao mesmo tempo que se estabelecem as formas de financiamento do SUS:

É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências (Título III, Cap. II, Art.23).

O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art.195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados do Distrito Federal e dos

Municípios, além de outras fontes (Título VIII, Capítulo II, Seção II, Art.198) (EDITORA SARAIVA, 2002).

Mas segundo Luciana Dias de Lima (2007), nem a Constituição nem as leis federais da saúde dos anos 1990 definem os montantes orçamentários da União e das esferas subnacionais a serem destinados à saúde. Isto foi alcançado com a Emenda Constitucional 29 do ano 2000, que define o montante que a União, os estados e os municípios devem destinar aos serviços de saúde. Os recursos próprios dos estados e municípios são muito relevantes para o financiamento descentralizado do SUS, mas são muito irregulares devido às diferenças orçamentárias e econômicas provocadas por as grandes desigualdades regionais. (LIMA, 2007).

Cabe mencionar que segundo a Constituição de 1988 a maioria dos serviços públicos seria responsabilidade comum aos três níveis de governo, situação que provoca disputas entre os governos que jogam responsabilidades de uns em outros. A grande quantidade de competências concorrentes estabelecidas faria do Brasil um país muito mais cooperativo, mas na prática a realidade é outra.

Quadro 1: Competências dos três níveis governamentais

Esfera de governo	Serviço/atividade
Federal, estadual e local	<ul style="list-style-type: none"> ● Saúde e assistência pública. ● Assistência aos portadores de deficiência ● Preservação do patrimônio histórico, artístico, cultural, paisagens naturais notáveis e sítios arqueológicos. ● Proteção do médio ambiente e dos recursos naturais. ● Cultura, educação e ciência. ● Preservação das florestas, da fauna e da flora. ● Agropecuária e abastecimento alimentar ● Habitação e saneamento. ● Combate à pobreza e aos fatores de marginalização social. ● Exploração das atividades hídricas e minerais. ● Segurança do trânsito. ● Políticas para pequenas empresas ● Turismo e lazer.

Fonte: (SOUZA, 2006, p.197)

No entanto, segundo Abrucio (2006), a Constituição de 1988 não deixa bem definida as competências dos governos estaduais e a maneira destes se relacionarem com os outros níveis de governo. Daí a posição conveniente que

adotaram: quando as políticas tinham financiamento da União procuravam participar, quando não tinham deixavam de atuar ou repassavam as atribuições aos governos locais.

Em países que se desenvolvem em contextos federativos, a descentralização interfere no equilíbrio entre a autonomia e interdependência dos governos. É por isto que se faz necessário fortalecer os mecanismos de coordenação que estabeleçam parcerias aceitas pelos entes federativos (LIMA, 2007).

A inter-relação entre os entes federativos não era incentivada e cada um deles tentava atuar separadamente só olhando seus interesses individuais o que impedia seriamente a cooperação e incentivava a competição. Além disso, os governos subnacionais não contavam com as mesmas capacidades para estabelecer determinadas políticas públicas devido à grande desigualdade em termos econômicos, técnicos e de gestão (SOUZA, 2006).

Embora a competição seja inerente do processo descentralizador onde é usual a disputa por recursos, devem existir relações intergovernamentais bem pactuadas que possibilitem o diálogo e o equilíbrio entre cooperação e competição. As parcerias intergovernamentais são determinantes para impedir que a competição aumente mais que a cooperação.

“O federalismo pode ser situado no continuum cooperação/competição no qual as relações entre a União e os estados membros e destes entre si podem ser descritas pela presença simultânea de elementos cooperativos e competitivos” (ISMAEL, 2014 p.185).

Um estudo feito por Arretche (1999), que significou cinco anos de intensa pesquisa, mostra uma ideia diferente do que para ela aconteceu depois da Constituição de 1988 e o que realmente significou a descentralização no Brasil. Seu livro *Democracia, Federalismo e Centralização* foi o resultado final desta experiência. A ideia mais difundida entre a maioria dos cientistas sociais era de que a Constituição de 1988 teria dado um caráter extremamente descentralizado ao modelo de Estado e, portanto, que passaria aos estados e municípios as responsabilidades mais importantes a serem tomadas. Isto teria sido dado pelo processo de descentralização e a municipalização inerente a este. Segundo a

autora, se isto realmente tivesse acontecido em tão alta escala, a União teria perdido a capacidade de prover bens públicos nacionais, de solucionar o endividamento dos estados e de coordenar políticas públicas nacionais como o SUS.

Na visão de Marta Arretche, o processo de universalização no setor da saúde continuou com a expansão dos serviços prestados pelo setor público fundamentalmente nos municípios. No entanto, ao ser um processo heterogêneo de descentralização das políticas sociais, as taxas de municipalização alcançadas pelos estados são diferentes (ARRETCHE, 1999).

Os estados e municípios têm bases econômicas heterogêneas e, portanto, distintos potenciais de arrecadação própria. Por causa disso, apresentam graus diferentes de dependência dos recursos oferecidos pela União e nem sempre conseguem dar a cobertura apropriada aos serviços de saúde por si só. Na Constituição de 1988 está estabelecido no Título III Cap. IV Art. 30 VII que é competência dos municípios: *“prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população”* (EDITORA SARAIVA, 2002).

Podemos identificar como exemplo mais claro o caso do Nordeste e seus municípios. Segundo Ricardo Ismael, os avanços alcançados nesta região (maior inclusão social, expansão da renda e do consumo das famílias e avanço do setor industrial), embora perceptíveis e importantes, não fazem com que se alcance o patamar desejado em relação a outras regiões de maior desenvolvimento. O aspecto econômico no ano de 2010 continuava movendo grandes massas de migrantes na direção dos municípios economicamente mais desenvolvidos. Nessas localidades, encontram-se as maiores oportunidades tanto de emprego como de serviços sociais, especialmente serviços do setor da saúde (ISMAEL, 2014).

A seguinte tabela² apresenta a concentração espacial da economia brasileira no ano 2015. É possível verificar que 353 municípios brasileiros concentram 75% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional e 56% da população brasileira,

Tabela 1: Concentração da economia brasileira 2010-2015

Faixas de participação no PIB do Brasil	Número de Municípios	Participação (%)		Número de municípios acumulados	Participação acumulada (%)	
		Dos municípios	Da população		Dos municípios	Da população
Até 25%	7	0,1	14,3	7	0,1	14,3
De 25% a 50%	57	1,0	19,0	64	1,1	33,3
De 50% a 75%	289	5,2	22,8	353	6,3	56,1
De 75% a 95%	1 919	34,5	30,1	2 272	40,8	86,2
De 95% a 99%	1 945	34,9	10,6	4 217	75,7	96,8
De 99% a 100 %	1 353	24,3	3,2	5 570	100,0	100,0

Fonte: IBGE, em parceria com os Órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência da Zona Franca de Manaus - SUFRAMA. (IBGE, 2017).

Ainda na visão do autor, a maioria das vezes, os mais jovens migram ante a carência de oportunidades oferecidas pelo lugar de origem. Isto acarreta dificuldades para os municípios e é a região em geral que perde força de trabalho e, consequentemente, uma forma de arrecadação própria. O resultado: vários municípios incapazes de atender às demandas sociais e fortemente dependentes do poder dos governos estadual e federal. Podemos concluir que, apesar do processo de descentralização, existe uma dependência dos municípios para com o governo central.

Desta forma, fica evidente que o grau de autonomia dos estados e municípios estabelecidos na constituição não foi atingido até hoje. Devido a isto, se faz necessário analisar as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que os estados e municípios possam assumir as responsabilidades dentro do sistema de saúde. Como tinha analisado Celso Furtado, reforçar o federalismo cooperativo e reconhecer a importância da

² Fragmento da tabela 3- Número de municípios, participação percentual e acumulada dos municípios e da população em relação ao Brasil, segundo as faixas de participação no Produto Interno Bruto do Brasil - 2010-2015.

intervenção do governo federal na redução das desigualdades torna-se fundamental ante a iniquidade entre os municípios.

Neste ponto, é de suma importância analisar a história das Normas Operacionais Básicas (NOB'S) ao longo dos anos de implementação do SUS. Cada NOB introduziu novas formas de relação entre os gestores e de alocação de recursos no setor da saúde. A descentralização da política da saúde foi acontecendo gradativamente, assim como, a descentralização do seu financiamento (MANSUR, 2001). Como mostra seu próprio nome, estas passaram a ser consideradas por muitos como instrumentos **normalizadores** do processo descentralizador.

Constituído em 1988, o SUS somente passou a ser regulamentado em 1990 com a implementação das Leis Orgânicas da Saúde que estabeleceram como seria o financiamento do mesmo. Segundo a Lei Orgânica da Saúde 8.080, de 19 de setembro de 1990 *“os recursos financeiros do SUS seriam depositados em uma conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde”* (GOVERNO FEDERAL, 1990), sendo que na esfera federal estes recursos estariam sendo administrados pelo Ministério da Saúde por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS). Já em relação ao repasse de recursos seriam realizados de forma regular e automática do fundo federal para os fundos estaduais e municipais. Para isto, foram usados alguns critérios para definir os valores a serem transferidos:

- I - perfil demográfico da região;
- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo (GOVERNO FEDERAL. Título V, Cap.2., 1990).

Segundo Mansur (2001), estes critérios não foram obedecidos como estabelecido na lei e prevaleceu o critério populacional sobre os outros, traduzindo-se em um obstáculo para o sistema de saúde e o correto repasse de recursos destinados aos municípios. Esta lei sofreu vários vetos por parte do então presidente Fernando Collor, e para complementá-la, foi criada três meses depois a

Lei Orgânica 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Esta nova lei estabeleceu que o SUS contaria em cada esfera de governo com duas instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. A Conferência de Saúde seria convocada cada 4 anos pelo poder executivo ou em caso extraordinário por ela mesma ou pelo Conselho de Saúde com o objetivo de avaliar a situação de saúde e estabelecer diretrizes para o processo de formulação da política de saúde.

A lei também estabelece o caráter permanente e deliberativo do Conselho de Saúde integrado por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. O mesmo atuaria na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde sendo que, as decisões seriam aprovadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

Os estados, municípios e o Distrito Federal receberiam os recursos destinados a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar, assim como, às demais ações de saúde se contassem com um Fundo de Saúde, um Conselho de Saúde, um plano de saúde, relatórios de gestão e contrapartida de recursos orçamentários. O não atendimento destes requisitos por parte dos municípios e estados faria com que os recursos fossem administrados respectivamente pela União e pelos Estados (GOVERNO FEDERAL a,1990).

Segundo João Henrique Gurtier Scatena e Oswaldo Yoshimi Tanaka (2001) o processo de descentralização do SUS começou com mais força a partir de 1991 com a Norma Operacional Básica do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) de 1991 (NOB 01/91), ou também conhecida como Resolução nº 273 do INAMPS, e com um arranjo vertical das relações intergovernamentais. Esta norma reproduz muitos aspectos presentes nas anteriores Leis Orgânicas, mas vai estar voltada fundamentalmente à normalização dos mecanismos de financiamento do SUS. Foi estabelecida certa divisão de responsabilidades, mas as principais funções foram destinadas à União, restando aos estados e municípios papéis secundários e com pouca autonomia de gestão. Os entes subnacionais foram tratados de igual forma em relação à oferta de serviços de saúde. Na realidade, esta norma quando não reforçava os aspetos já estabelecidos nas Leis Orgânicas da Saúde, só vinha representar fortemente os

interesses do INAMPS em manter e reforçar o financiamento de seu modelo de saúde médico-assistencial-hospitalar (SCATENA; TANAKA, 2001).

Para as atividades hospitalares o financiamento é feito diretamente pelo INAMPS ao estabelecimento que provê o serviço. Da mesma forma os critérios que orientam o repasse de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) aos municípios e aos estados são estabelecidos pelo nível central. No caso das atividades ambulatoriais, continua nas mãos do INAMPS o estabelecimento dos valores das Unidades de Cobertura Ambulatorial (UCA) para cada estado usando os critérios: população, capacidade instalada, qualidade e desempenho técnico, econômico e financeiro da rede em períodos anteriores (SCATENA; TANAKA, 2001).

O modelo de financiamento utilizado valorizava demais a atenção hospitalar e ambulatorial centrando a atenção na doença, característica própria do INAMPS. Além disso, o sistema de pagamento por produção de serviços ao setor público fazia com que os estados e municípios passassem a receber por produção de serviços de saúde, executados nas unidades ambulatoriais e hospitalares próprias. Assim, se estabelecia um modelo de atenção à saúde voltado para a produção de serviços e avaliado pela quantidade de procedimentos executados, sem levar em consideração o fator mais importante: a qualidade e os resultados. Ao pagar à rede pública pelos serviços executados, o governo federal deixa praticamente sem autonomia de gestão os estados e municípios, que continuam recebendo os recursos diretamente do INAMPS (WILKEN, 2005).

A NOB 01/93 do SUS instituída pela Portaria Nº 545, de 20 de maio de 1993, não sofreu as influências do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) como as NOB's anteriores, e uma das causas disto foi o fato de já ter acontecido a 9ª Conferência Nacional de Saúde que reforçava a importância da municipalização. Além disso, a nova norma foi editada como portaria ministerial, ou seja, pelo próprio Ministério da Saúde e não pela Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, ou INAMPS, o que mostra um contexto diferente no qual vão se destacar atores do movimento sanitário favoráveis à descentralização (ALMEIDA, 1995).

A mesma “*estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde*”. Segundo a introdução feita pelo então Ministro de Saúde Jamil Haddad na própria portaria, a descentralização das ações e serviços é uma diretriz fundamental na construção do SUS. Dentre os elementos que a caracterizam estão a redistribuição de poder, redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo, reorganização institucional, reformulação de práticas, e controle social. Na sua visão, o objetivo mais importante perseguido com a descentralização do SUS era a transformação do modelo assistencial estabelecido até o momento. A ideia seria trocar o sistema centrado na assistência médico-hospitalar sem garantia de qualidade para um sistema de assistência integral universalizada, regionalizada e hierarquizada. Considerando que, neste processo os municípios e estados não possuem o mesmo grau de descentralização, é considerado fundamental criar instrumentos capazes de aprimorar suas condições de gestão com o sentido de efetivar o comando único do SUS nas três esferas de governo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993).

A NOB 01/93 é a primeira a definir o gerenciamento do processo de descentralização nos três níveis de governo, através da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) criada em julho de 1991 (mas que não tinha funcionado regularmente), das Comissões Intergestores Bipartites criada pela própria NOB 01/93 e dos Conselhos Municipais. Estes foros de negociação trabalhariam de forma articulada:

No âmbito nacional: pela CIT integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde e dos órgãos de representação do conjunto dos Secretários Municipais de Saúde no Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); e pelo Conselho Nacional de Saúde (órgão encarregado da formulação de estratégias e no controle da execução Política Nacional de Saúde).

No âmbito estadual: pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) integrada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do estado; e pelo Conselho Estadual de Saúde.

No âmbito municipal: pelo Conselho Municipal de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993).

Como foi exposto na portaria, os estados e municípios não estavam no mesmo estágio referente à descentralização pelo que foram estabelecidas condições de gestão. No caso dos municípios, estes poderiam se acolher ao tipo de

gestão **Incipiente**, **Parcial** ou **Semiplena** de acordo com o nível organizacional alcançado e o comprometimento com o SUS. Os estados por outro lado somente contavam com as formas parcial e semiplena. Cada uma das formas representava um nível diferente e progressivo de transferência de responsabilidades e autonomia de gestão. Durante a vigência desta NOB 01/93, 63% dos municípios brasileiros habilitaram-se em alguma forma de gestão, embora existisse uma grande diferença nestes percentuais entre os estados, o qual mostrava novamente o grau de desenvolvimento desigual da descentralização da saúde no Brasil. Apenas o 3% (144) dos municípios aderiram à gestão semiplena, forma mais avançada entre as definidas pela NOB 01/93 para a gestão municipal (WILKEN, 2005).

Segundo explica Arretche, municipalizar os serviços de saúde só pode ocorrer quando o município o solicita. Depois disto, passa a se aderir a uma das formas de gestão de acordo a suas capacidades administrativas para levar a cabo as tarefas que lhe são conferidas. Na crítica da autora, a criação de comissões bipartites e tripartites de gestores ajudaram, de certa forma, a diminuir a distância entre os níveis de governo preparando um terreno de negociação e coordenação política principalmente nos anos 90 (ARRETCHE, 1999).

As CIT passam a desempenhar, a partir da NOB 01/93, um papel determinante nas negociações sobre a gestão do SUS nos três níveis de governo o que vai fortalecer o setor da saúde. Por sua parte, os Secretários Estaduais de Saúde que formavam parte do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), e os Secretários Municipais de Saúde organizados no Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) são considerados fundamentais no processo de implementação e consolidação do SUS.

O CONASS e o CONASEMS são de fato representantes dos estados e municípios no CIT, e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) na CIB em cada estado. Estas instâncias têm se convertido num canal legítimo de participação na formulação e implementação da política de saúde e são de grande importância para a articulação entre gestores e para a tomada de decisões e acordos. Assim, ficou regulamentado na nova Lei nº 12.466 de 24 de agosto de 2011, adotada pela então presidenta Dilma Rousseff, a inclusão de dois artigos da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que iriam dispor “sobre as

condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”, assim como, “sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e suas respectivas composições” (GOVERNO FEDERAL, Art. 14A e14B., 2011).

Desta forma, as CIB e CIT são reconhecidas como espaços políticos de articulação entre gestores. Nelas são tomadas as decisões e diretrizes em relação à organização de redes de ações e serviços de saúde no âmbito nacional, regional e intermunicipal, assim como, os aspectos operacionais, financeiros e administrativos do SUS. A lei é o reconhecimento do CONASS e CONASEMS como representante dos estados e municípios nas decisões política e técnica do Sistema Único de Saúde e o fortalecimento dos COSEMS nos Estados (GOVERNO FEDERAL, Art. 14A e14B., 2011).

Já no ano 1996 foi aprovada a NOB 01/96 através da Portaria N° 2.203 de 05 de novembro de 1996. A mesma prevê mudanças nas formas de transferências financeiras e nas modalidades de gestão do SUS, assim como, seria dada aos municípios uma maior autonomia.

Foram criadas duas formas de gestão municipal que deixam explícitas as responsabilidades do gestor: a “Gestão Plena da Atenção Básica” e a “Gestão Plena do Sistema Municipal”. No primeiro caso, o município ficaria responsável pela assistência básica, prestada em unidades próprias ou através de contratos com provedores. Além disso, estaria encarregado de executar ações básicas de vigilância sanitária, epidemiologia, controle de doenças etc. No segundo caso, o município seria totalmente responsável pelos serviços ambulatoriais e hospitalares e teria autonomia para decidir sobre alteração de valor dos procedimentos médicos e outros pontos relacionados ao pagamento dos serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

Segundo a análise de Arretche, a distribuição de atribuições entre os níveis de governo definida no SUS ficaria estabelecida segundo exposto no seguinte quadro:

Quadro 2: Distribuição de atribuições entre os níveis governamentais definida no SUS.

União	
Funções	Órgãos
-planejamento, regulação e normatização do SUS; -regulação das relações entre o setor público e privado, e da atividade do setor privado; -pagamento dos serviços médicos, ambulatoriais e hospitalares da rede conveniada (pública e privada); -acompanhamento, fiscalização, controle, avaliação, e aplicação dos recursos federais; -coordenação, em nível nacional, do Sistema de Informações em Saúde (SIS/Datasus); -cooperação técnica com estados e municípios; -apoio ao desenvolvimento científico e tecnológico.	- Ministério da Saúde; -Conselho Nacional de Saúde; -Comissão Intergestores Tripartite; -Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; -Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.
Estados	
Funções	Órgãos
-formulação da política estadual de saúde; -coordenação e planejamento da rede e do processo de programação integrada; -estabelecimento de padrões de atenção à saúde no âmbito estadual; -supervisão e cooperação técnica e financeira com os municípios; -coordenação das negociações entre os gestores; -execução de ações em saúde, em caráter supletivo aos municípios; -gerenciamento das unidades públicas de maior complexidade e dos sistemas de referência regional.	-Secretaria Estadual de Saúde; -Conselho Estadual de Saúde; -Comissão Intergestores Bipartite; -Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde.
Municípios	
Funções	Órgãos
-planejamento, controle e execução das ações e serviços, segundo a condição de gestão: *incipiente *parcial *semiplena	-Órgão executivo municipal; -Conselho Municipal de Saúde; -Fundo Municipal de Saúde.

Fonte: (ARRETCHE, 1999. p.128).

Ou seja, na distribuição de poderes fica com o governo federal a coordenação do Sistema Nacional de Saúde, assim como, de garantir parte do seu financiamento mediante repasses automáticos. O Ministério da Saúde é o gestor federal do sistema, além de coordená-lo e co-financiá-lo, encarrega-se de algumas

ações de apoio aos estados e município, ficando aqui também, a criação de determinados programas nacionais dirigidos a grupos populacionais específicos. No entanto, a Constituição de 1988 não define especificamente as funções de cada esfera de governo no SUS.

O processo descentralizador fez com que a gestão do SUS fosse da mesma maneira descentralizada e para entender as funções de cada esfera de governo esta análise é fundamental. Os gestores do SUS são o Ministro da Saúde na União, o Secretário de Estado da Saúde nos estados e o Secretário Municipal de Saúde nos municípios. Estes estão encarregados do desenvolvimento das funções do Executivo na saúde, da formulação de políticas e seu planejamento, do financiamento e da prestação dos serviços de saúde (CONASS, 2011).

Especificamente, cabe ao governo federal no âmbito do SUS, a tarefa de tomar as decisões mais importantes da política nacional de saúde: financiar, formular a política nacional de saúde e coordenar as ações intergovernamentais (ARRETCHE, 2007). Por outro lado, os gestores estaduais têm a tarefa de coordenar o processo de regionalização da atenção, enquanto que os gestores municipais são os gestores únicos em seu território e, além de coordenarem o sistema local, são encarregados da gestão da rede de serviços (WAGNER, 2006).

Para que um sistema deste tipo funcione os mecanismos de governança tripartites devem funcionar adequadamente. A trajetória do SUS esteve sempre orientada à organização desta governança multipartite, o que se deu a partir de normas operacionais e culminou com o Decreto 7.508/11, onde o arcabouço normativo foi consolidado (RIBEIRO e al., 2018).

A consolidação e aperfeiçoamento do SUS não é uma tarefa fácil para os profissionais e gestores. É fundamental a adoção de métodos, técnicas e instrumentos adequados para a implementação de políticas e programas de sucesso. Por outro lado, o planejamento do sistema deve se desenvolver de forma articulada e integrada entre as três esferas de gestão levando em consideração as diversidades existentes (CONASS, 2011).

Segundo Luciana Dias de Lima, esta participação integrada das três esferas de governo e as relações intergovernamentais no financiamento dos serviços descentralizados devem ser analisados segundo o aporte de receitas tributárias para a saúde, a responsabilidade sobre o gasto público em saúde, o subsistema de transferências intergovernamentais do SUS, autonomia para a utilização das receitas exclusivas da saúde (LIMA, 2007).

Assim, podemos constatar que o processo de descentralização da saúde se comparado com outros setores é fortemente coordenado pelo Ministério da Saúde deixando, pouca liberdade de inovação dos entes subnacionais. O fato de 90% dos recursos orçamentários da União destinados ao Ministério da Saúde ser repassados de forma regular e automática aos estados e municípios não significou maior autonomia, sendo que estes eram dirigidos a uma atividade específica definida anteriormente. O SUS ainda depende muito do governo federal (WAGNER, 2006).

Dado que o sistema de atendimento funciona de forma descentralizada e a gestão passa a estar também nos municípios, os serviços oferecidos neste ente também aumentam. Mas, a maioria dos municípios não conta com as condições necessárias para ofertar integralmente os serviços, portanto, uma estratégia regional de atendimento se faz determinante. Segundo a estratégia adotada pelo SUS, deve existir um local de referência para o serviço de acordo com o tipo de doenças e a entrada ideal do paciente na rede de saúde: a atenção básica. De outro lado, outro conceito é a hierarquização, o sistema de saúde considera necessária a existência de centros diferenciados para graus de complexidade diferentes dos serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O que aconteceu com a Constituição de 1988 segundo Arretche (2012) foi, de fato, um processo importante de descentralização, mas na execução das políticas públicas, posto que a autoridade para legislar sobre estas políticas ficava na União. Os grandes problemas da agenda nacional são tratados no nível central e os estados e municípios têm pouca margem de iniciativa no desenho das políticas: a União decide sobre o desenho e se encarrega da coordenação, no entanto, os estados e municípios executam a política (ARRETCHÉ, 2012).

Antes da Constituição de 1988, a política de saúde era toda executada de modo centralizado, ou seja, era desenhada e implementada pelo governo federal. Como vimos anteriormente, isto fazia com que não funcionassem corretamente, não era viável implementar de forma descentralizada uma política localizada nos municípios, a gestão não iria funcionar. Portanto, foi transferida aos municípios a execução de muitas das políticas, o que melhorou consideravelmente o seu funcionamento. Quer dizer que, o governo central está encarregado da formulação da política e os estados e, principalmente, os municípios a implementam. Por exemplo, o mesmo modelo de Programa de Saúde da Família (PSF) está em quase todos os municípios do país, embora sejam executados de acordo com as características e particularidades de cada município.

Conforme Arretche (1999), o processo de municipalização inerente à descentralização provocou a horizontalização dos conflitos entre as unidades da Federação. Anteriormente, a tendência que predominava era os conflitos de eixo vertical, ou seja, entre os níveis hierárquicos de poder, a qual passou a ser mais acentuada entre os entes de um mesmo nível de governo. A distribuição de recursos gerou conflitos de ambos os tipos: verticais (União, Estados, Municípios), e horizontais (entre os próprios estados e os próprios municípios). A competição por receber recursos e as disputas constantes relacionadas às responsabilidades de cada ente dificultava consideravelmente as relações entre eles (ARRETCHE, 1999).

A grande heterogeneidade dos municípios, como já ficou exposto anteriormente, também impõe sérios limites ao processo de descentralização da saúde no país. Existem grandes limitações de ordem fiscal. Como resultado da divisão de alguns municípios em outros muito menores, o Brasil tem municípios extremamente pobres que não têm condições de suportar custos de ter pelo menos um médico. De outro lado, a limitação está associada à escassa tecnologia, que impossibilita a oferta de serviços de saúde, incluso serviços básicos.

Abrucio (2006), por sua parte, reconhece cinco obstáculos que impossibilitam o bom desempenho dos municípios: as desigualdades de condições econômicas e administrativas, o discurso do municipalismo autárquico, a metropolização acelerada, os resquícios de uma cultura política e instituições que

dificultam a *accountability* democrática e o padrão de relações intergovernamentais (ABRUCIO, 2006).

Esta situação impede que as pessoas exerçam em igualdade de condições um dos direitos fundamentais estabelecido na Constituição Título VIII, Capítulo II, Seção II, Art.196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (EDITORA SARAIVA, 2002).

Além disso, alguns aspetos da Lei de Responsabilidade Fiscal chegam a regular os gastos com pessoal, o que limita consideravelmente o funcionamento dos sistemas locais de saúde. O teto máximo estabelecido para os gastos com pessoal, expõe Wagner (2006), não foi calculado de acordo aos possíveis gastos dos municípios com os serviços sociais. Na maioria dos municípios e levando em consideração o grande número de responsabilidades que foram atribuídas a estes, o teto era rapidamente atingido o que provocava parcerias duvidosas com organizações privadas na tentativa de arrumar financiamento (WAGNER, 2006).

Existem fatores relativos à organização federativa brasileira que interferem nas relações e decisões dos gestores do SUS e dificultam a materialização da política de saúde no país. A grande contradição entre as desigualdades socioeconômicas e geográficas que conformam a federação e o modelo descentralizado pretendido pelo SUS mostra a necessidade de criar mecanismos que compensem de alguma forma estas diferenças (LIMA, 2007).

A desigualdade entre os municípios continua sendo preocupante e chega a ser maior que a desigualdade existente entre as grandes regiões do país. É clara a necessidade de uma maior e mais estruturada coordenação central que possibilite maior cooperação local e regional em favor das relações intergovernamentais (RIBEIRO e al., 2018).

As atividades destinadas ao bem-estar da população e ao acesso equitativo não podem ter sucesso sem uma coordenação bem estabelecida entre as partes envolvidas.

A falta de ações coordenadoras pode provocar o funcionamento ineficaz das políticas públicas. Uma descentralização bem-sucedida depende da atuação coordenada, mas segundo Ricardo Ismael (2014), a busca pela coordenação não pode, de maneira alguma, ser justificativa para a violação da autonomia de algum dos entes federados. Tanto a autonomia outorgada com a Constituição de 1988, como os direitos dos governos subnacionais, deve ser preservada e levada em consideração na criação de redes bem estruturadas de intercâmbio entre eles (ISMAEL, 2014).

O Governo Fernando Henrique Cardoso esteve caracterizado por mudanças consideráveis na busca por uma melhor cooperação num contexto de Reforma de Estado. Durante seus dois mandatos foram implementados sete mecanismos de cooperação:

1. O combate à inflação e a respectiva regularização dos repasses, permitindo uma negociação mais estável e planejada com os outros entes.
2. A associação dos objetivos da reforma do Estado, como o ajuste fiscal e a modernização administrativa, à descentralização.
3. O condicionamento das transferências de recursos à participação da sociedade na gestão local.
4. A criação de formas de coordenação nacional das políticas sociais baseadas na indução dos governos subnacionais a assumirem encargos, mediante distribuição de verbas, cumprimento de metas e medidas de punição, também normalmente vinculadas à questão financeira, além da utilização de instrumentos de redistribuição horizontal no Fundef.
5. A adoção de políticas de distribuição direta de renda à população, partindo do pressuposto de que o problema redistributivo não se resolveria apenas com as ações dos governos locais, dependendo do aporte da União.
6. A aprovação de um conjunto enorme de leis e emendas constitucionais, institucionalizando as mudanças feitas na Federação, e assim dando-lhes maior força em relação às pressões conjunturais.
7. O estabelecimento de instrumentos de avaliação das políticas realizadas no nível descentralizado, especialmente na área educacional (ABRUCIO, 2006, p.105).

O primeiro deles foi pensado a partir do fato do processo descentralizador ter começado sem que a economia brasileira estivesse estabilizada. Esta situação dificultava a coordenação de atribuições principalmente pela transferência de dinheiro. A necessidade aqui era reduzir a inflação, meta que o Governo de Fernando Henrique Cardoso logrou satisfatoriamente, possibilitando assim, um aumento de recursos destinados aos estados e municípios e, portanto, a transferência de atribuições vinculadas às políticas públicas.

Dentro dos mecanismos de coordenação utilizados é importante destacar o sucesso de dois deles: a Lei de Responsabilidade Fiscal, que embora limitasse em certa medida a implantação efetiva dos serviços, contribuiu para o controle dos gastos públicos. Este tema preocupava muito já que muitas vezes os recursos destinados a suprir certas necessidades, como, por exemplo, no setor da saúde, não eram precisamente utilizados onde realmente eram necessários.

Também foi de muito sucesso a Piso de Atenção Básica (PAB), criado como parte da NOB 01/96, e que logrou reduzir a grande diferença de recursos entre os distintos municípios. O PAB introduziu um critério de financiamento diferente aos critérios estabelecidos nas anteriores NOB's. Este novo critério permitiria a desconcentração dos recursos repassados pela União aos Estados e Municípios, garantindo o repasse de acordo com a população (per capita). Outro aspecto de sucesso que marcou este mecanismo foi a sua capacidade para promover a medicina preventiva com a adesão a programas como: Saúde da Família, Saúde Bucal, Agentes Comunitários de Saúde, a Assistência Financeira Básica, Combate às Carências Nutricionais, Combate às Endemias e a Vigilância Sanitária. Os municípios teriam a possibilidade de aderir a todos os programas que estimasse conveniente, recebendo assim, os recursos destinados para cada um deles o que é fundamental para melhorar os índices de saúde da população. Nos dados oferecidos por Wagner (2006) se constata a efetividade nos resultados considerando o número de pessoas atingidas. É o caso, por exemplo, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde onde a população coberta aumentou em 30% (WAGNER, 2006).

Estas ações de coordenação na saúde tiveram êxito por não aderir à ideia de que os governos locais eram capazes de desenvolver qualquer tarefa sem ajuda alguma dos demais entes federados. A atuação coordenada, sem dúvida, é o caminho certo da descentralização. No setor da saúde, comparado com outros setores, isto se logrou mais significativamente ao ter um sistema mais partilhado de relações intergovernamentais (WAGNER, 2006).

Nos outros setores, onde não se alcançou uma relação de coordenação forte, a descentralização não atingiu seus objetivos (durante o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso o mais fraco foi o desenvolvimento

regional e urbano). Isto afetou diretamente o bom desempenho das políticas públicas que eram criadas sob um federalismo compartimentalizado.

Pode-se observar a acentuada desigualdade de funcionamento dos serviços sociais, tanto nas diferentes regiões do país quanto dentro dos próprios setores envolvidos no processo de descentralização. Desigualdades dadas pela grande heterogeneidade econômica, mas também pela grande diferença do grau de relações intergovernamentais alcançado.

Segundo Arretche (2012), o maior desafio para a coordenação federativa não está dado pela capacidade institucional da federação de coordenar, mas pela grande desigualdade entre os estados e municípios na sua capacidade para financiar as políticas desenhadas pela União. Daí a diferença no acesso aos serviços de qualidade que enfrenta a sociedade (ARRETCHE, 2012).

A Reforma do Estado, que introduziu a administração pública gerencial, promovida por Bresser Pereira é outro processo importante de analisar dentro do mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso. Sua ideia de propor um Estado capaz de melhorar a economia e de fazer frente às demandas pela universalização do acesso aos serviços públicos apoiaria a descentralização e a desconcentração do poder no governo central.

Para ele, a descentralização obedece ao princípio da subsidiariedade deixando exposto que *“aquilo que pode ser feito pela cidade não deve ser feito pela região; o que pode ser feito pela região não deve ser feito pelo poder central”*. As atividades sociais, como educação básica e saúde, podem ser feitas com um controle muito maior se forem realizadas de forma descentralizada ao estar num contato muito mais direto com elas e a sua execução (BRESSER, 1998).

Esta Reforma de Estado visava o desenvolvimento do país mediante a utilização mais eficiente dos recursos, o que possibilitaria a promoção dos direitos sociais e, dentro deles, o direito à saúde. Na elaboração e planejamento da reforma que teve lugar durante os primeiros seis meses do Governo de Fernando Henrique Cardoso, uma das áreas mais difíceis de tratar era precisamente a da saúde. Como

esteve pactuado na Constituição de 1988, o SUS tinha que ser universal e gratuito. Na prática não era tão fácil assim e cumprir o que estava escrito na lei se tornou quase uma tarefa impossível. A falta de recursos e de um modelo de administração adequado, além da centralização do atendimento da saúde, dificultava seriamente o funcionamento do sistema que se procurava: universal e de boa qualidade (BRESSER, 1998).

Na reforma gerencial proposta, o SUS passava de uma administração segundo a NOB do SUS em 1993 (NOB-93), que previa a municipalização semiplena da saúde, para uma administração sob a NOB-96, que abria um horizonte baseado na descentralização. Já a NOB-93 era um avanço, mas era muito difícil generalizá-lo (BRESSER, 1998). Como foi analisado anteriormente por Arretche, os municípios tinham que cumprir uma série enorme de requisitos para poder se aderir a esta forma de municipalização e o sistema continuava muito centralizado quando aparentemente descentralizado (ARRETCHE, 1999).

A Reforma Gerencial do SUS, no critério de Bresser, levaria à efetiva municipalização da saúde pública fortalecendo a atenção básica nos municípios. De outro lado, ajudaria a esclarecer quais atividades o Estado devia realizar diretamente, quais atividades devia só financiar ou promover e quais eram as que não lhe competiam. Desta forma, se lograriam reduzir as incertezas e melhorar a comunicação entre os entes. Para ele, existem três tipos de atividades dentro da área de atuação do Estado (BRESSER, 1998):

- as atividades exclusivas;
- os serviços sociais e científicos não exclusivos ou competitivos;
- a produção de bens e serviços para o mercado.

Dentre as atividades exclusivas do Estado estão o poder de definir as leis, de impor a justiça, de manter a ordem, de defender o país, de representá-lo no exterior, etc. Além disso, também lhe correspondem outras atividades que se inserem no Estado Social: atividades relacionadas à formulação de políticas econômicas e sociais, assim como, as transferências para a educação, a saúde, etc. Muitas destas atividades não são exclusivas em teoria, mas por ser financiadas

quase em sua totalidade pelo Estado, se tornam de fato exclusivas. No núcleo estratégico são definidas as políticas públicas; no entanto, cabe às agências descentralizadas executar as políticas com poder de Estado (SUS). Para Bresser, a descentralização é parte do processo democratizador. Se este se realiza sob uma administração pública gerencial e participativa, então o país estará no caminho certo (BRESSER, 1998).

1.2.

O Sistema Único de Saúde e o Programa Mais Médicos.

O correto funcionamento do SUS é uma tarefa que leva muito empenho e dedicação. Não é suficiente que o governo central proponha programas ou políticas prometedoras se os governos subnacionais não põem seu melhor empenho para que estas funcionem ou carecem de recursos para financiá-las. Muitos municípios apresentam certo desinteresse por parte dos prefeitos e governadores, assim como, pouca cultura sanitária. Isto faz com que a luta por melhorias no acesso e a qualidade dos serviços seja menor nestas regiões tornando-as assim mais vulneráveis.

É importante assinalar como é diferente o desempenho dos municípios em relação à atenção à saúde (ABRUCIO, 2006). Em alguns casos isolados, os municípios conseguem um bom desempenho, e o SUS consegue atuar de forma bastante estável e acertada. No entanto, tem outros que não conseguem se adequar às demandas da população. Nada obriga os municípios a adotar determinadas ações da promoção da saúde ou de trabalho em equipe, o que dificulta seriamente a atenção básica.

Arretche (1999) vai medir o grau de sucesso do SUS de acordo com o índice de municipalização alcançado, o que pode ser possível, em sua opinião, levando em consideração a forma de gestão de cada município. A forma de gestão atribuída vai dizer quais atividades o município é capaz de assumir de maneira autônoma. O estudo feito pela autora e que abarca seis estados (Bahia, Ceará, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Sul e São Paulo) mostra que o estado de Ceará tem a maior quantidade de municípios na forma de gestão semiplena (12), enquanto os estados de Rio Grande do Sul e Bahia eram os mais atrasados com apenas 43% de municipalização (ARRETCHE, 1999).

Por outro lado, segundo Wagner, apenas 18,5% dos municípios têm declarado a prestação de atenção básica às mulheres com pré-natal de baixo e alto risco. Outros serviços que são essenciais para um atendimento básico adequado como o planejamento familiar, o tratamento de hipertensão, a prevenção do câncer de colo de útero e as medidas educativas também estão inclusas nesta baixa porcentagem. E como se ainda esta situação não fosse suficientemente precária, mais da metade das mulheres estariam excluídas de qualquer desses cuidados no SUS. Em muitos casos, esta situação se deve à falta de recursos próprios dos municípios (ABRUCIO, 2006).

Como alternativa ante a este fraco modelo assistencial, o Ministério da Saúde tem procurado a expansão do PSF com a presença de especialistas em MFC. O objetivo é universalizar o acesso à atenção integral. Um especialista deste tipo está capacitado para atender pessoas de todas as idades e gêneros, com os mais diversos problemas de saúde, chegam a se identificar com o paciente até criar um ambiente familiar e ameno. Esta característica luta contra a falta de humanização no atendimento e favorece a relação entre o paciente e o médico (ROSA; LABATE, 2005).

Mediante consultas extensas tentam indagar a realidade do paciente, dando importância ao ambiente e aos hábitos familiares. Assim, desenvolvem outro dos eixos presentes na atenção básica: evitar a aparição de determinadas doenças. A missão não é somente tratar, mas também educar as pessoas e promover modos de vida mais saudáveis. Uma saúde de qualidade não só depende dos serviços oferecidos. Diante de determinada doença, trata-se de proporcionar serviços preventivos para evitar a aparição da mesma e assim reduzir as mortes por causa de doenças evitáveis. As atividades preventivas sempre tinham que competir com as curativas por causa dos escassos recursos pelo que as primeiras ficavam quase sem nenhuma atenção (ROSA; LABATE, 2005).

A importância do Programa de Saúde da Família (PSF) tem a ver, em grande medida, com a capacidade de criar ações preventivas que promovam uma vida mais saudável. Pretende-se superar o caráter exclusivamente centrado na doença, mediante o trabalho em equipes e mantendo a Saúde da Família como núcleo estratégico do novo modelo assistencial. Mostra que reverter a

predominância do atendimento emergencial/hospitalar e tornar a família e o ambiente em que vivem o alvo mais importante é o caminho certo para chegar a uma maior compreensão do processo saúde-doença (NOGUEIRA; MIOTO, 2007).

Uma das preocupações era como ampliar a cobertura do programa às regiões mais vulneráveis e com menor grau de assistência (FINKELMAN, 2002), mas ainda hoje a cobertura não é a desejada, os estudantes de medicina e a população brasileira em geral não estão totalmente identificados com esta rama da medicina centrada na pessoa.

O sistema de saúde atual, sua forma de organização dos serviços, funcionamento e gestão não respondem às necessidades da população. O resultado tem sido a superlotação das emergências dos hospitais, a subutilização das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), a insuficiência de leitos hospitalares para pessoas que realmente precisam do ingresso hospitalar, a longa lista de espera a que se submetem os pacientes para serem atendidos. Isto demonstra a baixa cobertura dos serviços que provoca consequentemente a insatisfação da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

A construção de uma rede básica que possibilite ampla cobertura populacional e capacidade para resolver problemas clínicos e de saúde pública é um modo de organizar sistemas de saúde que não assegurem somente o acesso e a integralidade da atenção, como também, deem viabilidade financeira a essas políticas públicas. Na prática é impossível instalar em cada município todos os serviços especializados, daí a importância da criação de regiões de saúde para a constituição de um sistema público e universal (ABRUCIO, 2006).

A análise preliminar de um Brasil com grandes heterogeneidades, em todos os setores da sociedade, indica que isto influi consideravelmente nas políticas públicas aplicadas e nas mudanças que o sistema de saúde brasileiro enfrentou e continua enfrentando ao longo dos anos. Passou-se de um modelo totalmente centralizado a um modelo mais descentralizado no que se refere à execução das políticas públicas, fundamentalmente as políticas voltadas ao setor da saúde. Isto significou um maior contato com a realidade da população, embora

fortes limitações dificultassem o sucesso de várias das políticas públicas, principalmente sociais, implementadas pelos municípios. O SUS continuou dependendo do governo federal e seu caminho ainda tem muitos obstáculos a vencer fazendo da cooperação e da coordenação entre os entes federados fatores determinantes neste processo.

Por outro lado, a falta de profissionais é um problema eminente fundamentalmente nas regiões mais afastadas e vulneráveis, o que contribui para o enfraquecimento do acesso e a qualidade dos serviços. Antes da implementação do programa, o sistema de saúde brasileiro contava com 1.8 médicos por cada mil habitantes, proporção muito mais baixa que a de países como Uruguai (3,7), Espanha (4,0), Cuba (6,7), e aproximadamente 22 estados estavam abaixo da média nacional e 5 contavam com menos de 1 médico por mil habitantes (Acre, Amapá, Maranhão, Pará, Piauí). Isto demonstra também a distribuição desigual de médicos nos diferentes estados e municípios e a incapacidade de suprir as necessidades da população e do SUS, especialmente nas regiões norte e nordeste. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

A maioria dos médicos está localizada nas regiões urbanas (Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Bahia, Paraná, Pernambuco e Rio Grande do Sul), onde as condições econômicas são melhores e, portanto, também a infraestrutura médica. Localizam-se fundamentalmente nas capitais e grandes centros urbanos o que acarreta uma escassez de médicos muito grande nas cidades distantes (NOGUEIRA, 2016).

Além disso, a formação de médicos no país é menor que a demanda no mercado do trabalho, além de poucas vagas, estas estão mal distribuídas com uma grande concentração nas regiões mais ricas do país. Essa insuficiência de médicos provoca competição entre os municípios que lutam pelos poucos profissionais disponíveis. Isto provoca uma grande instabilidade e assinala a necessidade de buscar alternativas.

Ante esta situação e a grande desigualdade existente entre os estados e fundamentalmente entre os municípios que muitas vezes não conseguem oferecer por si próprios os serviços básicos de saúde, o governo federal precisa atuar. É por

isso, a importância das políticas públicas criadas pelo mesmo como caminho para tentar garantir maior equidade e reduzir a desigualdade.

O PMM surge como resposta a estes problemas e pretende contribuir para alcançar o patamar de 2,7 médicos por cada mil habitantes para o ano 2026, assim, como aumentar a cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família (ESF) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). É um exemplo de política pública formulada, financiada, coordenada e avaliada pelo governo federal, mas implementada pelos municípios brasileiros. Criado como parte de um conjunto de ações que visam a reestruturação do sistema de saúde, o programa atua priorizando a Atenção Básica.

Para isto o PMM se estrutura em três eixos fundamentais: provimento emergencial, educação e infraestrutura. Combinados estes três eixos ajudariam a solucionar os problemas mais marcantes que enfrenta o SUS na atualidade.

Entretanto, para suprir as necessidades imediatas da população, o governo federal fez uma chamada a médicos tanto do Brasil como em outros países. Estes últimos serão aceitos somente quando os médicos brasileiros não preencham as vagas oferecidas. Os médicos que integrem o programa serão supervisionados por uma universidade e terão a oportunidade de se especializar na atenção básica. Esta iniciativa tem como objetivo melhorar o atendimento a curto prazo nas regiões mais carentes, as quais serão determinadas de acordo com os critérios de vulnerabilidade estabelecidos pelo SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Embora o programa seja relativamente recente (4 anos), já podem se identificar avanços na atenção básica. Com apenas um ano de programa toda a demanda de mais de 13 mil médicos solicitada pelos municípios foi atendida e, em seu segundo ano de existência, já se contava com mais de 18 mil médicos em mais de 4 mil municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Contudo, para compreender os aspectos envolvidos no PMM é necessária uma avaliação institucional detalhada, de modo que possa ser entendido em profundidade o processo de desenho e implementação do programa. Isto será feito no próximo capítulo.

2.

Análise do processo de formulação e implementação do programa

No capítulo 1 foi feito um estudo sobre o federalismo e a descentralização do Estado brasileiro. Conhecer esta estrutura é fundamental para desenhar e implementar políticas mais eficazes, que de fato contribuam para a erradicação dos problemas existentes e que sejam fundamentais no processo de mudança e transformação da sociedade e do Estado.

Vimos que Brasil tem um sistema federalista de caráter mais centralizado, enquanto que sua política de saúde passou a ser majoritariamente descentralizada depois da Constituição de 1988. Isto demonstra como o federalismo nem sempre se reproduz na hora de desenhar políticas públicas, deixando aberta a possibilidade de criar políticas públicas descentralizadas. Como exemplo claro disso existe o SUS (RIBEIRO et al. 2018).

No Brasil, o PMM ganha grande importância como política pública a partir do momento em que luta por enfrentar as grandes desigualdades regionais existentes na saúde pública. O programa somou-se a um conjunto de ações voltadas para melhorar o funcionamento do SUS, dada a dificuldade deste na hora de oferecer um serviço equitativo, universal e de qualidade para a população brasileira.

O processo de desenho e formulação do PMM não foi, nem é na atualidade, tarefa fácil e certamente tem deparado com muitas dificuldades. Por isso a importância de entender o arcabouço jurídico usado para a execução do projeto, o modelo de contrato utilizado para a participação dos médicos estrangeiros, o modelo de gestão descentralizada utilizada, etc. A formulação da política pública consta de etapas: identificação do problema, formulação das alternativas de solução, tomada de decisões, implementação da decisão tomada e término da ação.

Para muitos pesquisadores, o problema da falta de médicos, assim como, a distribuição desigual destes no território nacional são problemas que ocorrem no mundo todo. Muitos países com sistemas econômicos e políticos diferentes têm

adotado ao longo dos anos estratégias para tentar enfrentar a má distribuição de profissionais e a carência destes nas regiões remotas, pobres e de menor acesso. Na Venezuela, em 2003, foi iniciado o programa *Misión Barrio Adentro*, que contava com a participação de mais de 20 mil médicos cubanos na área da atenção básica. A Austrália, por sua parte, optou por enviar até às regiões mais remotas os médicos australianos formados no exterior e os médicos estrangeiros formados na Austrália. Estes receberam uma remuneração gradativa que variava segundo a distância entre a região de atuação e o centro urbano mais próximo, possibilitando assim que o profissional que oferece seus serviços nas zonas mais afastadas seja incentivado com um salário maior. No México, como em Cuba e outros países latino-americanos, é obrigatório um período de serviço social que varia de acordo com as leis de cada país. Neste período, os profissionais da saúde têm que oferecer seus serviços onde o país mais precisa (OLIVEIRA, 2016).

No Brasil, a má distribuição geográfica de profissionais de saúde e a dificuldade de fixação destes em determinadas regiões forma parte de uma agenda antiga e é um dos grandes obstáculos que enfrenta o SUS. Segundo os resultados obtidos durante uma pesquisa desenvolvida pela Confederação Nacional da Indústria (CNI) e o Instituto Brasileiro de Opinião e Estatística (IBOPE), para a população brasileira o principal problema era a dificuldade de conseguir atendimento no sistema público de saúde (55% dos entrevistados). Logo depois aparece o problema da infraestrutura das unidades de saúde (10%) e a falta de médicos (9%). Mas é importante considerar que a demora no atendimento não é mais que o resultado da estrutura fraca das unidades de saúde e da falta de profissionais. A pesquisa também mostrou que 68% dos brasileiros usava a rede pública como único ou principal fornecedor de serviços de saúde, desta forma, ficou exposta a necessidade de criar políticas públicas voltadas a melhorar o acesso à saúde, garantir saúde não somente curativa, mas também preventiva (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA, 2012).

Ainda nessa pesquisa, 95% dos brasileiros concordam, total ou parcialmente, que o governo tem a obrigação de oferecer serviços de saúde gratuitos a toda a população, além de que 57% da população brasileira considera o aumento no número de médicos como uma das principais medidas para melhorar

o serviço médico na rede pública preventiva (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA, 2012).

As áreas mais vulneráveis contam com maior escassez de médicos. Segundo uma outra pesquisa feita pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM), existem fatores que influenciam o médico na hora dele trabalhar em regiões deste tipo: dificuldade no pagamento pelo trabalho em área rural/remota, a carga horária e o acesso a oportunidades de lazer e cultura, entre outros. Dos gestores entrevistados na pesquisa, aproximadamente 70% apontaram encontrar dificuldades para preencher as vagas, ficando desta forma desassistidas as áreas da região Norte majoritariamente, com índices muito baixos de procura por parte dos profissionais. (EPSM, 2013).

A esta informação se junta o professor e coordenador do Observatório História e Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Carlos Henrique Paiva. Para ele, a fixação de médicos no interior do país e nas áreas mais vulneráveis era já foco de debate nos anos 50 no âmbito latino-americano. Segundo ele, no Brasil começou a ter mais força nos anos 60 e 70 onde pequenas iniciativas tentavam resolver, ou pelo menos, tentavam aliviar a situação existente. Ele coloca o exemplo dos projetos de Medicina Comunitária nos estados de Minas Gerais e Paraná (PAIVA, 2017).

Justa-se a estas estratégias a iniciativa do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) desenvolvido pelo Ministério da Saúde, desde 2001, em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Seu objetivo fundamental era levar serviços de atenção à saúde em municípios que não contavam com profissionais de saúde para o desenvolvimento da atenção básica. Os municípios foram selecionados de acordo com diferentes critérios dentre os quais destacam-se possuir uma população de até 20 mil habitantes ou apresentar taxas de mortalidade infantil igual ou superior a 30, 50 e 60 por mil nascidos vivos. Também foram incluídos municípios considerados prioritários no controle da malária, hanseníase e tuberculose, com ausência de leito hospitalar e que não haviam implantado equipes de saúde da família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Ademais, podemos assinalar a criação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) lançado através da Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011 pelo Ministério da Saúde e estabelecido pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Com este programa se tenta estimular e valorizar o profissional de saúde que atua em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica e da ESF e levá-los para localidades com maior carência para este serviço. Ainda assim, para os médicos brasileiros as vantagens dos grandes centros urbanos com melhor infraestrutura pareciam mais estimulantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a).

Um dos principais responsáveis deste projeto foi o Ministro da Saúde Alexandre Padilha escolhido em 2011 pela Presidenta Dilma Rousseff e que começa a sua gestão realizando uma pesquisa interna para levantar os principais problemas da Saúde no Brasil. O resultado foi, entre outros problemas, a necessidade de contratar mais médicos para as pequenas cidades do interior e para as periferias dos grandes centros urbanos, como demanda principal da população. Além disso, o movimento “Cadê o Médico?”, promovido pela Frente Nacional de Prefeitos (FNP) reivindicava a contratação imediata de mais médicos para a saúde pública brasileira.

A campanha foi realizada em janeiro de 2013, durante o encontro Nacional dos Novos Prefeitos e Prefeitas, em Brasília. Em poucos dias foram recolhidas mais de 4,6 mil assinaturas, além de conseguir a adesão de dezenas de entidades municipalistas de todo o país e a assinatura do documento por 2,5 mil prefeitos (FRENTE NACIONAL DOS PREFEITOS, 2016).

Neste contexto surge em 22 de outubro de 2013 o PMM, que se torna inovador ao se converter numa política nacional, formulada e implementada por uma secretaria especializada do Ministério da Saúde: SGETS (Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde) e ao ter sido institucionalizado legalmente através da Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013. Para Paiva o:

“Mais Médicos é uma espécie de ponto culminante em nosso amadurecimento na formulação de políticas voltadas à fixação de médicos e o fortalecimento da formação e inserção de médicos na Atenção Primária” e na sua visão “forma parte do conjunto de iniciativas que historicamente tem tentado resolver

problemas tradicionais na área da educação médica e da assistência à saúde” (PAIVA, 2017).

Numa entrevista oferecida em julho de 2016, o ex-ministro Padilha fala sobre o PMM que foi, nas suas próprias palavras, “*o ato mais corajoso depois da criação do SUS por garantir saúde pública com qualidade para áreas mais remotas do país*”. Segundo Padilha, a ideia do Mais Médicos se remonta ao ano 2011 a raiz da demanda da realização de um seminário internacional. O propósito era envolver os principais atores na área da saúde (pesquisadores, médicos, especialistas, gestores, etc.), para analisar e propor soluções referentes aos problemas de saúde e especificamente complementar o SUS.

Segundo Padilha, o programa foi criado não somente com a intenção de suprir a demanda de médicos nas regiões de maior escassez, mas também, iria trazer um alto nível de transformação no SUS. O mesmo coloca regras novas nas escolas médicas, especificamente na formação dos especialistas, e propõe a expansão da residência médica, assim como, o cadastro do especialista. Este cadastro ajudaria a identificar as necessidades de cada território e contribuiria na formação de especialistas para esses locais onde a população mais precisa (CRUZ, 2016).

Segundo Juliana Braga de Paula, doutora em Saúde Global e Sustentabilidade pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), a acumulação de trajetórias, conhecimentos e programas anteriores fizeram com que os formuladores do projeto tivessem nas suas mãos uma ideia relativamente sólida do que seria o Mais Médicos. A posterior transformação dessa ideia em medida provisória precisou de um intenso trabalho de pesquisa e uma grande negociação interna (BRAGA, 2016).

À Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013 antecede a Exposição de Motivos Interministerial nº 00024/2013 apresentada pelo Ministério da Saúde e o Ministério da Educação ao governo federal para expor os principais motivos do projeto. O documento reúne as principais cláusulas da Constituição de 1988 que o PMM iria consolidar e colocar como parte de seus objetivos. O mesmo reforçou o SUS na tentativa de reafirmar suas diretrizes: universalidade, a equidade, a integralidade da atenção, a regionalização, a descentralização, a hierarquização e a

participação social, para desta forma garantir a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Além disso, reforçou a questão da educação em saúde considerada no inciso III do artigo 200 da Constituição, no qual é conferido ao SUS a ordenação da formação de recursos humanos (MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2013).

Segundo apontado no documento, a principal estratégia para enfrentar os problemas de acesso às ações e serviços de saúde são as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Estas redes oferecem serviços assegurados pelo SUS e coloca como princípio o trabalho articulado do Ministério da Saúde com os estados, municípios e o Distrito Federal através da Atenção Básica à Saúde. Este tipo de atenção é conhecida como a porta de entrada prioritária do SUS e está caracterizada por ter seu enfoque na promoção da saúde e a prevenção de doenças. Considera-se que a Estratégia Saúde da Família tem contribuído na sua expansão e aprimoramento, no entanto, ainda existe uma desigualdade enorme que impede generalizar estes resultados. Muitas localidades não têm conseguido fixar profissionais que garantam o acesso aos serviços básicos de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2013).

No documento foram apresentados dados que mostram a falta de profissionais da saúde, fundamentalmente médicos, e a distribuição desigual destes no país o que reforça do PMM. Segundo Maria Helena Machado, pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde (NERHUS), um relatório publicado pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais, em 2010, constatou que 97,6% dos municípios apresentavam escassez médica e que 400 deles não contavam com atenção médica nenhuma (MACHADO, 2016).

Segundo dados oferecidos pelo Ministério da Saúde, o Brasil apresentava no ano 2012 uma proporção de 1,8 médicos por cada 1.000 habitantes, sendo esta a menor proporção entre Argentina (3,9), Uruguai (3,7), Cuba (6,7) com sistemas de saúde similares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Além disso, à escassez de profissionais soma-se a má distribuição destes no território nacional. Dentre os estados com menor quantidade de médicos encontravam-se Acre (0,94), Amapá

(0,76), Maranhão (0,58), Pará (0,77) e Piauí (0,92). Na lista dos estados com maior número destes profissionais destacavam-se Rio de Janeiro (3,44), e São Paulo (2,49), seguidos pelo Espírito Santo (1,97), Minas Gerais (1,81) e Paraná (1,68).



Figura 1: Médicos por cada mil habitantes.
Fonte: Ministério da Saúde, acesso em julho de 2018.
Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/>.

Pode-se apreciar como esta situação tem a ver também com a desigualdade econômica. Os municípios mais pobres e de difícil acesso tinham maior necessidade de médicos e maior dificuldade na hora de fixá-los na região. Soma-se a isto, o baixo número de profissionais formados se comparada com a demanda no mercado do trabalho. Embora Brasil conte com uma quantidade razoável de escolas de medicina, a proporção de vagas de ingressos dos cursos para cada 1,000 habitantes é considerada inferior (0,8/1,000hab) e são distribuídas majoritariamente nas maiores e mais desenvolvidas cidades e capitais do Sudeste e Sul do país (MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2013).

Como resposta a estas demandas foi então aprovada a Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013 que criou o PMM. No capítulo IV, artigos 7º a 16º da mesma, ficou instituído o mesmo, assim como, a oferta de vagas para profissionais formados em instituições de educação superior brasileira ou com

diploma revalidado no País e aos médicos formados em instituições de educação superior estrangeiras, por meio de intercâmbio médico internacional. Além disso, ficaram definidos os integrantes do PMM: o médico participante, o supervisor (médico encarregado de supervisionar profissionalmente o médico) e o tutor acadêmico (médico encarregado da orientação acadêmica do médico participante) (GOVERNO FEDERAL, 2013).

Durante três meses a Medida Provisória nº 621 foi alvo de debates e mudanças na Câmara de Deputados e passou a ser analisada pelo Senado até que ficou instituída como Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Este debate mobilizou atores de diferentes entidades governamentais, acadêmicos, representações de classes médicas, etc. A partir deste momento, o PMM foi considerado como uma política de Estado 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;
- II - fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;
- III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;
- IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;
- V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;
- VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;
- VII - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e
- VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS (GOVERNO FEDERAL a, 2013).

Como se pode apreciar na análise destes objetivos, o programa abrange um conjunto de problemas que não tinham sido solucionados com as alternativas anteriormente propostas, sendo assim uma política pública inovadora. Segundo Thais Franco (2017), mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ, com a conversão da Medida Provisória em Lei, foram feitas algumas mudanças no desenho, fundamentalmente, no capítulo referente à formação médica. A ideia de adicionar aos cursos de medicina um segundo ciclo de formação a partir de 1º de janeiro de 2015 foi excluída e substituída por um

aumento da carga horária destinada à Atenção Básica e ao Serviço de Urgência e Emergência do SUS que ficou estabelecido no Cap. 3 Art.6:

O funcionamento dos cursos de Medicina é sujeito à efetiva implantação das diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE). Ao menos 30% (trinta por cento) da carga horária do internato médico na graduação serão desenvolvidos na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o tempo mínimo de 2 (dois) anos de internato, a ser disciplinado nas diretrizes curriculares nacionais (GOVERNO FEDERAL a, Cap.3, Art.6, 2013).

Além disso, o mesmo capítulo estabelece a obrigatoriedade da realização de um ou dois anos da residência em Medicina Geral da Família e a Comunidade (MGFC), excetuando, os programas de Residência Médica de acesso direto (GOVERNO FEDERAL a. Cap. 3, Art. 6, 2013).

O PMM se estrutura em três eixos fundamentais que se desenvolvem de maneira simultânea, sendo o primeiro deles o Provimento Emergencial, que dá solução a curto prazo ao problema da falta de profissionais. A ideia principal era ampliar o número de médicos nas Unidades Básicas de Saúde cobrindo 73% das cidades brasileiras e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs).

Neste sentido, foi instituída, junto à Medida Provisória nº 621, a Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013. A Portaria foi estabelecida para definir os aspectos fundamentais do PMM e explicar como seria a coordenação interministerial entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação.

Isto ficaria, portanto, como pauta fundamental da Lei nº 12.871 de 2013, e passaria a ser o mais conhecido publicamente por dar resposta a curto prazo a um dos problemas mais graves do país na saúde: a falta de médicos em muitos municípios brasileiros. A implementação do PMM se deu no âmbito da coordenação do Ministério da Saúde e do Ministério de Educação. Ambos os ministérios estariam também encarregados de avaliar o aperfeiçoamento dos médicos participantes nos cursos de especialização por instituição pública de educação superior e a participação destes na integração ensino-serviço. Além disso, a coordenação:

Disciplinará, acompanhará e fiscalizará a programação em módulos do aperfeiçoamento dos médicos participantes, a adoção de métodos transparentes para designação dos avaliadores e os resultados e índices de aprovação e reprovação da avaliação, zelando pelo equilíbrio científico, pedagógico e profissional (GOVERNO FEDERAL a, Cap.3, Art.14, 2013).

A coordenação do programa estaria, portanto, constituída por 3 (três) representantes do Ministério da Saúde, sendo pelo menos 1 (um) da Secretaria de Gestão em Saúde (SGTES); e 3 (três) representantes do Ministério da Educação, sendo pelos menos 1 (um) da Secretaria de Educação Superior (SESu/ MEC). A SGTES fornecerá o apoio administrativo necessário para o desenvolvimento das atividades realizadas no âmbito da coordenação do programa (GOVERNO FEDERAL, 2013).

Dentre as disposições fundamentais do eixo Provimento estão: a definição do perfil dos médicos que irão participar do programa assim como dos critérios de elegibilidade que ajudariam identificar as regiões prioritárias para o SUS.

Os médicos são selecionados na seguinte ordem de prioridade levando em consideração seu perfil:

- Médico com registro no Conselho Regional de Medicina (CRM-BRASIL), formado em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado no Brasil.
- Médico Intercambista Individual formado em instituição de educação superior estrangeira com habilitação para exercício da medicina no exterior (sem registro no CRM).
- Médico Intercambista cooperado formado em instituição de educação superior estrangeira com habilitação para exercício da medicina no exterior (acesso por cooperação internacional) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a).

Os médicos com registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) e os médicos intercambistas podem manifestar seu interesse de adesão através dos editais de chamadas públicas que o Ministério da Saúde lança por meio da SGTES, e conforme as vagas e os municípios previamente definidos. No caso das vagas não ser plenamente preenchidas, então entram no campo de atuação os médicos cooperados (cubanos) por meio do recrutamento e como parte de um acordo firmado entre os governos de Brasil e Cuba por meio da OPAS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a).

Além da apresentação do diploma expedido por uma instituição de educação superior estrangeira, do documento que comprove a habilitação para o exercício da medicina no exterior e de conhecimento da língua portuguesa, é requisito para o ingresso dos médicos intercambistas ou cooperados no PMM ser provenientes de um país que apresente relação estatística médico/habitante igual ou superior a 1,8/1000, seguindo o estabelecido pela OMS (GOVERNO FEDERAL, Cap. 5, Art. 19, 2013).

O Ministério da Saúde emite um número de registro único para cada médico intercambista participante do programa e a respectiva carteira de identificação, que o habilitará para o exercício da medicina. Depois disto, a coordenação comunica ao Conselho Regional de Medicina (CRM) de cada área de atuação a relação de médicos intercambistas participantes e os respectivos números de registro único, ficando assim, nas mãos do CRM a fiscalização do profissional (GOVERNO FEDERAL a, Cap. 3, Art. 16, 2013).

O médico intercambista só pode exercer a medicina exclusivamente no âmbito do PMM, eles recebem um visto para permanecer no Brasil por três anos a serem prorrogados por igual período, permitindo o visto temporário para dependentes legais do médico intercambista estrangeiro, incluindo companheiro ou companheira, pelo prazo de validade do visto do titular (GOVERNO FEDERAL a, Cap.4 Art. 16-18, 2013).

Como a prorrogação da participação no PMM não é automática, os profissionais precisam manifestar seu interesse levando em consideração os editais específicos deste tipo de requerimento. No caso dos médicos cooperantes cubanos, a prorrogação depende da autorização do governo cubano por meio da OPAS, pois eles ingressam no programa por Cooperação Internacional. Para a efetivação da prorrogação serão determinantes: os impactos positivos gerados pelos médicos na assistência à população das regiões mais vulneráveis e o desinteresse por parte dos médicos com registro no CRM de trabalhar nestas regiões (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a).

Os médicos integrantes podem receber bolsa-formação, bolsa-supervisão ou bolsa-tutoria definidas em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e

da Saúde, além de contar com uma ajuda da União destinada a compensar as despesas de instalação do médico participante (não pode ser maior que o valor de 3 bolsas-formação). O governo federal pode, ao mesmo tempo, custear as despesas com o deslocamento dos médicos e seus familiares (GOVERNO FEDERAL b, Cap. 3, Art. 19, 2013).

A bolsa-formação teria um valor mensal regulamentado de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), a bolsa-supervisão o valor mensal de R\$ 4.000,00 (quatro mil reais) e a bolsa-tutoria o valor mensal de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais). Referente à ajuda de custo para despesas de instalação do médico seriam estabelecidas três faixas de valores de acordo com a localização dos municípios participantes:

Faixa 1 - Municípios situados na região da Amazônia Legal, em região de fronteira e áreas indígenas: concessão de ajuda de custo no valor de 3 (três) bolsas ao médico participante;

Faixa 2 - Municípios situados na Região Nordeste, na Região Centro-Oeste e na região do Vale do Jequitinhonha-MG: concessão de ajuda de custo no valor de 2 (duas) bolsas ao médico participante; e

Faixa 3 - Capitais, regiões metropolitanas, Distrito Federal e Municípios não contemplados nos incisos I e II deste parágrafo: concessão de ajuda de custo no valor de 1 (uma) bolsa ao médico participante (GOVERNO FEDERAL, Cap. VI, Art. 22, 2013).

Segundo dados do Ministério da Saúde e a OPAS, em 2013 o contingente de médicos brasileiros e intercambistas era de 1.280 profissionais, em 2017 o número subiu a 9.569, o que ainda era insuficiente para cobrir as vagas ofertadas pelo Programa (18.240). Desta forma, no ano 2013 os médicos cooperados somavam 5.400 profissionais, número que chegou a seu máximo patamar em 2015 com 11.429 e, em maio de 2017 diminuiu a 8.671 profissionais. Isto comprova que o interesse dos médicos com registro no CRM cresceu consideravelmente a partir de 2015, preenchendo 89% das vagas oferecidas no edital de 2016.

Para tentar fixar os profissionais, o programa fornece atividades educacionais presenciais e a distância para que os médicos possam cursar especialização lato sensu numa Instituição de Ensino Superior por meio da Universidade Aberta do SUS (UNASUS), bolsas de formação financiadas pelo governo federal, etc. Embora a participação dos médicos brasileiros e a resposta destes ante às chamadas do país tenha melhorado, as vagas em municípios de

maior vulnerabilidade continuavam com uma ocupação muito baixa e a permanência dos médicos com registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) nestes municípios era inferior a 90 dias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a).

Para lograr uma melhor distribuição dos médicos participantes no programa foram consideradas prioritárias para o SUS as regiões de difícil acesso, de difícil provimento de médicos ou com populações em situação de vulnerabilidade. Estas áreas foram identificadas com base nos critérios seguintes recolhidos na Portaria Interministerial 1.369/2013:

- a) ter o Município 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;
- b) estar entre os 100 (cem) Municípios 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;
- c) estar situado em área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS), órgão integrante da Estrutura Regimental do Ministério da Saúde; ou
- d) estar nas áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos Municípios (GOVERNO FEDERAL, Cap.1, Art. 4, 2013).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), criado em fevereiro de 1982 com o objetivo de articular, representar *e apoiar as Secretarias Estaduais de Saúde, no âmbito do SUS, promover a disseminação da informação, produção e difusão do conhecimento, inovação e incentivo à troca de experiências* (CONASS, 2018), define seis perfis de adesão segundo estes critérios:

Perfil 1(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);

Perfil 2 (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);

Perfil 3 (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) Municípios 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;

Perfil 4 (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;

Perfil 5 (Situações de Vulnerabilidade): Município que está situado em área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS);

Perfil 6 (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)." (NR) (CONASS, 2013).

As classificações relativas ao perfil de vulnerabilidade dos municípios estavam baseadas no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal-(IDHM) baixo/muito baixo: as regiões dos Vales do Jequitinhonha-MG, Mucuri, o Semiárido da Região Nordeste, e a Comunidades Quilombolas. Os municípios que se enquadram no conceito de *Semiárido* são aqueles que apresentam risco de seca maior que 60%, tomando-se por base o período entre 1970 e 1990. No caso comunidades *Quilombolas*, sua característica principal é a presença de grupos com identidade cultural própria formada por meio de um processo histórico que começou nos tempos da escravidão no Brasil. Já o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) Baixo ou Muito Baixo, é utilizado como um indicador de vulnerabilidade socioeconômica que considera as condições de vida em relação à longevidade (saúde), educação e renda, podendo variar entre 0 e 1. Quanto mais próximo de 1 maior o desenvolvimento humano. De 0 a 0,499 classifica IDHM Muito Baixo, de 0,5 a 0,599 pertence à categoria IDHM Baixo, 0,6 a 0,699 IDHM Médio, 0,7 a 0,799 é IDHM Alto e de 0,8 a 1 é classificado com IDHM Muito Alto (NOGUEIRA, 2016).

Não é obrigatório para os municípios aderir ao PMM, mas todos os municípios podem se inscrever, processo que ocorre antes de abrir o edital para a inscrição de médicos. Os que possuem áreas em uma das situações mencionadas anteriormente podem participar do PMM manifestando seu interesse e enviando o Termo de Adesão e Compromisso com determinadas ações e responsabilidades a serem adotadas. Os municípios que se enquadram nos perfis do 1 ao 5 são considerados prioritários, no entanto, os classificados dentro do perfil 6 seriam considerados **Demais Municípios**.

Depois de assinado o Termo de Compromisso, o município faz o pedido de solicitação de determinado número de médicos, a mesma é analisada a partir dos critérios de necessidade da população, a oferta de serviços já disponíveis e a infraestrutura das UBS para receber o profissional. Mediante a análise destes critérios e levando em consideração as áreas de prioridade entre as regiões, municípios e áreas dentro dos próprios municípios se estabelece o número de vagas para cada cidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

No período de 2013-2014, o Ministério da Saúde realizou vários chamamentos através de editais, depois de terem definido o número de vagas disponíveis. Neste período, dos 5.570 municípios brasileiros, 3.785 receberam médicos do programa (14.168 médicos) representando um 68% do total, no entanto, 44 municípios tiveram sua adesão cancelada, 376 desistiram e 1.365 não se inscreveram. Dentre eles, 2.377 municípios atendiam a algum dos critérios de prioridade ou vulnerabilidade e 1.408 não atendiam a nenhum critério inserindo-se no último perfil. As regiões do Sul e o Sudeste foram as que aderiram o maior número de municípios catalogados no mesmo. Também foi constatado que o 22,7% dos municípios considerados regiões prioritárias para o programa não se inscreveram ou cancelaram sua inscrição, sendo na sua maioria do Nordeste pelo fato da adesão ao programa não ser obrigatória (OLIVEIRA, 2016).

Em relação ao perfil dos médicos, em todas as regiões do país foram recebidos médicos cooperantes destacando-se uma vez mais a participação maioritária de médicos cubanos que representavam, aproximadamente, 80% do total. Neste caso, o Nordeste foi a região que mais médicos cooperantes recebeu seguido pelo Sudeste e Sul. Os médicos com registro médico também foram alocados na sua maioria no Nordeste deixando para os intercambistas individuais a maioria das vagas localizadas no Sul e Sudeste. (OLIVEIRA, 2016).

Nos mapas a seguir pode-se apreciar a distribuição de médicos do programa por 1.000 habitantes, o que corrobora a concentração destes no Nordeste e especialmente na Amazônia. Também podemos constatar a participação em grande escala dos profissionais cubanos especialmente em Amapá, Maranhão, Pará, Piauí, Alagoas e Bahia.

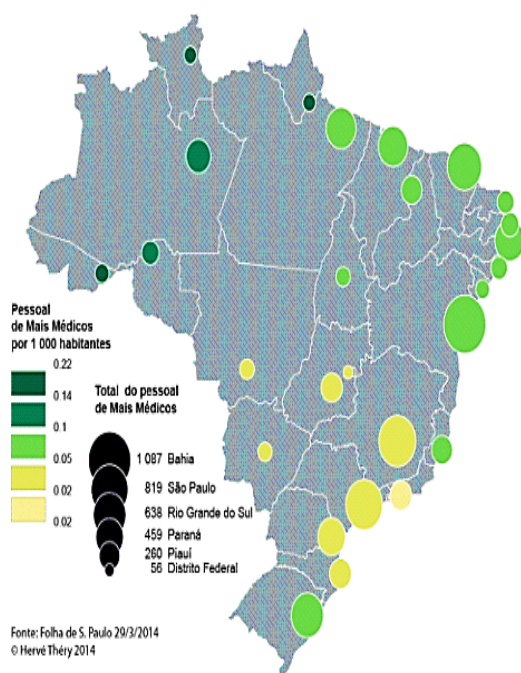


Figura 2: Médicos do Mais médicos por cada mil habitantes.

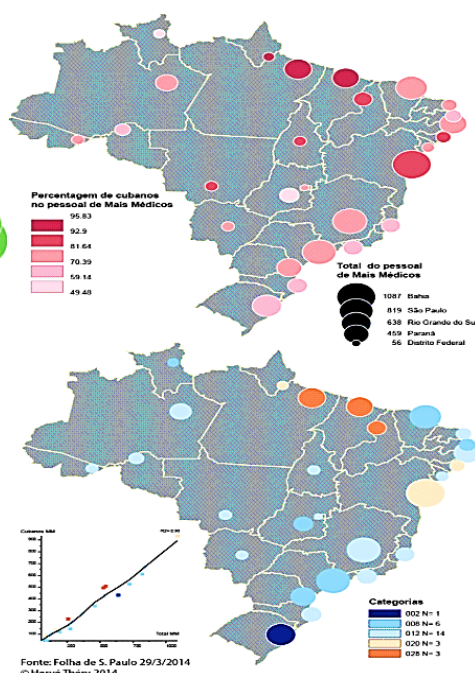


Figura 3: Porcentagem de cubanos no Mais Médicos.

Fonte: Folha de São Paulo 2014, acesso em julho de 2018.

Os mapas destacam a maior adesão dos municípios do Norte e do Nordeste ao programa, regiões que ao longo da história da saúde pública no Brasil têm mostrado conviver com uma escassez absurda de médicos devido a sua condição socioeconômica pouco favorável.

O segundo eixo do programa prevê uma reestruturação profunda na formação médica do país. Embora o primeiro eixo, Provisão Emergencial, tenha sido alvo da maioria dos estudos existentes, seria através deste próximo eixo nomeado Educação que se faria frente de forma definitiva ao problema da falta de profissionais. Para contribuir no cumprimento dos objetivos do PMM através deste eixo adotaram-se algumas ações:

- reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos;
- estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País;
- promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional ((MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

O funcionamento dos cursos de Medicina estaria sujeito à implantação de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) definidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE). Pretendia-se que a formação do médico estivesse voltada para as necessidades que a população realmente sofria no seu dia a dia. Com isto, se buscava que o profissional estivesse preparado para o cuidado integral do paciente, não somente da doença. Contudo, a integração de aspetos como a família do paciente, seu trabalho, seus hábitos diários, etc., ajudariam neste processo de aproximação médico-paciente. (GOVERNO FEDERAL a, Cap.3 Art.4, 2013). Assim, haveria uma aproximação dos futuros profissionais com o sistema de saúde e uma forma de combinar a teoria com a prática, tratando de direcionar seus olhares às necessidades e condições reais da população. Também se reforça uma das características fundamentais da atenção básica: o trabalho em equipe (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

É importante entender como estes cursos são implementados nos municípios, coisa que também mudou com o PMM. Anteriormente era suficiente a apresentação de um projeto ao Ministério da Educação por parte da Instituição de Ensino Superior interessada em abrir o curso em conjunto com o município sede. Este avaliava o projeto e o consultava com o Conselho Nacional de Saúde sem ter critérios estabelecidos que orientassem a aprovação ou não do mesmo.

A partir da implementação do PMM em 2013, a aprovação passou a constar de etapas. Primeiramente, o Ministério da Saúde, baseando-se em critérios públicos, indica quais são as regiões que têm maior necessidade de expansão do número de vagas e define os parâmetros que o município deve cumprir para oferecer uma formação médica de qualidade. Por sua parte, o Ministério da Educação faz a publicação de um edital para verificar quais municípios têm interesse em receber um curso de Medicina. Desta forma, os interessados são submetidos a uma avaliação para saber se são capazes de receber o curso. Para isto, os municípios precisam comprovar que têm as condições assim como a capacidade de oferecer não só leitos hospitalares e hospitais para usar como local de ensino, mas também equipes da Estratégia da Saúde da Família, redes de urgência, etc.

Posteriormente, na segunda etapa, se abre um novo edital, mas agora para as Instituições de Ensino Superior que vão tentar ser escolhidas para abrir seus cursos nos municípios anteriormente escolhidos. Estas instituições também vão ter que cumprir determinados critérios (pontuações nas avaliações do Ministério de Educação, projeto político-pedagógico, proposta de integração ensino-serviço, etc.) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

No caso dos Programas de Residência Médica seriam ofertadas vagas anualmente nas modalidades Programas de Residência em Medicina Geral da Família e a Comunidade e Programas de Residência Médica de acesso direto. A meta do governo federal foi a criação de 11,5 mil vagas de graduação e 12,4 mil vagas de residência até 2017. Com isto, se buscava formar a quantidade necessária de médicos para suprir as necessidades da população brasileira e alcançar o patamar de 2,7 médicos/1.000 habitantes. Com o PMM as novas vagas estariam subordinadas à necessidade social e às especialidades mais necessárias tanto nas escolas públicas como nas privadas. Desta forma, reforçava-se a luta por reduzir as iniquidades na distribuição de profissionais e oferecer reforço para aquelas regiões com maior déficit (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

No sistema brasileiro é complicado definir quais são as especialidades que precisam de maior abertura de vagas. Isto acontece dada à insuficiência de informações disponíveis sobre a formação e atuação de médicos especialistas. Além disso, no Brasil existem diferentes formas de se tornar especialista. O médico que conclui a sua residência médica é especialista na área que se formou, mas também existe um sistema privado de reconhecimento de especialidades, efetuado pelas sociedades de especialidades que utiliza determinados critérios. Referente a esta situação o programa introduz a criação do Cadastro Nacional de Especialistas com o objetivo de regular a quantidade e a formação dos especialistas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

O Cadastro, estabelecido por meio do Decreto 8.516 de setembro de 2015, é uma ferramenta fundamental para a estratégia de universalização das residências médicas, prevista na Lei do PMM. Ele unifica as bases de dados de diversos órgãos e entidades, preservando as devidas prerrogativas institucionais. O

cruzamento dessas informações resultará em uma base de dados confiável e atualizada. As bases de dados unificadas são:

- Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), do Ministério da Educação;
- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Ministério da Saúde;
- Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);
- Associação Médica Brasileira (AMB);
- Conselho Federal de Medicina (CFM)

E dentre as informações que podem ser achadas nele encontram-se:

- Especialidade Médica (de acordo com registro na CNRM, CFM ou AMB e associações);
 - Município(s) e tipos de serviços de saúde onde o médico atua;
 - Graduação (ano de conclusão e instituição pela qual se formou);
 - Pós-Graduações realizadas (ano de conclusão, instituição e tipo)
- (GOVERNO FEDERAL, 2015).

Junto com o objetivo de identificar as regiões com maior necessidade de médicos especialistas, o PMM também inclui várias mudanças. Uma delas é a abertura de igual número de vagas de residência médica de acesso direto que o número de vagas ofertadas no ano anterior nos cursos de medicina. Além disso, as especialidades de acesso direto (aquelas que o médico não precisa ter concluído uma outra residência médica anteriormente) passaram a ser enumeradas na lei: a) Genética Médica; b) Medicina do Tráfego; c) Medicina do Trabalho; d) Medicina Esportiva; e) Medicina Física e Reabilitação; f) Medicina Legal; g) Medicina Nuclear; h) Patologia; e i) Radioterapia. Juntou-se a isto, a obrigatoriedade de cumprir o primeiro ano do Programa de Residência em Medicina Geral da Família e a Comunidade para poder escolher um dos seguintes Programas de Residência Médica: Medicina Interna (Clínica Médica), Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Geral, Psiquiatria, Medicina Preventiva e Social. (GOVERNO FEDERAL a, Cap.3. Art.5-7, 2013).

Esta nova modalidade em medicina da família promove a ideia de especializar o médico de forma que este possa responder, aproximadamente, 80% dos casos que se apresentem na sua rotina diária como médico. O médico seria instruído para prestar atenção integral ao usuário, sendo capaz de atuar na atenção básica, mas também de contemplar especificidades do SUS, como as atuações na área de Urgência e Emergência, Atenção Domiciliar, Saúde Mental, Educação Popular em Saúde, Saúde Coletiva e Clínica Geral Integral em todos os ciclos de vida (GOVERNO FEDERAL a, Cap. 3, Art.6, 2013).

Segundo os artigos 7 e 8 da Lei do PMM, a coordenação da residência em Medicina Geral da Família e a Comunidade está nas mãos do Ministério da Saúde, no entanto as bolsas de financiamento podem receber complementação financeira a ser estabelecida e custeada pelos Ministérios da Saúde e da Educação.

O terceiro eixo do PMM intitulado Infraestrutura refere-se, fundamentalmente, ao estabelecido no Capítulo V Art. 30 da Lei: "O SUS terá o prazo de 5 (cinco) anos para dotar as unidades básicas de saúde com qualidade de equipamentos e infraestrutura, a serem definidas nos planos plurianuais". Já o Ministério da Saúde estava trabalhando para tentar melhorar a qualidade da infraestrutura, exemplo disto, foi a criação do Programa de Requalificação das UBS (Requalifica UBS) em 2011. O mesmo criou um incentivo financeiro para a reforma, ampliação, construção e informatização das UBS possibilitando uma melhoria na qualidade da atenção básica. A qualidade nas UBS deixava muito a desejar por causa do baixo financiamento e a estrutura inadequada que ofereciam. Além disso, a falta de informatização dificultava a oferta dos serviços pelos profissionais da equipe de saúde.

Com a implementação do PMM, o número de reformas e ampliações aumentou para 15,3 mil UBS e o de construções para 7,9 mil se comparadas com o número alcançado em 2011 e 2012 (9,8 mil e 2,4 mil respectivamente). Assim, o orçamento que iniciou em 1,7 bilhões de reais no ano 2013, passou para 4,9 bilhões de reais financiando, desta forma, mais de 23 mil obras em mais de 4,9 mil municípios do Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Os médicos do PMM foram distribuídos e localizados para trabalhar nestas UBS, sendo que as características variam muito de acordo com a região em que estivesse: área rural, indígena, etc., ou seja, de acordo com a região prioritária definida pelo SUS. Uma UBS em mal estado, com falta de equipamento e recursos materiais interfere fortemente no processo de trabalho dos médicos, comprometendo a qualidade da atenção proporcionada aos usuários. É por isto que o PMM dedica um de seus eixos a tentar melhorar as condições de trabalho dos profissionais para, conseqüentemente, lograr melhorias na atenção à população. Num estudo feito por Soares Neto et al foi estabelecida uma relação entre o IDHM e a infraestrutura das UBS brasileiras para ter uma visão mais ampla da situação real das UBS. Neste estudo, os autores criaram níveis de complexidade: o nível 1 refere-se às unidades com estrutura elementar e o nível 6 estariam agrupadas àquelas com estruturas mais sofisticadas. De acordo com o resultado desta pesquisa, as regiões Norte e Nordeste se encontram em um nível de infraestrutura mais baixo, o que reafirma a ideia da relação estabelecida pelos autores. Existe de fato uma tendência de que municípios com IDHM baixo estejam equipados com UBS de infraestrutura baixa (NETO; MACHADO; ALVES, 2016).

Com o objetivo de orientar profissionais e gestores de saúde no processo de elaboração dos projetos de reforma, ampliação e construção da UBS foi lançado pelo Ministério da Saúde o manual de estrutura física das unidades básicas de saúde em 2006. Neste manual ficou estabelecido que as UBS devem ser construídas de modo que os trabalhadores, os profissionais de saúde e os usuários fiquem num ambiente acolhedor e humanizado, seja por meio das tecnologias ali implementadas ou também por meio dos componentes estéticos utilizados no desenho do local (luminosidade, temperatura adequada, etc.). Além disso, também é importante os modificadores do espaço criados para melhorar o percurso do paciente até seu atendimento: recepção sem grades, identificação dos serviços existentes através de placas legíveis, espaços adaptados para portadores de deficiência, etc. (MINISTÉRIO DA SAÚDE a, 2006).

Verificou-se que aquelas unidades de saúde que na atualidade recebem médicos do PMM possuem nível de infraestrutura levemente superior. Foram

dados passos importantes no investimento para a construção e reconstrução das UBS e as UPAs. Estava tendo lugar um esforço por garantir as condições mínimas necessárias para o trabalho dos profissionais, embora estes fossem localizados em regiões prioritárias e em situações de vulnerabilidade.

Depois de ter analisado os três eixos que resumem a essência do PMM se pode constatar que a política pública tem intenção clara de mudar aqueles fatores que impedem o acesso universal à saúde no país. Não se trata somente de prover médicos nas regiões que mais precisam, mas também de formar profissionais capazes de atuar em quase todas as situações com um perfil mais centrado na pessoa do que na própria doença, assim como, garantir os meios adequados para estes poderem realizar o atendimento de qualidade que a população merece.

Para que estes três eixos estruturantes do programa fossem implementados satisfatoriamente, as relações e as responsabilidades delegadas a cada ente federativo deviam coexistir num ambiente de cooperação dada a grande desigualdade regional e o conjunto de fatores externos que iam influenciar a política. Além disso, é importante destacar a participação de diferentes ministérios envolvidos diretamente no programa. É a esta relação que os autores Lotta, Galvão e Favareto (2016) vão chamar de intersetorialidade ou integração horizontal, ou seja, entre diferentes setores públicos nas diferentes fases da política.

Coordenar o PMM, de forma geral, é responsabilidade do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação que vão estar encarregados das atividades da Residência em Medicina Geral da Família e a Comunidade, e dos aspetos relacionados aos cursos de medicina ampliados mediante o eixo Educação. Assim como das mudanças anteriormente analisadas e estabelecidas no âmbito residência médica. Ambos vão contar com a autonomia necessária para editar normas complementares para o cumprimento do estabelecido na lei do PMM (GOVERNO FEDERAL a, Cap. 5, Art. 31, 2013).

A participação conjunta destes dois ministérios mostra a eficácia da ação compartilhada para solucionar determinados problemas na política pública de saúde. Mas, dada a abrangência e a complexidade do programa, o processo de

implementação também vai precisar da parceria do Ministério da Defesa, do Ministério das Relações Exteriores, do Ministério do Trabalho e do Ministério da Previdência. Estes estão encarregados do transporte e das questões fronteiriças, do processo para a concretização dos contratos dos profissionais cooperantes, seu ingresso no Brasil e a vinda de seus acompanhantes legais por meio de visto temporário e as questões trabalhistas e da previdência. (LOTTA; GALVÃO; FAVARETO, 2016).

Por outro lado, as relações federativas estabelecidas para a execução do PMM são complexas e se dão de forma pactuada. A União, os Estados e os Municípios têm a responsabilidade de articular um programa de caráter federativo e intersetorial, pois segundo a visão dos autores a articulação vertical é fundamental segundo a visão dos autores. Esta forma de articulação vai estabelecer as relações federativas, a maneira em que cada ente federado está envolvido no programa e a distribuição das responsabilidades na regulamentação, financiamento e execução da política.

Ainda segundo os autores, embora o PMM tenha sido criado pelo governo federal e tenha se convertido em política de Estado, a distribuição dos profissionais nos municípios se dá sob as regras estabelecidas no âmbito do SUS, de forma compartilhada e articulada nas CIB e CIT. A maior parte do financiamento do programa está nas mãos do governo federal. Cabe a este a tarefa de garantir o pagamento das bolsas-formação, o deslocamento do país da origem do médico intercambista ou cooperante e o auxílio para sua instalação no Brasil. No caso dos municípios, os gastos seriam menores precisando somente garantir com seus próprios recursos a moradia e a alimentação dos médicos. Como era de se esperar, os municípios vão ter um papel determinante com a chegada dos profissionais. Quem melhor que o próprio município para se encarregar da recepção do profissional?

Segundo estabelecido na Portaria 23 de 1º de outubro de 2013, o gestor municipal deve disponibilizar transporte para o deslocamento do médico participante até o local de trabalho, assim como, deve preparar a recepção destes e fornecer moradia. A moradia pode estar classificada dentre as seguintes modalidades: imóvel físico, recurso pecuniário ou acomodação em hotel/pousada.

No caso em que o médico participante esteja acompanhado por seus familiares considera-se prioritário oferecer para ele uma das duas primeiras modalidades. Se fosse utilizada a modalidade de recurso pecuniário, os valores a serem oferecidos seriam de, no mínimo R\$ 500,00 (quinhentos reais), e máximo de R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais), podendo o gestor municipal adotar valores superiores, conforme a realidade do mercado imobiliário local. Os médicos devem, neste caso, comprovar que o recurso está sendo utilizado somente como despesa com moradia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A moradia oferecida em qualquer uma das modalidades deve propiciar as condições básicas de habitabilidade e segurança: infraestrutura física e sanitária em boas condições, disponibilidade de energia elétrica e abastecimento de água. Em relação às condições do local de trabalho, o município deve fornecer um local adequado para o bom desempenho do profissional com higiene, segurança e os equipamentos necessários. Para lograr esta meta é fundamental que, ao receber médicos através do PMM, o município adira ao Programa de Requalificação das UBS em até 60 dias da chegada do médico no município, em caso de infraestrutura inadequada para a execução das ações do PMM.

Resumidamente, o papel do governo federal está ligado às etapas de formulação, financiamento, coordenação e avaliação do PMM. Enquanto os governos municipais estão ligados às etapas de implementação da política pública, a gestão dos recursos humanos envolvidos e da interação com a sociedade.

3. Programa Mais Médicos. Avanços e desafios

No capítulo anterior foi apresentado institucionalmente o PMM mediante os dados obtidos através da análise documental de documentos. Isto permitiu o estudo detalhado de suas etapas principais: formulação e implementação. Neste terceiro momento, serão analisadas as entrevistas realizadas a seis médicos e um pesquisador da área da saúde pública, no caso dos médicos, seus nomes não serão utilizados para preservar a identidade dos mesmos.

Dos médicos entrevistados, quatro foram médicos cubanos formados em Medicina Geral Integral com experiência em missões internacionais (dois homens e duas mulheres) e dois foram médicos brasileiros que aderiram ao programa (duas mulheres). Os seis atuavam em UBS de municípios nordestinos há três anos. O pesquisador entrevistado foi Carlos Henrique Paiva, coordenador do Observatório História e Saúde (Depes/COC) com mestrado e doutorado em Saúde Coletiva. O perfil do doutor está focado na história da saúde pública no Brasil, reforma sanitária e o SUS, saúde internacional e diplomacia em saúde e sobre a formação de pessoal de saúde no Brasil.

O foco principal das entrevistas são as suas opiniões pessoais sobre estas duas etapas do programa. As perguntas foram elaboradas em relação à participação nas diferentes etapas da política pública tanto dos entes governamentais como dos próprios médicos, as necessidades mais imediatas da população e se estas foram levadas em consideração, a situação que os médicos enfrentaram ao chegar às UBS, a percepção que se tem referente à contratação dos médicos cooperados cubanos, etc. Para complementar os resultados obtidos nas entrevistas também foram analisadas as opiniões achadas em diferentes documentos do Ministério da Saúde e outros documentos como revistas e sites de opinião.

O PMM no seu desenho contempla alguns dos aspectos mais importantes da área da saúde no momento, os problemas e dificuldades que enfrentava o SUS e que exigiam uma resposta imediata. Seu principal eixo provimento emergencial foi, sem dúvida, o eixo de maior relevância a curto prazo dado que tentava dar

resposta imediata à escassez de médicos existente no país e melhorar a atenção básica. Tinha-se uma experiência parecida com a execução do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) que certamente contribuiu na implementação do programa e que utilizou alguns aspectos administrativos e de gestão como referência.

Uma das vantagens aproveitadas foi a utilização de perfis geográficos e socioeconômicos para a distribuição dos médicos, os quais passaram, como foi analisado no capítulo anterior, a formar parte da Lei do programa como critérios de elegibilidade de regiões prioritárias e de vulnerabilidade para o SUS. De acordo com dados oferecidos pela Secretaria de Gestão em Saúde (SGETS), a adesão dos municípios segundo seu perfil se deu da seguinte maneira:

Quadro 3: Adesão dos municípios ao PMM segundo os perfis de vulnerabilidade.

Perfil	Total de Municípios	Municípios aderidos	% de Adesão
Capitais	27	27	100%
Região Metropolitana	509	441	87%
G100 ³	98	93	95%
20% de extrema pobreza	1708	1393	82%
DSEI	34	34	100%
Demais Municípios	3228	2144	66%
Total	5570+34 distritos	4068+34 distritos	81%

Fonte: DEPREPS/SGTES/MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Desta forma, o maior percentual de adesão foi por parte dos municípios com maior carência e isto foi determinante no cumprimento dos objetivos do programa. A criação destes perfis contribui com um maior controle da distribuição dos profissionais e garante a permanência destes nos municípios realmente carentes. Para manter o foco nestas regiões se regulamentou que os médicos já cadastrados na região metropolitana não pudessem se deslocar para as capitais e os já cadastrados em municípios com 20% de extrema pobreza só podiam se deslocar para outro município do mesmo perfil ou Distritos Sanitários Especiais Indígenas e assim por diante (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

³ G-100: Segundo perfil de adesão ao PMM. 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) Municípios 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.

No ano 2014, o Tribunal de Contas da União (TCU) realizou uma auditoria baseada no primeiro eixo do PMM, Provimento Emergencial. Para isto utilizou dados oferecidos pelo Ministério da Saúde e realizou estudos de caso com o objetivo de identificar as metas realmente alcançadas na fase inicial do programa. Como uma das limitantes identificou-se o monitoramento, em muitos dos casos, pouco efetivo. Não se conseguia evitar que os municípios atendidos pelo programa substituíssem os médicos anteriormente contratados pela prefeitura pelos médicos bolsistas participantes. Esta situação somente mantinha as desigualdades distributivas e tornava o município mais dependente do governo federal (TCU, 2015).

Para tentar evitar que isto continuasse ocorrendo, o Ministério da Saúde passou a analisar cuidadosamente a necessidade de vagas em cada município levando em consideração o teto populacional, a necessidade real de expansão da cobertura e oferta de atenção básica de acordo com a quantidade de médicos já presentes em cada município, a situação das UBS e a capacidade de receberem médicos do programa, etc. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Embora o uso da estrutura já existente no SUS agilizasse o processo de implementação do PMM, a mesma também traria todas as imperfeições e problemas já presentes. Os municípios que se juntassem ao programa deveriam mostrar capacidade para receber os novos profissionais. Estes iam utilizar as UBS já instaladas, mas dada a grande heterogeneidade dos municípios brasileiros nem sempre que estes chegavam nelas se depararam com uma estrutura adequada.

A baixa qualidade da infraestrutura incidia como detonador da grande rotatividade dos médicos, provocando maiores gastos financeiros. Neste aspecto, também tentava se adentrar o programa que reconhecia a importância da qualidade das características estruturais para garantir o atendimento ao paciente. No ano 2015, 17.074 médicos do programa atuavam em 14.348 UBS em todo o Brasil sendo que, a maioria destas UBS recebeu 1 médico do programa (86,4%), 9,9% receberam 2 médicos, 2,6% receberam 3 médicos e 1,2 % receberam de 4 a 9 médicos (GIOVANELLA et al., 2016).

O Programa Requalifica UBS atuava na estruturação e o fortalecimento da Atenção Básica por meio da construção, reforma ou ampliação das UBS. Até final do ano de 2015 tinham sido implantadas 26.277 propostas das quais 18.036 tinham registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). No entanto, aquelas UBS com maiores problemas de infraestrutura foram as que menos investimentos do Requalifica UBS tiveram. Isto incidiu negativamente na implementação do PMM nestes municípios já que receberam menor número de médicos embora fossem os que mais precisassem. Os estudos realizados em diferentes localidades mostram que isto pode ter sido resultado de uma gestão instável e da autonomia dada aos municípios para se aderir ou não aos programas (GIOVANELLA et al., 2016).

Embora estes entraves limitassem muito, o PMM e o Programa Requalifica UBS mostraram avanços significativos na implantação das equipes de saúde da família e, portanto, na atenção básica. Segundo dados oferecidos pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, em dezembro de 2012 o país contava com 33.899 equipes distribuídas em 5.297 municípios e que ofereciam cobertura da atenção básica a, aproximadamente, 68,71% da população. Já no ano de 2013, contava-se com 35.567 equipes (percebendo um aumento na porcentagem referente à população coberta), e no de 2016 contava-se com 41.061 equipes oferecendo atenção básica aos 74,4% da população (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2017).

O entrevistado número dois, médico cooperado atuante no município de Fortaleza, na região Nordeste do país, diz ter experimentado as mudanças na Atenção Básica a partir de melhorias na estrutura da UBS em que estava se desempenhando:

“Chegando em Fortaleza fui recepcionado pela Equipe de Saúde da Família ali implementado. Quando fui levado até meu local de trabalho foi muito chocante porque não era na verdade um posto de saúde, o chão era de terra e não tinha divisões pelo que não tinha privacidade no atendimento. Além disso, as condições do telhado e as instalações elétricas eram precárias. Mas, aproximadamente, um ano depois foi inaugurado o nosso posto de saúde já com os equipamentos necessários para trabalharmos” (ENTREVISTADO 2, 2018).

O PMM na atualidade continua oferecendo suporte aos municípios cearenses. O estado conta, na atualidade, com a participação de 1.386 médicos do

PMM atuando em 96% dos 184 municípios do estado e oferecendo atendimento a aproximadamente 8 milhões de pessoas se consideramos o censo demográfico de 2010. A maior parte dos profissionais estão localizados em unidades básicas de saúde em Fortaleza, Maranguape e Sobral (COSEMS-CE, 2018). No estado, em 2013, a relação era de 1,16 médicos/mil habitantes (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2015), dado que mudou no ano de 2015 alcançando a relação de 1,26 médicos/mil habitantes. Isto provocou um aumento considerável no número de atendimentos nas unidades básicas de saúde habitantes (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2015).

Esta situação também se apresenta em todo o país. O PMM aumentou em 10% a cobertura de Estratégia da Saúde da Família entre 2013 e 2017, incrementando a inclusão de 26 milhões de pessoas.

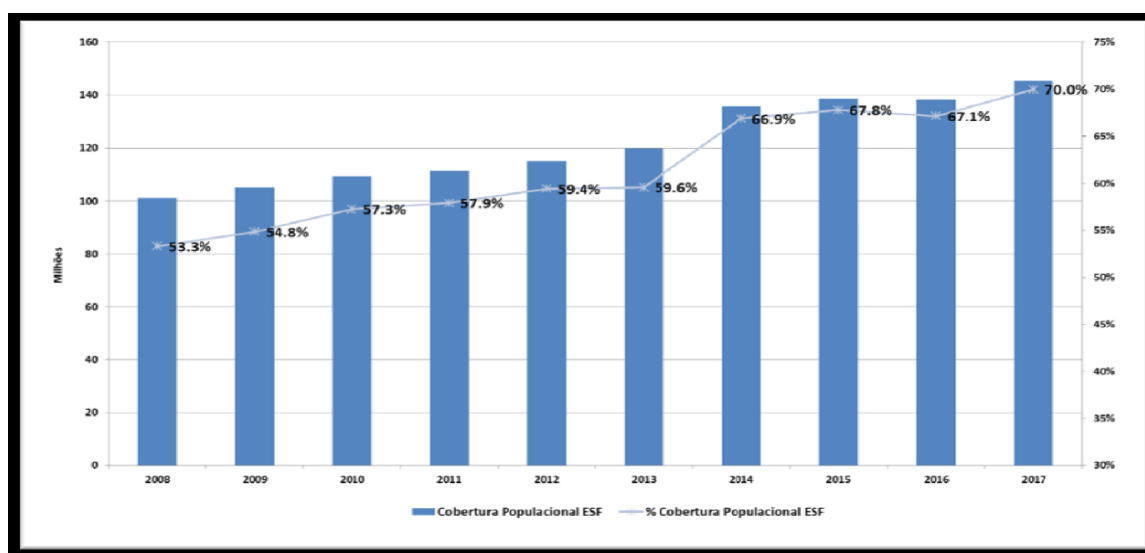


Figura 4: Cobertura populacional da ESF.

Fonte: Dados de monitoramento OPAS/OMS Brasil (KEMPER, 2018)

No entanto, nossa entrevistada número um afirma que, mesmo com as melhorias alcançadas através do programa, ainda existem muitos locais de difícil acesso onde as unidades de saúde não têm condições estruturais, medicamentos ou materiais para garantir o atendimento mínimo requerido na atenção básica. Ela destaca o seguinte:

“É verdade que se tem melhorado muito em termos gerais, mas ainda contamos com médicos amigos que falam suas experiências em locais sem condições para atender o paciente. É verdade que a atenção básica é somente a porta de entrada, mas ainda assim precisa de elementos fundamentais como medicamentos, equipamento para exames, etc.” (ENTREVISTADA 1, 2018).

Por outro lado, no início do PMM, a participação dos médicos brasileiros era muito reduzida. Estes mostravam desinteresse em ir trabalhar nestas zonas com problemas de infraestrutura e longe das oportunidades nas grandes cidades. Desta maneira, diante da escassa adesão ao programa dos médicos brasileiros, as vagas começaram a ser preenchidas por médicos estrangeiros, principalmente, cubanos. Isto se dava mediante o convênio de cooperação com Cuba através da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) que atua como articuladora dos acordos entre ambos os países, para viabilizar a mobilização de médicos cubanos que trabalham no setor da atenção básica no SUS (OPAS, 2018).

A participação dos médicos cubanos foi reconhecida por muitos como extremamente importante dado o conhecimento e a experiência destes na atenção básica. Segundo a opinião do médico sanitário Reinaldo Guimarães:

“Os médicos cubanos estão entre nós como profissionais no campo da atenção primária, promoção, prevenção e cuidados básicos de saúde. E, nesse terreno, creio que eles têm muito a nos ensinar” (Apud MACHADO, 2013).

Os médicos cooperantes cubanos trabalham tanto em municípios grandes como São Paulo, como em municípios com menos de 5.000 habitantes, zonas afastadas e de difícil acesso e com manifestações culturais muito variadas. Em muitos casos, eles preenchem a totalidade das vagas do município e em outros chegam a trabalhar em parceria com médicos ou com outros profissionais da saúde (enfermeiras, dentistas, etc.). Em muitos destes municípios, antes não existia atendimento médico ou o atendimento era agendado a cada determinado período. Os médicos cooperados identificam as mudanças com a sua chegada.

“Ao chegar ao meu novo posto de trabalho, me deparei com o assombro dos pacientes ao ver que eu estava lá todos os dias da semana. Ao posto de saúde iam poucas pessoas, somente quando era alguma coisa de gravidade, mas tempo depois começaram a ir mais assiduamente até para conversar sem nenhum motivo aparente” (ENTREVISTADA 3, 2018).

A presença contínua dos médicos e até as visitas regulares às casas dos pacientes diferenciava o atendimento dos médicos cooperados. Um estudo feito em comunidades quilombolas do Rio Grande do Norte e do Pará mostram as mudanças percebidas pelas comunidades que relataram a presença dos médicos nas UBS todos os dias da semana, a facilidade com que conseguiram agendar uma

consulta e as características do novo modelo de consulta focado na prevenção de doenças, coisa que antes não existia nestas regiões (PEREIRA et al., 2015).

Segundo uma médica brasileira entrevistada, a formação dos médicos cubanos voltada à prevenção de doenças foi determinante para o cumprimento dos objetivos do programa:

“A medicina cubana tem uma base forte na questão de prevenção e promoção à saúde, algo que no Brasil não é tão forte. Foi positivo no sentido de fortalecer a base da atenção primária, educar a população na prevenção. Nos locais onde os médicos estão presentes, a população se mostra satisfeita em sua maioria” (ENTREVISTADA 5, 2018).

No entanto, os posicionamentos dos atores sociais nem sempre eram favoráveis ao PMM. Os médicos cooperados tiveram que enfrentar resistência por parte da Associação Médica Brasileira (AMB), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Confederação Nacional dos Trabalhadores Liberais Universitários Regulamentados (CNTU). Estes entraram no Supremo Tribunal Federal (STF) com ações diretas de inconstitucionalidade com o objetivo de eliminar determinadas cláusulas da Lei que instituiu o PMM. Segundo seus argumentos, estava-se violando o princípio constitucional do concurso público, se limitava territorialmente o exercício da profissão mediante a violação do livre exercício profissional e criação de subcategorias de profissionais. Além disso, alegavam que a medida aprovada pelo governo não iria solucionar os problemas de saúde em todo o território nacional, servindo assim somente como método para acalmar as manifestações de rua pelo direito à saúde. Para estes setores a contratação de médicos cooperados foi de caráter duvidoso, ao não exigir a revalidação do diploma (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2013). Sem dúvida, estes atos foram constrangedores e limitaram a implementação do programa. Na opinião da médica brasileira:

“Quando os médicos cubanos chegaram ao Brasil os médicos brasileiros não estávamos muito empolgados com a ideia. Existia a pressão da mídia que colocava o programa como propaganda eleitoreira, a possibilidade dada aos cooperados de trabalhar no Brasil sem ter que revalidar o diploma, etc. Tudo isso nos fazia sentir receosos e até com medo” (ENTREVISTADA 5, 2018).

Junto com a classe médica também teve oposição de alguns partidos políticos entre eles o senador Cyro Miranda (PSDB-GO) que considerou o

programa “*uma jogada eleitoreira, populista e sem o devido estudo do problema da assistência à saúde*”. Segundo ele, era uma tentativa do governo para se manter no poder (CFM, 2013).

Algumas escolas médicas juntaram-se ao Conselho Federal de Medicina (CFM) e à Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DEREM) ao defender que o problema da saúde pública no país não estava dado pela falta de profissionais e sim pela falta de infraestrutura e de gerenciamento adequado nas UBS. Além disso, denunciavam que as mudanças propostas em relação à formação médica era uma mostra da interferência do Governo na autonomia dos Conselhos de Medicina, ***interferia de forma drástica no exercício profissional da Medicina*** e a modalidade de contratação dos médicos era irregular à legislação trabalhista vigente. (JESUS et. al. 2017).

Do outro lado, achavam-se os atores que se declararam aliados e que defendiam a vinda dos médicos contratados, baseada na integração ensino-serviço. A OPAS/OMS, a Advocacia Geral da União (AGU) e Central única dos Trabalhadores (CUT) formaram parte deste grupo. A AGU defendeu o PMM das ações de inconstitucionalidade lançadas pela Associação Médica Brasileira (AMB) e a Confederação Nacional dos Trabalhadores Liberais Universitários Regulamentados (CNTU). Segundo Grace Mendonça, advogada geral da União:

“O Brasil não inovou. Diversos países adotam essa política de recrutar médicos estrangeiros para atender suas necessidades {...} hoje há a constatação de que é um programa de sucesso, aceito por toda a população brasileira. Municípios que não tinham médicos hoje são beneficiados pelo programa” (AGU, 2017).

A AGU apoiava-se em uma pesquisa feita pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em parceria com o Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas (IPESPE) onde as entrevistas feitas a 14 mil usuários do SUS constataram que 95 % da população estava satisfeita ou muito satisfeita com o médico que os atendia e 85% apontava melhorias no atendimento. Além disso, afirmava que o programa “possibilita a minimização de agravos, o controle de doenças crônicas, com redução das demandas por internações hospitalares e intervenções médicas graves e de risco, como cirurgias e internações em unidade de terapia intensiva (...), ou seja, diminuição da demanda de assistência de média e alta complexidade, mais custosas ao SUS” (AGU, 2017a).

Como foi analisado, os atores contrários ao programa alegavam que não existia urgência que sustentasse os artigos 7, 9 e 10 da lei do PMM. Contrariamente a esta concepção, a AGU sustentava que não competia ao Judiciário decidir a presença de determinados requisitos e sim ao presidente da República e ao Congresso Nacional, caso contrário, estaria violando o princípio da separação de poderes além de não reconhecer que o programa de fato oferecia serviços urgentes e necessários para a população mais desassistida (AGU, 2017a). Finalmente, a AGU conseguiu demonstrar a constitucionalidade do programa.

Houve também a participação dos partidos apoiadores do programa e aliados da então presidenta Dilma Rousseff (PT, PMDB, PDT, PCdoB, PP e PSOL) e os partidos contrários (DEM, PSD, PSDB, PPS, PROS, Solidariedade e a bancada ruralista) (MACEDO et al., 2016). Por sua parte, o Frente Nacional de Prefeitos (FNP) e o CONASEMS defendiam a necessidade de mais médicos para melhorar a qualidade e a integralidade das ações na Atenção Primária à Saúde. A Frente Nacional dos Prefeitos esteve dirigindo a campanha *Cadê o Médico* que pedia ações urgentes por parte do Ministério da Saúde. Segundo o então presidente da Frente e o prefeito de Porto Alegre José Fortunati, a falta de médicos era iminente em 91,2% dos municípios da região Norte, e mesmo nas grandes cidades faltava atendimento nas unidades de saúde da periferia (FRENTE NACIONAL DOS PREFEITOS, 2017).

O monitoramento e avaliação do programa fica nas mãos dos entes governamentais, assim como, tem um papel determinante o apoio das universidades e instituições de pesquisa que analisam e controlam o desenvolvimento do mesmo. Entre as principais instituições participantes encontram-se: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade da Paraíba (UFP), Universidade de Mato Grosso do Sul (UFMS), FIOCRUZ, Universidade de Minas Gerais (UFMG) entre outras que desenvolvem pesquisas sobre o mesmo. A FIOCRUZ caracterizou-se por apoiar o programa e mostra disto foi uma nota lançada pelo Conselho Deliberativo da FIOCRUZ em 2013. A mesma afirmava que:

“Superar esses vazios de assistência à saúde da população brasileira, onde quer que ela esteja, é decisivo para a efetivação dos princípios do SUS que buscam garantir a equidade, a universalidade e a integralidade da atenção, bem como a aplicação do preceito constitucional de que a saúde é direito de todos e dever do Estado” (FIOCRUZ, 2013).

De igual maneira reconhecia que, a falta de médicos e a distribuição desigual destes não era o único problema para o bom desempenho do SUS, tinha-se ainda que lidar com o subfinanciamento e a infraestrutura inadequada. Porém, o programa era uma iniciativa inovadora em vias de garantir efetiva assistência de saúde.

Para avaliar o percurso do programa e seus resultados a curto prazo, organizou-se uma pesquisa em convênio com o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde e que contava com parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNASUS), instituições acadêmicas no país e o apoio da Rede de Observatório de Recursos Humanos. O trabalho esteve sob a coordenação da pesquisadora da ENSP Maria Helena Machado (Ensp-Fiocruz) e o professor Joaquim Soares Neto da Universidade de Brasília (UNB). Pretendia-se avaliar o impacto da chegada dos profissionais de saúde aos lugares de difícil acesso, apontar os principais desafios, além de monitorar as ações implementadas.

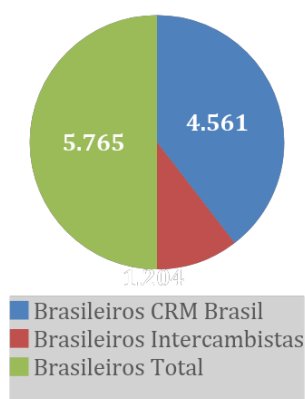
Numa entrevista concedida pela coordenadora ao Informe ENSP em 2016 são apresentados alguns dos resultados da pesquisa publicados posteriormente no livro *O Programa Mais Médicos e a Atenção Básica*. Ela aponta a concentração dos médicos brasileiros em determinadas regiões do país e a escassez destes principalmente na região Norte. Além disso, o estudo mostrou uma mudança de comportamento na mídia referente ao programa reconhecendo assim a aceitação por parte da população (MACHADO, 2016).

Ainda segundo Machado, o programa nunca deixou de priorizar os médicos brasileiros, fato afirmado por parte dos atores opositores ao programa. Foi certo que no início as vagas preenchidas por eles não eram suficientes e foi preciso recorrer ao chamado de médicos estrangeiros, mas nos últimos chamados a resposta dos médicos brasileiros foi muito maior e os mesmo preencheram quase a totalidade das vagas oferecidas (2016 a).

Houve, de fato, um aumento considerável em relação à participação dos profissionais brasileiros. Em 2013, o número de médicos brasileiros no programa era de 993. A iniciativa do Ministério da Saúde era aumentar a participação destes no programa e ir aos poucos substituindo os médicos cubanos. Para isto, foi feito um levantamento para ver quais cidades atendidas por profissionais cubanos poderiam atrair brasileiros. A expectativa era realizar quatro mil substituições até 2019. O número de brasileiros incorporados ao programa era de 8.316 em 2017, o que representa um aumento de 44% se comparado com o ano 2016 onde se contava com a participação de 5.765 médicos brasileiros. Este aumento deve-se também à participação de mais de mil médicos brasileiros formados no exterior (intercambistas) em cerca de 800 municípios de 25 estados e Distrito Federal, além de 8 Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Além disso, a gestão atual do Ministério da Saúde conseguiu alguns avanços significativos para o Mais Médicos na tentativa de atrair os médicos brasileiros. Além do programa ter sido renovado por mais três anos, conseguiu um reajuste anual da bolsa oferecida aos médicos participantes que passou para R\$ 11.520 a partir de 2017. Também foi aumentada em 10% a bolsa auxílio moradia e alimentação para os profissionais que trabalham nos distritos indígenas, passando de R\$ 2.500 a R\$ 2.750 reais pagos diretamente pelo Ministério da Saúde (BARROS, 2017).

Médicos Brasileiros no PMM 2016



Médicos Brasileiros no PMM 2017

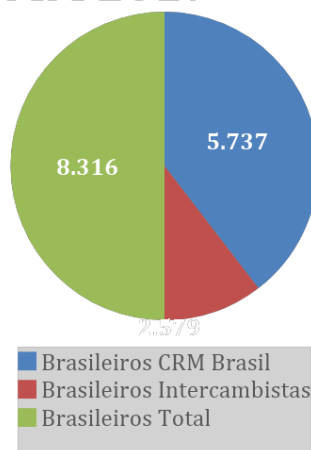


Figura 5: Número de Médicos brasileiros no PMM (2016-2017)

Fonte: Adaptado de: Ministério da Saúde, 2017. Data de acesso julho de 2018. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/outubro/03/03.10.2017.Acolhimento%20MM.pdf>

Segundo a opinião de nossos entrevistados, levou-se em consideração as necessidades da população, mas dada a emergência para o lançamento do programa não foi criado o espaço para discuti-lo cuidadosamente junto aos setores do governo e na sociedade. Desta forma, sua divulgação foi escassa, criando desconhecimento e críticas não muito favoráveis. Nas entrevistas aplicadas, alguns médicos dizem que num primeiro momento não se conheciam os atores envolvidos no PMM nem sabiam reconhecer a participação dos entes governamentais:

“Somente depois de estar trabalhando foi que comecei a entender como funcionava na prática” (Entrevistado 4, 2018).

“Foi um programa meio que implementado às pressas pelo que não tínhamos muita informação sobre ele” (entrevistado 5, 2018).

Segundo o entrevistado seis, foi evidente a falta de informação na população alvo. Os pacientes não conseguiam falar sobre o programa nem sobre as pessoas envolvidas na sua criação. Juntou-se à pouca divulgação o fator do acesso limitado e o baixo nível de escolaridade das pessoas nestas regiões vulneráveis.

“Quando perguntávamos sobre o PMM, eles somente alegavam que o governo tinha enviado médicos lá e que isso era bom. Que antes não tinha ninguém que os orientasse e que agora tem uma médica todos os dias da semana. Muitos nem sabiam por que a gente estava lá, mas ficavam felizes com nossa presença” (entrevistado 6, 2018).

Outra das limitantes que foram constatadas na Auditoria feita pelo TCU em 2014 e apontada por dois de nossos médicos entrevistados foi a falta de supervisão e tutoria. Muitos médicos trabalhavam sem supervisão e outros percebiam a baixa qualificação do supervisor que em muitos casos focava-se somente em questões administrativas e não clínicas:

“Foi difícil sim enfrentarmos a uma nova cultura, novas doenças que em nosso país não existiam ou tinham sido erradicadas fazia muitos anos, além disso uma língua diferente. Para lidar com isso precisávamos de supervisão e tutoria que em meu caso foi pouca”. (entrevistado 1, 2018).

Para seis dos sete entrevistados, um maior envolvimento dos estados na implementação e gestão do programa era necessário e ajudaria na consolidação da política pública. Um exemplo apresentado por Reinaldo Mota e Nelson Barros (2016) apoia esta opinião. Apesar do governo federal ter formulado o PMM de forma centralizada sem a participação dos estados e municípios, este foi

implementado de forma descentralizada por estes últimos. No entanto, segundo os autores, a gestão do programa foi centralizada demais em alguns dos municípios aderidos ao programa dada a escassez de recursos destes para o sustento do mesmo. Isto provocava falta de coordenação entre os gestores das três esferas de governo. Esta falta de coordenação e de diálogo entre os estados e o Ministério faria com que o programa apresentasse falhas na gestão ao ser implementado nos municípios (MOTA; BARROS, 2016).

Mostra disso é o estado de Mato Grosso cuja a Secretaria Estadual de Saúde não esteve realmente comprometida com o programa. O mesmo acontecia com os gestores municipais que não ofereciam o apoio necessário para o transporte, a moradia, a alimentação, etc. Além disso, estes continuavam reforçando a medicina curativa quando o objetivo era apoiar o trabalho preventivo, de promoção e educação em saúde. Ademais, problemas como equipes incompletas, dado que o programa somente garantia participação de médicos e não de enfermeiras, agentes etc., pouco planejamento entre a equipe e a gestão assim como sobrecarga na assistência.

Outro exemplo foi dado pelo médico Luís Marcelo A. Camargo, também professor e coordenador do Instituto de Ciências Biomédicas da USP. Segundo ele, os primeiros médicos do programa chegaram no final do ano de 2013, sem que os municípios rondonienses o esperassem, sem moradia prevista nem alimentação. As prefeituras estavam em recesso e os profissionais tiveram que se hospedar em hotéis e casas de cidadãos, o que mostra, mais uma vez, a falta de coordenação e articulação entre os entes federados. Os médicos sentiram abandono, medo e muitos queriam desistir e voltar ao seu país de origem. Ainda depois de superar esta fase inicial, Camargo assinala:

“Uma segunda etapa difícil viria a seguir: a discriminação dos médicos cubanos pelos médicos locais e a atitude irresponsável de alguns prefeitos que colocaram os médicos para assumir plantões nos hospitais municipais, atitude proibida, pois por regulamentação, os profissionais não possuem registro no Conselho Regional de Medicina e sim um registro provisório no Ministério da Saúde” (JORNAL DA USP, 2017).

A distribuição dos médicos em ESF previamente compostas por um dentista, um enfermeiro, técnicos em enfermagem e os agentes comunitários de

Saúde também não teve êxito em alguns dos municípios. Havia déficit desses profissionais, além de contar com escassos equipamentos básicos para o atendimento. O médico brasileiro também opina que os motivos destes problemas estão dados pelo despreparo dos gestores locais e secretários municipais, muitas vezes, sem experiência ou formação na área da saúde (JORNAL DA USP, 2017).

Porém, segundo Mota e Barros (2016), apesar destas dificuldades muitos resultados positivos têm sido percebidos. Faltaria alcançar um adequado planejamento e ajustes políticos institucionais que possibilitassem a coordenação entre os órgãos formuladores e implementadores.

4.

Considerações finais

O Brasil, ao longo dos anos, tem encontrado na saúde pública um dos problemas mais relevantes a ser tratado. A capacidade de arrecadação própria dos municípios brasileiros mostra a grande desigualdade que exige, muitas vezes, a ação do governo federal no financiamento, coordenação e avaliação das políticas sociais na área de saúde no país.

Neste contexto desigualdades regionais, foi criado o Programa Mais Médicos (PMM), através da Lei 12.871, no ano de 2013, como política pública formulada de forma centralizada pelo governo federal sem a participação dos estados e municípios, mas implementada de forma descentralizada por estes últimos encarregados, portanto, da gestão do mesmo. O programa se soma a um conjunto de ações voltadas a melhorar o atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), dada a dificuldade existente em oferecer um serviço que responda às demandas da população brasileira em todo o território nacional.

A investigação mostrou que o programa foi estruturado em três eixos fundamentais combinados, com algum grau de complexidade nas etapas de formulação e implementação do mesmo. Consolidado como uma política pública inovadora ao se transformar em política de Estado, o programa não somente contribui com a distribuição mais equitativa dos médicos no território nacional, mas também está preocupado com a formação do médico nas instituições de ensino superior e com a infraestrutura municipal de saúde. Estratégias que possibilitam resultados à curto prazo, contribuem para o bom funcionamento de seus eixos e, portanto, dos resultados positivos do programa.

Com o objetivo de reduzir a escassez de médicos e aumentar o número de atendimentos nas regiões consideradas prioritárias: regiões de difícil acesso, de difícil provimento e fixação de médicos ou com populações em situação de vulnerabilidade, o PMM estimula a participação dos médicos brasileiros que tem aumentado consideravelmente nos últimos dos anos. No ano de 2016, estes preenchem o 89 % das vagas oferecidas mostrando um interesse maior ante as vantagens oferecidas pelo programa: cursos de especialização lato sensu em

instituições de ensino superior por meio de uma parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNASUS), bolsas de formação e bolsas de auxílio oferecidas pelo governo federal, etc.

No entanto, observou-se que as vagas oferecidas em municípios de maior vulnerabilidade continuam com uma ocupação muito baixa e a permanência dos médicos brasileiros nestes municípios era de poucos meses. A baixa qualidade da infraestrutura incidia como detonante da grande rotatividade dos médicos o que provocava um aumento dos gastos financeiros e instabilidade.

Ante este problema, foi preciso recorrer a duas alternativas: o chamado de médicos estrangeiros fundamentalmente cubanos já formados neste tipo de atenção voltada para a medicina preventiva e a construção, reforma e ampliação das UBS através do Programa Requalifica UBS. Estas duas soluções contribuíram com bons resultados na saúde pública dos municípios.

Verificou-se um aumento considerável do número de atendimentos. Além disso, a população acolheu muito bem o modelo de atenção apresentado pelos médicos cubanos, voltado à medicina preventiva e com bases humanitárias. As visitas periódicas aos pacientes e a permanência do médico nas UBS foram assinaladas como diferencial na hora de opinar sobre o programa. A cobertura da Estratégia Saúde da Família aumentou entre os anos de 2013 e 2016 incrementando a inclusão de 26 milhões de pessoas.

Enquanto à infraestrutura, foi possível identificar um aumento na implantação de equipes de saúde da família. Até o final do ano de 2015, tinham sido recolhidas 26.277 propostas para a construção e reforma de UBS das quais 18.036 já se encontravam cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Por outro lado, observou-se que falta de um espaço, na etapa inicial, para incorporar outros atores na discussão e na divulgação do PMM, terminou provocando desinformação e críticas vindas de diferentes setores governamentais e da sociedade brasileira. O programa teve resistência, principalmente, da Associação Médica Brasileira, o Conselho Federal de Medicina e a Confederação

Nacional dos Trabalhadores Liberais Universitários Regulamentados que entraram no Supremo Tribunal Federal com ações diretas de inconstitucionalidade. Eles argumentavam violações dos princípios constitucionais, interesses políticos e até o caráter duvidoso da contratação dos médicos cubanos. Mas, não todo foi oposição, muitos também se declararam apoiadores do PMM (OPAS, a Advocacia Geral da União, etc.) e declaravam a importância do programa na solução das disparidades existentes na área da saúde pública.

É importante ressaltar, portanto, que dadas as grandes heterogeneidades que caracterizam o Brasil, o PMM não tem iguais resultados em todos os municípios brasileiros, quando se considera sua implementação. O programa também não gera opiniões iguais entre os diferentes setores e instituições governamentais que o analisam. Dada a relevância do tema analisado faz-se necessário que o governo federal faça uma avaliação cuidadosa do PMM e tome as medidas complementares necessárias para ajudar os municípios a superar suas dificuldades de gestão e de infraestrutura. A investigação constatou o acerto no papel protagonista desempenhado pelo governo federal, responsável pela formulação, financiamento, coordenação e avaliação do PMM, o que evidencia a necessidade de centralização da política pública. Entretanto, também pode ser vista como correta o papel predominante dos municípios na etapa de implementação, na gestão dos médicos e na interação com a sociedade local. A presente dissertação revela a importância da continuidade e aperfeiçoamento do PMM nos próximos anos, ainda em um cenário de elevada desigualdade entre os municípios, e de dificuldades de universalização do Sistema Único de Saúde no país.

5. Referências bibliográficas

ABRUCIO, Fernando Luiz. *Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil*. In: FLEURY, Sonia (org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

AGU a, *AGU defende no Supremo a constitucionalidade do programa Mais Médicos*. 2017. Disponível em: < http://www.agu.gov.br/page/content/detail/id_conteudo/607804>. Acesso em: 15 de agosto de 2018.

AGU, *Advocacia-Geral demonstra no Supremo constitucionalidade do Mais Médicos*. 2017. Disponível em: < <http://www.agu.gov.br/noticia/advocacia-geral-demonstra-no-supremo-constitucionalidade-do-mais-medicos--631202>>. Acesso em: 15 de agosto de 2018.

ALMA-ATA, *Conferência Internacional sobre Atención Primaria de Salud*, Alma-Ata, URSS, 1978. Disponível em: < http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/>. Acesso em: 03 de agosto de 2018.

ALMEIDA, E.S. *Contribuição à implantação do SUS: Estudo do processo com a estratégia Norma Operacional Básica 01/93*. São Paulo, 1995 [Tese de Livre Docência - Faculdade de Saúde Pública da USP].

ÁLVAREZ, Roberto [et al]. *Medicina General Integral. Salud y medicina*. 2.ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008.

AMB. *Ação Direta de Inconstitucionalidade 5.035*. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2013. Disponível em: < http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/audienciasPublicas/anexo/ADI_5.035__Inicial.pdf>. Acesso em: 15 de agosto de 2018.

ARRETCHE, Marta. *Democracia, federalismo e centralização no Brasil*. Rio de Janeiro, Editora FGV/Editora Fiocruz, 2012.

ARRETCHE, Marta. *Descentralização das políticas sociais no Brasil/ Marta Arretche, Vicente Rodriguez, organizadores*- São Paulo: IPEA, 1999.

ARRETCHE, Marta. *Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização*. Rio de Janeiro: Revan, 2000.

ARRETCHE, Marta. *Políticas Públicas no Brasil/ Gilberto Hochman, Marta Arretche, Eduardo Marques (org)*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2007.

BARROS, Ricardo. *Mais de 45% dos profissionais do Mais Médicos são brasileiros*. Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/editoria/saude/2017/10/mais-de-45-dos-profissionais-do-mais-medicos-sao-brasileiros> >. Acesso em: 15 de agosto de 2018.

BRAGA, Juliana. *Análise do ciclo de política do programa mais médicos no Brasil: Cooperação Cuba e seus efeitos para o trabalho médico*. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Doutorado de Saúde Global e Sustentabilidade, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2017.

BRESSER Pereira, Luiz Carlos. *Reforma de Estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional*. São Paulo: Ed. 34; Brasília: ENAP, 1998.

CAPELLA, Ana Cláudia N. *Perspectivas Teóricas sobre o Processo de Formulação de Políticas Públicas*. In: Gilberto Hochman, Marta Arretche e Eduardo Marques (Org.). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, pp. 65-86, 2007.

CARVALHO, José Murilo. *O Federalismo Brasileiro em Perspectiva Histórica*. Mimeo, 1994.

CFM. *Íntegra do discurso realizado pelo Senador Cyro Miranda no Plenário do Senado Federal em 06 / 08 /13*. Site do conselho Federal de Medicina. 2013. Disponível em: < http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24059:programa-mais-medicos-e-jogada-eleitorea-diz-em-plenario-senador-cyro-miranda&catid=3 >. Acesso em: 15 de agosto de 2018.

CNTU. *Ação Direta de Inconstitucionalidade 5.037*. Confederação Nacional dos Trabalhadores Liberais Universitários Regulamentados. 2013. Disponível em: < <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=4389376&ad=s#2%20-%20Peti%E7%E3o%20inicial%20-%20Peticao%20inicial%20> >. Acesso em: 15 de agosto de 2018.

CONASS, 2013. *Programa Mais Médicos*. Nota Técnica. Atualizada em 22/07/2013, após a publicação da Portaria Interministerial 1493 e Editais 40 e 41, em 18 de julho de 2013.

CONASS. *Sistema Único de Saúde*. Coleção Para Entender a Gestão do SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: < <http://pt.slideshare.net/clodoaldolopes142/livro-sistema-nico-de-sade-sus> >. Acesso em: 21 de julho de 2018.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA. *Pesquisa CNI – IBOPE – Retratos da sociedade brasileira: saúde pública* (janeiro 2012). Brasília: CNI, 2012. Disponível em: < <http://www.conass.org.br/pdf/Retratos%20da%20Sociedade%20Brasileira%20Saude%20Pu%CC%81blica%20Janeiro%202012.pdf> >. Acesso em: 21 de julho de 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Demografia médica no Brasil 2015*. / Coordenação de Mário Scheffer; Equipe de pesquisa: Aureliano Biancarelli, Alex Cassenote. – São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2015.

COSER, IVO, Visconde do Uruguai: Centralização e Federalismo no Brasil 1823-1866. Belo Horizonte, Editora UFMG, 432p, 2008.

CRUZ, Marcelo. *Padilha: Mais Médicos é o programa “mais corajoso desde a criação do SUS”* Entrevista concedida pelo Ex-Ministro de Saúde Alexandre Padilha, 2016. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2016/07/08/padilha-mais-medicos-e-o-programa-mais-corajoso-desde-a-criacao-do-sus/>>. Acesso em: 21 de julho de 2018.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. *Histórico Cobertura Saúde da Família*. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica, 2017. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 21 de julho de 2018.

EDITORA SARAIVA. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e suas atualizações. Obra coletiva de autoria da Editora Saraiva - Ed.29. atual e ampli.- São Paulo: Saraiva, 2002.

ENSP. *Mais Médicos é uma Política de Estado bem-sucedida*. Informe/ENSP. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 2016.

ENTREVISTADA 1. Médica brasileira. Fortaleza, 2018.

ENTREVISTADO 2. Médico cubano. Fortaleza, 2018.

ENTREVISTADO 3. Médica cubana. Recife, 2018.

ENTREVISTADO 4. Médica cubana. Recife, 2018

ENTREVISTADO 5. Médica brasileira. Salvador, 2018.

ENTREVISTADO 6. Médico cubano. Maceió, 2018.

EPSM. *Fortalecimento da capacidade de planejamento de recursos humanos para sistemas nacionais de saúde*. Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Estudos_Pesquisa/FORTALECIMENTO_CAPACIDADE_PLANEJAMENTO_RECURSOS_HUMANOS_SISTEMAS_NACIONAIS_SAUDE.pdf>. Acesso em: 21 de julho de 2018.

FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. *"Últimas palabras" y "Definiciones de salud pública" de Milton Terris*. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 21, núm. 2, julio-diciembre, pp. 135-139 Universidad de Antioquia. Colombia, 2003. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12021214> >. Acesso em: 21 de julho de 2018.

FARAH, Marta Ferreira Santos. *A Contribuição da Administração Pública para a Constituição do Campo de Estudos de Políticas Públicas*. In: MARQUES, Eduardo; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de (Orgs.). *A Política Pública Como Campo Multidisciplinar*. São Paulo: Editora Unesp; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp. 91-126, 2013.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de., *Implementação: ainda o "elo perdido" da análise de políticas públicas?* In: FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. *Implementação de políticas públicas: teoria e prática*. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, pp. 123-152, 2012.

FINKELMAN, J., (org). *Caminhos da saúde no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. Disponível em: <<http://books.scielo.org> >. Acesso em:

FIOCRUZ. *Conselho Deliberativo da Fiocruz lança nota de apoio ao Programa Mais Médicos*. Comunicação e Informação. 2013. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/Nota%20CD%20Fiocruz.pdf> >. Acesso em: 26 de julho de 2018.

FLEURY, Sonia (org.) *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

FRANCO, Thais. *Para entender o programa Mais Médicos*. Blog de HCS-Manguinhos. Revista História Ciência Saúde. 2017. Disponível em: <<http://www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/para-entender-o-programa-mais-medicos/> >. Acesso em: 24 de julho de 2018.

FRENTE NACIONAL DOS PREFEITOS. *Manter o "Mais Médicos" é fundamental para a Saúde Pública*, 2017. Disponível em: <<http://www.fnp.org.br/noticias/item/1509-manter-o-mais-medicos-e-fundamental-para-a-saude-publica> >. Acesso em: 21 de julho de 2018.

FRENTE NACIONAL DOS PREFEITOS. *ONU aponta o Programa Mais Médicos como exemplo a ser adotado em qualquer país*, 2016

GIOVANELLA, Lígia (org). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. Ed. Ver. E amp/ organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al.- Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

GIOVANELLA, Ligia et al. *A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde*. Ciênc. saúde coletiva [online], vol.21, n.9, pp.2697-2708, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.16052016>>. Acesso em: 15 de julho de 2018.

GONZÁLEZ, Carlos. *La salud pública: de objeto a método*. Docente Universidad de Antioquia. Mesa de Salud Mental. Facultad Nacional de Salud Pública. Septiembre de 2013. Disponível em: <www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/17467294>. Acesso em: 21 de julho de 2018.

GOVERNO FEDERAL. Decreto Nº 8.516, de 10 de setembro de 2015. Regulamenta a formação do Cadastro Nacional de Especialistas de que tratam o § 4º e § 5º do art. 1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e o art. 35 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. 2015. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/40631>>. Acesso em: 02 de julho de 2018.

GOVERNO FEDERAL. Lei nº 12.466 de 24 de agosto de 2011. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112466.htm>. Acesso em: 21 de julho de 2018.

GOVERNO FEDERAL. 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, 2013a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 17 de agosto de 2018.

GOVERNO FEDERAL. Lei Orgânica 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 17 de agosto de 2018.

GOVERNO FEDERAL. Lei Orgânica da Saúde 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 17 de agosto de 2018.

GOVERNO FEDERAL. Medida Provisória nº 621, de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/mpv/mpv621impressao.htm>. Acesso em: 18 de agosto de 2018.

HOCHMAN, Gilberto. *História e Políticas públicas* In: MARQUES, Eduardo; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de (Orgs.). *A Política Pública Como Campo Multidisciplinar*. São Paulo: Editora Unesp; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp. 225-242, 2013.

HOWLETT, Michael; RAMESH, M.; PERL, ANTOHNY. *Política Pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora*. Rio de Janeiro, Elsevier, capítulos 1, 2 e 3, 2013.

<http://apps.who.int/gb/bd/s/> >. Acesso em: 17 de agosto de 2018.

<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/outubro/03/03.10.2017.Acolhimento%20MM.pdf> >. Acesso em: 17 de agosto de 2018.

<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/40631> >. Acesso em: 07 de agosto de 2018.

IBGE. *Produto Interno Bruto dos Municípios: 2010-2015*. Coordenação de Contas Nacionais- Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

ISMAEL, Ricardo. *A trajetória do federalismo na redemocratização brasileira: competição como regra e cooperação como princípio*. In: D'ARAÚJO, Maria Celina (org.) *Redemocratização e mudança social no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2014.

ISMAEL, Ricardo. *Celso Furtado e a redefinição do federalismo brasileiro*. In: Celso Furtado et al. *O pensamento de Celso Furtado e o Nordeste*. Rio de Janeiro: Contraponto: Centro Internacional Celso Furtado de políticas para o Desenvolvimento: Banco do Nordeste do Brasil, 2009.

ISMAEL, Ricardo. *Nordeste: a força da diferença-Os impasses e desafios na cooperação regional*. Recife: Editora Massangana, 2005.

JESUS, Rebeca et al. *Programa Mais Médicos: análise documental dos eventos críticos e posicionamento dos atores sociais*. Interface (Botucatu) [online]. 2017, vol.21, suppl.1, pp.1241-1256. ISSN 1807-5762. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0555> >. Acesso em: 17 de agosto de 2018.

JORNAL DA USP. *“Mais Médicos”: opinião de um médico e cidadão que vive na Amazônia*. Artigos. Jornal da Universidade de São Paulo, 2017. Disponível em: < <https://jornal.usp.br/artigos/programa-mais-medicos-ponto-de-vista-de-um-medico-e-cidadao-que-vive-na-amazonia/> >. Acesso em: 21 de agosto de 2018.

KEMPER, Elisandréa. *Programa Mais Médicos: impacto de uma política pública exitosa*. Unidade Técnica Mais Médicos. OPAS/OMS Brasil, abril, 2018

LEVY, Dan; SANTOS, Carla. *O Programa Mais Médicos e os Impactos na Saúde da População Brasileira*. Revista Brasileira de Previdência, v.4, nov. 2015. Disponível em: < <http://www.previd.unifesp.br/index.php/edicoes-antiores/vol-4-novembro-de-2015/54-medicos> >. Acesso em: 17 de agosto de 2018.

LIMA, Luciana Dias de. *Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde; a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais*. – Rio de Janeiro, Museu da República, 2007.

LOTA Gabriela; GALVÃO, Maria; FAVARETO, Arilson. *Análise do Programa Mais Médicos à luz dos arranjos institucionais: intersectorialidade, relações federativas, participação social e territorialidade*. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v.21, n.9. p. 2761-2772. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: < <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/analise-do-programa-mais-medicos-a-luz-dos-arranjos-institucionais-intersectorialidade-relacoes-federativas-participacao-social-e-territorialidade/15721?id=15721> >. Acesso em: 17 de agosto de 2018.

MACEDO, Alex dos Santos, et al. *O papel dos atores na formulação e implementação de políticas públicas: dinâmicas, conflitos e interesses no Programa Mais Médicos*. Cad. EBAPE. BR [online], vol.14, n.spe, pp.593-618, 2016. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/1679-395117188> >. Acesso em: 27 de agosto de 2018.

MACHADO, Flávia. *‘Mais Médicos’ amplia debate sobre o SUS*. Revista História, Ciência, Saúde, Manguinhos. Setembro 2013. Disponível em: < <http://www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/mais-medicos-amplia-debate-sobre-o-sus/> >. Acesso em: 27 de agosto de 2018.

MACHADO, Maria Helena. *Mais Médicos é uma Política de Estado bem-sucedida*, 2016.

MANSUR, Marília Coser. *O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990*. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. Disponível em: < https://portalteses.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00007205&lng=pt >. Acesso em: 27 de agosto de 2018.

MARQUES, Eduardo. As Políticas Públicas na Ciência Política In: MARQUES, Eduardo; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de (Orgs.). *A Política Pública Como Campo Multidisciplinar*. São Paulo: Editora Unesp; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp. 23-46, 2013.

MICHEL, Maria Helena. *Metodologia e Pesquisa Científica em Ciências Sociais*. Editorial Atlas, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: < <http://maismedicos.gov.br/conheca-programa> >. Acesso em: 15 de julho de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Entenda como funciona o PROVAB*, 2013a. Disponível em: < <http://www.blog.saude.gov.br/servicos/31906-entenda-como-funciona-o-provab> >. Acesso em: 15 de julho de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Entendendo o SUS*. Portal da saúde - Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/entenda-o-sus> >. Acesso em: 15 de julho de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Informação Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde/PITS*. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2003. <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/24/3.f%20DOC.%20D0%20PITS.pdf> >. Acesso em: 18 de julho de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde*. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Norma Operacional Básica 01/93*. Adotada através da *Portaria 545 de 20 de maio de 1993*. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html >. Acesso em: 25 de julho de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Norma Operacional Básica 01/96*. Adotada através da *Portaria 2.203, de 5 de novembro de 1996*. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html >. Acesso em: 15 de julho de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *O Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal*. Documento de Referência. Brasília, 2016. Disponível em: < <http://www.coren.df.gov.br/uploads/2016/06> >. Acesso em: 16 de julho de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Pacto Nacional pela Saúde. Mais hospitais e unidades de saúde. Mais médicos. Mais Formação*. Ministério da Saúde - Ministério de Educação. 2013. Disponível em: < <http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes> >. Acesso em: 15 de julho de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa Mais Médicos*. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde- Brasília, 2017a. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_1ed.pdf >. Acesso em: 22 de julho de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa Mais Médicos. Resultados para o país*. Portal da saúde - Ministério da Saúde - 2017 Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br/açoeseprogramas/maismedicos/resultados-para-o-pais> >. Acesso em: 15 de julho de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. *Exposição de Motivos Interministerial nº 00024/2013*. Disponível em: < http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/var/www/html/observatorio/htdocs//local/File/Mais%20Medicos_Exposicao%20de%20Motivos-MPv621.pdf >. Acesso em: 15 de julho de 2018.

MOTA, Reinaldo Gaspar da and BARROS, Nelson Filice. *O Programa Mais Médicos no Estado de Mato Grosso, Brasil: uma análise de implementação*. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2016, vol.21, n.9, pp.2879-2888. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.14582016> >. Acesso em: 15 de julho de 2018.

NETO, Joaquim; MACHADO, Maria Helena; ALVES, Cecilia. *O Programa Mais Médicos, a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal*. Ciência & saúde coletiva [online]. vol.21, n.9, 2016. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.16432016> >. Acesso em: 05 de julho de 2018.

NOGUEIRA, Priscila [et al.]. *Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil*. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v.21, n.9. p. 2889-2898. ISSN 1413-8123. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.17022016> >. Acesso em: 28 de julho de 2018.

NOGUEIRA, Vera; MIOTO, Regina. *Desafios atuais do Sistema Único de Saúde-SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais*. In: Ana Elizabete Mota... [et al], (org.) -2da ed.- São Paulo: OPAS, OMS, Ministério de Saúde, 2007.

OLIVEIRA, João. *O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014*. Ciência & Saúde Coletiva [online], vol.21, n.9, 2016. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.17702016> >. Acesso em: 28 de julho de 2018.

OMS, *9na Conferencia Mundial de Promoción de la Salud: Promover la salud, promover el desarrollo sostenible: Salud para todos y todos para la salud*, Shanghai, 2016. Disponível em: < <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/about/es/> >. Acesso em: 28 de julho de 2018.

OMS, *Documentos Básicos. Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. 48va edición con las modificaciones adoptadas hasta el 31 de diciembre de 2014. Organización Mundial de la Salud, 2014.

OPAS, *OPAS/OMS Brasil - Folha informativa - Programa Mais Médicos*, 2018. Disponível em: < https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5662:folha-informativa-programa-mais-medicos&Itemid=834 >. Acesso em: 24 de julho de 2018.

OPAS, *Perfil del Sistema de servicios de salud de Cuba*. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud/Organización Panamericana de la Salud (OPAS). 2da edición, 2001.

PAIVA, Carlos Henrique. Entrevista realizada na FIOCRUZ, agosto de 2018.

PEREIRA, Lucélia Luiz et al. *Projeto Mais Médicos para o Brasil: Estudo de Caso em Comunidades Quilombolas*. Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN), [S.l.], v. 7, n. 16, p. 28-51, jun. 2015. Disponível em: <http://www.abpnrevista.org.br/revista/index.php/revistaabpn1/article/view/94>. Acesso em: 28 de julho de 2018.

PNUD. Relatório de Desenvolvimento Humano. A verdadeira Riqueza das Nações: Vias para o Desenvolvimento Humano. Edição do 20 aniversário, 2010.

RIBEIRO, José et al. *Federalismo e políticas de Saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais*. Revista Ciência e saúde coletiva [online], vol.23, n.6, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.07932018> >. Acesso em: 27 de julho de 2018.

ROSA, Walisete; LABATE, Renata. *Programa Saúde da Família: a Construção de um Novo Modelo de Assistência*. Revista Latino-americana Enfermagem, novembro-dezembro; 2015. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae> >. Acesso em: 28 de julho de 2018.

ROXO, Maria Cecilia; BRANT, Maria do Carmo. *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo, 2001.

SCATENA, João; TANAKA, Oswaldo. *Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde*. Revista Saúde e Sociedade, 2001.

SOUZA, Celina. *Desenho constitucional, instituições federativas e relações intergovernamentais no Brasil pós-1988*. In: FLEURY, Sonia (org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

SOUZA, Celina. *Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas*. In: Gilberto Hochman, Marta Arretche e Eduardo Marques (Org.). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, pp. 65-86, 2007.

SOUZA, Pedro de. *Sistema de Saúde Cubano*. FNUC Medicina- Teses de Mestrado, 2010. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/handle/10316/19944#> >. Acesso em: 08 de julho de 2018.

TCU. *Auditoria Operacional no Projeto mais Médicos para o Brasil*. Imprensa. Notícias. Tribunal de Contas da União, 2015. Disponível em: < <https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/auditoria-operacional-no-projeto-mais-medicos-para-o-brasil.htm> >. Acesso em: 28 de julho de 2018.

TERRIS, Milton. *Definición de Salud Pública*. En: Salud Pública de Medellín. Alcaldía de Medellín, Secretaría de Salud, volumen 1, No 1, ene-jun. 2006. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12021214> >. Acesso em: 03 de agosto de 2018.

VASCONCELOS, María Celia; PÉREZ Ares, Filiberto; DOTRES Martínez, Carlos. “23 años de colaboración en salud Cuba-Niteroi. Brasil” Memorias Convención Internacional de Salud. Cuba Salud, 2015.

VIANA, Ana Luiza. *Abordagens Metodológicas em políticas públicas*. In: *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, FGV, RAP, vol. 30, no. 2, março-abril de 1996, pp. 5-43, 1996.

WAGNER, Gastão. *Efeitos paradoxais da descentralização do Sistema Único de Saúde do Brasil*. In: FLEURY, Sonia (org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

WILKEN, P.R.C. *Política de Saúde no Brasil – O Sistema único de Saúde: Uma Realidade em Construção*, H.P. Comunicação Editora, Rio de Janeiro, 2005.

World Health Organization (WHO). *he World Health Report 2000: health systems: improving performance*. Genebra: WHO, 2000. Disponível em: < <http://www.who.int/whr/2000/en/> >. Acesso em: 03 de agosto de 2018.

6. Anexos

6.1. Anexo 1: Questionário das Entrevistas

Nossa entrevista está direcionada ao estudo do Programa Mais Médicos e na tentativa de avaliá-lo institucionalmente. Portanto a sua perspectiva será determinante no resultado da presente pesquisa.

- 1) Qual é o cargo que ocupa dentro do setor da saúde pública no país e quais são as funções que desempenha no mesmo?
- 2) Poderia nos explicar como foi a sua reação quando escutou falar do Programa Mais Médicos pela primeira vez?
- 3) Teve participação direta na formulação e implementação do programa? Pode nos falar da rede de pessoas que participaram desta discussão?
- 4) Na etapa de formulação do programa teve a influência de algum ator que lutasse por ele?
- 5) Existiu algum contato prévio com a população das áreas mais pobres do país? Quais eram as principais reivindicações destas pessoas enquanto à saúde pública e ao tipo de atendimento que recebiam?
- 6) Quais foram os critérios de elegibilidade estabelecidos para a escolha dos municípios e regiões onde seria implementado o programa? Levou-se em consideração as necessidades da população na hora de estabelecer estes critérios?
- 7) A nossa pesquisa tem constatado que a insuficiência de médicos no país pode provocar disputa entre os municípios, poderia nos explicar como a mesma acontece?
- 8) Segundo estudos realizados o Governo Federal teve relação direta com os municípios durante o processo. Desde sua perspectiva, este tipo de relação funciona ou acredita que é necessário um envolvimento também dos governos estaduais?

- 9) Quais são os recursos humanos e orçamentários utilizados para o sustento do programa?
- 10) Foram contratados somente médicos especialistas ou também o programa faz um chamado a outros profissionais da saúde como enfermeiras etc.?
- 11) O programa foi implementado principalmente nas regiões com pouca presença de médicos. Acha que o mesmo poderia ter sido implementado sem a contratação de médicos estrangeiros para atuar nestas regiões?
- 12) O que significou para o programa a contratação de médicos cubanos com formação voltada à prevenção de doenças? Tem sido positiva a participação dos mesmos?
- 13) De acordo com sua opinião pessoal, como avalia o programa levando em consideração seu desenho e implementação? Existe algum documento oficial que apresente uma avaliação do programa?