

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE HUMANIDADES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA**

OLINDINA IONÁ DA COSTA LIMA RAMOS

**AVALIAÇÃO DE IMPACTO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS
DO BRASIL: A chegada dos profissionais nos Municípios e o seu
reflexo na Atenção Básica à Saúde**

**CAMPINA GRANDE
2021**

OLINDINA IONÁ DA COSTA LIMA RAMOS

**AVALIAÇÃO DE IMPACTO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS
DO BRASIL: A chegada dos profissionais nos Municípios e o seu
reflexo na Atenção Básica à Saúde**

**Dissertação de Mestrado submetido ao
Programa de Pós-graduação em Ciência
Política da Universidade Federal de
Campina Grande como requisito final para
obtenção título de Mestre em Ciência
Política.**

**Orientador: Prof. Dr. Clóvis Alberto Vieira
de Melo**

**CAMPINA GRANDE
2021**

R175a

Ramos, Olindina Ioná da Costa Lima.

Avaliação de impacto do Programa Mais Médicos do Brasil: a chegada dos profissionais nos municípios e o seu reflexo na atenção básica à saúde / Olindina Ioná da Costa Lima Ramos. – Campina Grande, 2021.

151 f. : il. color.

Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Humanidades, 2021.

“Orientação: Prof. Dr. Clóvis Alberto Vieira de Melo”.

Referências.

1. Avaliação de Políticas Públicas. 2. Programa Mais Médicos (PMM) – Impacto na Saúde. 3. Legitimação Governamental – PMM. 4. Análise Geográfica – PMM. 5. Atenção Básica à Saúde. 6. Políticas Públicas de Saúde - Brasil. I. Melo, Clóvis Alberto Vieira de. II. Título.

CDU 35.073:614(81)(043)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
POS-GRADUACAO EM CIENCIA POLITICA
Rua Aprígio Veloso, 882, - Bairro Universitário, Campina Grande/PB, CEP 58429-900

FOLHA DE ASSINATURA PARA TESES E DISSERTAÇÕES

OLINDINA IONIA DA COSTA LIMA RAMOS

AVALIAÇÃO DE IMPACTO
DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO
BRASIL: A CHEGADA DOS PROFISSIONAIS
NOS MUNICÍPIOS E
O SEU REFLEXO NA ATENÇÃO BÁSICA À
SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Ciência Política como
pré-requisito para obtenção do título de
Mestre em Ciência Política.

Aprovada em: 08/09/2021

Prof. Dr. Clóvis Alberto Vieira de Melo - PPGCP/UFOP
Orientador

Profa. Dra. Kelly Cristina Costa Soares - PPGCP/UFOP
Examinador Interno

Profa. Dra. Maria Luciana Bezerra Sousa
Examinador Externo



Documento assinado eletronicamente por CLOVIS ALBERTO VIEIRA DE MELO, PROFESSOR(A) DO
MAGISTERIO SUPERIOR, em 08/09/2021, às 15:37, conforme horário oficial de Brasília, com
fundamento no art. 8º, caput, da [Portaria SEI nº 002, de 25 de outubro de 2018](#).

26/10/2021 17:03

SEI/UFMG - 1758938 - PRRPG-Folha de Assinatura para Teses e Dissertações



Documento assinado eletronicamente por KELLY CRISTINA COSTA SOARES, PROFESSOR, em 08/09/2021, às 13:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 88, caput, da [Portaria SEI nº 002, de 23 de outubro de 2018](#).



Documento assinado eletronicamente por Maria Luciana Bezerra Sousa, Usuário Externo, em 09/09/2021, às 16:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 88, caput, da [Portaria SEI nº 002, de 23 de outubro de 2018](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://sei.ufmg.edu.br/autenticidade>, informando o código verificador 1758938 e o código CRC 2B25AB9F.

Referência: Processo nº 23096.052849/2021-85

SEI nº 1758938

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os portadores de espondilite anquilosante que, como eu, superam suas dores todos os dias em busca de uma vida digna, de respeito e de pequenas vitórias.

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte infinita de sabedoria e misericórdia, que me concedeu a maior de todas as oportunidades: a vida.

Ao meu amor Paulo Esdras Marques Ramos, que se dedica todos os dias de sua vida a me ajudar a superar todas as barreiras e que me ensinou a não desistir nunca.

À minha mãe, mulher forte e sábia, que me ensinou o significado do amor, do perdão e da perseverança.

Aos meus irmãos, por estarem presentes, seja no silêncio absoluto (Marcos Paulo), seja na zoadada extrema (Jefferson), por sempre rezarem por mim e quererem meu bem.

Aos meus sobrinhos, Luís Augusto, Luís Guilherme e Maria Luiza, com quem aprendi a ser tia, mãe e amiga.

Aos meus sogros, Luís e Nita, por serem porto seguro, amor, dedicação e bondade sempre.

Ao Professor Clóvis Alberto Vieira de Melo, pelas oportunas e mais relevantes contribuições, por me incentivar tanto, por reconhecer todas as minhas limitações e me fazer enxergar que eu conseguiria chegar até aqui.

Aos meus filhos Maria Eduarda da Costa Ramos e Paulo Esdras Marques Ramos Filho, que iluminam minha vida com sua existência.

Ao homem que me ensinou ética, obediência, sinceridade e amor, o meu maior incentivador e maior exemplo, Tio Zezinho (em memória).

Deixar a discussão livre das falácias ideológicas e prezar pelo incentivo na atenção básica, que, quando bem empregada, resolve mais de 80% das queixas da população, de forma eficiente e barata, desafoga o sistema de especialidades do SUS e dá a oportunidade à população carente, de ter sempre um profissional médico por perto.

Victoria Mendes
(Médica em Medicina de Família e Comunidade)

RESUMO

É dever do Estado promover as políticas públicas de saúde, e dentre as que visam a melhoria da Atenção Básica está o Programa Mais Médicos (PMM) que objetiva, no eixo provimento emergencial, levar médicos para as localidades onde havia número reduzidos de profissionais ou mesmo sua inexistência. Porém, necessário se faz analisar o impacto deste Programa nos indicadores de saúde, buscando saber se ele foi capaz de trazer melhorias ou não. Neste sentido, surge o seguinte problema de pesquisa: Qual o impacto do PMM na saúde da população brasileira, considerando o aumento do número de médicos nos municípios participantes do PMM advindos do provimento emergencial? Como hipótese inicial sugerimos que o programa melhorou as condições de saúde da população ao aumentar o número de médicos na atenção básica. Foi analisado o desenho da política pública selecionada para entender a sua lógica de funcionamento e os seus beneficiários, com o levantamento de dados para testar a hipótese sugerida. Tais dados foram coletados do Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e foram tratados e utilizados de maneira descritiva e inferencial. Analisou-se o PMM nos municípios brasileiros, em diferentes níveis geográficos (Regiões e divisão dos municípios em Amazônia Legal, Zona de Fronteira, Semiárido e Extrema Pobreza), verificando o antes e o depois das variáveis selecionadas. Para testar a hipótese inicial foram selecionadas variáveis como número de médicos por município, número de internações por condições sensíveis à atenção básica, número de casos de tuberculose notificados, dentre outras. Verificou-se que houve aumento estatisticamente significativo do número de médicos nos municípios, houve também redução das internações por condições sensíveis à atenção básica em todo o país, mas com significância estatística apenas nos municípios em extrema pobreza e do semiárido. Quanto aos casos de tuberculose notificados, percebeu-se uma associação negativa com o programa no Nordeste, nos municípios de Extrema Pobreza e nos que fazem parte do Semiárido, e em relação aos casos de hanseníase existe relação de causalidade negativa entre eles e o programa na Região Sul do país. Neste sentido, observa-se que apensar do PMM ter impactado no aumento do número de médicos nos Municípios Brasileiros, ainda é preciso que haja uma maior fiscalização dos gestores em sua execução para garantir melhores resultados e propagar os resultados positivos de algumas regiões para todo o país.

Palavras-chave: Avaliação de políticas públicas; Legitimação governamental; Programa Mais Médicos; Impacto na saúde; Análise geográfica.

ABSTRACT

It is the State's duty to promote public health policies, and among those aimed at improving Primary Care is the Mais Médicos Program (PMM), which aims, in the emergency provision axis, to take doctors to locations where there were a reduced number of professionals or even its nonexistence. However, it is necessary to analyze the impact of this Program on health indicators, seeking to know if it was able to bring about improvements or not. In this sense, the following research problem arises: What is the impact of the PMM on the health of the Brazilian population, considering the increase in the number of physicians in the municipalities participating in the PMM arising from the emergency provision? As an initial hypothesis, we suggest that the program improved the population's health conditions by increasing the number of physicians in primary care. The design of the selected public policy was analyzed to understand its working logic and its beneficiaries, with data collection to test the suggested hypothesis. Such data were collected from the Ministry of Health, Department of Informatics of the Unified Health System (DATASUS) and the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE), and were treated and used in a descriptive and inferential manner. The PMM was analyzed in Brazilian municipalities, at different geographic levels (Regions and division of municipalities into Legal Amazon, Border Zone, Semi-Arid and Extreme Poverty), checking the before and after of the selected variables. To test the initial hypothesis, variables such as number of physicians per municipality, number of admissions for conditions sensitive to primary care, number of notified tuberculosis cases, among others, were selected. It was found that there was a statistically significant increase in the number of physicians in the municipalities, there was also a reduction in hospitalizations for sensitive conditions to primary care across the country, but with statistical significance only in municipalities in extreme poverty and in the semiarid region. As for notified tuberculosis cases, a negative association with the program was perceived in the Northeast, in the municipalities of Extreme Poverty and in those that are part of the Semiarid region, and in relation to leprosy cases there is a negative causal relationship between them and the program in the Southern region of the country. In this sense, it is observed that although the PMM has impacted on the increase in the number of physicians in Brazilian Municipalities, there is still a need for greater supervision by managers in its execution to ensure better results and spread the positive results of some regions throughout the parents.

Keywords: Public policy evaluation; Governmental legitimacy; More Doctors Program; Impact on health; Geographical analysis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Pirâmide dos Serviços de Saúde no Brasil.....	61
Figura 2 - Distribuição dos médicos por UF – Brasil - 2018	67
Figura 3 - Média de médicos de todas as especialidades por mil habitantes – Brasil - 2010	107
Figura 4 - Média de médicos de todas as especialidades por mil habitantes em cada UF - 2015	108

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 - Tipo de Avaliação de Política Pública	43
Quadro 2 - Variáveis.....	95
Quadro 3 - Unidades Geográficas	102
Tabela 1 – Test T - Média de médicos por mil habitantes em unidade geográfica.....	109
Tabela 2 – Testes T – Média de Internações por Causas Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) por mil habitantes em unidade geográfica	114
Tabela 3 – Teste T – Média de Óbitos Maternos por mil habitantes em unidade geográfica	117
Tabela 4 - Diferença de médias em percentual de óbitos maternos por mil habitantes antes e depois do PMM	120
Tabela 5 - Testes T – Média de Óbitos por causas evitáveis de 05 a 74 anos por mil habitantes em unidade geográfica.....	121
Tabela 6 – Teste T - Média de Casos de Tuberculose Notificados por mil habitantes em unidade geográfica	123
Tabela 7 - Diferença de médias em percentual de casos de tuberculose por mil habitantes notificados antes e depois do PMM.....	125
Tabela 8 – Teste T – Média de Casos de Hanseníase Notificados por mil habitantes em unidades geográficas.....	126

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição de médicos registrados (CFM) por 1000 habitantes segundo Grandes Regiões - Brasil - 2013	68
Gráfico 2 - Total de Médicos por mil habitantes por Região - 2010-2020	105
Gráfico 3 - Média de médicos em todas as especialidades por mil habitantes em cada UF - 2010	106
Gráfico 4 - Média de médicos de todas as especialidades por 1000 habitantes em cada UF - 2015	108
Gráfico 5 - Média da Razão de médicos por mil habitantes – Zona de Fronteira ou não	111
Gráfico 6 - Média da Razão de médicos por mil habitantes - Extrema Pobreza ou não	112
Gráfico 7 - Média da Razão de médicos por mil habitantes – Semiárido ou não	112
Gráfico 8 - Média da Razão de médicos por mil habitantes - Amazônia Legal ou não	113
Gráfico 9 - Média das ICSAB – Brasil.....	116
Gráfico 10 - Média das ICSAB em unidades geográficas.....	116
Gráfico 11 - Diferença de Médias dos Casos de Tuberculose no Brasil por Região depois do PMM.....	124
Gráfico 12 - Diferença de médias em percentual de casos de hanseníase notificados por mil habitantes após a implantação do PMM por Região	128
Gráfico 13 - Diferença de médias em percentual de casos de hanseníase notificados por mil habitantes após a implantação do PMM por Zonas.....	128

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACP	Ação Civil Pública
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AVASUS	Ambiente Virtual do Sistema único de Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CF/88	Constituição Federal de 1988
CFM	Conselho Federal de Medicina
CGPROP	Coordenação Geral de Provisão de Profissionais para a Atenção Primária
CGU	Controladoria Geral da União
CID10	Código Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CMAG	Comitê de Monitoramento e Avaliação dos subsídios da União
CMAP	Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas
CMAS	Comitê de Monitoramento e Avaliação de Gastos Diretos
CNM	Conselho Nacional de Medicina
CREMESP	Conselho Regional de Medicina de São Paulo
CRM	Conselho Regional de Medicina
DATASUS	Departamento de informática do Sistema Único de Saúde
DEPREPS	Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde
DSEI	Distrito de saúde especial indígena
EAD	Ensino à distância
ENAP	Escola Nacional de Administração Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FGV	Fundação Getúlio Vargas
FIES	Fundo de Financiamento Estudantil
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAB	Interações por Causas Sensíveis à Atenção Básica
IFES	Instituições Federais de Ensino Superior

INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOS	Lei Orgânica de Saúde
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MPT	Ministério Público do Trabalho
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Piso Assistencial Básico
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PISUS	Programa de Interiorização do SUS
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPA	Programa Plurianual
PPA	Plano de Pronto Ação
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSBE	Portal Saúde Baseado em Evidências
PSF	Programa Saúde da Família
PSL	Partido Social Liberal
PT	Partido dos Trabalhadores
REUNI	Programa Reestruturação e Expansão das Universidades Federais
SALTE	Plano Econômico para as áreas de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia

SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SAPS	Secretaria de Atenção Primária
SECAP	Secretaria de Avaliação, Planejamento, Energia e Loteria
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SNS	Sistema Nacional de Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
TIC's	Tecnologias da informação
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

RESUMO	9
ABSTRACT	10
LISTA DE FIGURAS	11
LISTA DE QUADROS E TABELAS.....	12
LISTA DE GRÁFICOS.....	13
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	14
1 INTRODUÇÃO.....	15
2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS SEU CICLO E O RECORTE DE AVALIAÇÃO COMO MECANISMO DE APERFEIÇOAMENTO.....	20
2.1 As Políticas Públicas e seu Ciclo.....	20
2.2 O Papel da avaliação das políticas públicas na melhora da performance governamental.....	29
2.3 Avaliação de Políticas Públicas no Brasil	35
2.4 Modalidades de Avaliação de Políticas Públicas	40
3 O PROGRAMA MAIS MÉDICOS E O ACESSO À SAÚDE.....	49
3.1 Antecedentes Históricos das Políticas Públicas de Saúde no Brasil	49
3.2 Desenho Institucional e Funcionamento do Programa Mais Médicos	64
3.3 Estado da Arte das pesquisas sobre Avaliação de Impacto do Programa Mais Médicos.....	80
4 METODOLOGIA.....	94
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	104
5.1 Razão de médicos por mil habitantes	109
5.2 Internações por causas sensíveis à Atenção Básica por mil habitantes.....	113
5.3 Óbitos Maternos por mil habitantes	117
5.4 Óbitos por causas evitáveis de 05 a 74 anos.....	120
5.5 Casos de Tuberculose notificados por mil habitantes	122
5.6 Casos de hanseníase notificados por mil habitantes.....	126
6 CONCLUSÃO.....	130
REFERÊNCIAS	134
ANEXOS	143
ANEXO A – INFORMAÇÃO SOBRE DADOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SITE DATASUS.....	144
ANEXO B – EMAIL’S SOBRE NECESSIDADE DE COLETA DE DADOS.....	145
ANEXO C – EMAIL’S RECEBIDOS DO PORTAL FALA.BR	146
ANEXO D – EMAIL’S OUVIDORIA DO SUS	148
ANEXO E - CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA E SEUS RESPECTIVOS CID’S.....	151

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, desde o final da década de 1980, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, passou-se a se preocupar com a Administração Pública de forma responsável, donde o cidadão assumiu o papel de cliente do Estado com vez e voz para suas observações e reclamações. Com a Reforma Administrativa trazida pela Emenda Constitucional nº 19/1998, houve a ampliação da participação do cidadão no Estado, com o direito de reclamação, acesso à informação e o direito de petição junto aos Órgãos Administrativos. Entre as modificações da Reforma Administrativa destaca-se o acréscimo do Princípio da Eficiência aos da Administração Pública (art. 37, caput, CF/88). Além disso, em 2019 foi publicado o Decreto Federal nº 9.834, o qual institui o Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas, com o objetivo de “avaliar as políticas públicas selecionadas, que são financiadas por gastos diretos ou subsídios da União; e monitorar a implementação das propostas de alteração das políticas públicas resultantes da avaliação, em consonância com as boas práticas de governança” (incisos I e II, do art. 1º, do Decreto nº 9.834/2019).

Neste contexto, as Políticas Públicas ainda não consolidadas, não consagradas, e cujos resultados não estejam ainda claros e precisos, devem ser avaliadas para que o *policy maker* possa decidir sobre sua continuidade, modificação ou extinção, evitando desperdícios e garantindo bons resultados, bem como para que seja considerada transparente, servindo sua avaliação também como forma de *accountability*. No que tange ao ciclo das políticas destaca-se a avaliação para saber seu impacto na sociedade, ou seja, seus *outcomes*, buscando saber o resultado dos serviços prestados ao cidadão.

Na área da Saúde não poderia ser diferente, fazendo-se necessária a avaliação das políticas públicas ainda não consagradas, para garantir o efetivo atendimento à população, bem como evitar o desperdício de verbas públicas. A saúde, como bem de extraordinária relevância à vida e à dignidade humana, foi elevada pela Constituição Federal à condição de Direito Fundamental do homem, manifestando o legislador constituinte constante preocupação em garantir a todos uma existência digna, consoante os ditames da justiça social, conforme se verifica pela interpretação conjunta dos artigos 170 e 193 da referida Lei Maior, a qual dispôs em seus artigos 1º, inciso III, 6º, 196 e 197, a necessidade de garantir a dignidade da pessoa humana, e o direito à saúde,

entendendo-o como direito de todos e dever do Estado, para garantir, assim, o acesso universal igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Portanto, resta patente que cabe ao Estado, além do atendimento hospitalar e ambulatorial, da realização de exames e consultas médicas, assegurar, que o atendimento médico na Atenção Básica (AB) seja feito a todos, independente do Município ou Região onde resida o cidadão. Neste sentido, são inúmeras as políticas públicas federais de saúde, podendo ser citadas as que instituíram os serviços ambulatoriais especializados, diagnóstico e de terapêutica; os pré-hospitalar de urgência e emergência e a rede hospitalar de média e de alta complexidades. Dentre tais políticas públicas, se destacam as da Atenção Básica como o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa Mais Médicos (PMM).

Neste contexto, foi criado o PMM, no ano de 2013, para fortalecer a AB, levando profissionais médicos aos municípios em que havia escassez de tais profissionais ou simplesmente inexistiam médicos atuando. A criação de tal política pública se deu em um momento de turbulência do Governo Dilma Rousseff, quando havia manifestações nas ruas pedido a melhoria de vários serviços públicos, entre eles os serviços de saúde, nas chamadas “Jornadas de Julho”, bem como havia insatisfação dos Prefeitos pelo fato de não conseguirem contratar médicos para laborar em seus Municípios e organização a reclamação chamada “Cadê o Doutor?” que visava pedir providências ao Governo Federal no sentido de ajudar a viabilizar a contratação de médicos para os Municípios, principalmente no Semiárido e Amazônia Legal.

Com o desenvolvimento da medicina preventiva no Brasil, entre as políticas públicas de Saúde foi criado o Programa Mais Médicos, pela Medida Provisória nº 621, publicada em 8 de julho de 2013 e regulamentado pela Lei nº 12.871/2013, com o fito de melhorar o acesso e a qualidade da Atenção Básica no Brasil. Dentre os objetivos de tal programa estão o de “diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde” e o de “fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País” (incisos I e II do art. 1º da Lei nº 12.871/2013). Comporta, tal Programa, 03 eixos, que são os próprios objetivos do programa, quais sejam: contratação emergencial de médicos, aumento do número de vagas no Curso de Medicina e nas Residências Médicas e ações voltadas à infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS's).

Assim, para investigar os resultados das ações governamentais, a avaliação do Programa Mais Médicos, permite comparar a realidade do sistema de saúde no momento anterior e posterior

à implantação tal política. No que tange ao provimento emergencial, visa verificar se houve melhora nos indicadores de saúde com a ampliação do número de médicos nas cidades participantes do programa, além disso, é uma forma de verificar se o Princípio Constitucional-Administrativo da Eficiência vem sendo respeitado, bem como dar efetividade ao Decreto nº 9.834/2019. Portanto, a avaliação de tal Política Pública é capaz de nos demonstrar se a implantação do PMM trouxe melhorias para a saúde da população brasileira, isto é, se o PMM pode ser considerado uma política pública eficaz.

Justifica-se a escolha do tema devido à importância do PMM, o qual visa enfrentar um problema sério no país de escassez de médicos nos Municípios e da necessidade premente de fortalecer a AB para desafogar os serviços de saúde de Média e Alta complexidades, bem como devido ao grande número de críticas que o programa sofreu, necessitando que sejam conhecidos seus resultados através de uma análise científica. Quanto ao aspecto social, verifica-se que a saúde é bem público de extraordinária grandeza, a qual merece proteção especial do Estado e dar a população o acesso aos resultados do Programa estudado é forma de garantir da transparência e buscar o alcance efetivo de resultados. Por fim, quanto ao aspecto acadêmico, o tema faz parte da linha de pesquisa de Políticas Públicas do Programa de Mestrado em que se apresenta o resultado da pesquisa, consistindo num aprofundamento em pesquisa quantitativa sobre políticas públicas de saúde.

Neste sentido, surge o seguinte problema de pesquisa: Qual o impacto do Programa Mais Médicos na saúde da população brasileira, considerando o aumento do número de médicos nos municípios participantes do PMM advindos do provimento emergencial?

A hipótese testada é a de que como o Programa Mais Médicos melhorou a distribuição de médicos no Brasil, sugere-se que este impactou positivamente na saúde da população brasileira, gerando a melhora de indicadores de saúde.

Como se vê, estudar se o Programa Mais Médicos tem alcançado seus objetivos é fundamental para entender se tal Política Pública atende ao Princípio Constitucional da Eficiência, bem como ao Decreto nº 9.834/2019, além disso, como tal programa envolve alocação de vultosa quantia em dinheiro, material humano, bem como cooperação internacional e foi e é alvo de muitas críticas por parte da sociedade brasileira, necessário se faz entender se tal programa tem efetivamente impactado de maneira positiva na Atenção Básica, melhorando os indicadores de saúde, já que a eficácia de uma política pública que diz respeito aos atendimentos dos objetivos

propostos, no caso os objetivos do PMM, deve refletir na melhora dos indicadores de saúde dos municípios de baixo desenvolvimento sócio econômico de todo o país. Esta é a questão que se propõe, e que por si só justifica a necessidade de estudar e aprofundar os conhecimentos sobre o tema.

Diante do exposto, o objetivo geral do estudo é aferir o impacto do Programa Mais Médicos impactou na população brasileira no que tange aos indicadores de saúde. Como objetivos específicos temos os seguintes: entender a avaliação de impacto em políticas públicas, mapear o desenho institucional e funcionamento da política pública denominada Mais Médicos, estudar o que a literatura tem dito sobre o PMM; e ainda selecionar indicadores de saúde para aferir o impacto do PMM.

Para alcançar os objetivos se realiza um levantamento de dados quantitativos para testar a hipótese sugerida, sendo a fonte de coleta dos dados Ministério da Saúde, DATASUS e do IBGE, e foram, com o seu tratamento e utilização de maneira descritiva e inferencial. Analisa-se os municípios brasileiros no Mais Médicos, em diferentes níveis geográficos, os seja, por Regiões e ainda por sua divisão, segundo o IBGE em Amazônia Legal, Zona de Fronteira, Semiárido e Extrema Pobreza, verificando o antes e o depois das variáveis selecionadas. Para testar a hipótese inicial veremos adiante que se selecionou variáveis como número de médicos por município, número de internações por condições sensíveis à atenção básica, número de casos de tuberculose notificados, dentre outras.

Neste sentido, os principais achados são os de que houve aumento estatisticamente significativo do número de médicos nos municípios, diminuindo a carência de médicos neles com o alcance de um dos objetivos do PMM, houve também redução das internações por condições sensíveis à atenção básica em todo o país, mas com significância estatística apenas nos municípios em extrema pobreza e do semiárido. Quanto aos casos de tuberculose notificados, percebeu-se uma associação negativa com o programa no Nordeste, nos municípios de Extrema Pobreza e nos que fazem parte do Semiárido, e em relação aos casos de hanseníase existe relação de causalidade negativa entre eles e o programa na Região Sul do país. Assim, se observa, também, que há o fortalecimento da prestação de serviços de saúde na AB, alcançando mais um objetivo do PMM.

O estudo está dividido em 04 partes. Na primeira se estuda as Políticas Públicas e seu ciclo, procurar-se-á entender o porquê avaliar uma Política Pública e as modalidades de avaliação de políticas públicas, com foco e aprofundamento na avaliação de impacto. Na segunda parte faz-se

uma breve análise do Direito à Saúde no Brasil, sua evolução histórica, os motivos que levaram a criação do Programa Mais Médicos, descrevendo sobre tal programa e sobre os objetivos dele, mapeamento institucional e funcionamento e far-se-á um levantamento sobre o Estado da Arte das pesquisas sobre Avaliação de Impacto do PMM. Na terceira, se descreve a Metodologia utilizada para a avaliação de impacto do PMM, destacando os métodos e as variáveis que serão utilizadas para análise estatística e inferencial. E, finalmente, na quarta etapa se avalia a Política Pública do Mais Médicos no Brasil, com o fim de verificar o impacto dela na melhoria da Atenção Básica no Brasil, com base em indicadores de saúde, utilizando-se, para tanto de dados coletados nas fontes acima indicadas, bem como fazendo a análise descritiva deles.

2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS SEU CICLO E O RECORTE DE AVALIAÇÃO COMO MECANISMO DE APERFEIÇOAMENTO

O que se propõe neste trabalho é o estudo do impacto do Programa Mais Médicos no Brasil, para verificar se houve diminuição da carência de médicos nos municípios brasileiros e melhora dos indicadores de saúde com o provimento emergencial de médicos. Para tanto, por ora, passa-se a estudar políticas públicas, avaliação de políticas públicas, e, de forma mais específica a avaliação de impacto.

2.1 As Políticas Públicas e seu Ciclo

O mercado entrou em crise no entre guerras mundiais, e com ele a economia, fazendo com que houvesse, a partir daí um aumento da intervenção do Estado para, em conjunto com o mercado, promover o desenvolvimento social. Assim, o contrato social que passou a vigorar a partir da primeira metade do século 20 reduziu a liberdade individual em prol do bem-estar social. O Estado passou a intervir na economia sob dois aspectos, o primeiro foi através de uma ação reguladora, e o segundo com participação direta na economia. A partir daí passa-se a verificar as políticas governamentais, que depois serão entendidas como políticas públicas (HEIDEMANN, 2014). Vê-se, assim, a intervenção do Estado para fornecer serviços públicos e, inclusive bens de consumo.

No Brasil, quando os Estados Unidos da América enfrentavam a Depressão de 1930, iniciava-se a regulação da economia e a preocupação com o desenvolvimento social, porém, a ideia de desenvolvimento social com o início das características que atualmente comporta, só chegou ao Brasil depois da Segunda Guerra Mundial, com o surgimento à época da corrente político partidária do nacional-desenvolvimentismo.

Neste cenário, passou-se a classificar os países segundo seu desenvolvimento econômico, sendo os principais índices utilizados todos econômicos e a industrialização era sinônimo de desenvolvimento. Os países industrializados eram o ideal que todos queriam alcançar e só os efeitos negativos do desenvolvimento puramente industrial, como a acumulação de riqueza em uma pequena parcela da população, a criação de subempregos e a exploração do trabalho da maioria fez repensar o conceito de desenvolvimento. A preocupação de busca de vida digna para presentes e

futuras gerações, trouxe a necessidade de um mercado autorregulado, com intervenção direta do Estado para buscar o desenvolvimento social.

Segundo a teoria e doutrina no Direito Financeiro, o Estado é um ente social que se forma num território quando um povo se organiza juridicamente e se submete a um governo para a satisfação das necessidades coletivas através da realização de atividades.¹ Neste sentido, esclarece Abraham (2018) que “o Estado de Direito é uma criação do homem moderno, instituído e organizado para oferecer à coletividade as condições necessárias à realização do bem comum e da paz social”. No campo da Ciência Política o que os financistas e tributaristas chamam de necessidade pública, chama-se problema público, entendendo-se como este “a distância entre o *status quo* e uma situação ideal possível para a realidade pública” (SJÖBLOM, 1984, apud SECCHI, 2019, p. 5).

Neste sentido, para suprir as necessidades públicas, ou seja, para resolver um problema público, o Estado implementa Políticas Públicas. Como afirmaram H. Lasswell e A. Kaplan (1970, p. 71) a política pública é “um programa projetado com metas, valores e práticas”. Já para David Easton (1953, p. 123, apud HEIDEMANN, 2014, p. 31) a política pública é “a alocação de valores por uma autoridade pública para toda a sociedade”. Nas palavras de Secchi (2019, p. 5), que cita ele mesmo, “uma política é uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público”. E, continua o mesmo autor: “Política pública é um conceito abstrato que se materializa com instrumentos concretos como, por exemplo, leis, propagandas, campanhas, obras, prestação de serviços, subsídios, impostos e taxas, decisões judiciais entre muitos outros” (Ibidem).

Analizando o conceito de Política Pública Chrispino afirma que:

[...] o conceito de políticas públicas não surge por si mesmo, ou por fatores endógenos exclusivos. Ele é delimitado pelas múltiplas possibilidades de conexão de ações que contribuem para fazer dela, a política pública, o centro de equilíbrio dessas forças sociais diferentes. (CHRISPINO, 2016, p. 17).

A política pública é, então, a decisão que visa responder as demandas sociais consideradas pela gestão um problema público. Souza (2006), apud Chrispino, nos traz um apanhado de conceitos de Políticas Públicas de vários autores, vejamos:

¹ Direito Financeiro “é o conjunto de normas jurídicas que regula a atividade financeira do Estado em seus diferentes aspectos: órgãos que a exercem, meios em que se exterioriza e conteúdo das relações que originam” (FONROUGE, 1970, p. 28). “Podemos dizer que o Direito Financeiro é o ramo do Direito Público que estuda a atividade financeira do Estado sob o ponto de vista jurídico” (HARADA, 2018, p. 43).

Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”. A definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz. (SOUZA: 2006, apud CHRISPINO, 2016, p. 18).

Verifica-se que o conceito de política pública de Laswell, acima citado, nos informa que a política pública é uma decisão política que deve ser fundamentada numa necessidade pública, num problema público (por quê), nos indicando que pessoas serão beneficiadas por tal decisão que lhes trará uma melhoria (quem ganha o quê?), como por exemplo os moradores de uma cidade ou de uma região que serão beneficiados com a construção de um Hospital, de uma Escola, uma Praça, entre outros. Sendo que, por envolver gasto de verbas públicas, e ter o fim de suprir uma necessidade pública, a decisão do gestor (a política pública) deve trazer resultados que precisam ser avaliados (e que diferença faz?), para evitar desperdício ou desvio de verbas públicas.

Analisando os conceitos de política pública de Dye e Jenkins, Heidemann (2014) destaca que: a) o agente primário da política pública é um governo, que atua por delegação dos cidadãos; b) implica uma decisão do governo a respeito de um problema, sendo que dela participam diferentes atores (visíveis e invisíveis) e c) é uma decisão consciente do governo que pode causar efeitos indesejados, que serão meramente um subproduto dela. A política pública é, então, uma decisão de fazer ou não fazer voltada a enfrentar um problema público (necessidade pública), que se constitui através de um processo que analisa a situação fática posta, descobre alternativas de enfrentamento e escolhe entre as alternativas postas uma delas, ou simplesmente resolve manter o *status quo*, não fazendo nada, porém quando decide fazer, implementa a forma de enfrentamento escolhido e avalia o comportamento da política na sociedade. Ademais, no processo de política pública há intervenção estatal e, também, de várias pessoas (físicas ou jurídicas), chamados atores (visíveis e invisíveis), alguns deles facilmente identificáveis como o Governante, o Congresso, a mídia, o Poder Judiciário e outros que laboram nos bastidores, como os burocratas da administração pública, as Universidades, Institutos de Ensino e estudiosos da área.

Segundo Dias e Matos (2019), o conceito de políticas públicas é interdisciplinar, pois engloba diversas áreas de conhecimento como as Ciências Sociais Aplicadas, a Ciência Política, a

Economia e a Ciência da Administração Pública, tendo como objeto de estudo o processo decisório do governo. Entende-se que para além das áreas do conhecimento citadas, tal conceito engloba também as Ciências Jurídicas, principalmente por seus ramos do Direito Constitucional, do Direito Financeiro e do Direito Administrativo, já que o Direito molda o comportamento governamental, por ser a Ciência do Dever Ser.

Assim, se conclui que a Política Pública é uma decisão, ou em algumas situações ou contextos, uma não decisão, tomada pelo governo (gestão) para tentar resolver conflitos sociais, sendo, portanto, um conceito complexo, pois agrega variáveis, institui valores, comporta arranjo de forças, identifica processos e metas e propõe avaliações.

Para entender melhor uma política pública, não basta entendê-la como “tudo que o governo decide fazer ou deixar de fazer” (DYE, 1972, p. 2), mas é preciso entendê-la como “O Estado em Ação” (JOBERT; MULLER, 1987, p. 9), ou seja, não basta entender que ela é uma decisão do governo que gera uma ação estatal, mas sim que é uma decisão que surge em meio a um processo criador da política pública e que pode se extinguir, modificar ou ser mais uma vez implementada, a depender dos seus resultados. Portanto, a política pública passa por etapas, as quais são chamadas de Ciclo de Políticas Públicas. Em tal ciclo Harold Lasswell (1971) reconhece as seguintes etapas: recomendação, prescrição, invocação, aplicação e rescisão, reconhecendo-o como um processo de decisão criativa. Por sua vez, Garry Brewer e Peter DeLeon (1983) reconhecem as seguintes etapas: iniciação, estimativa, solução, implementação, avaliação e rescisão, entendendo que “política é a decisão mais importante da sociedade, ações apoiadas por aprovação generalizada e / ou ameaça de sanções” (Ibidem, p. 9, 17-21). Entendendo o Estado como um aparato institucional para prover o bem público, bem como que a Política Pública seria um conjunto de diretrizes para resolver problemas públicos, o estudo das políticas públicas, ou seja, seu ciclo, passa pela montagem da agenda, formulação das políticas, tomada da decisão política, implementação de políticas e avaliação das políticas (HOWLETT, 2013, p. 16). Seja qual for a nomenclatura que se dê as etapas da política pública, podemos chamá-las de Ciclo da Política Pública, e, por simplificação, estudá-las conforme a nomenclatura trazida por Howlett (2013).

Ao tratar sobre o estudo das políticas públicas e seu ciclo, Savio Raeder (2014), afirma que:

[...] o ciclo de políticas públicas se apresenta como uma ferramenta analítica que contribui para tornar clara e didática a discussão sobre o tema. As críticas alertam para a necessidade de não se considerar as fases como rígidas etapas sequenciais, ou seja, é possível que as sequências se alternem e as fases se misturem. Sendo assim, mais importante do que a

sequência que o ciclo apresenta é o entendimento de que a política pública é composta por estágios que possuem características específicas. (READER, 2014, p. 127)

Portanto, as fases do Ciclo da Política nem sempre acontecem seguidamente, pode-se, por exemplo, chegar na tomada de decisão e voltar a fase da formulação, pode ser entendida a política proposta como inviável e não passar da fase de formulação, pode ainda uma política já implementada ser reformulada para alcançar melhores resultados. Assim, tem-se que ter em mente que o estudo o ciclo da política serve para analisar todas as fases que uma política pública pode passar, mas não significa, na prática, que toda política passará por todo o ciclo, ou que não possa haver retrocesso entre suas fases. A divisão do estudo da política pública em etapas de um ciclo serve para melhor estudá-la, entender o papel de cada ator, bem como os conceitos intrínsecos às etapas pelas quais a política pública pode passar. Com foco neste entendimento é que se deve analisar cada etapa do ciclo das políticas públicas.

Heidemann (2014, p. 37-38), explica de maneira sucinta o que significa cada fase do ciclo de políticas públicas, veja-se:

(1) o estabelecimento ou a montagem da agenda refere-se ao processo pelo qual os problemas chegam à atenção dos governos; (2) a formulação da política diz respeito ao modo como as propostas de política são formuladas dentro do governo; (3) a tomada de decisão política é o processo pelo qual os governos adotam um curso de ação ou inação; (4) a implementação da política relaciona-se ao modo pelo qual os governos dão curso efetivo a uma política; e (5) a avaliação da política trata dos processos pelos quais tanto os atores estatais como societários monitoram os resultados das políticas, podendo resultar daí uma reconceituação dos problemas e das soluções político-administrativas.

A explicação dada pelo citado autor é clara, mas devido a sua simplicidade, passa-se a analisar, de forma mais aprofundada, cada uma das fases do ciclo das políticas públicas.

Ao discutir a *Agenda Setting*, que faz parte do momento pré-decisório, ou seja, se refere a formação da agenda, Kingdon (1995) afirma que as agendas (*agenda setting*) mudam com o tempo e como se filtram as escolhas a partir de um amplo repertório de alternativas. A agenda (momento pós-decisório) é então, uma lista de temas ou problemas que são alvo, em dado momento, de séria atenção. Ao alcançar, um destes temas, a atenção do governo, ele pode ser objeto de decisão para solução de um problema, daí surge a Política Pública para enfrentar o problema que entrou na agenda do governante. Segundo o mesmo autor, a decisão de pôr ou não um tema na agenda passa por três dinâmicas: a dos problemas, a das políticas públicas e a da política. Assim, com o

surgimento, através de um evento-foco, de um problema ou de estudos sobre um problema, o governo pode tomar conhecimento, através de um feedback ou de reclamações, ou até mesmo pela imprensa, e decidir enfrentar tal problema, colocando-o na agenda.

Verifica-se, então, que a montagem da agenda hoje obedece a uma visão subjetiva (pós-positivista) donde a escolha do problema não é um processo mecânico entre problema e solução, mas sim passa pela preocupação com a sociedade e seu desenvolvimento bem como é um processo em que há interferência de atores governamentais e não governamentais (HEIDEMANN, 2014).

Secchi (2013), nos aponta que a agenda pode ser materializada como um programa de governo, através de um planejamento orçamentário ou até mesmo através das propostas constantes em um estatuto de um partido político. Neste sentido, ele entende haver três tipos de agenda. A primeira seria a agenda política (ou sistêmica), que se refere a lista de problemas que a comunidade política percebe como de necessidade de intervenção e solução pelo governo. A segunda é a agenda formal (ou institucional), que é formada pela lista de problemas que o governo já decidiu enfrentar, ou seja, são os problemas já selecionados pelo governo para serem objeto de políticas públicas e, por fim, aponta a agenda da mídia, que são os temas destacados pela imprensa, de forma combativa, e que, muitas vezes, conseguem influenciar as demais agendas.

A escolha da agenda depende também da viabilidade técnica de execução da política, a antecipação de possíveis restrições e com a congruência dos temas com os valores dos membros da comunidade de especialistas na área.

Para Kingdon, a agenda é:

[...] lista de questões ou problemas que recebem alguma atenção séria, em algum dado momento, por parte de funcionários do governo e das pessoas de fora do governo que estão próximas a esses funcionários [...]. Assim, o processo da montagem da agenda limita esse conjunto de questões concebíveis ao conjunto que de fato se torna foco de atenção. (KINGDON, 1984, p. 3 e 4)

Portanto, a formação da agenda é a indicação de quais problemas o governo vai enfrentar.

Após a formação da agenda é preciso formular a política, ou seja, decidir de que maneira se vai enfrentar o problema escolhido. Jones (1984) descreve a formulação da política como a proposição de formas para resolver o problema público. As proposições podem ser variadas e partir tanto da burocracia do governo como de estudiosos da área, conforme afirma Savio Reader (2014, p. 129) o problema pode entrar na agenda por “critérios técnicos, marcados pela construção de

indicadores que apontam a urgência de determinadas ações” ou até de uma consulta pública, mas ela não deve ignorar as “restrições técnicas e políticas à ação do Estado” (HOWLETT, 2013, p. 125). Note-se, como chama atenção Heidemann (2014, p. 32) que “acordos, tratados e convenções internacionais também representam oportunidades e limites para a produção da política pública”. Portanto, do ponto de vista jurídico, é preciso haver equipe técnica preparada para analisar a viabilidade da política não só com base no direito interno, mas também com base nas normas de Direito Internacional que o país se obrigou a respeitar. Assim, a formulação da política não só indicará o que fazer, mas como fazer.

Reader (2014, p. 132), citando Viana (1996, p. 13) informa que este autor propõe dividir a formulação da política em 03 (três) subfases. Por primeiro os dados coletados sobre o problema a enfrentar e as possíveis soluções são sintetizadas em informações importantes. Depois valores e princípios se unem as informações coletadas para produzir conhecimento. Aqui se levantará a viabilidade técnica e jurídica da política que se propõe, gerando conhecimento mais claro para auxiliar o governante na tomada de decisão. Por último o mesmo autor, aponta que a decisão do governante transforma o conhecimento acumulado nas duas primeiras subfases em ação pública. Ora, da análise do aqui exposto, fica claro que Viana (1996) aglutina a fase de formulação da política com a fase decisória. Aqui, porém, decidiu-se destacar a fase decisória da formulação do problema posto que, como se verá a não decisão também é uma decisão, também faz parte do ciclo de políticas públicas, já que tem a capacidade de interrompê-lo.

Estando escolhido o problema a enfrentar e tendo sido formulado o designer de tal enfrentamento, ou as várias alternativas de enfrentamento do problema posto, advém a terceira fase do ciclo de políticas públicas, qual seja: a tomada de decisão. Nesta etapa o governo escolhe entre as várias alternativas formuladas, qual irá utilizar. Neste sentido, Gary Brewer e Peter DeLeon (1983, p. 179) afirmam que a tomada de decisão é o estágio mais político das Políticas Públicas, porque dentre algumas formulações viáveis para enfrentamento do problema, será escolhida uma pelo governante, ou não será escolhida nenhuma. Assim, a decisão pode ser positiva – enfrentar o problema – ou negativa – decidir não o enfrentar. Conforme Heidemann (2014, p. 32), a decisão negativa ou não decisão “é uma decisão política tanto quanto o é a decisão positiva de tentar alterar o *status quo*, ou parte dele, em ambos os casos há que haver deliberação explícita a respeito”. Logo, não decidir enfrentar o problema também é uma decisão, na medida em que, expressa vontade consciente do governo em não querer mudar a situação fática então posta.

Entende-se a tomada de decisão como uma etapa eminentemente política porque o critério será de livre escolha pelo governante entre as alternativas apontadas, assim ele não está obrigado a se guiar por questões eminentemente técnicas ou estritamente políticas, ele pode, inclusive, verificar qual designer lhe renderia mais capital político.

Se a decisão for positiva, o governo caminhará para a quarta etapa do ciclo de políticas públicas, ou seja, passará a implementar a política. Secchi (2013, p.55) define a implementação da política como sendo “[...] aquela em que regras, rotinas e processos sociais são convertidos de intenções em ações”. A implementação significa colocar a decisão em prática, o que se dá por meio da burocracia estatal, e muitas vezes deriva de um esforço de muitos anos, o que demanda repetidos e contínuos investimentos e por isso, contínua negociação. Além disso, se a intenções dos agentes (administradores e burocratas) diverge da intenção do seu respectivo principal (político) os resultados da política podem ser distorcidos ou sequer ser alcançados. Nas palavras de Heidemann:

[...] o problema da implementação de uma política deve ser concebido como um esforço para se obter cooperação entre as pessoas incumbidas de promovê-la, e não meramente como um desafio gerencial para proporcionar as melhores condições de comunicação entre essas pessoas; a cooperação pressupõe uma abordagem decisória de natureza participativa e dialógica, e não apenas uma abordagem gerencial de eficácia comunicativa. (2014, p. 43)

Assim, cabe ao gestor saber manter os órgãos e a equipe responsáveis pela implementação integrados na busca de alcançar melhores resultados.

A implementação pode se dar de várias formas, como através de prestação de um serviço público, concursos públicos, impostos, subsídios, legalização, regulamentação, entre outros, podendo, ainda, ser combinados alguns instrumentos para a implementação (SECCHI, 2013, p. 58-59).

Implementada a política, para fechar seu ciclo é necessário passar pela última etapa, qual seja, a avaliação. Esta irá buscar compreender como a política implementada está funcionando na prática, e, a depender dos seus resultados pode levar a continuação da política, a reformulação ou até a descontinuidade da política pública (DELEON, 1983). No caso do PMM o Ministério da Saúde disponibiliza no site do próprio programa (link: <http://maismedicos.gov.br/resultados-para-o-pais>), alguns resultados relativos aos dois primeiros anos de sua existência, mas todos baseados em relatório do Tribunal de Contas da União (TCU), do qual falar-se-á adiante, mas não há, por parte do MS relatórios anuais sobre a atuação do programa.

Neste sentido, a avaliação da política pública é a fase que mais chama atenção no ciclo já que através dela, o governo pode decidir manter a política e até incrementá-la com novos investimentos, pode determinar sua reformulação, para tentar alcançar o seu objetivo, ou alcançá-lo de forma mais eficiente, pode ainda abandoná-la se acaso entender que ela não é capaz de produzir os efeitos esperados. Importante destacar, ainda, que a avaliação pode ocorrer antes da implementação da política (*ex ante*), durante a implementação (*in itinere* ou monitoramento) ou depois da implementação (*ex post*), sendo várias as formas de avaliação, das quais trataremos em tópico a diante.

Outrossim, não há como não discutir a seguinte questão: a política pública deve seguir apenas o modelo estatista ou deve ser multicêntrica, ou seja, se o governo deve intervir no processo de política pública, pode a política ser privada? Ora, conforme Dye (1972, p.9), “tudo que os governos fazem é política pública”, assim, pelo modelo estatista seria política pública apenas as decisões emanadas do estado. Sob a dominação de tal pensamento Salisbury (1995) informa que a política pública diz respeito a decisões autorizadas ou sancionadas pelos atores governamentais. Política pública aqui significa os resultados ou saídas de processos governamentais.

Isto é uma verdade, que juridicamente falando poderíamos até chamar de um postulado, mas ao mesmo tempo, conforme nos esclarece Heidemann (2014, p. 33), “toda mudança praticada na sociedade por força de lei ou por regulação pública é política pública, independentemente de serem públicos ou privados os seus agentes implementadores”. A abordagem multicêntrica, segundo Secchi (2013, p. 2), considera “organizações privadas, organizações não governamentais, organismos multilaterais, **redes de políticas públicas** (policy networks), juntamente com atores estatais, protagonistas no estabelecimento das políticas públicas” (Dror, 1971; Kooiman, 1993; Rhodes, 1997; Regonini, 2001)”. (grifo no original). Neste interim, a política será pública porque o problema a enfrentar é público.

Logo, o particular (pessoas físicas, sociedades empresariais, cooperativas, associações, fundações, entre outras) pode efetivamente propor e implementar políticas públicas, mas como o fazem sob a regulamentação e regulação Estatal, já que vivemos em um Estado de Direito, e com o fito de ofertar bens e serviços à sociedade, não descaracterizam o caráter público da política. Cabe, ainda, um último comentário acerca da participação da iniciativa privada no processo de política pública: não se pode esperar que o capital privado seja alocado na formulação de políticas

públicas de forma gratuita, porque o intuito do empresário é o lucro,² mas com a modificação do pensamento social, a necessidade de defesa de direitos difusos e coletivos³, e a maior consciência sobre tais direitos pela população, passou a pesar sobre o empresário a responsabilidade social, que o fará implementar políticas públicas, inclusive, por uma questão meramente de marketing para se destacar diante de sua concorrência, agregando ainda mais valor a suas mercadorias, na medida em que, por exemplo, um produto que tenha um slogan de consumo consciente e de preservação do meio ambiente já é um produto diferenciado que, mesmo mais caro, encontra lugar de destaque no mercado de consumo. Portanto, concorda-se com o Modelo Multicêntrico da Política Pública.

2.2 O Papel da avaliação das políticas públicas na melhora da performance governamental

Tendo analisado o conceito de Política Pública e entendido seu Ciclo, importante se faz entender o porquê de a avaliação das políticas públicas ser considerada tão importante.

Para Reader é preciso entender o processo histórico da avaliação de políticas públicas para enxergar sua importância, veja-se:

Uma análise cronológica sobre a avaliação de políticas públicas é traçada por Faria e Filgueiras (2007, p.328-329) e por Worthen et al. (2004, p.77-84). Os primeiros autores identificam os anos 1960 como início do boom da avaliação de políticas nos EUA. Nesta fase a avaliação serviria como ferramenta para os formuladores de políticas e para a alta gerência dos órgãos responsáveis. A rápida expansão do gasto público em bens e serviços sociais justificava o grande interesse por avaliação neste período. Contudo, havia uma clara dificuldade metodológica e conceitual para estruturar os esforços avaliativos, sendo os resultados destes decepcionantes, na opinião de Worthen et al. Para esses autores, a década seguinte é que foi marcada por contribuições sólidas nos fundamentos e estruturas conceituais para a avaliação (READER, 2014, p. 136).

Nas décadas de 70 e 80, a Avaliação de Políticas Públicas avançou nos Estados Unidos, tanto em órgãos públicos como através de associações civis e empresas, surgindo como meio de controle interno e externo (*accountability*), havendo a especialização de pessoas em avaliação de políticas públicas, sendo crescente a demanda do mercado por tais conhecimentos.

² Embora nada impeça que o particular implemente políticas públicas *verbi gratia*, simplesmente com o intuito altruístico.

³ Como o direito à saúde, meio ambiente, os direitos do consumidor, proteção e preservação do patrimônio público, proteção da criança, do adolescente, do idoso e dos incapazes.

Antes da reforma administrativa dos anos 90 a administração pública no Brasil tinha por base a repartição pública, como expressa Heidemann (2014, p. 34), “nessa concepção prevalece o império dos meios e do seu administrador, o funcionário público”. Ou seja, é o meio da burocracia pública, corporativa e política, que não se preocupa com a responsividade nem com a realização das necessidades do cidadão. Mas desde a década de 50 já havia nascido a preocupação com políticas governamentais a serem implementadas, e as repartições pouco a pouco passavam a ser prestadoras de serviços, mas havia apenas a preocupação com a seara econômica, se buscava mais eficácia econômica.

Já nos anos 80 e 90 as avaliações são tomadas como base para reformas governamentais, com o fito de tornar a ação dos governos mais eficiente, garantindo-se melhores e mais eficazes resultados.

Assim, em diversos países houve mudanças para garantir a transformação do modelo de gestão estatal que passou a ser mais voltado a atender as necessidades dos cidadãos. Dentre tais reformas se destacam as da década de 80 nos Estados Unidos com o Presidente Reagan e na Inglaterra com a Primeira Ministra Margareth Thatcher, as quais impulsionaram modificação nos modelos de gestão em todo o mundo. No Brasil, as reformas foram impulsionadas pelo economista Luiz Carlos Bresser-Pereira, então ministro do governo Fernando Henrique Cardoso nos anos de 1990 e responsável pela Reforma Gerencial do Estado Brasileiro. Nas palavras do próprio Bresser-Pereira, o objetivo da reforma gerencial do Estado foi:

O meu objetivo com a Reforma Gerencial de 1995, ou Reforma Gerencial do Estado de 1995, que é como eu a chamo, era fundamentalmente tornar mais eficientes os serviços sociais do Estado. As áreas da Educação, Previdência Social, Assistência Social, Cultura e, especialmente, da Saúde poderiam ter ganhos com a Reforma. Eu, essencialmente, ideologicamente, sou um intelectual de centro-esquerda, desenvolvimentista e social-democrata. Como social-democrata, eu entendo que o Estado de Bem-Estar Social, ao preocupar-se com grandes serviços sociais gratuitos universais, com grandes serviços públicos, está adotando uma forma fundamental de reduzir a desigualdade, que é inerente ao capitalismo (NEMI; SCHRAIBER, 2019).

A reforma administrativa do Estado brasileiro impulsionou o aumento da busca da administração pública por resultados, e, como isso, a competição administrativa e o controle social. E, no sentido de ajudar os governantes a enfrentar esta nova realidade surgiram novos termos para este novo modelo de governar, entre eles, o da “governança pública”. Tal governança compreende decisões participativas e participação direta do cidadão na formulação e implementação de políticas

públicas. Assim, houve um aumento das contratações de terceirizadas para prestar serviços aos governos, inclusive as sem fins lucrativos, bem como o surgimento dos consórcios públicos, garantindo a reunião de dois ou mais entes federados para possibilitar a prestação conjunta de um determinado serviço público.

Diante de tal cenário, analisando-se a situação concreta do Brasil, pode-se dizer que o governo não pode livremente decidir sobre a implantação, continuação, modificação ou extinção de uma política pública pois há normas jurídicas que moldam a ação do Governamental.

Por isso, a implementação de uma Política Pública não pode ser feita sem critérios e sem análise, isto porque, no Brasil, desde o final da década de 1980, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, passou-se a se preocupar com a Administração Pública de forma responsável, donde o cidadão assumiu o papel de cliente do Estado com vez e voz para suas observações e reclamações, assumindo na década de 1990, a Administração Pública, um caráter gerencial passando a utilizar critérios e meio de avaliação da Administração Privada em suas políticas públicas. Com a Reforma Administrativa trazida pela Emenda Constitucional nº 19/1998, houve a ampliação da participação do cidadão no Estado, com o direito de reclamação, acesso à informação e o direito de petição junto aos Órgãos administrativos⁴. Tal modificação ficou clara com a nova redação dada ao §3º, e seus incisos, do art. 37, da CF/88, vejamos:

Art. 37

[...]

§ 3. A lei disciplinará as formas de participação do usuário na administração pública direta e indireta, regulando especialmente:

I – as reclamações relativas à prestação dos serviços públicos em geral, assegurada a manutenção de serviços de atendimento ao usuário e a avaliação periódica, externa e interna, da qualidade dos serviços;

II – o acesso dos usuários a registros administrativos e a informações sobre atos de governo, observado o disposto no artigo 5º, incisos X e XXXIII.

III – a disciplina da representação contra o exercício negligente ou abusivo de cargo, emprego ou função na administração pública.

Esta modificação seguiu o direcionamento dado pelo *caput* do mesmo artigo 37, da CF/88, que acrescentou aos Princípios da Administração Pública⁵ a Eficiência, entendida esta como a

⁴ Para um maior aprofundamento sobre o assunto, ver o §3º, e seus incisos, do art. 37, da CF/88.

⁵ Os Princípios da Administração Pública são aqueles que constituem a chamada regra LIMPE, Legalidade, Impessoalidade, Moralidade, Publicidade e Eficiência.

comprovação de que o ato administrativo é materialmente aplicado, ou seja, que os problemas públicos foram resolvidos com os recursos empregados⁶.

Citando Caiden e Caiden (2001), Faria (2005), nos mostra que a reforma administrativa porque passaram os países da América Latina na década de 1990 trouxe o viés da eficiência da gestão pública:

[...] o desenho dessas reformas privilegiou dois propósitos básicos. Em primeiro lugar, a adoção de uma perspectiva de contenção dos gastos públicos, de busca de melhoria da eficiência e da produtividade, de ampliação da flexibilidade gerencial e da capacidade de resposta dos governos, bem como de maximização da transparência da gestão pública e de responsabilização dos gestores, em um processo no qual o “consumidor” dos bens e serviços públicos estaria, supostamente, em primeiro plano. O segundo propósito ou expectativa é de que tais reformas pudessem contribuir para uma reavaliação da pertinência das organizações governamentais preservarem todo o seu leque tradicional de atribuições, prevalecendo um contexto de valorização da provisão privada de bens e serviços (CAIDEN e CAIDEN, 2001, p. 79, *apud* FARIA, 2005, p. 04/03).

Conforme descreve Bulos (1998, p. 71), tal reforma implementou o modelo gerencial em substituição ao modelo burocrático de Estado, trazendo à tona a chamada Administração Pública de Resultados. Por isso, esclarece Birkland (2010, p. 20) que como as políticas públicas são o resultado da ação do Estado, necessitam de várias ações estratégicas para a implementação dos objetivos que se quer alcançar e, por isso, envolvem mais de uma decisão política, assim, a discussão em torno das políticas públicas é importante para entender a maneira como elas impactam a vida dos cidadãos, como podem ser melhoradas e como se pode refinar sua fiscalização. Assim, não basta planejar uma política pública e implementá-la, é preciso avaliar seus resultados para compreender se o Princípio da Eficiência Administrativa está sendo respeitado, fazendo com que se obedeça ao segundo imperativo das políticas públicas colocados por Nelson (1996) de que “a crença que as consequências das ações governamentais são importantes” (livre tradução).

Como bem esclareceu Faria (2005), a adoção de uma gestão pública mais eficiente e voltada ao cidadão não foi fenômeno exclusivo do Brasil, já que tal transformação atingiu toda a América Latina, veja-se:

⁶ Segundo o Ministro aposentado o STF e professor EROS ROBERTO GRAU, a adoção, pela Administração Pública, do Princípio da Eficiência cristalizou um valor social já existente, o de que de não é interessante à sociedade a manutenção de uma estrutura ineficiente. (GRAU, 1991, p.194 a 196).

Em um plano normativo, a década de 1990 testemunhou, nas democracias ocidentais de uma maneira geral, e na América Latina particularmente, a busca de fortalecimento da “função avaliação” na gestão governamental. Com efeito, foram implementados, em diversos países da América Latina, sistemas de avaliação das políticas públicas de escopo variável. Tal processo tem sido justificado pela necessidade de “modernização” da gestão pública, em um contexto de busca de dinamização e legitimação da reforma do Estado (FARIA, 2005, p. 01).

O conceito de eficiência governamental que foi adotado por toda a América Latina fez surgir, então, no Brasil, a adoção do Princípio da Eficiência Administrativa, e com ele a necessidade de ampliação da avaliação das políticas públicas implementadas.

Necessário, desde já, fazer um esclarecimento sobre o conceito do Princípio da Eficiência Administrativa, contido no *caput* do art. 37, da CF/88, posto que não se confunde com o termo eficiência utilizado em avaliação de políticas públicas em Ciência Política, já que a avaliação de eficiência “tenta determinar os custos de um programa e julgar se o mesmo montante e qualidade de produtos poderia ser alcançado de forma mais eficiente, isto é a um custo mais baixo, através de várias espécies de fluxos de produção mais racionais” (HOWLETT, 2013, p.208), além disso, nas palavras de Bucci (2008, p. 254), a “Constituição não contém políticas públicas, mas direitos cuja efetivação se dá por meio de políticas públicas”. O mais conhecido e respeitado administrativista brasileiro Hely Lopes Meirelles, descreveu o Princípio da Eficiência nos seguintes termos:

[...] o que se impõe a todo o agente público de realizar suas atribuições com presteza, perfeição e rendimento profissional. É o mais moderno princípio da função administrativa, que já não se contenta em ser desempenhada apenas com legalidade, exigindo resultados positivos para o serviço público e satisfatório atendimento das necessidades da comunidade e de seus membros. (MEIRELLES, 2002).

E ainda acrescenta o mesmo autor que “o dever da eficiência corresponde ao dever da boa administração” (MEIRELLES, 2002). Na mesma esteira de pensamento Di Pietro, descreve o mesmo princípio nas seguintes palavras:

“o princípio apresenta-se sob dois aspectos, podendo tanto ser considerado em relação à forma de atuação do agente público, do qual se espera o melhor desempenho possível de suas atuações e atribuições, para lograr os melhores resultados, como também em relação ao modo racional de se organizar, estruturar, disciplinar a administração pública, e também com o intuito de alcance de resultados na prestação do serviço público” [...] (DI PIETRO, 2002, p. 83).

Portanto, para fins do presente estudo, analisa-se o Princípio da Eficiência Administrativa como a busca de resultados capazes de enfrentar a contento um problema público, ou seja, que melhorem a qualidade de vida dos cidadãos cumprindo a finalidade estatal de busca do bem comum, assim, para analisar a aplicação do referido Princípio se propõe realizar a avaliação de uma política pública através de Avaliação de Impacto, buscando os *outcomes* de uma política pública, mais especificamente do Programa Mais Médicos, logo o que se busca é realizar uma avaliação de impacto (análise da eficácia jurídica da política), buscando relacionar causa e efeito, como a seguir se especificará.

No contexto acima citado, toda política pública deve ser avaliada. A avaliação de uma política pública serve tanto à gestão para planejamento de suas próximas decisões, como ao cidadão, já que se torna uma forma de *accountability*. Neste sentido é que se posiciona Howlett (2013, p. 199):

Depois que uma política foi submetida à avaliação, o problema e as soluções que ela envolve podem ser totalmente repensados; nesse caso, o ciclo pode retornar ao estágio de montagem da agenda ou de algum outro estágio do processo, ou pode-se manter o *status quo*.

Conceituando avaliação de políticas públicas Marcus Farias Figueiredo e Argelina Maria Cheibub Figueiredo (1986, *apud* ARRETCHE, 2001, p. 31) afirmam que ela “consiste na adoção de métodos e técnicas de pesquisa que permitam estabelecer uma relação de causalidade entre um programa *x* e um resultado *y*, ou, ainda, que na ausência do programa *x*, não teríamos o resultado *y*”. Dias e Matos (2019, p. 84), conceituam avaliação de políticas públicas como “uma área de pesquisa que tem por objetivo medir a utilidade e benefícios da intervenção pública através do emprego de um conjunto de técnicas utilizadas em diferentes campos das ciências sociais”.

Ainda segundo Chrispino (2016), a avaliação de políticas públicas é o último estágio do ciclo das políticas públicas no qual se determina como de fato uma política está funcionando na prática, envolvendo a avaliação dos meios empregados e dos objetos atendidos (Howlett, 2013). No mesmo sentido se posiciona Klaus Frey, ao afirmar que:

Na fase da avaliação de políticas e da correção de ação (*evaluation*), apreciam-se os programas já implementados no tocante a seus impactos efetivos. Trata-se de indagar os

déficits de impacto e os efeitos colaterais indesejados para poder deduzir consequências para ações e programas futuros. (FREY, 2009, p. 18)

Portanto, para analisar o programa em questão, necessário se faz verificar seus impactos positivos e negativos, para replicar os positivos e eliminar, ou tentar minimizar os negativos, produzindo melhores resultados e conhecimento para implementação de outras políticas na área da saúde.

2.3 Avaliação de Políticas Públicas no Brasil

No Brasil, foi publicado o Decreto nº 9.834, de 12 de junho de 2019, já modificado, em parte pelo Decreto nº 10.321, de 15 de abril de 2020, que instituiu o Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas (CMAP), tendo natureza eminentemente consultiva e com a finalidade e competência descritas nos arts. 1º e 2º do citado decreto, veja-se:

Art. 1º Fica instituído o Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas, de natureza consultiva, com a finalidade de:

I - avaliar as políticas públicas selecionadas, que são financiadas por gastos diretos ou subsídios da União; e

II - monitorar a implementação das propostas de alteração das políticas públicas resultantes da avaliação, em consonância com as boas práticas de governança.

§ 1º Para fins do disposto neste Decreto, consideram-se:

I - políticas públicas financiadas por gastos diretos - aquelas financiadas por meio de dotações consignadas no Orçamento Fiscal e da Seguridade Social da União ou por recursos dos fundos geridos pela União; e

II - subsídios da União - o conjunto de benefícios de natureza tributária, financeira e creditícia de que trata o § 6º do art. 165 da Constituição.

§ 2º A avaliação de que trata o inciso I do § 1º contempla análise **ex ante** e **ex post**.

Art. 2º Compete ao Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas:

I - aprovar critérios para a seleção de políticas públicas financiadas pela União a serem avaliadas, observados os aspectos de materialidade, criticidade e relevância, dentre outros;

II - aprovar:

a) a lista anual de políticas públicas a serem avaliadas e suas alterações, que será elaborada segundo os critérios de que trata o inciso I do **caput**; e

b) o cronograma de avaliação;

III - comunicar aos Ministros de Estado dos órgãos de que trata o art. 3º e ao Comitê Interministerial de Governança, instituído pelo Decreto nº 9.203, de 22 de novembro de 2017, a relação de políticas públicas financiadas pela União que serão objeto de avaliação e o resultado das avaliações e das recomendações;

IV - encaminhar aos Ministros de Estado dos órgãos que integram o Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas, quando couber, propostas de alteração das políticas públicas avaliadas;

- V - instituir mecanismos de transparência que permitam a disseminação das atividades e dos processos do Conselho, com ampla divulgação das avaliações e das recomendações, inclusive em sítios eletrônicos; e
- VI - editar os atos necessários ao exercício de suas competências.

Por sua redação, percebe-se que o intuito do Governo Federal foi monitorar mais de perto as Políticas Públicas financiadas direta ou indiretamente pela União. O Decreto não determina uma avaliação global das políticas públicas financiadas pela União, mas sim de algumas políticas públicas selecionadas pelo próprio Conselho, porém determina avaliação antes da implementação e depois. Tendo poder autorregulatório (inciso VI, do art. 2º do Decreto nº 9.834/19), o Conselho deve ser formado por três secretários executivos, um do Ministério da Economia, um da Casa Civil e um da CGU (Controladoria Geral da União), e laborará sob a coordenação do primeiro secretário citado (art. 3º, do Decreto nº 9.834/19), mas em função não remunerada. Ademais, nas reuniões semestrais ordinárias ou em qualquer reunião extraordinária, poderá participar de reunião do conselho, sem direito a voto, “os titulares dos órgãos gestores e dos órgãos corresponsáveis pelas políticas públicas que são financiadas pelos gastos diretos ou pelos subsídios da União e que estejam em processo de avaliação” (art. 3º, § 2º, do Decreto nº 9.834/19).

A estrutura do Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas (CMAP) compreende o Comitê de Monitoramento e Avaliação de Gastos Diretos e o Comitê de Monitoramento e Avaliação dos Subsídios da União, cada qual com suas finalidades descritas no art. 4º do Decreto nº 9.834/19. Note-se, ainda, que cabe ao próprio CMAP elaborar e aprovar os critérios de seleção de políticas públicas a serem avaliadas, a lista anual de políticas públicas a serem avaliadas, os referenciais metodológicos de avaliação, bem como as propostas de alteração das políticas avaliadas. Ademais, é o próprio CMAP quem avaliará as políticas selecionadas, e monitorará a implementação das mudanças recomendadas com a avaliação (art. 5º, do Decreto nº 9.834/19).

A avaliação das políticas selecionadas pode ser realizada por “pesquisadores e representantes de outros órgãos e entidades, públicas ou privadas, com notório saber, nos termos estabelecidos pelos Comitês do Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas, desde que sem ônus para a União” (§2º, do Art. 5º, do Decreto nº 9.834/19). Além disso, a avaliação das políticas selecionadas será apoiada pela Fundação Escola Nacional de Administração Pública - Enap, pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Ipea e pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (§3º, do Art. 5º, do Decreto nº 9.834/19).

O CMAP terá comitês compostos de 04 (quatro) representantes do Ministério da Economia; 02 (dois) representantes da Casa Civil da Presidência da República; e 02 (dois) representantes da Controladoria-Geral da União, tendo cada membro titular, um suplente, sendo que, em cada Comitê terá um Coordenador, designado pelo Ministro da Economia. Tais Comitês se reunirão ordinariamente semestralmente e extraordinariamente sempre que for necessário (Art. 6º, do Decreto nº 9.834/19).

A plataforma de análise de dados a ser utilizada nas avaliações realizadas pelo CMAP será fornecido pelo Ministério da Economia, assim a base de dados formada poderá ser acessada pelos membros do CMAP e pelos servidores do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) que atuarem junto ao CMAP, cabendo ao IPEA e a CGU desenvolver metodologias para o cruzamento de dados para auxiliar as avaliações, sendo que os dados coletados devem ser mantidos em sigilo, obedecendo-se ao disposto na Lei Geral de Proteção de Dados, bem como a necessidades de sigilo de dados fiscais (Art. 7º, do Decreto nº 9.834/19).

No decreto citado há ainda dois anexos. No anexo I está contida a lista dos Órgãos gestores e corresponsáveis pelas políticas públicas financiadas por benefícios de natureza tributária e no anexo II está contida a lista dos Órgãos gestores das políticas públicas financiadas por benefícios financeiros ou creditícios.

Neste sentido, a finalidade do CMAP é avaliar políticas públicas, através dos seus comitês: Comitê de Monitoramento e Avaliação dos Subsídios da União (CMAS) (políticas de subsídios), e o Comitê de Monitoramento e Avaliação de Gastos Diretos (CMAG). Segundo o descrito no próprio site no Ministério da economia os Comitês têm as seguintes finalidades:

O **CMAG**, instituído pelo Decreto nº 9.834, de 2019, tem a finalidade de prover suporte técnico às atribuições do CMAP no que se refere às políticas públicas financiadas por gastos diretos. Uma de suas atribuições é avaliar as políticas públicas selecionadas e monitorar a implementação das propostas resultantes da avaliação, com a colaboração dos órgãos gestores dessas políticas ou em parceria com entidades públicas ou privadas.

O **CMAS**, instituído pelo Decreto nº 9.588, de 2018, e incorporado ao CMAP pelo Decreto nº 9.834, de 2019, tem como principal atribuição monitorar e avaliar, de forma contínua, as políticas públicas financiadas por Subsídios da União. No rol de atribuições conferidas a este comitê, destacam-se a competência para monitorar e avaliar políticas públicas financiadas por Subsídios da União, com a colaboração dos órgãos gestores dessas políticas, bem como estabelecer cronograma de avaliações e publicizar suas

atividades. A atuação deste comitê visa orientar a ação estatal para a geração de valor à sociedade, em consonância com as boas práticas de governança pública.⁷

A coordenação dos Comitês é realizada pela Secretaria de Avaliação, Planejamento, Energia e Loteria (SECAP), que tem como principais “competências apoiar a avaliação de políticas públicas, com a colaboração de seus gestores, avaliar e desenvolver ações destinadas à apuração da eficiência, da eficácia e da efetividade do gasto público, principalmente quanto aos seus impactos econômicos e sociais e propor medidas para seu aperfeiçoamento, em articulação com outros órgãos”.

A criação da CMAP e de seus Comitês adveio da reformulação administrativa do Governo Federal, que se deu a partir de janeiro de 2019, com o fito de concentrar, em uma mesma estrutura, o ciclo orçamentário (planejamento, execução orçamentária e financeira, e avaliação), salvo o controle, sendo tal estrutura da Secretaria Especial da Fazenda. Neste sentido, se buscou uniformizar metodologias dos processos de avaliação na busca de garantir a transparência e a publicização dos resultados da avaliação de políticas públicas realizadas. Para dar efetivo cumprimento de seus deveres a SECAP publica os “boletins mensais sobre subsídios da União, os relatórios e cadernos de avaliação de gastos diretos e eventuais estudos sobre os temas de competência da Secretaria”⁸.

A primeira reunião ordinária da CMAP foi realizada em 15 de julho de 2019, sendo aprovada a lista de Políticas públicas a serem avaliadas pelo CMAP em 2019, sendo que para cada uma foi aprovado um plano de trabalho próprio, sendo que tal lista consta do Anexo I da Ata nº 1 da 1ª reunião ordinária do CMAP. Outrossim, foi resolvido que a escolha da lista para os anos posteriores será baseada em critérios e orientada a partir de diretrizes dos programas do Plano Plurianual (PPA 2020-2023). Note-se que da análise do Anexo citado não consta o Programa Mais Médicos como objeto de avaliação do ano de 2019 do CMAP.

Por sua vez, a segunda reunião ordinária do CMAP foi realizada em 13 de março de 2020 sendo as deliberações também reduzidas a Ata, fazendo-se constar nela já sugestões de alteração em políticas públicas avaliadas. Neste sentido, recomendou-se a modificação do Seguro Defeso, para que este deixe de ser um benefício trabalhista e passe a ser uma transferência direta de renda.

⁷ Ministério da Economia: <https://www.gov.br/economia/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/institucional>, acesso em 29/08/2020.

⁸ Informações constantes no site do Ministério da Economia, <https://www.gov.br/economia/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/institucional>, acesso em 29/08/2020.

Ademais, na mesma Ata consta a metodologia para seleção das políticas públicas a serem avaliadas, tomando-se como base nos 69 programas do Plano Plurianual 2020-2023. Assim se descreve sobre a metodologia na citada ata:

Os critérios objetivos mencionados são a materialidade, criticidade e relevância das **ações orçamentárias** (proxy de políticas públicas para os Gastos Diretos) e das **políticas públicas** de subsídios, ambos vinculados aos programas do PPA 2020-2023. É importante esclarecer que para a definição dos critérios, foram observadas duas publicações: a) Manual de Orientação Técnicas da Atividade de Auditoria Interna Governamental do Poder Executivo Federal, do ano de 2017, da CGU; e b) Orientações para Seleção de Objetos e Ações de Controle, do ano de 2016, do Tribunal de Contas da União (TCU). (negrito no original)

Tal metodologia foi proposta com o fito de traçar critérios objetivos, dar clareza à metodologia utilizada e minimizar os questionamentos sobre a interferência política, bem como, indicar a periodicidade de avaliação e alinhar as regras para o CMAG e o CMAS, sempre que possível.

Portanto, o Decreto nº 9.834/19 trouxe a obrigatoriedade da Avaliação de Políticas Públicas para fins de transparência, efetividade e eficiência fazendo a discussão sobre avaliação de Políticas Públicas passar a outro nível no Brasil, na medida em que agora o que é importante discutir é a forma de avaliar as políticas para trazer sempre os melhores resultados possíveis.

Conforme expõem Trevisan e Bellen (2008, p. 3):

[...] destaca-se a última fase do ciclo político, a *avaliação de políticas e da correção de ação (evaluation)*, na qual se apreciam os programas já implementados no que diz respeito aos seus impactos efetivos. Investigam-se os déficits de impacto e os efeitos colaterais indesejados para poder extrair consequências para ações e programas futuros. Nessa etapa, caso os objetivos do programa tenham sido atendidos, o ciclo político pode ser suspenso ou chegar ao fim, senão à iniciação de um novo ciclo, isto é, a uma nova fase de percepção e definição de problemas. “Com isso, a fase da avaliação é imprescindível para o desenvolvimento e a adaptação contínua das formas e instrumentos de ação pública” (Frey, 2000 *apud* TREVISAN e BELLEN, 2008, p. 3). (itálico e pontuação no original)

Diante de todo o exposto, mostra-se, portanto, a avaliação como importante instrumento para verificação do cumprimento do Princípio da Eficácia, alhures citado. Dos conceitos acima transcritos percebe-se que embora a avaliação das políticas públicas seja o último estágio do ciclo das políticas públicas ele não significa fechamento do ciclo porque o relatório da avaliação pode

apontar a necessidade de voltar a fases anteriores do ciclo, seja para reformular o designer da política seja para modificar a forma de sua execução.

Conforme Álvaro Chrispino, em tal etapa há um caminho a seguir. Em suas palavras:

[...] devemos comparar os resultados pretendidos e alcançados, relacionar os indicadores previamente calculados, apurar a relação custo x benefício, conhecer os impactos sociais verdadeiros, enumerar as inconsistências e efeitos colaterais, reavaliar a proposta, propor o fim do “ciclo de políticas” e/ou o início de um novo ciclo. (CHRISPINO, 2016, p. 68).

Verifica-se, assim, que a avaliação deve ser realizada seguindo uma metodologia clara e precisa para que os resultados tenham a cientificidade necessária para dar transparência à política pública. Ademais, na avaliação se pode dar vários enfoques ou utilizar diversas metodologias.

Howllet (2016, p. 199 e sgts.), citando Ingram e Mann (1980), ao escrever sobre a avaliação de políticas públicas, o faz sob o ponto de vista positivista e sob o ponto de vista pospositivista, diferenciado o primeiro do segundo, sendo que no primeiro a avaliação é feita pelo exame dos efeitos no alcance de suas metas de forma objetiva, sistemática e empírica. Já o segundo avalia a política como as outras etapas do ciclo, como uma atividade eminentemente política, mesmo contento componente técnico, prevalecendo a interpretação que resultar da análise dos conflitos e acordos políticos entre os vários atores. Portanto, sob o enfoque pós-positivista, a avaliação de políticas públicas necessita considerar a arena política e seus atores. E é sob este enfoque que se pretende trabalhar com o Programa Mais Médicos.

2.4 Modalidades de Avaliação de Políticas Públicas

Não há consenso sobre o próprio conceito de política pública, pois como nos advertem Trevisan e Bellen (2008, p. 7) “o conceito admite múltiplas definições, algumas delas contraditórias. Esse fato se explica justamente porque a área de políticas públicas é perpassada por uma variedade de disciplinas, instituições e executores, abrangendo diversas questões, necessidades e pessoas”. Conforme dissemos alhures, não há como estudar políticas públicas sem considerar várias outras áreas como Administração Pública e o Direito, então, não raro, os conceitos são dados por cada área e, por isso, podem até se chocar. No que tange à Avaliação de Políticas Públicas o mesmo ocorre, são muitas as classificações necessitando o estudioso da área

apontar qual vai adotar para poder-se definir qual é a metodologia adequada a utilizar, bem como verificar se a avaliação foi ou será feita a contento.

Segundo os mesmos autores:

O Comitê de Assistência ao Desenvolvimento da OCDE assinala que o propósito da avaliação é determinar a pertinência e alcance dos objetivos, a eficiência, efetividade, impacto e sustentabilidade do desenvolvimento. A avaliação deve proporcionar informação que seja crível e útil para permitir a incorporação da experiência adquirida no processo de tomada de decisão. (2008, p. 8)

Neste sentido é que ao avaliar uma política pública não se está pondo fim ao ciclo, mas sim o analisando como um todo, para repeti-lo, reformulá-lo ou até mesmo abandoná-lo, logo, a avaliação aprimora o processo decisório governamental, já que traz informações úteis ao seu embasamento. De acordo com Faria (2005, apud TREVISAN; BELLEN, 2008, p. 12), “parte significativa dos estudos sobre os processos de avaliação de políticas públicas desde a década de 1960 refere-se às questões de ordem metodológica e/ou às distintas maneiras de se classificar a avaliação”. Os diversos autores ao discorrerem sobre Avaliação de Políticas Públicas e suas modalidades apresentam inúmeras classificações, vejamos algumas delas.

A Avaliação de Políticas Públicas pode ser classificada quanto ao Ator que a realiza ou quanto aos objetivos da própria avaliação. No primeiro caso temos que a avaliação pode ser administrativa, judicial ou política.

A avaliação administrativa se dá no próprio âmbito da Administração Pública, sendo realizada pelo próprio Governo e, muitas vezes através de Órgãos especializados em realizar avaliação de políticas públicas. Não raras vezes, porém, é realizada sob a coordenação de supervisores financeiros, jurídicos e políticos ligados ao Governo, seja a departamentos do governo, agências executivas, órgãos legislativos ou judiciários. (HEIDEMANN, 2014).

Já as avaliações judiciais são realizadas no âmbito processual, mediante provocação de alguém, pelo princípio da inércia do Poder Judiciário, tendo como objetivos a análise da legalidade das políticas e da sua forma de implantação, servem, então, para verificar se o desenho, a formulação e a implementação da política não se chocam com o Ordenamento jurídico vigente, principalmente sob o enfoque da constitucionalidade. Assim, o Poder Judiciário age por provocação de alguém, pessoa física ou jurídica que propõe uma Ação questionando a política e, assim, caberá a tal Poder analisar a demanda sob o enfoque legal, para prestar a tutela jurisdicional.

Não cabe ao judiciário analisar oportunidade e conveniência do *policy maker* em relação a implantação da política, não podendo intervir no poder discricionário da Administração Pública, mas apenas analisar se no seu clico, ou apenas e uma ou mais etapas, foi obedecido o ordenamento jurídico pátrio, devido ao Princípio da estrita legalidade que é aplicado à Administração Pública, que diferente do particular que pode fazer tudo que a lei não proíbe, limita o administrador a fazer somente o que a lei permite.

Por sua vez, as avaliações políticas podem ser realizadas por qualquer ator que tenha interesse na vida política (HEIDEMANN, 2014, p. 44). Podem ser realizadas por um candidato a algum cargo, um partido político, ou por particulares, mas geralmente não seguem uma rígida metodologia, nem são efetivamente imparciais porque podem ter como foco enaltecer uma política ou desqualificá-la. Segundo Chispino (2018, p. 128), a avaliação política é “o estudo crítico dos critérios que levaram os governantes a optar por uma ou outra determinada política. Em outras palavras, porque preferiram aquela política, ou ação de governo, em detrimento de outras”. Como nos ensina Arretche (2001, p. 30), a avaliação política “examina os pressupostos e fundamentos políticos de um determinado curso de ação pública, independentemente de sua engenharia institucional e de seus resultados prováveis”.

Assim, enquanto a avaliação judicial discute a legalidade do ato administrativo, a avaliação política discutirá o mérito do ato, aquilo que está no âmbito da discricionariedade do tomador da decisão (oportunidade e conveniência), neste sentido, justifica-se a dificuldade que o avaliador político tem de manter sua neutralidade quando da avaliação, pois analisar oportunidade e conveniência indica analisar valores e é muito difícil que o avaliador político deixe de lado os seus próprios valores quando da avaliação.

A avaliação das políticas públicas que são realizadas por órgãos do governo e por agências independentes dividem-se, segundo Howllet (2016, p. 207), em cinco espécies. A primeira seria a avaliação de processo que visa verificar se um processo pode fluir melhor e ser mais eficiente. A segunda é a avaliação do esforço que tenta medir a quantidade e insumos (*inputs*) do programa. A terceira é a avaliação de desempenho que se volta à verificação dos resultados (*outputs*) sendo seu objetivo determinar o que a política está produzindo. É avaliação de efetividade que “quer identificar o grau de satisfação do cidadão ou o quanto seu direito foi atendido com a implantação da política”. (CHRISPINO, 2016, p. 123). A quarta é a avaliação e eficiência que busca levantar os custos de um programa e o seus *outputs* para verificar se o mesmo montante poderia ser utilizado

de forma mais satisfatória e econômica, ou seja, se fez mais com menos, gerando resultados mais positivos. Por fim, a última é a avaliação de eficácia, que verifica a relação custo/benefício para saber se a política está realizando os fins propostos. Nas palavras de Faria:

A avaliação tem sido, usualmente, classificada em função do seu *timing* (antes, durante ou depois da implementação da política ou programa), da posição do avaliador em relação ao objeto avaliado (interna, externa ou semi-independente) e da natureza do objeto avaliado (contexto, insumos, processos e resultados). (FARIA, 2005, p. 05)

Assim, para avaliar uma política pública é necessário escolher que tipo de avaliação será feita, bem como que momento irá ser avaliado. Dias e Matos (2019, p. 86 e segts.) nos informam que há uma tendência geral na classificação de avaliação de políticas públicas propostas na literatura que, em sua maioria, seguem a seguinte tipologia:

Quadro 1 - Tipo de Avaliação de Política Pública

Tipos de Avaliação segundo:			
Quem avalia	Sua função	O conteúdo da avaliação	A perspectiva temporal
- Interna	- Somativa	- Conceitual ou de projeto	- <i>Ex ante</i>
- Externa	- Formativa	- Do processo de aplicação e de gestão	- Intermediária
		- De resultados e Impactos	- <i>Ex-post</i>

(DIAS; MATOS, 2019)

A primeira tipologia diz respeito a posição do avaliador para com o governo que implementou a política a ser avaliada, sendo interna aquela realizada pela “equipe do programa ou pessoal para gerenciar e executar” (DIAS e MATOS, 2019, p. 86). Enquanto a avaliação externa será realizada por *experts* contratados pela administração para realizá-la. No que tange à imparcialidade não há dúvidas que esta oferece mais segurança à administração, mas quanto ao conhecimento do objeto a avaliar a avaliação interna se avanta sobre a externa, pois a equipe está familiarizada com a política e avaliar o seu designer se torna mais fácil.

A segunda tipologia diz respeito à função da avaliação, podendo ser Somativa ou Formativa. Esta é a que tem como objetivo buscar mais informações sobre a política para que sirva como processo de aprendizagem não só ao governante, como a toda a equipe responsável. A somativa tem como objetivo levantar informações para facilitar a tomada da decisão possibilitando a escolha entre as várias alternativas que se apresentam, bem como para ajudar na decisão de modificação, extinção ou continuação de um programa.

A Terceira Tipologia diz respeito ao conteúdo da avaliação, podendo a avaliação ser de *designer* ou conceitual, do processo de aplicação e de gestão ou de resultados e Impactos. A primeira, segundo Dias e Matos (2019, p. 87) tem como objetivo “analisar a concepção do programa, isto é, sua racionalidade, coerência e consistência”. Verifica-se aqui se os objetivos da política são bem definidos e mensuráveis, para se verificar se a política foi bem projetada, verificando, inclusive, se ela está em harmonia com outras políticas. A avaliação do Processo de implementação e gestão do programa, verifica a forma como a política foi implementada levando em consideração não só a forma de implementação, mas também como cada ator envolvido na política está laborando e como se tem alocado os recursos, tudo isso com o fito de otimizar os resultados da política.

No que tange a avaliação de Resultados e Impacto, esta é destinada a entender, segundo as palavras de Dias e Matos:

em que medida a política ou programa aplicado alcança os objetivos (quando é em relação aos objetivos) ou atinge o valor de parâmetros ou critérios definidos (quando a avaliação não é focada em objetivos) e custos disponíveis (em termos de tempo, recursos humanos, recursos materiais e monetários). (2019, p. 87)

Portanto, é preciso entender que este tipo de avaliação se desdobra em duas escalas diferentes, que não se confundem, sendo um nível a de resultados e o outro nível a de impacto. A avaliação de resultados é realizada com o fito de verificar os efeitos nos usuários do programa medindo, por exemplo, desempregados, os negócios, os grupos de atenção especial, entre outros.

Por sua vez, a Avaliação de Impacto analisa os efeitos mais gerais do programa, assim verifica a “agregação macroeconômica ou espaço (crescimento do PIB⁹, a distribuição de renda, estrutura produtiva, as taxas de desemprego e atividade, etc.)” (DIAS e MATOS, 2019, p. 88). Segundo Carvalho (2003, p. 186), “é aquela que focaliza os efeitos ou impactos produzidos sobre a sociedade e, portanto, para além dos beneficiários diretos da intervenção pública, avaliando-se sua efetividade social”.

Na avaliação de impacto procura-se identificar as modificações que efetivamente ocorreram e se tais modificações ocorreram na direção em que a política foi planejada.

⁹ Produto Interno Bruto.

No que tange a última tipologia, que diz respeito à perspectiva temporal, a avaliação pode ser *ex ante*, Concomitante (Intermediária) ou *ex-post*. A primeira é a avaliação realizada antes da implantação da política, tendo como objetivo verificar as adequações necessárias ao planejamento realizado para garantir o sucesso da política ou programa. Neste sentido, ela se refere a funcionalidade de gestão. A segunda é feita durante a implementação da política, buscando realizar a coleta dados para saber a forma como os objetivos têm sido alcançados bem como prever resultados da política. Esta avaliação é corretiva, porque busca antever resultados para corrigir os rumos da política para que esta busque alcançar os objetivos planejados. Já a avaliação *ex-post* é a realizada ao término do programa tendo como foco avaliar o sucesso da política, a eficácia e a eficiência.

Moreira Neto (2006), propõe um tripé ético da avaliação de políticas públicas baseado na Legalidade (fundamento positivo), na Legitimidade (fundamento político) e na Licidade (fundamento moral). Neste sentido, a avaliação além de estar pautada na lei, ainda deve ser feita por quem legitimamente a deve fazer e, ainda, ser feita respeitando os fundamentos morais, ou seja, sempre em busca do bem comum. Já Faria (2001), traça alguns pontos norteadores para a avaliação de políticas públicas em três dimensões: o ponto de vista metodológico, o ponto de vista de sua finalidade e o ponto de vista do seu papel. O primeiro indica que a avaliação é um processo que coleta, combina e compara dados. O segundo verifica questões sobre eficácia/efetividade dos programas. E, o terceiro, detecta eventuais falhas no programa permitindo a continuidade, modificação ou descontinuidade da política.

O tripé de Moreira Neto indica que a avaliação deve ser pós-positivista e não meramente objetiva, técnica. Quanto à observação de Faria, esta indica que sob o ponto de vista metodológico, inegável é a importância da utilização de um caminho científico claro e preciso para que seja legítima e confiável a avaliação. A esta mesma conclusão chegaram Dias e Matos (2019, p. 84) afirmando o que segue:

A avaliação realizada a partir de dados confiáveis obtidos através de análise objetiva dos efeitos das ações públicas é importante para as instituições e governos, pois fundamentam sua legitimidade não somente na legalidade de suas decisões, mas também no que fazem, ou seja, nos resultados.

Neste sentido, antes de iniciar a avaliação da política, cabe ao avaliador escolher e indicar o caminho metodológico que irá seguir, bem como decidir que técnicas empregará em tal escolha.

Assim, diante do estudado sobre avaliação de políticas públicas, cabe, então decidir que tipo de avaliação utilizar para analisar o Programa Mais Médico. Como o título do trabalho propõe se quer comparar os objetivos e resultados do programa, visando entender se este foi capaz de trazer melhorias na saúde da população, se quer, então buscar analisar os impactos de tal política, sua efetividade social. Portanto, para tal análise se optou pela Avaliação de Impacto porque os pressupostos que orientam este tipo de avaliação são reconhecer mudanças sociais e verificar a relação de causa e efeito entre o programa e a mudança social provocada (TREVISAN; BELLEN, 2008)

Ademais, quanto a avaliação é de impacto, necessário avaliar a sua efetividade social nas vidas do público-alvo, como esclarece Etizioni:

Para que se conheça o grau de satisfação que uma política está produzindo, é necessário verificar o impacto do projeto ou do programa específico sobre o público atingido por ele. Os beneficiários-alvo, de projetos específicos devem constituir preocupação central para gestores de políticas, pois são eles os credores de satisfação ou de prestação de contas. (ETIZIONI: 1975, apud HEIDEMANN, 2010, p. 37).

Na avaliação de impacto se busca averiguar o impacto social da política, ou seja, o que a intervenção pública gerou em termos de melhora social, no caso do PMM se busca a melhora nos indicadores de saúde. Além disso, do ponto de vista da ciência política, uma das questões centrais nos processos de avaliação de política públicas compreende a oportunidade de garantir legitimidade das ações governamentais, já que funciona como mecanismo de *accountability*.

Marcus André Melo (1999, nota de rodapé da p. 66, apud FARIA, 2012, p. 123) descreve que a análise de políticas públicas no Brasil era realizada predominantemente pela burocracia pública devido a concentração das informações e ao seu acesso pela mesma burocracia. Atualmente, assim como descreve Carlos Faria (2012, p. 124), “mesmo que o planejamento governamental esteja atualmente se fortalecendo no país, nos distintos âmbitos da Federação, hoje seria difícil sugerir uma ‘prevalência de burocracias públicas na produção de análises sobre políticas’.

No mesmo sentido, Carlos Faria (2005, p. 97), explica que:

[...] a década de 1990 testemunhou, nas democracias ocidentais de uma maneira geral, e na América Latina particularmente, a busca de fortalecimento da “função avaliação” na gestão governamental. Com efeito, foram implementados, em diversos países da América Latina, sistemas de avaliação das políticas de escopo variável. Tal processo tem sido

justificado pela necessidade de “modernização da gestão pública, em um contexto de busca de dinamização e legitimação da reforma do Estado.

A avaliação de políticas públicas antes dos anos de 1990 seria institucional porque, segundo a literatura apontava a avaliação sempre como última etapa do ciclo de políticas públicas sendo destinada a: 1) apresentar os resultados de uma ação estatal cujo ciclo de vida se encerrava; 2) servir como modelo para abertura de um novo ciclo, reestruturação da política antes de reiniciar um novo ciclo, abandono da política implementada, ou ainda elemento de estudo para implementação de novas políticas; 3) ser elemento central de *accountability* (prestação de contas e responsabilização dos agentes (FARIA, 2005, p. 98).

Assim, segundo Derlien (2001, apud FARIA, 2005, p. 99), a evolução da avaliação de políticas públicas pode ser pensada sob a ótica das funções básicas, a informação, a realocação e a legitimação, sendo que 1960 a 1990 as avaliações teriam passado da função meramente informativa para a função de realocação, tendo os avaliadores passado a ser auditores, privilegiando a medição dos resultados, sob a perspectiva de contenção de gastos públicos, a “busca da melhoria da eficiência e da produtividade”, maximização da transparência da gestão pública e a efetiva responsabilização dos gestores.

Ademais, tal evolução da avaliação de políticas públicas visava a reavaliação da organização e funcionamento das instituições governamentais, valorizando a privatização de bens e serviços, buscando justificar e legitimar a realocação do público para o privado (CAIDEN e CAIDEN, 2001, apud FARIA, 2005, p. 100).

Ocorre que, os estudos mais recentes de avaliação de políticas públicas há um viés mais técnico, baseado em dados e análises estatísticas para garanti-la como um instrumento gerencial, mas não só isto, já que a avaliação é um “elemento central na disputa eleitoral, no controle das interações intergovernamentais e na busca de acomodação de forças e de interesses no âmbito intraburocrático” (FARIA, 2005, p. 11).

Quanto aos métodos de avaliação é importante ter em mente que a “avaliação de impacto, geralmente realizada por meio de desenhos quase experimentais, usa métodos quantitativos para a coleta e o tratamento dos dados e modelos estatísticos e econométricos para analisá-los” (RAMOS; SCHABBACH, 2012).

Portanto, a avaliação de impacto usa um instrumento estatístico para estimar o efeito de um programa ou política sobre os seus beneficiários, isto é, busca averiguar se o programa atingiu ou

não seus objetivos iniciais e qual a magnitude deste efeito. Neste sentido, pode-se utilizar tanto a estatística descritiva como a estatística inferencial e depender do objeto da pesquisa e dos dados coletados.

Na área da Saúde não poderia ser diferente, fazendo-se necessário a avaliação de políticas públicas ainda não consolidadas, para evitar desperdício de verbas públicas, bem como garantir o efetivo atendimento à população e consequente melhora social. Neste sentido, dentre as inúmeras Políticas Públicas federais na área de saúde, estudar-se-á o Programa Mais Médicos, com o fito de verificar se sua implementação gerou um impacto positivo. Isto porque a avaliação de impacto “verifica a existência de um nexo causal entre os resultados da implantação do programa ou projeto e as alterações nas condições sociais da população” (RAMOS; SCHABBACH, 2012). Sendo, portanto, um avaliação *ex-post* que relacionará os objetivos gerais e o alcance efetivo das metas.

Assim, a avaliação de impacto do eixo provimento emergencial de tal Política Pública é capaz de nos demonstrar se os objetivos do Programa foram alcançados, ou seja, se o aumento de médicos na Atenção Básica à Saúde foi capaz de melhorar as condições de saúde da população.

3 O PROGRAMA MAIS MÉDICOS E O ACESSO À SAÚDE

O estudo descrito neste capítulo abrange os antecedentes históricos impulsionadores da criação do Programa Mais Médicos, como meio de fortalecer a Atenção Básica, o estudo do desenho institucional e do funcionamento do PMM, bem como, uma revisão do que a literatura diz sobre o Programa Mais Médicos no que tange ao eixo provimento emergencial, com o fito de buscar fundamentação teórica e variáveis que possam medir o impacto do PMM na saúde da população.

3.1 Antecedentes Históricos das Políticas Públicas de Saúde no Brasil

Na área de saúde, segundo Aylton Paulus Júnior e Luiz Cordoni Júnior (2006), até 1930 as políticas públicas estavam limitadas às ações de saneamento e combate às endemias, surgindo o sanitarismo campanhista na década de 1940. A política do sanitarismo campanhista surgiu com o fito de combater endemias para fortalecer a saúde de trabalhador e, em consequência, ajudar o modelo econômico agrário exportador. Nesta época não existia ainda o Ministério da Saúde e tais ações eram planejadas e implementadas pelos Institutos de Previdência Social. Além disso, a assistência à saúde era restrita aos beneficiários do sistema de previdência, que era formado por vários Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) (MERCADANTE, 2002, p. 237).

Assim, o combate às endemias não tinha caráter universal e visava garantir a saúde dos trabalhadores para fomentar a economia, inclusive, a inovação na área de saúde trazida pela criação, em 1942, do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), surgiu de um acordo entre o Brasil e os Estados Unidos para garantir a saúde dos trabalhadores em áreas produtoras de matéria-prima, garantindo, assim, as exportações durante a guerra. Inclusive, suas iniciativas se iniciaram no Amazonas, estado responsável pela produção da matéria prima da borracha e por Minas Gerais, principal fonte de minérios do país. Mesmo assim, a atuação do SESP foi pioneira por ter conseguido promover atendimento médico em áreas distantes, ter capacitado pessoal e, também, ter dado início à atenção básica domiciliar (MERCADANTE, 2002, p. 239).

Em 1949, a criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), trouxe grande inovação para a área da saúde prevendo atendimento médico domiciliar,

financiamento por todos os Institutos de Previdência e atendimento universal para os casos de urgência (MERCADANTE, 2002). Surgia uma semente do atendimento universal, mas somente para os casos de urgência e ainda estávamos longe de falar em direito à saúde como um direito social e humano no Brasil.

Paulatinamente o Estado aumenta sua intervenção no setor saúde e, após a segunda guerra mundial, passa a assumir obrigações financeiras no que se refere à assistência à saúde da população. Neste sentido, percebe-se a mudança de postura do governo que, antes de 1930 tinha ação de saúde predominantemente voltadas às ações de caráter coletivo, e somente a partir desta década a atenção do governo passou a voltar à assistência médica individual (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

Com o mesmo objetivo de fortalecer o modelo econômico agrário exportador, em 1948, o governo federal lançou o Plano SALTE como um plano econômico para as áreas de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia. Na área da saúde os graves problemas que embasavam o plano eram fome, mortalidade infantil e adulta, esta, relativa aos com mais de 30, quantidade ínfima de equipamentos públicos de saúde e de pessoal (médicos e paramédicos). Visando enfrentar estes problemas o Plano SALTE, conforme descrito no Dicionário FGV, visava melhorar o nível sanitário da população, com ênfase na área rural, com o combate de endemias e moléstias (PLANO SALTE. Dicionário FGV; *online*, acesso em 26 de setembro de 2020).

Foi ainda sob a influência de tal Plano Econômico que, em 1953, foi criado o Ministério da Saúde (MS), para se dedicar a atividades de caráter coletivo e sanitarista. Ao lado de tais ações estatais, a assistência médica individual crescia, mas no âmbito ainda dos institutos previdenciários. Ocorre que, devido ao grande número de institutos de previdência, e como a forma do atendimento médico era realizado através de cada um, o Governo Federal resolveu alinhar a forma de tais atendimentos o que fez através da Lei Orgânica da Previdência Social, de 1960. Tal medida facilitou a unificação posterior dos Institutos de previdência, o que se deu com a criação do INPS – Instituto Nacional de Previdência Social, em 1966. A partir daí a previdência se firmou como maior fonte de financiamento da saúde. (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

Nas décadas que se seguiram, a assistência à saúde continuou dividida entre ações coletivas do Ministério da Saúde e ações individuais do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Na década de 70 a assistência individual cresceu, com o aumento da abrangência da previdência social, e demonstrou a necessidade de intervenção do Ministério da Saúde em tal área. A criação, em 1976

do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), marcou o começo da Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), sendo que tal movimento se voltava a luta contra a ditadura militar e reivindicava um novo modelo de assistência social que desse importância à atenção básica. Assim surgiu em 1974 o Plano de Pronta Ação (PPA) e com ele o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) com o fito de combater a crescente demanda da saúde, neste sentido, se incentivou a construção e ampliação de hospitais privados que se credenciariam no INPS para atender a população nos casos de urgência. (Martin, Carvalho e Cordoni Júnior, 2001). Aqui já se buscava a universalização da Previdência Social. A importância de tal política foi destacada por Mercadante, para quem:

A importância histórica dessa política está no fato de que, pela primeira vez após a extinção do SAMDU, a previdência social admitia o uso de seus recursos no atendimento universal. Isto só foi possível em um contexto criado pelas repetidas denúncias na imprensa sobre omissão de socorro que, em alguns casos, tinha consequências trágicas, a que acrescia a existência de uma relativa folga no caixa previdenciário. (MERCADANTE, 2002, p. 237).

Assim, a partir do PPA principiou-se a semente do atendimento universalizado, mas ainda havia a polarização entre ação de caráter geral pelo Ministério da Saúde e atendimento individualizado pelo INPS. Assim, percebe-se que mesmo com a criação do MS, este continuava a se dedicar às atividades de caráter coletivo, como as campanhas e a vigilância sanitária e imunização.

Em 1975 foi criado o Sistema Nacional de Saúde (SNS) pela Lei nº 6.229/75 para organizar a prestação de serviços no setor da saúde, inclusive os prestados por particulares credenciados ao INPS, tal sistema foi conceituado pela própria Lei como "O complexo de serviços do setor público e do setor privado, voltados para as ações de interesse de saúde, organizado e disciplinado nos termos desta Lei, abrangendo as atividades que visem a promoção, proteção e recuperação da saúde" (BRASIL, 1975). A Lei do SNS também descreveu o papel dos Estados, Distrito Federal e Município informando que caberia àqueles o planejamento integrado de saúde, criação e operação de serviços de saúde em apoio às atividades municipais e a estes a manutenção de serviços de saúde, especialmente os de prontos-socorros e vigilância epidemiológica.

Por fim, a Lei do SNS também definiu o papel do setor privado em saúde como sendo a "prestação de serviços de saúde as pessoas", de forma particular ou através de contratação com o setor público através da Previdência Social e sob a fiscalização desta. Ocorre que, segundo Paulus

Júnior A, Cordoni Júnior L. (2006), “A maior parte das prefeituras gastou seus recursos em atendimentos especializados, notadamente os de pronto socorro dando pouca atenção aos atendimentos primários. De fato, sob a Lei 6.229/75, a municipalização não prosperou”.

Portanto, a atenção básica continuava a não funcionar a contento no Brasil, já que, segundo os mesmos autores:

[...] as ações de saúde eram desenvolvidas de maneira fragmentada e sem nenhuma integração. A saúde coletiva era considerada um direito de todos e a assistência médica hospitalar individualizada direito apenas dos trabalhadores contribuintes do Sistema Nacional de Previdência Social. (Ibidem).

Faltava ainda garantir o atendimento universal e igualitário, alcançar a justiça social nas ações de saúde, enfim, faltava uma organização nacional dos serviços de saúde no Brasil.

Assim é que, no fim dos anos 70 e no início da década de 80, com o movimento de transição do regime militar para o democrático, a crise econômica que se instalara no país no governo de Ernesto Geisel e com ela a piora na distribuição de renda e na qualidade de vida dos brasileiros, fez com que a pauta em relação a saúde fosse cada vez mais robusta. Diante deste contexto, se encorpou o movimento que defendia a Reforma Sanitária, o qual, segundo Otávio Azevedo Mercadante (2002, p. 246) tinha a seguinte pauta:

1) a melhoria das condições de saúde da população; 2) o reconhecimento da saúde como direito social universal; 3) a responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito; 4) a reorientação do modelo de atenção, sob a égide dos princípios da integralidade da atenção e da equidade; 5) a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços (MERCADANTE (2002, p. 246).

A pauta de reivindicação acima citada não havia surgido de repente e sem fundamento, ela era o reconhecimento de que o sistema previdenciário já não suportava pagar a conta da saúde, que a universalização do atendimento era medida que se fazia urgente e necessária e, além disso, as Ações do MS não podiam continuar a abarcar somente medidas de sanitarismo e imunização, precisavam garantir o atendimento das demandas individuais de saúde. Neste sentido, tal pauta foi debatida na VIII Conferência Nacional da Saúde que se realizou em março de 1986, da qual se extraíram as propostas do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). Como bem afirmaram Paulus Júnior A, Cordoni Júnior L. (2006):

A Conferência já apontava para a municipalização como forma de executar a descentralização. As bases do sistema atual, o SUS – Sistema Único de Saúde – foram dadas por esta conferência que envolveu mais de 5.000 participantes e produziu um relatório que subsidiou decisivamente a Constituição Federal de 1988 nos assuntos de Saúde. (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

Assim é que a saúde só se universalizou no Brasil com o advento da Constituição Federal de 1988 – CF/88, sendo o direito à saúde previsto no art. 6º da CF/88 como um direito social fundamental, ao lado da educação, do trabalho, do lazer, da segurança, da previdência social e da proteção da maternidade e da infância, portanto, o direito à saúde manifestou proteção constitucional à dignidade da pessoa humana, ganhando, ainda, capítulo próprio com previsão entre os artigos 196 a 200, CF/88.

O conceito de direito à saúde está no art. 196 da Carta Magna e contém o seguinte texto: “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 a sua promoção, proteção e recuperação”. Assim, as políticas públicas de saúde passaram a abranger ações para promoção, proteção e recuperação da saúde, além de previsão constitucional dos princípios que se tornaram posteriormente os princípios do próprio Sistema Único de Saúde – SUS. Também, percebe-se em tal artigo a socialização da saúde pela previsão como dever do Estado sem delimitar a esfera estatal, passando a ser de responsabilidade de todos os entes federados (União, Estados, Distrito Federal e Municípios).

Nas palavras de Menicucci, “o direito à saúde tem a ver com a garantia do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, de forma a permitir o desenvolvimento do potencial de saúde de todos”. (2019, p. 22). Portanto, em relação a área de saúde a Constituição Federal de 1988 trouxe previsão efetivamente compatível com a Socialdemocracia que inaugurou.

Por sua vez, o art. 197 da CF/88 trouxe a necessidade de regulamentação das ações e serviços de saúde, a cargo do Poder Público, cabendo-lhe, ainda, a fiscalização e controle de tais atividades, mas ao mesmo tempo, previu que a sua execução pode ser feita diretamente pelo Estado ou por terceiros, inclusive pessoas físicas e jurídicas de direito privado. Visando organizar as ações e serviços de saúde, o art. 198, da CF/88 previu a criação de um Sistema Único com uma rede regionalizada e hierarquizada, prevendo as diretrizes do sistema, veja-se:

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.

§ 1º. 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. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento); (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 63, de 2010)

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)

(BRASIL, 1988)

Perceba-se que a redação do art. 198, aqui trazida não é a redação original de tal dispositivo constitucional, já que este sofreu modificações trazidas pelas Emendas Constitucionais nº 29, de

2000; nº 51, de 2006; nº 63, de 2010; nº 86, de 2015. Ademais, deixando de lado as questões sobre o financiamento da saúde em todas as esferas do Estado, das quais não se tratam no presente trabalho, o citado artigo de texto constitucional trás as diretrizes sobre as quais as ações e serviços de saúde devem se desenvolver, quais sejam: a “descentralização, com direção única em cada esfera de governo”; “o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” e a “participação da comunidade”. Estas diretrizes foram explicitadas quando da regulamentação do SUS, como adiante de expõe.

Outrossim, o art. 199, da CF/88 prevê a participação da iniciativa privada na assistência à saúde de forma livre, mas ao mesmo tempo trás os contornos de tal prestação de serviços. Logo, em relação à saúde no Brasil é possível falar na existência de um formato híbrido, dual, no caso da assistência à saúde pela existência do sistema público e privado ao mesmo tempo, com forma de acesso e atendimento diferentes, mesmo a constituição garantindo o acesso gratuito e universal a todos. (MENICUCCI, 2019)

Por fim, o art. 200, da CF/88 prevê, de forma não taxativa, as atribuições do Sistema Único de Saúde, demonstrando o rompimento efetivo com o modelo de saúde anterior, já que as atribuições do SUS foram previstas para muito além de ações sanitárias e de imunização, mas também para a prestação de serviços individuais de saúde.

Para regulamentar o SUS foi publicada a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, criando critérios para organização e gestão do SUS, e posteriormente foi publicada a Lei nº 8.142/90 que “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”. A união de tais leis forma o marco regulatório da Saúde no Brasil e são denominadas Lei Orgânica de Saúde (LOS).

A LOS trouxe os princípios que regem as ações e serviços de saúde do SUS, quais sejam: a) universalidade, no sentido de garantir a todos os cidadãos brasileiros o direito de usar os serviços do SUS¹⁰; b) equidade, garantindo a prestação com o fim de promover a justiça social, determinando a oferta dos serviços de acordo com as necessidades dos cidadãos; e c) integralidade,

¹⁰ Observe-se que, pela redação do art. 5º da própria CF/88, o direito de utilizar os serviços do SUS se estende também aos estrangeiros residentes no país.

prevendo que as ações e serviços de saúde devem focar não somente a cura, mas também a prevenção de doenças, promoção da saúde, cura e reabilitação) (SOLHA, 2014, p. 11). Além disso, nas palavras de José Afonso da Silva (2016):

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado pelas leis nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8.142/90, e tem como finalidade alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, especialmente ao hipossuficiente. promoção e à proteção da saúde é também um direito coletivo. O sistema único de saúde implica ações e serviços federais, estaduais, distritais (DF) e municipais, regendo-se pelos princípios da descentralização, com direção única em cada esfera de governo, de atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, e da participação da comunidade, que confirma seu caráter de direito social pessoal, de um lado, e de direito social coletivo, de outro” (SILVA: 2016, p. 698).

Percebe-se, portanto, que a regulamentação do SUS trouxe para a saúde a universalização no atendimento e a descentralização das ações de saúde para a fazer como dever de todos os entes federativos, através de ações preventivas, mas também de ações que visem buscar o reestabelecimento e a recuperação da saúde. Destacam-se, neste contexto, que a política pública da saúde no Brasil foi definida através dos “princípios universalistas e igualitários”, embasado em uma concepção de saúde enquanto “direito de todos e dever do Estado”, o que configura o grande ineditismo de sua concepção”. (MENICUCCI, 2019, p. 22)

Nas últimas décadas, os avanços na saúde pública no Brasil foram significativos, com a chegada de atendimento médico a cidades e comunidades que simplesmente não existiam no mapa da saúde pública brasileira. No ano de 1991 foi lançado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e no ano de 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), os quais foram unidos em um só em seguida. Tal programa foi implantado através da criação de equipes multiprofissionais nas chamadas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) para atuarem num território delimitado, fazendo o acompanhamento de um número de pessoas definido. A ideia central do programa consistiu na criação de um “vínculo terapêutico e a horizontalização do atendimento pelos mesmos profissionais de referência, ou seja, está apoiada em um vínculo entre a equipe, a população e o território, além de estimular a participação da comunidade” (MENICUCCI, 2019, p. 29).

Ocorre que “a estratégia para implementação da Atenção Primária no SUS pode ser classificada como sendo um “método indutivo”, em que se buscou criar demanda pelos novos programas mediante estímulo financeiro e de propaganda sobre o mérito sanitário da nova

proposta” (CAMPOS; PEREIRA JUNIOR, 2016). Neste sentido, não houve um efetivo planejamento nacional, mas sim coube aos municípios aderirem ou não ao PSF, logo o desenvolvimento da Atenção Básica não se deu de forma equânime no Brasil já que conforme o Guia Prático do Programa de Saúde da Família, do Ministério da Saúde explica que “cabe aos prefeitos a decisão política de adotar o PSF” (BRASIL, MS, 2001).

Embora tal decisão tenha sido tomada em obediência ao sistema federativo brasileiro, que tem como base os municípios, o desenvolvimento da Atenção Básica se deu sem que fossem priorizadas localidades onde havia população mais vulnerável, o que em nada contribuiu na diminuição das desigualdades regionais. Assim, mesmo com o atrativo advindo do cofinanciamento federal da política pública, a dependência da adesão municipal de forma voluntária não fez avançar a AB.

Conforme esclarece Campos e Pereira Junior:

A Norma Operacional Básica (NOB) de 1996 institui a primeira regra de financiamento da Atenção Primária no Brasil, criando o Piso Assistencial Básico (PAB), transferido do Governo Federal aos municípios, valor per capita equivalente ao número de habitantes por municípios, para que este procedimento garantisse a “assistência” à saúde na Atenção Primária. Nesta mesma norma, criou-se o “Incentivo aos Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde”, vinculando novos recursos à adesão do município a esses dois programas. Esses mecanismos foram se aprimorando, sendo conhecidos hoje como PAB fixo e PAB variável. (CAMPOS; PEREIRA JUNIOR, 2016)

Assim, se verificava que a Atenção Primária, hoje chamada de Atenção Básica, ainda necessitava de “uma reforma institucional e cultural de grandes proporções” (CAMPOS; PEREIRA JUNIOR, 2016), com mudanças na formação médica e incentivos a permanência de profissionais nas áreas mais vulneráveis, além da organização dela como efetiva porta de entrada no SUS, para que a entrada das pessoas no sistema adviesse do controle da equipe de AB e não apenas da disponibilidade financeira do município. Neste sentido é que os mesmos autores verificaram que:

A responsabilidade dos 27 estados com o Programa de Saúde da Família não foi definida, permitindo que optassem entre apoiar ou não às cidades envolvidas com esta mudança. Vários estudos sobre custo da Estratégia Saúde da Família indicam que o município arca com grande parte do custeio, o que, provavelmente, contribuiu para aumentar a precaução dos prefeitos com o Programa, receosos de comprometimento excessivo do orçamento municipal com a saúde. (CAMPOS, PEREIRA JUNIOR, 2016)

O que se percebia até aqui era que a falta de planejamento nacional prejudicava o desenvolvimento da AB e, até o advento do Programa Mais Médicos, que se deu no ano de 2013, não haviam sido enfrentados os problemas relativos à necessidade de aumento do número de médicos no país, bem como de sua distribuição de forma a atender as localidades mais vulneráveis.

Em 2006 foi elaborada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sendo modificada em 2011 quando foi alterado o conceito do Programa de Saúde da Família (PSF) para o de Estratégia Saúde da Família (ESF). A criação da ESF visou dar mais atenção à Saúde Básica, visando à prevenção de doenças para diminuir a necessidade de utilização de remédios e internações hospitalares. Nas palavras de SILVA e CECÍLIO, “anteriormente denominado Programa Saúde da Família, foi criado, em 1994, com o objetivo de reorganizar a atenção básica tanto no que se refere às demandas populacionais quanto no que se refere às práticas de saúde” (2019, p. 562 e 563). No próprio site do MS o programa é descrito como uma estratégia e como porta de entrada no SUS, veja-se:

A Estratégia Saúde da Família (ESF) busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação, uso de tabaco, dentre outros. Com atenção integral, equânime e contínua, a ESF se fortalece como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). A proximidade da equipe de saúde com o usuário permite que se conheça a pessoa, a família e a vizinhança. Isso garante uma maior adesão do usuário aos tratamentos e às intervenções propostas pela equipe de saúde. O resultado é mais problemas de saúde resolvidos na Atenção Básica, sem a necessidade de intervenção de média e alta complexidade em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) ou hospital. A Equipe de Saúde da Família está ligada à Unidade Básica de Saúde (UBS) local. Esse nível de atenção resolve 80% dos problemas de saúde da população. Entretanto, se a pessoa precisar de um cuidado mais avançado, a ESF faz este encaminhamento. (disponível em: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/sobre-o-programa>, acesso em, 27.02.2020).

Tais mudanças implementadas pelo PNAB passaram a trazer “uma reformulação dos cursos de graduação em saúde, como pela ampliação dos programas de residência médica e multiprofissional voltados para o trabalho na Atenção Primária” (CAMPOS; PEREIRA JUNIOR, 2016). Decorrente destas mudanças o Ministério da Saúde passou a disponibilizar cursos e seminários aos profissionais da saúde, de estados e municípios, voltados a garantir uma educação permanente. Assim, passou-se efetivamente a entender a AB como porta de entrada para o SUS.

Atenção Básica é a porta de entrada para o sistema de saúde brasileiro, sendo o primeiro nível de atendimento, por isso, deve-se, para um melhor funcionamento do sistema como um todo,

tentar resolver os problemas de saúde na Atenção Básica e, somente se não for possível, é que deve o cidadão ser encaminhado para serviços de média e alta complexidade. Como nos informa Solha (2014, p. 33) “Na AB são usadas tecnologias de baixa densidade, isto é, mais simples e mais baratas, mas que atendem a maioria das necessidades de saúde da população”. Logo, um olhar mais voltado a AB é capaz de melhorar consideravelmente o nível de saúde da população (que se mede através dos indicadores de saúde) além de desafogar os serviços de média e alta complexidade e, em consequência, gerar economia dos recursos financeiros da saúde.

Verifica-se que com a criação das Unidades Básicas de saúde (UBS), o objetivo foi aproximar os profissionais de saúde da população, para enfrentamento mais efetivo dos problemas básicos de saúde, com o fito de combater os problemas em sua origem, ou seja, na atenção básica, evitando o encaminhamento do paciente para média e alta complexidades, ou a procura direta do cidadão pela alta complexidade por doenças sensíveis à AB, trazendo mais qualidade de vida à população.

Segundo Solha (2014, p. 33), “na AB são usadas tecnologias de baixa densidade, isto é, mais simples e baratas, mas que atendem à maioria das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2007). Mas, é preciso esclarecer, como bem nos ensina Solha (2014, p. 34), o baixo custo da AB não significa mau atendimento, mas sim atendimento amparado cientificamente para atendimento da população para anamnese e, por exemplo, realização de exames como coleta de material citológico, atendimento pré-natal, controle de diabetes, pressão alta, entre outras. O Ministério da Saúde reconhece a importância do atendimento à população na AB, trazendo, inclusive uma lista de doenças consideradas sensíveis à AB, como adiante vê-se, o que significa dizer que o bom funcionamento dela é capaz de evitar ou atenuar o agravamento delas.

A média complexidade é composta por serviços ambulatoriais e hospitalares no SUS “que tem por objetivo atender aos principais problemas e agravos na saúde da população, onde os atendimentos exigem a presença de profissionais especializados e a disposição de tecnologia de maior complexidade para a realização de diagnósticos e tratamentos” (CONASS, 2011). A própria Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/01) define que a prática clínica destinada à média complexidade não é obrigatória em todos os municípios do país, com exceção do grupo de procedimentos mínimos, por isso sua organização pode se dar por pactuação com municípios polos em microrregiões, levando em conta o tipo de serviço, disponibilidade tecnológica e o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada Estado.

Segundo o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), os procedimentos de média complexidade são: procedimentos especializados realizados por profissionais médicos e outros profissionais de nível superior e nível médio; cirurgias ambulatoriais especializadas, procedimentos traumato-ortopédicos; ações especializadas em odontologia; análises clínicas, anatomopatologia e citopatologia; radiodiagnóstico e exames ultrassonográficos; diagnóstico; terapias especializadas; próteses e órteses e anestesia (BRASIL, 2007).

Por sua vez, a alta complexidade, segundo o Portal de Conteúdo Gestão de Saúde Pública,

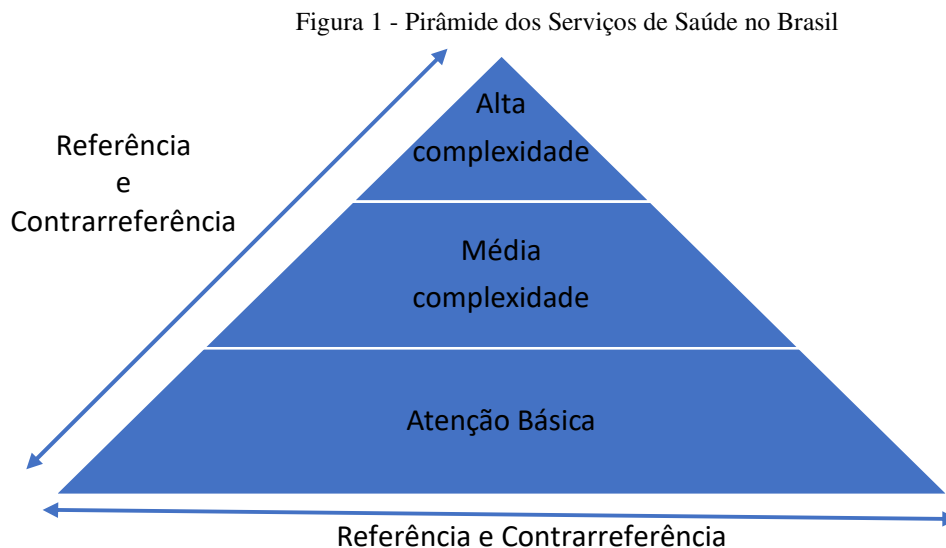
[...] designa o conjunto de terapias e procedimentos de elevada especialização. Organiza também procedimentos que envolvem alta tecnologia e/ou alto custo, como oncologia, cardiologia, oftalmologia, transplantes, parto de alto risco, traumato-ortopedia, neurocirurgia, diálise (para pacientes com doença renal crônica), otologia (para o tratamento de doenças no aparelho auditivo).

Envolve ainda a assistência em cirurgia reparadora (de mutilações, traumas ou queimaduras graves), cirurgia bariátrica (para os casos de obesidade mórbida), cirurgia reprodutiva, reprodução assistida, genética clínica, terapia nutricional, distrofia muscular progressiva, osteogênese imperfeita (doença genética que provoca a fragilidade dos ossos) e fibrose cística (doença genética que acomete vários órgãos do corpo causando deficiências progressivas).

Entre os procedimentos ambulatoriais de alta complexidade estão a quimioterapia, a radioterapia, a hemoterapia, a ressonância magnética e a medicina nuclear, além do fornecimento de medicamentos excepcionais, tais como próteses ósseas, marca-passos, stent cardíaco, etc.

Os procedimentos de alta complexidade são relacionados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e alguns deles no SIA, nestes os que demandam maiores recursos financeiros. Tais procedimentos, segundo o SIH, são: assistência ao portador de doença renal crônica; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular, cirurgia cardiovascular pediátrica, procedimentos de cardiologia intervencionista; genética clínica; cirurgia reprodutiva e fertilização assistida; distrofia muscular; osteogênese imperfeita; fibrose cística; assistência aos pacientes portadores de obesidade; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; procedimentos para a avaliação e o tratamento dos transtornos respiratórios do sono; cirurgia de reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras labiopalatais; cirurgias das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia de implante coclear e assistência em otologia; terapia nutricional; procedimentos de neurocirurgia; assistência em traumato-ortopedia; laboratório de eletrofisiologia; procedimentos endovasculares extracardíacos; assistência ao paciente oncológico.

Perceba-se que os serviços de saúde no Brasil estão organizados em forma de pirâmide, como se percebe na figura abaixo:



Em tal pirâmide, a porta de entrada é a AB e o cidadão que necessite de atendimento de saúde pode dentro dele caminhar dentro de um sistema de Referência e Contrarreferência. Nas palavras de Solha (2014, p. 36) “Esse é o modelo de o usuário “caminhar” dentro dos serviços de saúde. Você pode observar que ele pode ser encaminhado dentro de um mesmo nível de complexidade ou para outros níveis, de acordo com sua necessidade”. Ou seja, caminhará dentro da própria atenção básica buscando unidades neste nível que possam lhe atender, como por exemplo, locais de vacinação, unidades donde se faz curativos, locais de recebimento de medicação, locais para realização consulta, entre outros. Podendo, ainda, caminhar na hierarquia do sistema por referência, quando é encaminhado a serviço de maior complexidade ou de contrarreferência, quando é encaminhado para serviço de menor complexidade, daí a grande importância do pleno funcionamento da AB.

Não há dúvidas que o bom funcionamento da ESF seria capaz de melhorar o funcionamento de todo o sistema na medida em que faria funcionar a AB. Ocorre que as Equipes de Saúde da Família devem ser multiprofissionais e incluir, no mínimo, um médico clínico geral ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS)

(<https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/sobre-o-programa>, acesso em 27.02.2020).

A necessidade da presença de um médico nas ESF tornou-se, porém, um grande empecilho ao funcionamento da ESF, visto que, tais profissionais médicos brasileiros tem se concentrado nas capitais do país e nas cidades de grande e médio porte, donde há melhores e mais modernos equipamentos de saúde, mais acesso a exames e possibilidade de tratamentos especializados, conforme se demonstrou pelos estudos realizados pelo próprio Conselho Federal de Medicina (CFM), como se verá mais adiante.

Ocorre que, como nos lembram Ribas, Silva e Dias (2019, p. 45), “os profissionais não se deslocam somente por vocação ou idealismo; é preciso haver complementação de outros mecanismos, tais como oferta de educação permanente e condições mínimas de segurança e seguridade social”. Neste sentido, não bastava criar vagas e postos de médicos no interior, nas pequenas cidades e vilarejos, era necessário um efetivo planejamento para que houvesse incentivo aos profissionais médicos para que fossem laborar no interior do país, longe dos grandes centros.

Em pesquisa com dados de 2007, Ribas, Silva e Dias (2019), demonstraram que os mapas de escassez de profissionais médicos e de municípios mais vulneráveis socialmente praticamente se sobrepunham e que a situação era ainda mais grave quando se verificavam mais três elementos, quais eram: o número de vagas de trabalho no setor público era crescente, mas o número de médicos formados não dava conta da demanda; havia alta taxa de rotatividade dos médicos e vagas não preenchidas de médicos nas localidades com maior vulnerabilidade social; e menos de 10% das vagas na AB eram preenchidas por médicos com pós-graduação específicas para tais atendimentos.

Devido à necessidade de médicos para atuação na ESF o Governo Federal passou a tomar uma série de iniciativas para tentar solucionar o problema. A primeira delas foi o “movimento de interiorização e expansão das Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) e de cursos de graduação em Medicina em IFES foi iniciado a partir de 2003” (OLIVEIRA *et al*, 2019). O segundo movimento foi à adoção do Programa Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), criado em 2007, o qual estimulou a ampliação de vagas e orientou a reestruturação de IFES como um segundo movimento. Por fim, em 2011, houve a criação e implantação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), criado pelo MS para preencher as vagas dos médicos em locais de difícil acesso e/ou com populações vulneráveis (OLIVEIRA *et al*, 2019).

Além disso, o Fundo de Financiamento Estudantil (FIES), passou a custear total ou parcialmente os alunos dos cursos de medicina que, inclusive poderiam diminuir suas dívidas atuando na Saúde da Família em regiões apontadas pelo Ministério da Saúde. (RIBAS; SILVA; DIAS, 2019).

Ao lado de tais medidas tomadas pelo Governo Federal também se destaca a criação, pelo Ministério da Saúde dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), através da Portaria GM nº 154/2008, que se constituiu como equipes onde profissionais de várias áreas de conhecimento passaram a atuar ao lado dos profissionais das equipes de SF no apoio e compartilhamento de práticas em saúde nos territórios das respectivas equipes de SF. A composição das equipes era de competência dos próprios gestores, de acordo com as necessidades locais e da existência de profissionais das mais diversas áreas (BRASIL, 2010).

O PROVAB apresentou alguns resultados positivos, o que gerou de 2011 a 2013 um aumento importante do número de médicos na atenção básica, passando, em 2013, a contratação a ser feita pelo governo federal em vez do governo municipal, passando também, no mesmo ano, a ser obrigatória à especialização em Atenção Básica (OLIVEIRA *et al*, 2019). Mas, embora todas estas providências, ainda não se conseguia preencher as vagas de médicos nos locais de maior vulnerabilidade social.

A situação se agravou em julho de 2013, durante as conhecidas “jornadas de julho”¹¹ quando “dentre as pautas desse movimento social, destacava-se a má qualidade dos serviços públicos” (SILVA e CECÍLIO, 2019), incluindo-se aqui os serviços de saúde. Além disso, também em 2013, a Frente Nacional de Prefeitos organizou a campanha “Cadê o médico?”, reivindicando que o Governo Federal solucionasse o problema da falta médicos nos municípios. (STORTI; OLIVEIRA; XAVIER, 2017).

Neste sentido, abriu-se a janela de oportunidades para que o Governo Federal adotasse uma política pública mais eficaz para prover os cargos de médicos nos municípios de locais de difícil acesso e/ou com populações vulneráveis, surgindo assim, naquele mesmo ano o Programa Mais Médicos (PMM).

¹¹ O mês de junho de 2013 ficou marcado por uma onda de protestos que, a partir de São Paulo, se espalhou por várias cidades brasileiras, mobilizando milhares de pessoas no que se tornaria, naquele momento, a maior série de manifestações de rua desde o movimento pelo impeachment do presidente Fernando Collor, 21 anos antes. (jornal nexo, 2017).

3.2 Desenho Institucional e Funcionamento do Programa Mais Médicos

Visando suprir a necessidade de médicos nas pequenas cidades e diminuir as desigualdades regionais no acesso ao SUS, principalmente na atenção básica, o Governo Federal implementou a Política Pública denominada Programa Mais Médicos (PMM). Criado pela Medida Provisória n° 621, de 08 de julho de 2013 e regulamentado pela Lei n° 12.871 de 22 de outubro de 2013, o Programa Mais Médicos foi desenhado com os objetivos descritos no art. 1° da citada lei:

Art. 1° É instituído o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS) e com os seguintes objetivos:

- I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;
- 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.

Pela leitura dos objetivos de tal programa percebe-se que ele foi criado para ser somado ao conjunto de ações para melhoria do SUS, dando prioridade a Atenção Básica no Brasil, com o fito de melhorar a resolução na própria AB, diminuindo o fluxo para a média e alta complexidades, evitando o agravamento dos problemas de saúde da população, bem como diminuído as filas e ocupação de leitos na média e alta complexidades. O PMM foi estruturado em três eixos: provimento emergencial, infraestrutura e formação médica. Ao explicar os três eixos do programa Oliveira *et al* (2019) assim se pronuncia:

O eixo de provimento emergencial baseia-se em chamadas de médicos para compor equipes da Estratégia Saúde da Família em territórios com escassez desse profissional. O eixo de infraestrutura caracteriza-se pelo aporte de recursos para a reforma, ampliação e construção de novas Unidades Básicas de Saúde. Por fim, o eixo da formação médica tem como objetivo ampliar e qualificar a formação de médicos no país, de acordo com as necessidades do SUS (OLIVEIRA *et al*, 2019, p.02)

Verifica-se que o PMM não se preocupa apenas no provimento de cargos, mas sim na formação de médicos para suprir tal demanda e em estruturar as UBS para que possam funcionar a contento. Assim, suas ações foram planejadas para que, com a execução continuada se pudesse garantir uma quantidade ideal de médicos por mil habitantes no país, a interiorização do atendimento médico no Brasil, advindo não só da formação de novos médicos, mas também da fixação deles nos municípios mais carentes de tais profissionais, melhorando os dados da demografia médica.

A preocupação com a expansão e melhoramento da estrutura das UBSs também demonstrou que tal política pública foi pensada, não como uma mera solução temporária para o problema relatado pelos prefeitos no movimento intitulado “Cadê o médico?” e pela população nas “jornadas de julho”, ambos do ano de 2013, mas sim como um passo importante no enfrentamento dos problemas de saúde pública do Brasil, visando a efetiva melhoria na prestação de tais serviços à população.

A pressão do movimento dos prefeitos e das “jornadas de julho” sobre o Governo Federal de forma a fazer com que o PMM fosse lançado é inclusive reconhecida pelo próprio Ministério da Saúde quando assim se pronuncia:

Os acontecimentos de junho de 2013, quando o Brasil presenciou massivas manifestações de rua que tinham entre suas pautas a exigência de melhores condições e serviços de saúde para a população brasileira, provocaram o governo federal a concluir a formulação da política pública que estava sendo gestada desde o início do ano. Assim, em 8 de julho de 2013 foi instituído o Programa Mais Médicos (BRASIL, 2015, p. 41).

Além de todas estas questões, a política pública se preocupou, também, com a formação de um perfil médico para atendimento às comunidades na AB, neste sentido, o Ministério da Saúde assim informou:

Como foi demonstrado nos capítulos anteriores, há um grande problema, e de longa data, no que diz respeito: à quantidade de médicos no País; à distribuição destes profissionais no território nacional; à formação médica, tanto em termos de quantidade insuficiente para as necessidades da população e de expansão de serviços quanto em termos da qualidade e perfil dessa formação às necessidades de saúde da população, desafios contemporâneos da medicina e da promoção de um cuidado integral em saúde; à formação de especialistas, também envolvendo adequação da quantidade e do perfil da formação às necessidades das pessoas, regiões e do sistema de saúde (BRASIL, 2015, p. 38).

A formação do perfil médico para o atendimento na AB surgiu como uma das prioridades do programa, que, para além do provimento de vagas ociosas, para além da formação de novos médicos se preocupou com a ampliação das vagas de residência e especialização em clínica geral, saúde da família e família e comunidade.

Em artigo científico no qual avaliou qualitativamente o Programa Mais Médicos no Município de Boqueirão – Paraíba, Sousa e Silva (2015), assim descreveram tal programa:

Para corrigir estas distorções, o governo federal criou o Programa Mais Médicos, cujo objetivo era gerar 11,5 mil novas vagas de medicina e 12 mil de residência médica. O programa previa mudanças na formação médica no Brasil, acrescentando dois anos ao ciclo de formação, período no qual os estudantes atuariam no SUS (Sistema Único de saúde). O incentivo central do Mais Médicos consiste no estabelecimento de uma bolsa no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil Reais) e ajuda de custo para médicos interessados em trabalhar nos municípios inscritos no programa.

O Ministério da Saúde, universidades públicas e prefeituras conformam o arranjo institucional que daria concretude ao Mais Médicos. Às universidades caberia a supervisão do programa e às prefeituras a disponibilização de infraestrutura física para as atividades, condições de moradia, alimentação e transporte para os médicos. Preferencialmente, as vagas foram destinadas aos médicos brasileiros, podendo profissionais de outros países participarem, desde que a relação médico por mil habitantes de seu país de origem fosse maior do que a brasileira, calculada em 1,8 médico por mil habitantes. (SOUSA E SILVA, 2015, p. 60-61)

Verifica-se que uma das estratégias utilizadas pelo PMM foi à criação da bolsa de auxílio ao Médico para tornar a remuneração destes profissionais mais atrativa e fazê-los se interessarem em trabalhar nos municípios inscritos no programa. Além disso, ele visa modificar, inclusive o ensino de Medicina no País, com a criação de novos cursos, bem como de residências médicas com o foco de formar profissionais para atuarem na Atenção Básica.

O Comitê gestor do PMM traçou como meta, para o ano de 2026, que fosse atingido o índice de 2,7 médicos por mil habitante no país, visando equipar o Brasil ao padrão que o Reino Unido já apresentava em 2012 (RIBAS; SILVA; DIAS, 2019, p. 53).

Em Estudo sobre a Demografia Médica no Brasil - Estudo de Projeção “Concentração de Médicos no Brasil em 2020”, o CFM e o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), projetaram que em 2020, haveria mais médicos no Brasil, mas tal crescimento não geraria a distribuição demográfica de tais profissionais por todo território nacional, veja-se:

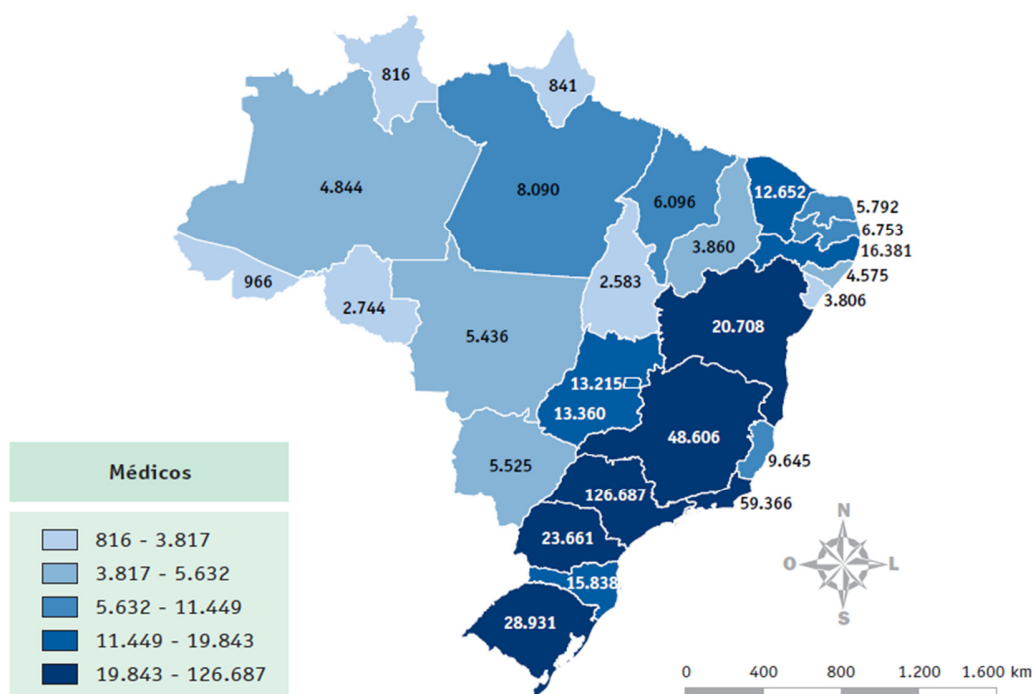
Segundo a projeção do CFM/Cremesp, em 2020 três Estados terão mais de três médicos por 1.000 habitantes: Distrito Federal (5,54), Rio de Janeiro (4,44), São Paulo (3,31). Oito

Estados estarão acima de 2,5 médicos por 1.000 habitantes, a meta estipulada pelo governo. Isso, se mantido o panorama atual de crescimento do número de médicos. Dezenove Estados ainda estarão abaixo da razão 2,5 médicos por 1.000 habitantes. Isso inclui todos os Estados do Norte, Nordeste e Centro-Oeste, exceto Distrito Federal. A projeção indica que, mesmo com a evolução esperada no número de médicos, o país chegará a 2020 dividido e desigual em termos de densidade médica: uma realidade no Nordeste, Norte e Centro-Oeste, e outra do Sul e no Sudeste. (CFM, 2018).

Tal estudo apenas deixa claro o que a realidade tem mostrado, que os médicos tendem a se instalar e exercer suas profissões donde há mais recursos científicos e tecnológicos disponíveis, há mais hospitais, mais população e, conseqüentemente, mais oportunidades de crescimento profissional, possibilidade de acúmulo de 02 cargos públicos e ainda atendimento em consultórios (para ou usuários de planos de saúde ou pacientes particulares).

No mesmo sentido, estudo do CFM sobre a Demografia Médica no Brasil do ano de 2018, nos mostra grande concentração dos médicos nas regiões Sul e Sudeste e no DF, em detrimento do Norte, Nordeste e Centro-Oeste, veja-se:

Figura 2 - Distribuição dos médicos por UF – Brasil - 2018
Distribuição de médicos, segundo unidades da federação e faixas de concentração – Brasil, 2018



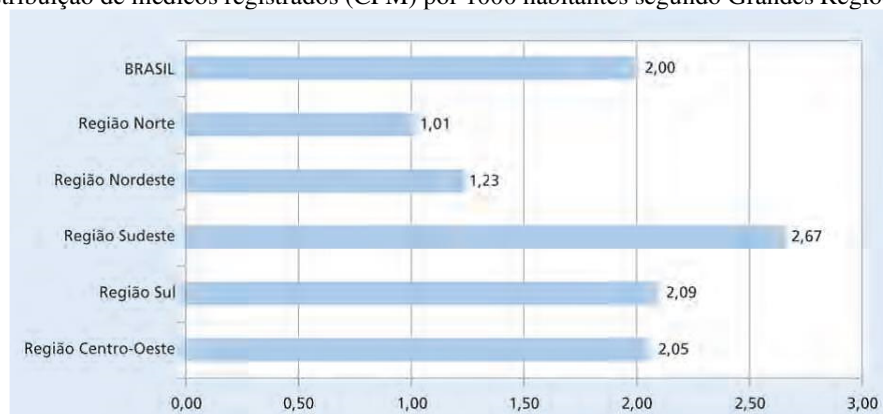
Nota: nesta análise foi usado o número de registros de médicos. Fonte: Scheffer M. et al., Demografia Médica no Brasil 2018.

Fonte: CFM (2018)

Perceba-se que a razão de médicos por habitantes considerada ideal é a de 03 médicos para cada mil habitantes (3/1000), segundo preconiza a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Ainda, segundo a Demografia Médica no Brasil (2018), o Brasil apresentava em 2018 a razão de 2,18 médicos por mil habitantes, mas embora muitas capitais apresentem números melhores que a média ideal, no interior a situação ainda é grave, neste sentido, temos o Maranhão que mantém a menor razão entre todos os Estados e DF, com 0,87 médico por mil habitantes, e o Pará, com razão de 0,97.

No estudo de Demografia Médica do Brasil 2013 a razão de médicos por habitante era de 2,0, conforme verifica-se na figura abaixo:

Gráfico 1 - Distribuição de médicos registrados (CFM) por 1000 habitantes segundo Grandes Regiões - Brasil - 2013



Fonte: CFM (2013).

Verificando o gráfico da demografia médica 2013, percebe-se que, além de todos os motivos alhures citados, havia uma real necessidade de implantação de uma política pública de incentivo ao preenchimento de vagas ociosas de médicos nas regiões com mais escassez destes profissionais no Brasil, bem como que garantisse a formação de mais profissionais médicos.

Ocorre que a comparação dos gráficos da Demografia Médica 2018 e 2013 faz verificar que o número de médicos por habitante no Brasil só cresceu 0,18 em 05 anos, o que demonstra a necessidade de continuidade do PMM bem como da análise dos resultados do programa para verificar seu impacto nos indicadores de saúde no Brasil. Assim, no que tange ao eixo provimento emergencial do PMM e, para preencher as vagas de médicos do programa, foi feito um chamamento público, sendo convocados médicos brasileiros e estrangeiros.

A política pública, no que tange ao eixo provimento emergencial, por ter o objetivo de ampliar o número de médicos nas regiões de maior vulnerabilidade social, destacou as regiões prioritárias para o SUS, com a consequente classificação dos municípios elegíveis para participarem, via pedido de adesão, do Programa Mais Médicos, como sendo as áreas de difícil acesso, com dificuldade de provimento de médicos ou que possuam populações em situação de maior vulnerabilidade, assim definidas pelos critérios presentes na Portaria nº 1.377/GM/MS, de 13 de junho de 2011. Para ser considerado elegível o município também precisa se enquadrar nas seguintes condições:

- 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;
- d) ou estar nas áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos Municípios;" (NR) (BRASIL, Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 18.07.2018 e suas alterações pela Portaria 1.493/13) (Portaria nº 1.377/GM/MS, de 13 de junho de 2011)

Com base nos critérios acima citados, os municípios elegíveis, inicialmente, foram classificados em 06 (seis) perfis, nos termos da portaria acima citada, quais foram: Perfil 1, correspondente as “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)”, denominado simplesmente de Capital; Perfil 2, correspondente às “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)”, chamado simplesmente de Região Metropolitana; Perfil 3, que diz respeito às:

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. (BRASIL, Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 18.07.2018 e suas alterações pela Portaria 1.493/13)

Os municípios do Perfil 3 foram nominados de G100; Perfil 4, que abrange os Municípios “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”, chamado de 20% pobreza; Perfil 5, diz respeito a Municípios que estão situados “em área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS)”, denominados de Saúde Indígena - DSEI; Perfil 6, refere-se as áreas atinentes “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).”, chamado de Outros.

Com tal classificação, o Ministério da Saúde permitiu que todos os municípios que possuíssem áreas descritas nos perfis acima indicados poderiam se inscrever para participarem do PMM, mas foram considerados prioritários, para o recebimento de médicos, os municípios descritos nos perfis de 1 a 5.

Após, o programa modificou os perfis dos municípios e sua divisão, passando o PMM a contar com 08 (oito) perfis, os quais são utilizados até a presente data. O Perfil 1 é composto dos Municípios que integram os Grupos III e IV do PAB, segundo o Edital Nº 18, referente à Adesão de Médicos ao Programa de Provisão de Médicos do Ministério da Saúde - Projeto Mais Médicos para o Brasil, de 19 de Novembro de 2018, o Perfil 1 engloba municípios com:

[...] áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios dos grupos III e IV do PAB fixo conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e disposto na Portaria nº 1.409/GM/MS. (BRASIL, 2018).

Segundo o mesmo Edital, o Perfil 2 diz respeito aos Municípios que compõe o Grupo II do PAB, que são Município que contém:

[...] áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios do grupo II do PAB fixo conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e disposto na Portaria nº 1.409/GM/MS, de 10 de julho de 2013, que não se encaixam nos demais perfis. (BRASIL, 2018).

Por sua vez, o Perfil 3, diz respeito aos municípios que são Capitais ou que fazem parte da Região Metropolitana das Capitais, descritos no Edital acima citado como os que contém “áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza das Capitais e Regiões Metropolitanas, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)”. (BRASIL, 2018).

Integram o Perfil 4 os municípios do Grupo I do PAB, os quais são:

[...] áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios do grupo I do PAB fixo conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e disposto na Portaria nº 1.409/GM/MS, de 10 de julho de 2013, que não se encaixam nos demais perfis. (BRASIL, 2018).

Já o Perfil 5 contém os Municípios do chamado G-100, que se refere aos “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”. O Perfil 6 é composto dos Municípios que contém áreas consideradas vulneráveis, assim descrito pelo Edital citado:

[...] áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios que estão em regiões de vulnerabilidade (Vale do Ribeira, Vale do Jequitinhonha, Vale do Mucuri, Municípios com IDHM baixo ou muito baixo e Região do Semiárido), que não se encaixam nos demais perfis. (BRASIL, 2018).

O perfil 7 diz respeito aos municípios que possuem áreas com extrema pobreza, que contém “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” (BRASIL, 2018).

Por fim, o Perfil 8, diz respeito aos DSEI's, que são os Distritos Sanitários Especiais Indígenas do Ministério da Saúde, e que não respeitam dimensões municipais, já que sua área abrange mais de 01 (um) município.

A partir da aprovação do requerimento do município elegível pelo MS, os municípios passaram a qualidade de participantes.

Em caráter emergencial o programa aprovou o exercício de profissionais médicos formados em outros países, independentemente da aprovação no Exame do CNM (Conselho Nacional de Medicina) denominado REVALIDA. Porém, a presença dos médicos estrangeiros estaria condicionada a: atuação exclusiva na Atenção Básica; labor em locais prioritariamente definidos pelo Programa; obedecer ao período 03 (três) anos prorrogável por apenas mais 01 (um) ano; e atuar em locais onde não haja médicos brasileiros atuando. (RIBAS; SILVA; DIAS, 2019, p. 53).

O provimento emergencial do PMM valeu-se da equidade como princípio na distribuição de médicos no país priorizando as localidades com maior vulnerabilidade social e os povos também mais vulneráveis, quais foram: os indígenas e os quilombolas. Além disso, os médicos que iriam trabalhar no PMM foram divididos em 03 (três) grupos, de acordo com seus perfis: a) médicos com inscrição em algum Conselho Regional de Medicina (CRM) Brasil, sendo aqueles brasileiros ou estrangeiros que se formaram em medicina no Brasil ou que revalidaram seu diploma junto ao CNM; b) médicos intercambistas individuais, que seriam médicos brasileiros ou estrangeiros que se formaram em medicina no exterior e não fizeram o exame revalida; e c) médicos intercambistas cooperados, sendo estes os médicos que vieram de Cuba através de convenio firmado entre o Brasil e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (TELLES *et al*, 2019, p. 61-62).

O Ministério da Saúde, ao descrever o Acordo de Cooperação, se pronunciou nos seguintes termos:

O Brasil firmou cooperação com a centenária Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) ligada à Organização Mundial da Saúde (OMS) e que há décadas tem cooperado com o Brasil em temas como o desenvolvimento da atenção básica e a qualificação da gestão do trabalho e da educação na saúde. A Opas, por sua vez, estabeleceu cooperação com o governo Cubano, que disponibilizou médicos com experiência e formação para atuação na Atenção Básica, funcionários de carreira do Ministério da Saúde Pública de Cuba e que já haviam atuado em missões internacionais. Os médicos que participam do Programa pela Cooperação Internacional são chamados de médicos cooperados justamente porque não entram no programa individualmente, mas sim por meio da cooperação com a Opas. (BRASIL, 2015, p. 46).

Tal convênio foi denominado de “Acordo de cooperação técnica para ampliar o acesso da população brasileira à atenção básica em saúde”, e foi assinado no dia 21 de agosto de 2013. O acordo previu a chegada de 4 (quatro) mil médicos cubanos até o final do ano de 2013, sendo que na primeira etapa do convênio desembarcaram no Brasil 400 (quatrocentos) médicos cubanos. Tais

médicos foram alocados em parte dos 701 municípios que não foram contemplados com médicos na primeira fase do programa, porque nenhum dos médicos brasileiros ou estrangeiros participantes da primeira etapa os escolheram. Destaque-se que, dos 701 municípios donde não houve preenchimento das vagas de médico na primeira etapa 84% eram localizados nas regiões Norte e Nordeste¹², o que confirma os dados da demografia médica acima indicados. Importante destacar, também, que a remuneração paga pelo Governo Brasileiro à OPAS, pela contratação de cada profissional médico cubano era a mesma dos demais profissionais contratados pelo PMM, qual era, R\$ 10.000,00 (dez mil reais), sendo tal valor repassado pela OPAS ao Governo Cubano (OPAS, 2013).

Pelo acordo também ficou convencionado que aos médicos cubanos seriam fornecidos os mesmos benefícios que foram deferidos aos demais médicos do PMM, quais sejam, auxílio moradia e vale alimentação, sendo tais benefícios pagos pelas respectivos Municípios para onde os médicos foram encaminhados a trabalhar.

Além disso, todos os médicos vinculados ao PMM, sejam brasileiros ou estrangeiros participaram de uma avaliação com prazo de três semanas em Universidades Públicas Brasileiras, para que então, os aprovados, pudessem ser encaminhados aos municípios para laborar. Importante destacar, também, que aos Médicos Cubanos foi deferida a opção de trazer suas famílias ao Brasil, sendo que caberia a estes individualmente resolver, junto ao governo Cubano, todas as questões que envolvesse a obtenção de visto de saída de Cuba de seus parentes. Outrossim, todos os médicos do programa passaram a contar com apoio clínico e pedagógico do Telesaúde Brasil Redes (www.telessaudebrasil.org.br), com o apoio de outro médico pelo número (0800 644 6543), ou através de outros tipos de interação com o uso das TIC's (tecnologias da informação), tendo também acesso ao Portal Saúde Baseada em Evidências (periodicos.saude.gov.br) e à Comunidade de Práticas (www.atencaobasica.org.br). (BRASIL, 2015, p. 46/47).

Outrossim, observe-se que o PMM exige dedicação exclusiva dos médicos, em 40 horas, sendo 32 horas de atendimento à população e 08 horas dedicadas às atividades pedagógicas de qualificação e orientação. Tais atividades “estão baseadas na concepção de que a integração ensino-serviço constitui a estratégia adequada para a construção do conhecimento e das competências necessária para a atuação qualificada na Atenção Básica (AB)” (MACHADO, *et al*, 2019, p. 85), desenvolvida no contexto do Estratégia de Saúde da Família.

¹² Dados do site oficial do Programa Mais Médicos.

As diretrizes educacionais do programa foram estabelecidas na Resolução nº 2, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com proposta de formação em ciclos formativos desenvolvidas na modalidade presencial e à distância através das seguintes ferramentas de aprendizagem: Telesaúde Brasil; Portal Saúde Baseado em Evidências (PSBE); Protocolos Clínicos da Atenção Básica; Comunidade de práticas; e AVASUS, com vista à Especialização, Aperfeiçoamento e extensão.

O primeiro ciclo formativo foi composto de 02 eixos, sendo um de especialização, para desenvolver a capacidade do médico para atuação na AB, ofertado em ensino à distância (EAD), e o outro de supervisão com o acompanhamento dos médicos participantes do programa por um supervisor. Já o segundo ciclo formativo se destina aos médicos do PMM que concluíram o segundo ciclo. Sendo composto dos eixos aperfeiçoamento e extensão e do eixo supervisão. Aquele se dá através de EAD no Ambiente Virtual de Aprendizagem do Sistema Único de Saúde (AVASUS), e este através de supervisão por outro profissional médico (MACHADO, *et al*, 2019, p. 90/91).

Ocorre que, a presença de grande quantidade de médicos cubanos gerou muitas críticas ao programa, inclusive denúncias de que os estrangeiros estavam sendo explorados, sob o argumento de que grande parte de sua remuneração era repassada ao Governo Cubano. Porém, as primeiras críticas vieram das próprias entidades médicas que afirmavam não haver falta de médicos no país, negando a realidade e se contradizendo com o que a Demografia Médica do próprio CFM já mostrava.

Segundo Silva, *et al* (2018):

O tema mais controverso foi a abertura de postos de trabalho no SUS para médicos estrangeiros, que gerou, por parte das EM, uma forte reação contrária, a ponto de ameaçarem o governo com a deflagração de uma ‘greve dos médicos’, como se evidencia no trecho de reportagem reproduzido a seguir: [...] a Federação Nacional dos Médicos, o Conselho Federal de Medicina e a Associação Médica Brasileira anunciam [...] um calendário de protestos e uma possível greve dos médicos contra a importação de profissionais.

E continua:

O trecho da reportagem, reproduzido a seguir, evidencia claramente a posição do CFM: [...] o CFM se posicionou contra a vinda destes médicos. No entanto, se esta ‘importação’

acontecesse, o CFM exigiria que houvesse a aplicação do Revalida [...]. (SILVA, *et al*, 2018).

Verifica-se, assim, que o CFM não concordava com a participação no PMM dos médicos cubanos, alegando que não haveria falta de médicos no Brasil, mas ao mesmo tempo tentava negar os dados que ele próprio havia levantado, os dados sobre a Demografia Médica no Brasil, a qual demonstra claramente a concentração dos médicos nas capitais, no litoral e nos grandes centros urbanos, em detrimento dos municípios do interior, principalmente do Norte e Nordeste e, notadamente nos Municípios onde há extrema pobreza.

Analisando os dados da Demografia Médica do CFM 2018, entende-se que a participação de médicos estrangeiros no PMM foi de importância fundamental a sua implantação e funcionamento, já que o número de médicos no país ainda demoraria a aumentar devido a necessária extensão universitária dos cursos de medicina ser processo demorado e aliado a ela ter o prazo mínimo para a formatura das novas turmas de 06 anos, isto sem contar a necessidade de tempo para residências médicas e especializações.

Ocorre que, como se disse, além das críticas do CFM, a discussão em torno da participação no PMM dos médicos cubanos, girava em torno de denúncias sobre exploração de seu trabalho, falta de tratamento isonômico em relação aos demais médicos do PMM e até de utilização dos médicos cubanos como escravos, na medida em que a remuneração a eles repassada pelo Governo de Cuba não possibilitaria sua sobrevivência em condições dignas.

Ao contrário dos médicos brasileiros e estrangeiros intercambistas individuais que se submeteram a seleção via edital do PMM, os médicos cubanos não foram contratados diretamente pelo Ministério da Saúde, ou seja, não havia vínculo jurídico entre o Governo Federal e os Médicos de Cuba, já que estes chegaram ao Brasil através de Acordo de Cooperação Internacional entre o Brasil, o Ministério da Saúde Brasileiro e a OPAS, a qual negociou diretamente com o governo de Cuba. Neste sentido, o pagamento pelo trabalho dos médicos cubanos no Brasil era realizado a OPAS e ela repassava os valores ao Governo Cubano, o qual se incumbia de pagar aos médicos, isto porque os médicos cubanos estavam em missão no país, mantendo vínculo de trabalho diretamente com Cuba e não com o Brasil.

Necessário destacar que o fato dos médicos cubanos terem sido dispensados do Exame Revalida foi um ponto muito sensível na vinda destes porque a classe médica argumentava que a população iria ser tratada por médicos de segunda categoria, já que os Cubanos não teriam diplomas

certificados pelo CFM, ao contrário dos médicos brasileiros e dos médicos estrangeiros intercambistas individuais.

Observa-se que, como decidiu o Superior Tribunal de Justiça – STJ, no julgamento do Agravo de Instrumento nº 0049977-11.2017.3.00.0000 DF 2017/0049977-4, que:

A Lei n. 12.871/2013 dispensou a revalidação do diploma e previu a concessão de visto temporário ao médico intercambista durante os três primeiros anos de participação no programa e a Lei n. 13.333/2016 prorrogou por 3 (três) anos o prazo de dispensa da revalidação do diploma e do visto temporário.

Assim, por disposição legal, os médicos intercambistas e os contratados via OPAS (cubanos), poderiam permanecer no PMM pelo prazo de 06 (seis) anos sem necessidade de realização do Exame Revalida.

Em pesquisa na internet não se localizou o quantum monetário que era efetivamente repassado pelo Governo de Cuba a cada médico cubano que estava em missão no Brasil, mas somente há informações sobre o convênio realizado entre o Brasil e a OPAS, donde há a garantia de pagamento do valor igual pela prestação de serviços de cada médico cubano em relação aos demais médicos vinculados ao PMM (OPAS, 2013).

No que tange as questões salariais em relação aos médicos cubanos foram inúmeras as denúncias de que o Governo Cubano retinha de 75% a 90% de remuneração dos médicos repassada pela OPAS. Em artigo jornalístico publicado no site Saúde Business, datado de 01/09/2014, foi denunciado que o salário pago pelo governo de Cuba aos médicos cubanos que atuavam no PMM era de US\$ 1000, mas que efetivamente só era repassado aos médicos cubanos US\$ 400, ficando retido pelo governo cubano US\$ 600. Porém, por pressão do Governo Brasileiro, havia aumentado de US\$ 1000 (um mil dólares) para US\$ 1245 (um mil duzentos e quarenta e cinco dólares), passando a ser repassado este último valor em sua totalidade para os médicos cubanos do PMM. Ocorre que tal valor ainda era muito inferior ao recebido pelos demais médicos do programa, os quais recebiam em 2014, como salário, o valor de R\$ 10.400,00 (dez mil e quatrocentos reais) ou US\$ 4581 (quatro mil quinhentos e oitenta e um reais). Portanto, ainda havia discriminação entre os valores pagos aos médicos cubanos e o valor pago aos demais médicos do PMM (MEDICI, 2014). Esclareça-se que os valores em dólar, aqui citados foram convertidos em Real utilizando-se o câmbio monetário da época da reportagem.

A situação acima relatada fez com que o Ministério Público do Trabalho – MPT, através de seu Procurador Sebastião Caixeta, propusesse uma Ação Civil Pública – ACP, em 27 de março de 2014, tombada sob o número 0000382-62.2014.5.10.0013 a qual foi distribuída no Tribunal Regional do Trabalho da 10ª Região – Brasília na 13ª Vara do Trabalho, pleiteando que a legislação trabalhista brasileira fosse aplicada a todos os médicos participantes do PMM, garantindo a todos iguais condições de trabalho e salário. Porém, a Justiça do Trabalho se declarou incompetente para julgar a ACP sob a alegação de que a relação formada entre o PMM e os profissionais médicos não seria um contrato de trabalho, mas sim de aprendizagem assim como o é a Residência Médica e, por este motivo não seriam estendidos os benefícios da Legislação Trabalhista brasileira aos participantes do PMM. Pela declaração de incompetência a ACP foi encaminhada ao Supremo Tribunal Federal (STF) para decisão.

Note-se que em conclusão do Inquérito Civil Público de nº 000707.2013.10.000/7 que tramitou perante a Procuradoria Regional do Trabalho da 10ª Região em Brasília/ DF, e que deu origem a ACP acima citada, o Procurador do MPT concluiu que dos US\$ 400 destinados aos médicos cubanos, a família deles só tinha acesso a US\$ 50 mensais, sendo que o restante só seria pago ao final do PMM, situação que agravava ainda mais as denúncias de exploração do trabalho dos médicos cubanos no Brasil.

Na Revista do Ministério Público do Trabalho, de setembro de 2014 foi publicado artigo do Procurador do MPT responsável pelo inquérito e pela ACP onde defendeu a competência da Justiça do Trabalho para processar e julgar a demanda. Em suas palavras:

Reconhecendo tal contexto de unicidade dos vínculos envolvidos no “Projeto Mais Médicos para o Brasil”, a Ação Civil Pública traz à baila a discussão sobre a necessidade de respeito aos direitos constitucionais, que são fundantes de todo ordenamento jurídico, precedem e conformam os regimes jurídicos instituídos, inclusive, por óbvio, a Lei n. 12.871/2013, e os que vierem a ser estabelecidos.

[...]

Não bastasse as notícias veiculadas na mídia, com declarações de várias autoridades governamentais, inclusive dos Excelentíssimos Presidenta da República e Ministro de Estado da Saúde, a própria Exposição de Motivos da Medida Provisória n. 621/2013, convertida na referida Lei, e documentos oficiais constantes dos autos do Inquérito demonstram, cabalmente, que o objetivo precípua do “Projeto Mais Médicos para o Brasil” é o atendimento das necessidades da população na atenção básica em saúde, “diminui[ndo] a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde”, e “fortalece[ndo] a prestação de serviços na atenção básica em saúde no País” (Lei n. 12.871/2013, art. 1º, incisos I e II). O foco é, sem dúvida, a contratação da força de trabalho, da mão de obra, da prestação de serviços, enfim, do labor humano, numa evidente relação de trabalho entre o Poder Público e cada um dos trabalhadores, seja nacional, seja estrangeiro. Com efeito, a referida Exposição de

Motivos confessa a finalidade precípua de arregimentar mão de obra de profissionais médicos, o desvirtuamento de genuína relação de trabalho lato sensu e o desvio de finalidade na aplicação da Lei de Regência (CAIXETA, 2014).

Defendia, então, a aplicação e respeito à legislação trabalhista nacional a todos os médicos participantes do PMM. Ocorre que da decisão da Justiça do Trabalho sobre a sua incompetência para processar e julgar a ACP acima indicada houve Recurso Ordinário (RO) ao TRT da 10ª Região, que confirmou a decisão de primeiro grau. Esta decisão gerou um Recurso de Revista (RR) ao Tribunal Superior do Trabalho (TST) que confirmou a decisão de incompetência da Justiça do trabalho, remetendo os autos a Justiça Comum para julgamento.

As críticas ao PMM se intensificaram na campanha eleitoral para a presidência brasileira de 2018, quando o então candidato Jair Messias Bolsonaro acusava Cuba de não repassar os salários integrais aos médicos cubanos, bem como de que os médicos cubanos deveriam passar pelo revalida para poderem atuar no país. Na verdade, o então candidato afirmava em sua campanha eleitoral que iria retirar os médicos cubanos do Brasil com o exame revalida e que era um absurdo deixar que as pessoas mais necessitadas fossem atendidas por profissionais sem qualificação reconhecida, conforme noticiado na imprensa.¹³

Além das questões salariais, os médicos brasileiros também não aceitavam a participação dos médicos cubanos no programa sob o argumento de que “pelo fato da Constituição Federal não estipular cidadãos de segunda categoria, seria inadmissível aceitar que moradores de cidades do interior fossem atendidos por pessoas de formação profissional duvidosa” (SANTOS, 2016). Aqui a crítica era sobre a questão da dispensa do exame revalida para atuação dos médicos estrangeiros no Brasil, decisão que os médicos brasileiros entendiam como uma forma de segregar a população, deixando os mais necessitados serem atendidos por médico cujo conhecimento e formação para atuar não havia sido referendada pelo CNM e, por isso estaria aquém da formação e conhecimento dos médicos brasileiros.

A despeito do reconhecido êxito do Programa no preenchimento de vagas ociosas de médicos em cidades do interior do Norte e Nordeste, em 14 de novembro de 2018, o governo de Cuba, por meio de nota emitida por seu Ministério da Saúde Pública, anunciou a retirada dos profissionais médicos cubanos do PMM. A saída da cooperação foi justificada pelas autoridades

¹³ Para Maiores detalhes ver em: BBC Brasil. **Mais Médicos: O que disseram Cuba e Bolsonaro sobre a saída dos cubanos do programa**, publicado em 14 de novembro de 2018.

cubanas como reação ao descumprimento de garantias acordadas no início do Convênio e a imposição de condições inaceitáveis aos profissionais cubanos pelo governo brasileiro, expressas pelo então recém-eleito presidente Jair Bolsonaro.

Entre as alterações propostas para o novo acordo, o governo brasileiro exigia a realização da prova de habilidades clínicas dos médicos cubanos (Revalida), para continuarem a atuar profissionalmente, além de cortar o repasse do percentual de seus salários ao governo de Cuba, como anteriormente acordado. No que pese a competência dos médicos intercambistas, atestada favoravelmente nos estudos indicados acima, o fato se revelou como desconfiança do governo brasileiro quanto à formação daqueles médicos, atitude apontada e rechaçada pelo governo cubano. A saída de Cuba impactou, negativamente, a manutenção do PMM, uma vez que, em quase sua totalidade, os médicos intercambistas eram de origem cubana. (SEPARAVICH; COUTO, 2020).

Porém, a despeito disto, e independente de críticas ideológicas, é preciso verificar se o programa com o provimento do eixo emergencial foi capaz de diminuir a desigualdade regional na distribuição de médicos e melhorar a Atenção Básica da Saúde no Brasil.

Quanto aos gastos do programa, segundo Relatório de Auditoria Anual de Contas do TCU do ano de 2015:

No exercício de 2015, bem como nos anteriores, a execução orçamentária e financeira do Projeto Mais Médicos para o Brasil encontrava-se consolidada no Plano Orçamentário nº. 009 – Mais Médicos da Ação Orçamentária 20AD – Piso de Atenção Básica Variável – Saúde da Família. (BRASIL, 2016)

Além disso, no mesmo relatório foi indicado que a dotação final foi no valor de R\$ 2.165.000.000,00 (dois bilhões centos e sessenta e cinco milhões), a Despesa empenhada foi no valor de R\$ 2.158.196.490 (dois bilhões cento e cinquenta e oito milhões cento e noventa e seis mil quatrocentos e noventa reais), e a despesa liquidada no valor de R\$ 2.130.814.340 (dos bilhões cento e trinta milhões oitocentos e quatorze mil trezentos e quarenta reais), o que corresponde a 98,42% de despesas liquidadas. Também é importante destacar que dentre os 4.058 municípios que já haviam aderido ao PMM, 304 não haviam aderido ao Programa Requalifica UBS, dos quais 54 se encontram em áreas de extrema pobreza. Portanto, verifica-se que, nem todos os municípios haviam realizado sua contrapartida do PMM posto que não haviam melhorado a estrutura das UBSs. (BRASIL, 2016).

Como se isso não bastasse, o TCU verificou que nos Municípios participantes ao PMM, “o incremento de profissionais é de apenas 42,14% das vagas disponibilizadas, de forma que a cada 100 profissionais alocados, há uma dispensa de 58 médicos contratados pelos municípios em outras modalidades” (BRASIL, 2016). Ou seja, com o advento do PMM e os seus médicos pagos pelo Governo Federal, os Municípios deixaram de contratar médicos e demitiram os que haviam contratado o que pode prejudicar o alcance dos objetivos do PMM. Diante de tais dados, verificamos que se faz realmente necessário efetivamente avaliar se o PMM trouxe melhorias na Saúde Pública no Brasil.

3.3 Estado da Arte das pesquisas sobre Avaliação de Impacto do Programa Mais Médicos

Desde a implantação do PMM muito tem se inscrito sobre ele. Na área de avaliação de impacto não tem sido diferente, havendo inúmeros trabalhos sobre os seus três eixos, quais sejam: provimento emergencial, infraestrutura e formação médica, porém, os trabalhos sobre o provimento emergencial se concentraram nos primeiros anos do PMM, geralmente de 2013 a 2015, apontando resultado, conforme a seguir se expõe.

No ano de 2019 foi publicado o livro MAIS MÉDICOS As vozes dos atores e os impactos do programa na atenção básica à saúde, organizado pelo professora Helcimara Telles, da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Em tal publicação foram reunidos 09 (nove) artigos científicos sobre o PMM, os quais destacaram a análise do programa dentro das políticas públicas de saúde no Brasil, o surgimento do PMM, a fala dos médicos que participam do programa, a integração do ensino com o serviço na área de medicina, a fala das comunidades atendidas pelo PMM, entre elas a da população quilombola e indígena, a análise do programa pela imprensa e os efeitos do programa na Atenção Básica.

Tal publicação, como seu nome sugere, teve como objetivo captar a voz dos principais sujeitos envolvidos no Programa, quais foram: a população usuária dos serviços de saúde nos municípios atendidos, os gestores públicos dos municípios inscritos, a população dos municípios inscritos, mas ainda não contemplados e os profissionais inscritos no programa.

Para o estudo os municípios brasileiros ou partes destes foram classificados em 07 categorias: municípios com maior vulnerabilidade social (pobreza: 20%); DSEIs (Distritos Sanitários Especiais Indígenas); G100 (grupos de 100 municípios mais populosos com alta

vulnerabilidade socioeconômica situados à margem dos grandes centros e que representam 12% da população do país), capitais, regiões metropolitanas (exceto partes incluídas em algumas dessas categorias), comunidades quilombolas e outros. Nos estudos se utilizou entrevistas com critérios científicos para definir o tamanho da amostra de usuários, médicos e gestores a serem entrevistados.

No artigo intitulado “O Programa Mais Médicos no âmbito da política de saúde do Brasil” Menicucci (2019, p. 19 a 42), além de tratar da legislação afeta ao tema, tanto no âmbito constitucional, como no âmbito infraconstitucional, destacou a importância do acesso universal e da integralidade dos serviços de saúde, entendendo o acesso como um dos principais critérios para ser estabelecida a distribuição geográfica das instituições de saúde. No que tange a integralidade a mesma autora deu ênfase à importância da “medicina integral” como a necessidade de formar profissionais capazes de perceber seus pacientes não somente como um sistema biológico, mas também analisando o aspecto psicológico e social do ser humano.

Neste sentido, elevando a importância da Atenção Básica como porta de entrada para o Sistema Único da Saúde, a mesma autora descreve que “evidências fartamente documentadas apontam, entre outras coisas, que quanto maior a proporção de médicos generalistas em uma comunidade, menor a frequência de hospitalização” (Ibidem, p. 31), e diante de tais considerações deixa claro que o fortalecimento da Atenção Básica é fundamental para o fortalecimento de todo o sistema de saúde. Assim, ela justifica a importância do Programa Mais Médicos no fortalecimento da atenção básica.

Focando no eixo provimento emergencial ela não faz um estudo de impacto do PMM, mas cita o estudo de Girardi, *et al* (2010) que criou o Índice de Escassez de Médicos na Atenção primária à saúde (APS), para concluir que “o estudo mostra um substantivo aumento de médicos em APS no período de março de 2013 a setembro de 2015, com redução do número de municípios com escassez destes profissionais de 1.200 (21,6%) para 777 (14%)”.

Em conclusão Menicucci (2019, p. 36 a 38) explica que PMM uniu forças com o ESF, com o PMAQ e o Requalifica UBS para melhorar a APS, contribuindo para o alcance do direito à saúde nas regiões de maior vulnerabilidade.

Por sua vez Ribas, *et al* (2019, p. 44 a 58) em artigo intitulado “Programa Mais Médicos: quando, como e porque ele surgiu?” analisa as origens do PMM fundamentando seu surgimento na escassez médica no Brasil, a qual é um problema multifatorial, que perpassa desde a formação profissional, a desigualdade na distribuição geográfica e na rotatividade dos profissionais.

Reconhecem os autores que “há uma tendência mundial de que os profissionais de saúde se concentrem nas áreas urbanas mais ricas.” (Ibidem, p. 44), assim afirmam que “países com baixo índice de médicos por habitantes costumam ter resultados negativos em taxas como expectativa de vida e mortalidade materna e infantil, o que aponta uma forte associação entre esses fatores” (Idem, ibidem, p. 44).

Os autores destacam que, analisando várias intervenções que visaram melhorar a distribuição médica no país, como o Projeto Rondon, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), o Programa de Interiorização do SUS (PISUS) e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), não basta o uso de incentivos financeiros para motivar os médicos a se estabelecer em áreas remotas, mas é preciso haver complementação com outros mecanismos, como educação permanente e condições mínimas de segurança e seguridade social. Citando a publicação de Girardi, *et al* (2010) da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado da Universidade Federal de Minas Gerais (ESPM/UFMG), os autores se remetem ao índice de Escassez de profissionais de saúde, que comprovou, no ano de 2007 que a escassez médica no Brasil não é homogênea e depende de vários fatores, conforme citado por Menicucci (2019). Apontam RIBAS *et al* (2019, p. 46 a 47), ainda, que três fatores contribuem para aumentar a escassez médica no Brasil, vejamos: o aumento de vagas públicas para médico cresceu mais do que o número de médicos formados; alta taxa de rotatividade entre os médicos e vagas ociosas em locais de maior vulnerabilidade social; e menos de 10% das vagas na Atenção Básica são ocupadas por médicos com alguma especialização na área.

Ao analisar a situação de escassez médica no Brasil no ano de 2013 os mesmos autores descrevem que “quando a população brasileira atingiu 201 milhões de habitantes, havia pouco mais de 32 mil médicos atuando regularmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) [...] o Brasil necessitaria de aproximadamente 67 mil médicos” para atingir 100% da cobertura da AB. Aliado a tudo o que foi citado, os autores destacam que nos últimos 50 anos (de 1950 a 2004) dobrou a quantidade de municípios no Brasil. Neste sentido, todos os aspectos do cenário acima traçado, bem como já dissemos alhures, as “Jornadas de Julho” de 2013, criaram a janela de oportunidades para o lançamento do PMM, que priorizou a lotação dos médicos do provimento emergencial nos locais de maior vulnerabilidade dos municípios brasileiros.

Ao investigar a percepção e avaliação dos médicos vinculados ao PMM, Telles, *et al* (2019, p. 59/83) publicaram artigo científico cujo título é “As vozes dos médicos brasileiros, estrangeiros

e cubanos” donde esclareceram que o eixo provimento emergencial utilizou-se do princípio da equidade para realizar a expansão do número de médicos em comunidades vulneráveis nos municípios brasileiros. A seleção dos municípios para as entrevistas com os médicos obedeceu aos critérios gerais da obra acima citadas e para classificar os médicos ouvidos os pesquisadores criaram 03 grupos: CRM Brasil para se referir aos médicos brasileiros ou estrangeiros que se formaram no Brasil ou que tiveram o diploma revalidado pelo Conselho Nacional de Medicina (CNM); Intercambista individual para os médicos brasileiros e estrangeiros que se formaram fora do Brasil e que não se submeteram ao exame revalida de CNM ou não foram aprovados em tal prova; e Intercambista cooperado para os médicos advindos do convênio do governo brasileiro com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), sendo sua seleção realizada por sorteio.

Como resultado se observou que os médicos do grupo CRM Brasil tinham, em sua maioria, idade entre 25 e 30 anos, até 02 anos de experiência em AB e foram sozinhos trabalhar nos municípios do PMM. Já os médicos Intercambistas individuais em sua maioria tinham entre 31 e 40 anos de idade, até 2 anos de experiência em AB e foram sozinhos trabalhar nos municípios do PMM. Entre os Intercambistas cooperados em sua maioria tinham entre 41 e 50 anos de idade, até 20 anos ou mais de experiência em AB e foram sozinhos trabalhar nos municípios do PMM.

Entres os motivos para participação no PMM observou-se que, em sua maioria, os médicos do grupo CRM Brasil, indicaram a carga horária menor, pagamentos dos salários em dia, contrato garantido, formato do Programa, dentre outros. Os médicos Intercambistas individuais apresentaram, também em maioria, os mesmos motivos do CRM Brasil, e os Intercambistas cooperados indicaram, em grande maioria, como motivos para participar do Programa ajudar a melhorar a saúde da população, solidariedade e humanismo.

No mesmo estudo foram levantados os fatores de desmotivação para participar do PMM sendo observado que, em sua maioria, os médicos do grupo CRM Brasil, indicaram cultura e tradição, os médicos Intercambistas individuais apresentaram, em maioria, culinária, acesso à internet, idioma entre outros, e os Intercambistas cooperados indicaram em grande maioria a família. Em relação às condições de trabalho a avaliação foi melhor pelo Intercambistas cooperados e os Intercambistas individuais que conferiram nota 08 para a infraestrutura, enquanto os CRM Brasil atribuíram nota 07, mas no geral as condições de trabalho e apoio técnicos foram aprovadas. As condições de moradia foram avaliadas por todos com nota 09, enquanto a alimentação teve nota 10 atribuída pelos Intercambistas cooperados e nota 09 pelos Intercambistas individuais e CRM

Brasil. Quanto à remuneração os Intercambistas individuais e CRM Brasil atribuíram nota 09 já os Intercambistas cooperados conferiam nota 08.

Quanto ao relacionamento do médico com a população e com os gestores, respectivamente, foram atribuídas notas 09 e 09 pelos CRM Brasil e nota 10 e 08 pelos Intercambistas individuais e notas 10 e 10 pelos Intercambistas cooperados. Os principais aspectos positivos do PMM foram destacados como sendo trabalhar em equipe, realizar visitas domiciliares, boas remunerações entre outros pelos médicos com CRM Brasil, melhorar a qualidade de vida da população carente pelos Intercambistas cooperados e Intercambistas individuais. No que se refere aos aspectos negativos a maioria de todos os grupos de médicos apontou a falta de verbas para as UBSs, divergência de informações entre o Estado e o Município, dificuldade de comunicação, entre outros.

Assim, Telles, *et al* (2019, p. 81/82) concluíram que “os resultados encontrados são bastante positivos em todas as dimensões analisadas” e por isso definiram o PMM como um passo importante na qualidade da AB no Brasil.

Machado, *et al* (2019, p. 85/106) em artigo intitulado “Os médicos e a integração ensino-serviço: as ofertas pedagógicas de qualificação e orientação”, descreverem as ofertas pedagógicas vinculadas ao PMM, já que o programa exigia dedicação exclusiva dos médicos, em 40 horas, sendo 32 horas de atendimento à população e 08 horas dedicadas às atividades pedagógicas de qualificação e orientação.

Neste sentido, através de entrevistas pesquisaram a percepção dos médicos e gestores no que tange as ofertas pedagógicas do PMM sendo assim verificaram que a maioria dos médicos participantes do programa tem mais de uma década de formados, sendo a grande maioria com alguma especialização, já que apenas 1,3% informaram não possuir nenhuma especialização. E quanto à experiência na área de AB 91,2% dos médicos declararam ter experiência no atendimento na atenção primária (MACHADO, *et al*, 2019, p. 92).

Quanto ao módulo de acolhimento e avaliação, os resultados encontrados com as entrevistas indicaram que 96% dos entrevistados afirmaram que os professores que ministraram os módulos tinham bom ou ótimo preparo para os assuntos ministrados, 84,2% entenderam que o tempo de duração do módulo foi bom ou ótimo, 92% entenderam que o conteúdo ministrado nos módulos era bom ou ótimo, 87% afirmaram que os conteúdos abordados eram de aplicabilidade boa ou ótima, sendo a avaliação geral do módulo considerada boa ou ótima por 93% dos entrevistados (MACHADO, *et al*, 2019, p. 93).

Em relação ao curso de especialização a média geral das notas que os entrevistados deram a ele foi de 8,3, sendo também a tutoria aprovada como boa ou ótima por 84,8% dos entrevistados (MACHADO, *et al*, 2019, p. 95).

No que tange à percepção dos gestores os mesmos autores (2019, p.101) indicaram em sua pesquisa que 17,2% dos gestores não oferecem a infraestrutura para os médicos desenvolverem as atividades pedagógicas e 15,8% dos gestores consideraram que a supervisão contribuiu pouco ou não contribuiu para a qualidade do atendimento realizado pelos médicos. Telles, *et al* (2019, p. 107/137), em estudo intitulado “A fala das comunidades: a centralidade do médico para a satisfação com o Programa Mais Médicos”, relatou a percepção da comunidade sobre o PMM. Neste sentido se utilizaram, os autores, de entrevistas nas comunidades assistidas em duas etapas durante o ano de 2014. Assim, a comunidade atendida conferiu ao programa nota 9,03, enquanto a comunidade que ainda não havia sido atendida conferiu a nota 7,49, e, além disso, a nota atribuída pelos municípios com mais de 20% de pobreza foi maior que a nota atribuída pela população dos demais municípios. Portanto, avaliando o programa através de entrevistas com os usuários em perguntas que se preocuparam em medir a qualidade do PMM analisando a qualidade do atendimento, se o entrevistado frequentou curso de ensino superior, se o entrevistado residia ou não nos 20% dos municípios mais pobres, envolvimento do médico com a comunidade, o sexo do entrevistado, se o entrevistado tinha inscrição no cadastro único, os autores chegaram a conclusão de que houve avaliação positiva do PMM em toda a extensão da amostra que foi entrevistada, mas que tal avaliação não foi uniforme, conseguindo-se comprovar que o programa foi mais bem avaliado entre os indivíduos socialmente mais vulneráveis.

Ao tentar avaliar a atuação do PMM nas comunidades quilombolas, Siqueira, *et al* (2019, p. 139/169) em artigo com o seguinte título “População quilombola no Mais Médicos: o desafio da universalização do direito à saúde”, verificaram que 827 municípios do Brasil possuem equipes do ESF do subtipo quilombola, sendo que todos os estados da federação possuem equipes de saúde do subtipo quilombola, sendo que, na época da pesquisa, a maioria dos médicos que atuavam em tais comunidades eram Médicos Intercambistas Cooperados (Cubanos). Em relação aos atendimentos realizados por Médicos do Programa, 38,2% dos entrevistados disseram estar muito satisfeitos, 57,3% satisfeitos, 3,7% insatisfeitos e 0,2% muito insatisfeitos. Além disso, 85,8% informaram não ter nenhuma dificuldade de comunicação com os médicos do PMM, 9,4% disseram ter pouca

difficuldade. Do seu estudo concluíram que a implementação do PMM nas comunidades quilombolas tem beneficiado concretamente estas comunidades.

Na mesma linha de raciocínio Fontão e Pereira (2019, p. 171/189) ao analisarem a atuação do PMM nas comunidades indígenas em estudo denominado “Percepções, saúde biomédica e práticas dos indígenas no contexto do Programa Mais Médicos para o Brasil”, observaram que existem os chamados DSEIs (Distritos Sanitários Especiais Indígenas) desde 2010 que são vinculados à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) donde o cotidiano de trabalho das equipes do ESF “foi historicamente marcado pela ausência de profissionais médicos, em especial na região amazônica” (2019, p. 172), sendo que para a avaliação do PMM na perspectiva das comunidades indígenas foram aplicadas entrevistas semiestruturadas, sendo identificado que 47% dos entrevistados afirmaram que a equipe que atendia antes da implantação do PMM não era composta de médicos, e que somente 31% dos entrevistados afirmaram que após a implantação do PMM as equipes de saúde ficaram sem médicos.

Observou-se, também, que a nota média dada pelos indígenas entrevistados aos médicos do PMM foi de 8,7 e que 93% dos entrevistados relataram estar satisfeitos ou muito satisfeitos com o trabalho de tais profissionais. Diante da pesquisa, os autores concluíram que houve o suprimento emergencial de parte da demanda das comunidades indígenas por médicos com o PMM.

Ferla, *et al* (2019, p. 227/257) publicaram, na mesma obra acima citada, artigo científico com o título “Efeitos do Programa Mais Médicos na Atenção Básica e no cotidiano do Sistema Único de Saúde: desenvolvimento do trabalho e redução de iniquidades”. Em tal pesquisa partiram do seguinte pressuposto:

[...] a Atenção Primária tem sido reconhecida como componente fundamental para a organização de sistemas de saúde resolutivos e para a saúde universal, tendo formulações renovadas diante das novas condições de saúde e de desenvolvimento dos sistemas de saúde de diferentes países. (2019, p. 228)

Ademais, os mesmos autores destacaram que utilizam como sinônimo os termos Atenção Primária e Atenção Básica extraíndo tal conceituação do Relatório Lalonde e a Conferência de Alma-Ata os quais apontaram que “[...] a expansão dos serviços de Atenção Básica/Primária é fundamental para o ordenamento de um sistema de saúde eficaz, contribui para a melhora nos níveis de saúde da população [...]” (idem, *ibidem*, p. 228). Destacam ainda que “dados de mortalidade, de nascidos vivos e notificação de doenças, além dos casos múltiplos, de abordagem qualitativa,

que nos permitem maior profundidade na compreensão dos efeitos do Programa Mais Médicos” (idem, ibidem, p. 232).

Diante disto, para avaliar os efeitos do PMM na rede de Atenção, estudaram as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) como um “indicador indireto para avaliação desse nível de atenção e de certos padrões de organização da rede assistencial” (idem, ibidem, p. 238). Ao analisarem as taxas de internações por condições sensíveis à Atenção Básica de janeiro de 2010 a dezembro de 2014, perceberam uma tendência geral de declínio que permitiram apenas verificar tendências em relação aos municípios participantes ou não do PMM.

Compreenderam também, os autores que a tendência de queda no número de internações nos municípios participantes do PMM pode ser verificada analisando-se o total de internações por casos de gastroenterites, hipertensão, cardio e cerebrovasculares, diabetes *mellitus* (DM), deficiências nutricionais e úlcera gastrointestinal.

Ao estudar o impacto do PMM na escassez de médicos na Atenção Básica, Girardi, *et al* (2016) utilizou o Índice de Escassez de Médicos em Atenção Primária à Saúde (APS) analisando dados de 2013 a 2015, verificando um aumento de oferta de médicos neste período principalmente nas áreas de escassez identificadas pelos autores, veja-se:

Considerando o total do país, houve um incremento absoluto de 12.652 médicos de um período ao outro (de 99.163 para 111.815). Esse incremento foi menor do que o número de médicos do PMM que estavam ativos em setembro de 2015, de 14.256. A diferença permite afirmar que ocorreu um déficit de 1.649 profissionais na oferta regular feita pelos municípios. A participação relativa do quantitativo de médicos do programa em relação ao total da APS era de 12,7% em 2015. (GIRARDI, *et al*, 2016)

Observe-se que o índice de escassez de médicos na Atenção Primária utilizado pelos autores não levou em consideração somente a quantidade de médicos em relação a quantidade de habitantes no município, mas também observou outras 03 (três) dimensões: a) carência socioeconômica medida pelo corte definido pelo Programa Bolsa Família (PBF), de renda per capita abaixo de R\$140,00; b) altas necessidades de saúde, medida pela Taxa de Mortalidade Infantil por mil nascidos vivos; e c) barreiras de acesso aos serviços de saúde: medida pela distância, em tempo, dos municípios até a sede da região de saúde (GIRARDI *et al*; 2016). Assim, nota-se a preocupação dos autores em analisar a carência de médicos na atenção básica utilizando não somente o número de médicos por habitante, mas sim entendendo por carência a efetiva necessidade de melhora na saúde pública de cada localidade.

Verifica-se assim, que houve aumento substancial do número de médicos advindos do PMM, mas, ao mesmo tempo, os municípios diminuíram o número de médicos pagos por eles se tornado mais dependentes da oferta nacional do PMM. Note-se que tal artigo analisou apenas o aumento do número de médicos, mas não verificou o impacto deste incremento nos indicadores de saúde.

Em estudo sobre a produção de consultas e encaminhamentos médicos e das equipes de saúde da família na Atenção Básica brasileira do ano de 2014, Lima, *et al* (2016) utilizaram como variáveis a quantidade total de consultas médicas por mês, obtida pelo somatório das consultas realizadas com crianças, adolescentes, adultos, idosos, inerentes aos programas com hipertensos e diabéticos, hanseníase e tuberculose), a quantidade de encaminhamentos médicos para especialistas, urgência e hospital, a quantidade de ações de educação em saúde por equipe de ESF e também a construção de taxas para estas variáveis. De seu estudo concluíram que há maior produtividade de consultas nas equipes com médicos do PMM, principalmente em municípios mais vulneráveis socialmente, mas ao mesmo tempo verificou poucos encaminhamentos para a média e alta complexidade do SUS, entendendo que tal encaminhamento ainda é um gargalo para o SUS tendo em vista a dificuldade de regulação dos municípios mais desprovidos de serviços para a alta e média complexidades. Além disso, encontraram maior produção mensal de atividades educativas nas equipes de saúde da família que não tem médicos do PMM, assim concluíram que o PMM contribuiu, no ano de 2014 para o aumento no número de consultas médicas na atenção básica, tendo atingido seu objetivo na alocação de profissionais nos municípios com maior escassez de médicos.

Outro estudo sobre o Impacto do PMM no número de internações por causas sensíveis à atenção básica (diarreia e gastroenterite) Gonçalves, *et al* (2016) analisaram o número de tais internações a partir de dados acerca da distribuição de médicos na Região Nordeste de setembro de 2012 a agosto de 2015. Com base na análise quantitativa dos dados coletados verificaram que houve uma diminuição de 35% das internações pela condição sensível selecionada no período estudado, mas tal diminuição não foi homogênea em todos os Estados do Nordeste, havendo, inclusive aumento do número de casos no Maranhão, mas a despeito disso concluíram que o PMM contribuiu para a redução do número de internações pela condição sensível à atenção básica estudada.

De acordo com Leonor Maria Pacheco Santos, Ana Maria Costa e Sábado Nicolau Girardi (2015), que estudaram o PMM como ação para diminuir iniquidades em saúde, tal programa levou 14.462 médicos brasileiros e estrangeiros para 3.785 municípios no período de julho de 2013 a julho 2014, assim os autores destacaram alguns resultados do programa sobre em iniquidades em saúde, veja-se:

Ao analisar a distribuição destes médicos, observa-se que o número de municípios com escassez desses profissionais na APS passou de 1.200 em março de 2013, para 558 em setembro de 2014 (redução de 53,5%). O programa contribuiu para reduzir iniquidades, pois na região Norte 91,2% dos municípios que apresentavam escassez em 2013 foram atendidos, com provimento de 4,9 médicos por município, em média (a maior razão entre regiões). Em suma, o programa atendeu aqueles municípios mais necessitados, que tinham as piores razões de médico/habitante, em situação de extrema miséria e com altas necessidades de saúde.

Apesar de apontar falhas que precisam ser sanadas, o relatório de Auditoria Operacional do Tribunal de Contas da União (TCU), recém-divulgado, indica que após a implantação do Programa Mais Médicos houve crescimento de 33% no número de consultas realizadas e de 32% nas visitas domiciliares, indicando aumento na oferta de serviços de saúde. (SANTOS; et al, 2015).

Do referido estudo percebe-se que o PMM já trouxe resultados positivos no início de sua implantação já que conseguiu diminuir a escassez de médicos, aumentou a quantidade de consultas realizadas e de visitas domiciliares nos municípios que já haviam aderido ao PMM.

Ao analisar a implantação do eixo formação de 2013 a 2015, Oliveira, *et al* (2019), destacou que:

O Eixo Formação do PMM buscou reordenar o processo de abertura de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação entre vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática adequado à formação. A lei estabeleceu novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), condicionando a abertura e funcionamento de cursos à sua efetiva implantação.

O PMM propôs a universalização de vagas de residência médica, definindo a especialidade Medicina de Família e Comunidade (MFC) como caminho para formação de especialistas no Brasil. O programa também instituiu o Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde (Coapes) enquanto instrumento de contratualização da integração ensino-serviço.

Em tal estudo os autores apontam que o PMM passou a priorizar algumas especialidades médicas para a criação de vagas de residência, sendo a principal a de Residência em Medicina da

Família e comunidade (MFC), inclusive como pré-requisito para as demais especialidades médicas com exceção de algumas, veja-se:

Contudo, a universalização pretendida para o PMM define um itinerário de formação de especialistas, no qual a MFC seria pré-requisito para a maioria das demais especialidades, com exceção de nove (genética médica, medicina esportiva, medicina física e reabilitação, medicina legal, medicina do trabalho, medicina do trânsito, patologia e radioterapia), que somam número pequeno de vagas. Assim, aproximadamente 90% das vagas de acesso direto teriam que ser de MFC, concretizando o objetivo do PMM de fazer com que a maioria dos médicos tivesse uma formação de um ou dois anos nessa especialidade, ainda que viessem depois a se dedicar a outra. Com efeito, entre as vagas criadas nesse período, 58% foram na área de MFC.

A criação de vagas é absolutamente insuficiente ante a necessidade de aproximadamente 16.500 para alcançar a universalização, sendo a MFC o pré-requisito para tal criação. Talvez aqui resida uma das metas do PMM que exija maior esforço institucional – envolvendo ações que criem viabilidade para a implantação de programas e promovam a ocupação de vagas por parte dos egressos da graduação – e capacidade de enfrentar resistências de setores da corporação médica que se opõem tanto a qualquer regulação pública na residência médica quanto ao estabelecimento da MFC como uma especialidade central na formação das demais.

Percebe-se que o foco na criação de novas vagas de residência médica era em relação a especialidade Médico da Família e Comunidade com o fito de fortalecer a AB. Além da especialidade citada pelos autores conseguimos perceber que o PMM incentivou o aumento de vagas de Residência Médica em Clínica Geral, Pediatria e Estratégia de Saúde da Família, na medida em que tais especialidades são de extrema importância para o fortalecimento da AB brasileira tendo em vista que a base para uma equipe de ESF é um profissional de medicina de perfil generalista, ou seja, um médico que consiga atender a população entendendo seus problemas de saúde, não só biológicos, mas analisando o aspecto psicológico também, para poder assim resolver o problema na própria atenção básica ou, havendo necessidade referenciando o atendimento para a média ou a alta complexidade. Assim, o perfil generalista do médico está presente justamente nas especialidades acima destacadas, quais sejam: Médico da Família e Comunidade, Clínica Geral, Pediatria e Estratégia de Saúde da Família.

Por sua vez, em estudo intitulado Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil, Nogueira PTA *et al* (2016), analisando dados do Ministério da Saúde no período de agosto de 2013 a dezembro de 2014, concluíram que mesmo havendo a inserção de 4.716 médicos pelo PMM na Região Nordeste, no período apontado, “não houve variação significativa na taxa geral de distribuição de médicos na região, o aumento foi de 0,11 na taxa geral no Nordeste” (Nogueira PTA, *et al*: 2016).

Ademais os mesmos autores verificaram que mesmo sendo prioridade do PMM o provimento de médicos para as regiões mais vulneráveis, a distribuição manteve uma concentração maior nas capitais, sugerindo que mesmo as capitais e as áreas metropolitanas carecem de profissionais médicos (Nogueira PTA, *et al*: 2016).

Além disso, verificaram, tais autores que, o PMM utilizou como critério para que o município pudesse receber médicos do programa, a inscrição pelo Município demandando sua necessidade, assim perceberam que, por posição política contrária ao Governo Federal, algumas gestões municipais não se inscreveram, o que pode ter ocasionado o fato de que Estados que já tinham um índice de distribuição de médicos por 1000 habitantes, terem recebido mais médicos que outros que tinha um índice menor, como verificaram que ocorreu entre Pernambuco e o Piauí. Neste sentido, os autores apontam a necessidade de “intervenção do Estado para exigir que os municípios que têm vazios de médicos e não optarem por receber médico pelo PMM, tenham prazo para alocar tais profissionais nos serviços de saúde, caso não consigam, é de se avaliar a alocação de médicos do PMM compulsoriamente” (Nogueira PTA, *et al*: 2016).

Em estudo que visou analisar a Implantação do Programa Mais Médicos no Espírito Santo, Emerich TB, *et al* (2020) verificou um aumento significativo de médicos da Estratégia da Saúde da Família e de médicos totais naquela Unidade Federativa de 2012 a 2016, demonstrando que o PMM tem contribuído para a diminuição da carência de médicos em áreas prioritárias.

Mas, os autores verificaram que mesmo com o aumento significativo do número de médicos, o indicador por eles criado para verificar se o município tem o número de médicos de família desejável (2,0 ou mais (> 2)), aceitável (1,0 a 1,99) ou inaceitável (0 a 0,99 (< 1)), permaneceu inaceitável em todos os grupos de municípios do Estado do Espírito Santo, mesmo após 03 anos de atuação do PMM. Ainda assim, tais autores apontaram como “a mudança mais contundente observada no presente trabalho ocorreu em relação ao número de médicos totais de 2012 para 2016, nos municípios de 20.001 a 50.000 habitantes, os quais saíram de um padrão considerado inaceitável para um padrão aceitável de médicos por 1.000 habitantes”. Contribuindo assim, para a diminuição da carência de médicos no Brasil, o que refletiu diretamente na melhora do atendimento na Atenção Básica, que fez diminuir “8,8% das internações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios inseridos do PMMB, taxa que permaneceu inalterada nos municípios não inscritos, comprovando o impacto positivo do programa” (EMERICH TB, *et al* 2020).

Santos WD *et al* (2019) em pesquisa intitulada “Avaliação do Programa Mais Médicos: relato de experiência”, selecionaram 32 municípios de todas as regiões do Brasil, sendo 14 no Norte, 12 no Nordeste, três no Sudeste, dois no Centro-Oeste e um no Sul, todos com 20% ou mais da população em situação de pobreza extrema, para analisar, a implantação do eixo provimento emergencial. Pois bem, o estudo destacou que após 01 (um) ano de atuação do programa houve um aumento de 20% do número de municípios que atingiam a meta de 1 médico para cada 1000 habitantes. Tal estudo identificou melhoria na qualidade de atendimento à população devido a maior sensibilidade e responsabilidade dos médicos do PMM no acolhimento e resolução dos problemas de saúde da população, contribuindo para o fortalecimento da atenção básica à saúde. No que tange ao impacto do PMM nos indicadores de saúde, o estudo analisou 1.708 municípios com 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza e em áreas remotas de fronteira, comparando a densidade de médicos, a cobertura da atenção primária e as hospitalizações por causa sensível à atenção básica em municípios inscritos (n=1.450) e municípios não inscritos (n=258) no programa.

Diante de tal estudo os autores observaram que dos municípios participantes do programa houve um aumento de 163 em 2013 para 348 em 2015 do número de municípios com 1 médico ou mais, além disso, verificou-se que:

A cobertura da atenção primária nos municípios inscritos aumentou de 77,9% em 2012 para 86,3% em 2015; e nos demais ficou estável. As internações evitáveis nos 1.450 municípios inscritos diminuíram de 44,9% em 2012 para 41,2% em 2015, mas permaneceram inalteradas nos 258 municípios controle. (SANTOS W D, *et al*; 2019)

O estudo demonstrou, uma melhora nos indicadores de saúde entre os anos de 2013 e 2015, confirmando a existência de impacto positivo do PMM na APS.

Ao estudar a relação entre a infraestrutura das UBSs e o IDHM dos municípios que receberam médicos do PMM, Soares Neto JJ *et al*. (2016), verificaram, através de estatística descritiva e inferencial, utilizando-se de análise de regressão, que nos municípios contemplados com médicos do PMM 65,2% das UBSs têm infraestrutura de média qualidade e apenas 5,8% das UBSs têm infraestrutura de baixa qualidade. Além disso, apontaram correlação de 0,50 entre o indicador de infraestrutura e o IDHM, o que revela uma tendência moderada no sentido de que os municípios que têm baixos IDHMs tenham UBSs mais precárias.

Para a análise da estrutura física das UBSs os autores utilizaram o “Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família” do Ministério da Saúde, o qual segue os princípios da Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 50/ANVISA/fevereiro/2002 e que define a estrutura física mínima, para uma equipe de saúde da família.

Os mesmos autores examinaram, também, que a renda média do município é o fator que mais contribui para a variação do indicador de infraestrutura das UBSs e que estar a UBS localizada nas regiões Nordeste ou Norte afeta negativamente a sua infraestrutura.

Para medir a infraestrutura das UBSs eles utilizaram uma escala com níveis de 1 a 6, sendo nível 1 as UBSs com a infraestrutura mais precária e nível 6 as mais bem equipadas. neste sentido, observaram que “cerca de 58% das UBSs de Nível 1 e de Nível 2 de infraestrutura são situadas em municípios de 10.000 a 50.000 habitantes. UBSs do Nível 6 de infraestrutura são encontradas majoritariamente em municípios de grande porte: cerca de 66% das UBSs estão em municípios com mais de 100.000 habitantes”. (SOARES NETO *et al.*; 2016).

Concluíram os mesmos autores que a infraestrutura das UBSs que possuem médicos do PMM é levemente melhor, o que demonstra que o Eixo Infraestrutura do PMM já vinha dando pequenos resultados positivos em 2016, já que a adesão obrigatória do município no PMM ao Requalifica UBS, ajudou a melhorar a infraestrutura nestes municípios.

Da análise dos estudos aqui catalogados, verifica-se que os estudos que visaram avaliar o impacto de tal programa na melhoria da Atenção Básica de Saúde no Brasil, em relação à melhoria dos indicadores de saúde, utilizaram séries temporais pequenas, sem levar em conta as mudanças da chefia dos governos federais após a implantação do PMM, assim, é que o presente estudo visa analisar o impacto do PMM em alguns indicadores de saúde utilizando uma série temporal maior e levando em consideração as mudanças na chefia do executivo federal brasileiro.

4 METODOLOGIA

Para alcançar os objetivos aos quais este estudo se propôs foi realizada uma pesquisa descritiva e inferencial de estratégica empírica. A Unidade de análise são os Municípios brasileiros atendidos pelo PMM, segundo lista disponibilizada pelo MS, em número de 4.167 municípios (N = 4.167). E os dados analisados foram coletados junto ao Ministério da Saúde, DATASUS e IBGE.

A coleta de dados foi demorada e difícil, pois quanto aos Municípios participantes do PMM não havia no site do programa uma lista anual com os municípios aderidos ao programa e em pesquisa ampla na internet também não se conseguiu tais listas. Além disso, no DATASUS não havia mais a disponibilidade de dados sobre internações por causas sensíveis à atenção básica, sendo informado no site que os dados da Atenção Básica foram retirados do DATASUS por inconsistências provenientes do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e da Secretaria de Atenção Primária (SAPS), conforme se pode verificar na mensagem exibida no próprio DATASUS até 30.07.2021, documento em anexo.

Diante de tal dificuldade metodológica procurou-se a Secretaria Municipal de Saúde através do Dr. Miguel Dantas, antigo coordenador do PMM em Campina Grande – PB, sendo por este informado que o requerimento de dados deveria ser realizado por e-mail, o que foi feito em 11.02.2021, conforme documento em anexo, porém, não se obteve resposta, tendo o Dr. Miguel Dantas apenas informado verbalmente a pesquisadora que seu acesso ao sistema só lhe dava acesso a dados relativos ao Município de Campina Grande - PB.

Visando ainda o acesso aos dados sobre os municípios aderidos ao PMM por ano, foi requerido, em 25.02.2021, à Secretaria de Atenção Primária à Saúde, através do email aps@saude.gov.br, dados relativos aos Municípios que aderiram ao Mais Médicos por mês e ano ou somente por ano, no período de 2013 a 2020; Municípios que nunca aderiram ao Mais Médicos e Número de médicos vinculados ao Programa Mais Médicos por ano (2013 a 2020), por município. Tal requerimento foi reiterado por email na data de 05.03.2021, mas não se obteve resposta.

No mesmo dia, foi enviado o mesmo requerimento para o DATASUS, através do email datasus@saude.gov.br, e para o Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS), através do email depreps@saude.gov.br, porém não se obteve resposta de nenhuma das instituições requeridas.

Após o que, foi requerido, em 19.03.2021, diretamente ao Ministério da Saúde, através do Disk saúde, pelo número de telefone 136, tendo recebido protocolo de nº 4010568, com compromisso de resposta no prazo de 30 dias, mas não se recebeu resposta neste prazo. Foram realizadas novas ligações nos dias 23.04.2021, sem resposta e no dia 25.04.2021, sendo nesta última disponibilizado novo protocolo de número 4060843, e recebido email da Ouvidoria SUS (ouvidorsus@saude.gov.br) informando que o pedido de acesso aos dados havia sido encaminhados para Coordenação-Geral de Provisão de Profissionais para Atenção Primária (CGPROP/DESF/SAPS/MS), conforme documento em anexo. Finalmente, no dia 26.04.2021 foi recebido email da Ouvidoria do SUS com os dados relativos aos Municípios aderidos ao PMM, mas sem indicação de ano de adesão, constando todos os dados em lista única.

Paralelamente, havia-se requerido em 02.04.2021 informações através do portal Fala.br¹⁴, por meio de cadastro próprio no sistema de tal portal, recebendo-se por meio de email, em 06.05.2021, apenas dados relativos às internações por causas sensíveis à atenção básica por município e ano, conforme documento em anexo.

Diante dos dados até então coletados passou-se a selecionar as variáveis. Neste sentido, as variáveis selecionadas foram de agrupamento e de teste, pois procedeu-se uma análise descritiva e inferencial através de diferença de médias.

O recorte temporal deste estudo são os anos de 2010, 2011, 2012, 2014, 2015 e 2016, para a comparação das variáveis selecionadas. Para medir a situação do antes e do depois do PMM, e, em consequência verificar se ele impactou positivamente nos indicadores de saúde brasileiros, fez-se a média aritmética dos dados dos anos de 2010, 2011 e 2012 para medir a situação anterior à implantação do PMM, e dos anos de 2014, 2015 e 2016, para se medir a situação posterior à implantação do PMM. Optou-se, também por analisar média por cada mil habitantes.

Neste sentido, a Tabela abaixo nos mostra as variáveis que foram utilizadas no estudo:

Quadro 2 - Variáveis

Tipo de variável	Nome da variável	Descrição da variável	Fonte
Agrupamento	Programa Mais Médicos	Refere-se a variável dumi, sendo o valor de 0 (zero) referente ao período anterior à implantação do PMM (2010 a 2012) e o valor de 01(um) referente ao período posterior à implantação do PMM (2014 a 2016)	DATASUS

¹⁴ <https://falabr.cgu.gov.br/publico/Manifestacao/SelecionarTipoManifestacao.aspx?ReturnUrl=%2f>

Teste	Internação por Causas sensíveis à Atenção Básica (Média por Mil/Habitantes)	Refere-se a média das internações por condições sensíveis à atenção básica entre as internações clínicas, de residentes em um determinado município, por ano e por sua divisão por mil habitantes sendo a primeira média referente aos anos de 2010, 2011 e 2012 e a segunda aos anos de 2014, 2015 e 2016.	MS
	Total de médicos de todas as especialidades (Médias por Mil/Habitantes)	Refere-se a média da quantidade de Médicos considerando todas as especialidades por município e por ano e por sua divisão por mil habitantes, para o mês de dezembro de cada ano, sendo a primeira média referente aos anos de 2010, 2011 e 2012 e a segunda aos anos de 2014, 2015 e 2016.	DATASUS
	Óbitos maternos (Média por Mil/Habitantes)	Óbitos de mulheres envolvendo complicações advindas da Gravidez, do Parto e do Puerpério, que se referem ao Capítulo XV do CID10, e compreendo CID O00 até O99, por município e por ano e por sua divisão por mil habitantes, sendo a primeira média referente aos anos de 2010, 2011 e 2012 e a segunda aos anos de 2014, 2015 e 2016.	DATASUS
	Óbitos por causas evitáveis de 5 a 74 anos (Média por Mil/Habitantes)	Médias de mortes de pessoas de 05 a 74 anos por causas evitáveis, as quais são preveníveis, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde que estejam acessíveis em um determinado local e época, por município e por ano, e por sua divisão por mil habitantes, sendo a primeira média referente aos anos de 2010, 2011 e 2012 e a segunda aos anos de 2014, 2015 e 2016.	DATASUS
	Casos de Tuberculose Notificados (Média por Mil/Habitantes)	Média do número de casos de Tuberculose notificados no ano de avaliação, contados segundo o município de notificação do paciente, por município e por ano e por sua divisão por mil habitantes, sendo a primeira média referente aos anos de 2010, 2011 e 2012 e a segunda aos anos de 2014, 2015 e 2016.	DATASUS
	Casos de Hanseníase Notificados (Média por Mil/Habitantes)	Média do número de casos de Hanseníase notificados no ano de avaliação, contados segundo o município de notificação do paciente, por município e por ano e por sua divisão por mil habitantes, sendo a primeira média referente aos anos de	DATASUS

		2010, 2011 e 2012 e a segunda aos anos de 2014, 2015 e 2016.	
Instrumentais	Programa Mais Médicos segundo o MS	Municípios atendidos pelo PMM	MS
	População 2010	População residente total no Município segundo o CENSU 2010	IBGE
	Zona de fronteira	Grupo de municípios localizados em zona de fronteira	DATASUS
	Município em extrema pobreza	Grupo de municípios em extrema pobreza	DATASUS
	Município no Semiárido	Grupo de municípios localizados no Semiárido	DATASUS
	Município na Amazônia Legal	Grupo de Municípios localizados na Amazônia Legal	DATASUS

Fonte: DATASUS, MS e IBGE

O DATASUS é um banco de dados federal que “disponibiliza informações que podem servir para subsidiar análises objetivas da situação sanitária, tomadas de decisão baseadas em evidências e elaboração de programas de ações de saúde” (BRASIL, 2021, site Datasus tabnet, acesso em 10.05.2021). Em tal banco de dados se buscou informações sobre Assistência à Saúde, a qual agrega informações sobre os cadastros das redes hospitalares e ambulatoriais, o cadastro dos estabelecimentos de saúde, informações sobre recursos financeiros e informações Demográficas e Socioeconômicas. Captou-se, também, dados sobre Rede Assistencial, os quais dizem respeito à cadastros das redes hospitalares e ambulatoriais, cadastro dos estabelecimentos de saúde, informações sobre recursos financeiros e informações Demográficas e Socioeconômicas. Colheu-se, ainda, dados sobre Estatísticas Vitais que se referem a informações que dizem respeito à “morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais” (BRASIL, 2021, site DATASUS TABNET, acesso em 10.05.2021).

Neste diapasão, buscando entender os efeitos do PMM na Atenção Básica à Saúde, procedeu-se uma análise descritiva e inferencial, através de diferença de médias, sendo tais dados analisados através de uma abordagem quantitativa, visando a análise dos dados coletados com a utilização dos programas estatísticos, para análises descritivas e inferenciais através da aplicação do teste-t.

Para a análise inferencial, devido a opção por análise de diferença de médias relativas ao período antes e depois do PMM, utilizou-se do teste t. Segundo Marcelo Corrêa Alves, “o teste t (de Student) foi desenvolvido por Willian Sealy Gosset em 1908 que usou o pseudônimo “Student” em função da confidencialidade requerida por seu empregador (cervejaria Guinness) que

considerava o uso de estatística na manutenção da qualidade como uma vantagem competitiva” (ALVES, 2017).

Nas palavras de Anunciação (2021) uma explicação didática sobre o que é o teste t é a que segue:

O Teste T é um teste estatístico frequentemente utilizado para testar hipóteses sobre diferenças entre até duas médias. É possível usar o Teste T para (1) comparar a média de uma amostra com a média populacional (*one sample t test*), (2) para comparar duas médias amostrais (*two sample t test*) ou (3) para comparar duas médias de uma mesma amostra que foi investigada em dois momentos do tempo (*paired ou matched t test*). Por utilizar dados amostrais da média para estimar a média populacional (parâmetro μ), ele é considerado um teste paramétrico.

Ao explicar que o teste t é um teste inferencial, e, portanto, um modelo estatístico, o mesmo autor identifica seus pressupostos, vejamos:

- (I) Os dados são aleatórios e representativos da população;
 - (II) A variável dependente é contínua;
 - (III) Os resíduos do modelo são normalmente distribuídos.
- Quando há o interesse de utilizar o Teste T para comparar os resultados de dois grupos, é também necessário que:
- (IV) Ambos os grupos sejam independentes (ou seja, grupos exaustivos e excludentes);
 - (V) A variância residual seja homogênea (princípio da homocedasticidade);
- Quando se utiliza o Teste T pareado, o princípio da independência não é mais solicitado, mas é necessário que:
- (VI) O tamanho amostral seja o mesmo nos grupos. (Anunciação, 2021)

Neste sentido, optou-se pelo teste t independente, que é um teste paramétrico, porque eles são testes de hipótese úteis na estatística quando é necessário comparar médias (diferença de médias), assim, como a intenção era comparar as médias de dois grupos (1º grupo – médias dos anos de 2010, 2011 e 2012 – período antes do PMM e o 2º grupo - médias dos anos de 2014, 2015 e 2016 – período posterior à implantação do PMM).

Na realização do teste t excluíram-se os dados do ano de 2013, tendo em vista que a política pública estudada foi implementada a partir de julho de 2013, assim, em tal ano teríamos dados do antes e do depois juntos, o que poderia prejudicar a análise. Além disso, o teste t foi realizado por região, e pelas zonas acima indicadas.

Para a correta interpretação dos resultados do teste t, levou-se em consideração o teste de Levene para igualdade de variâncias, para avaliar se os dados são ou não homogêneos para pode

decidir, com base no resultado da significância estatística do teste de Levene, qual linha o teste t seria analisada, sendo que se $p > 0,05$ as variâncias são homogêneas e, por isso, deve-se analisar a linha 1 do teste t, e, se $p < 0,05$ as variâncias não são homogêneas e, por isso, deve-se analisar a linha 2 do teste t.

Além disso, utilizou-se, também o método comparativo já que, segundo Landman (2008, p. 02) a comparação de “países” – para este estudo de municípios - é útil para fins puros, descrição, fazer classificações, testes de hipóteses e previsão, e o mesmo se dá com a comparação entre municípios. Assim, através da utilização do método comparativo foi realizada a comparação das taxas das variáveis de interesse e a partir dela, a descrição da situação da Atenção Básica à Saúde brasileira antes e depois do PMM, confirmando justamente o que Landman (2008, p. 16) afirmou sobre os objetivos a que se pode alcançar com a utilização do método comparado, ou seja, da política comparativa.

Trata-se de uma pesquisa de cunho descritivo-explicativo na qual se fez a análise de indicadores de saúde selecionados relativos à atenção Básica da Saúde no período acima indicado. A partir de tal análise e com a utilização do método comparativo, se objetivou verificar se há diferenças nos indicadores de saúde relativos à Atenção Básica nos Municípios brasileiros no período anterior e posterior à implantação do Programa Mais Médicos.

As informações do DATASUS são disponibilizadas por Região e Unidade da Federação e por Município. Como, neste estudo, se visava analisar os efeitos do PMM na Atenção Básica à Saúde no Brasil, os dados foram coletados por município para os anos de 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 e 2016. A opção pela utilização do N = a todos os municípios brasileiros aderidos ao PMM, por óbvio não foi aleatória, seguindo Landman (2008) sobre a seleção de muitos “países” – para este estudo municípios – para estudo comparado, já que conforme descreve o autor:

Comparar muitos países mais se aproxima do método experimental encontrado nas ciências naturais. O grande número de países torna este método de comparação particularmente adequada para análise quantitativa de dados agregados coletados em diferentes medidas que variam entre muitos países (Lijphart 1971). Apesar disso, há exemplos de comparações qualitativas de muitos países, como *The Clash of Civilizations* and *Finer's (1997) History of Government*, a maioria dos estudos que comparam muitos países simultaneamente usar métodos quantitativos. Uma vez que este método compara muitos países ao mesmo tempo, geralmente requer um nível mais alto de abstração em sua especificação de conceitos. Este método originou-se através do surgimento do behaviorista revolução nas ciências sociais onde cientistas políticos e sociólogos políticos trabalhar em grandes questões de desenvolvimento político e estabilidade política e procurou descobrir generalizações empíricas que ocorreram em grandes amostras de países. Desde a os primeiros trabalhos nas décadas de 1950 e 1960, os conjuntos de dados

tornaram-se cada vez mais complexos onde um número cada vez maior de países foi incluído e a dimensão de tempo também foi levado em consideração. (LANDMAN, 2008, p. 27) (tradução nossa)

Portanto, a escolha do N da pesquisa, levou em consideração a intenção de estudar justamente todos os Municípios brasileiros atendidos pelo PMM, mas, ao mesmo tempo agregá-los por Região e Zonas acima especificadas para, assim, traçar um panorama geral, mas, ao mesmo tempo poder identificar os efeitos da política estudada por Região, por Estado e seus efeitos nos municípios com Extrema Pobreza, localizados na Zona de Fronteira, na Amazônia Legal e no Semiárido.

Baseando-se na doutrina de Landman (2008, p. 52), de que “A comparação de países é baseada na ideia de que todos os países podem ser vistos como ‘Unidades’ nas quais certas informações podem ser coletadas e comparadas”, comparam-se dados que se referem a Atenção Básica e ao número de médicos em todos os Municípios do País que aderiram ao PMM.

Neste sentido, mesmo com a utilização do método comparativo para um N tão grande, teve-se a cautela de realizar a comparação não só pela unidade de tempo, qual seja: antes do Programa Mais Médicos (2010, 2011 e 2012) e depois do Programa Mais Médicos (2014, 2015 e 2016) tomando todos os municípios ao mesmo tempo para evitar grandes generalizações que impedem que se faça inferências, mas também se analisou por região e pelas zonas acima indicadas.

Nesta esteira, a comparação foi realizada com a utilização do método da concordância, para “comparar os diferentes casos em que o fenômeno ocorre” (MILL, 1984, p. 196). Ademais, mesmo não podendo gerar amplas generalizações, a utilização da comparação entre os municípios pela Região e pelas zonas indicadas, possibilitará, como descreve Landeman (2008, p. 69), “uma compreensão mais profunda dos países que aparecem na análise, bem como de suas semelhanças e diferenças” (tradução nossa), fazendo a leitura da citação com a substituição donde se indica ‘país’ por ‘município’. Outrossim, para a comparação será utilizado o “design de sistemas mais semelhante” – MSSD (PRZEWORSKI; TEUNE, 1970; FAURE 1994, apud LANDEMAN, 2008, p. 70), no sentido de que, além de pertencerem todos ao mesmo país, os municípios serão comparados por Região, e por zonas, para melhor compreender os efeitos do PMM no país, já que a situação da saúde, tanto em relação a recursos humanos, como em relação a recursos físicos e a insumos, costuma variar muito de acordo com as necessidades de cada região ou zona em que o município esteja localizado, já que “a maioria dos projetos de sistemas similares (MSSD) procura

comparar sistemas políticos que compartilham uma série de características comuns, em um esforço para neutralizar algumas diferenças enquanto destaca outras”. (LANDMAN (2008, p. 70) (tradução nossa).

Assim, foi feito um estudo comparado com abordagem de área, que como esclarece Lipjhart:

a) a abordagem de área pode contribuir para a política comparativa se for uma ajuda ao método comparativo, não se torna um fim em si mesmo; b) a abordagem de área não deveria ser usada indiscriminadamente, mas somente seletivamente, onde oferece a possibilidade de estabelecer controles decisivos. (LIPJHART, 1975, p. 11)

Portanto, mais uma vez se justifica o estudo comparado dos municípios brasileiros, com a utilização de análise por Região e zonas.

Tal investigação foi feita no sentido de identificar se houve aumento do número de médicos por mil habitantes, diminuindo a carência de médicos nos municípios brasileiros, e o consequente fortalecimento da prestação dos serviços de saúde com a melhora da Atenção Básica de Saúde no Brasil.

Para tanto, através das variáveis de teste selecionadas se verificou se houve a diminuição das Internações por Causas Sensíveis à Atenção Básica, a diminuição de óbitos maternos, a diminuição de mortes por causas evitáveis de 05 (cinco) a 74 (setenta e quatro anos), a redução dos números de notificação de tuberculose e de hanseníase, a partir da implantação da política pública denominada PMM, mensurando-o quanto aos insumos (quantidade de médicos).

No que tange às Internações por Causas Sensíveis à Atenção Básica, é preciso observar que, segundo sua descrição realizada pelo SUS, ela abrange várias doenças cujos nomes e CID's seguem em anexo a este estudo.

Análise utilizou apenas os municípios atendidos pelo PMM, segundo lista fornecida pelo próprio MS. Além disso, se utilizou como variável de agrupamento o próprio PMM no que tange ao período anterior de sua implantação (antes) e o período posterior a sua implantação (depois), sendo o primeiro indicado como 2010 a 2012 e o segundo como 2014 a 2016. O ano de 2013 foi excluído da análise por ser ele o ano de implantação do PMM, cujo início se deu no mês de julho, já segundo semestre de tal ano, o que justificou sua exclusão do período de análise.

As variáveis de teste advieram das médias dos anos de 2010 a 2012 e de 2014 a 2016 de cada variável dependente, a fim de possibilitar a análise do antes e do depois da implantação do PMM.

Tal análise foi realizada para verificar se os objetivos do PMM foram alcançados, pois se buscou analisar o PMM como nos ensina Figueiredo e Figueiredo (ibidem) afirma que ela “consiste na adoção de métodos e técnicas de pesquisa que permitam estabelecer uma relação de causalidade entre um programa x e um resultado y, ou, ainda, que na ausência do programa x, não teríamos o resultado y”. Portanto verificou-se se o PMM foi capaz de diminuir a carência de médicos no país, bem como se foi capaz de fortalecer a prestação de serviços de saúde no Brasil.

Os filtros (dimensões) utilizados na análise – Unidades Geográficas – foram as regiões do país (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste) e a divisão de municípios em Zonas realizada pelo próprio DATASUS e IBGE.

Quadro 3 - Unidades Geográficas Pesquisadas

REGIÕES		
Norte	Região do Brasil que compreende os seguintes Estados: Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins	DATASUS
Nordeste	Região do Brasil que compreende os seguintes Estados: Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Piauí, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte e Sergipe	DATASUS
Sudeste	Região do Brasil que compreende os seguintes Estados: Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo	DATASUS
Sul	Região do Brasil que compreende os seguintes Estados: Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina	DATASUS
Centro-oeste	Região do Brasil que compreende os seguintes Estados: Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, comportando, ainda, o Distrito Federal	DATASUS
ZONAS		
Zona de fronteira	Grupo de municípios localizados em zona de fronteira	DATASUS
Município em extrema pobreza	Grupo de municípios em extrema pobreza	DATASUS
Município no Semiárido	Grupo de municípios localizados no Semiárido	DATASUS
Município na Amazônia Legal	Grupo de Municípios localizados na Amazônia Legal	DATASUS

Os municípios em Extrema Pobreza são os que tem a população com renda per capita diária inferior a US\$1,90 (IBGE, 2019).

Segundo o IBGE, os Municípios em Zona de Fronteira são os que se encontram na chamada faixa de fronteira, a qual entende-se como:

“a faixa de até cento e cinquenta quilômetros de largura, ao longo das fronteiras terrestres”, conforme a Constituição Federal, artigo 20 – parágrafo 2º. Com base nesta definição, que recepciona os parâmetros da Lei N° 6.634, de 02/05/1979, o IBGE, para fins geocientíficos e estatísticos, identifica e representa os Municípios brasileiros com área total ou parcialmente localizada na Faixa de Fronteira, que é a faixa interna de 150 km de largura, paralela à linha divisória terrestre do território nacional, agregando as informações existentes (código geográfico e nome do município) com as produzidas na identificação e/ou classificação do município dentro da faixa, tais como: fronteiro, parcial ou totalmente na faixa, referências da sede a linha de fronteira e ao limite da faixa interna. (IBGE, 2020). (itálico no original)

A região da Amazônia Legal, também segundo o IBGE, se estende por nove estados, são eles: Acre (com 22 municípios), Amapá (com 16), Amazonas (com 62), Mato Grosso (com 141), Pará (com 144), Rondônia (com 52), Roraima (com 15), Tocantins (com 139) e parte do Maranhão (com 181 municípios, dos quais 21 foram parcialmente integrados), com um total de 772 municípios (AGÊNCIA BRASIL, 2021).

Por fim, os municípios localizados na Região Semiárida do Brasil são os que estão localizados na “base na isoietta de 800 mm, no Índice de Aridez de Thorntwaite de 1941 (municípios com índice de até 0,50) e no Risco de Seca (superior a 60%)” (IBGE, 2017). Segundo a mesma fonte, tal região tem uma extensão de 982.563,3 km², da qual está localizada no Nordeste do Brasil 89,5%, não abrangendo apenas o Estado do Maranhão e ainda contemplando parte do Estado de Minas Gerais, correspondente a 10,5% da Região Semiárida.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

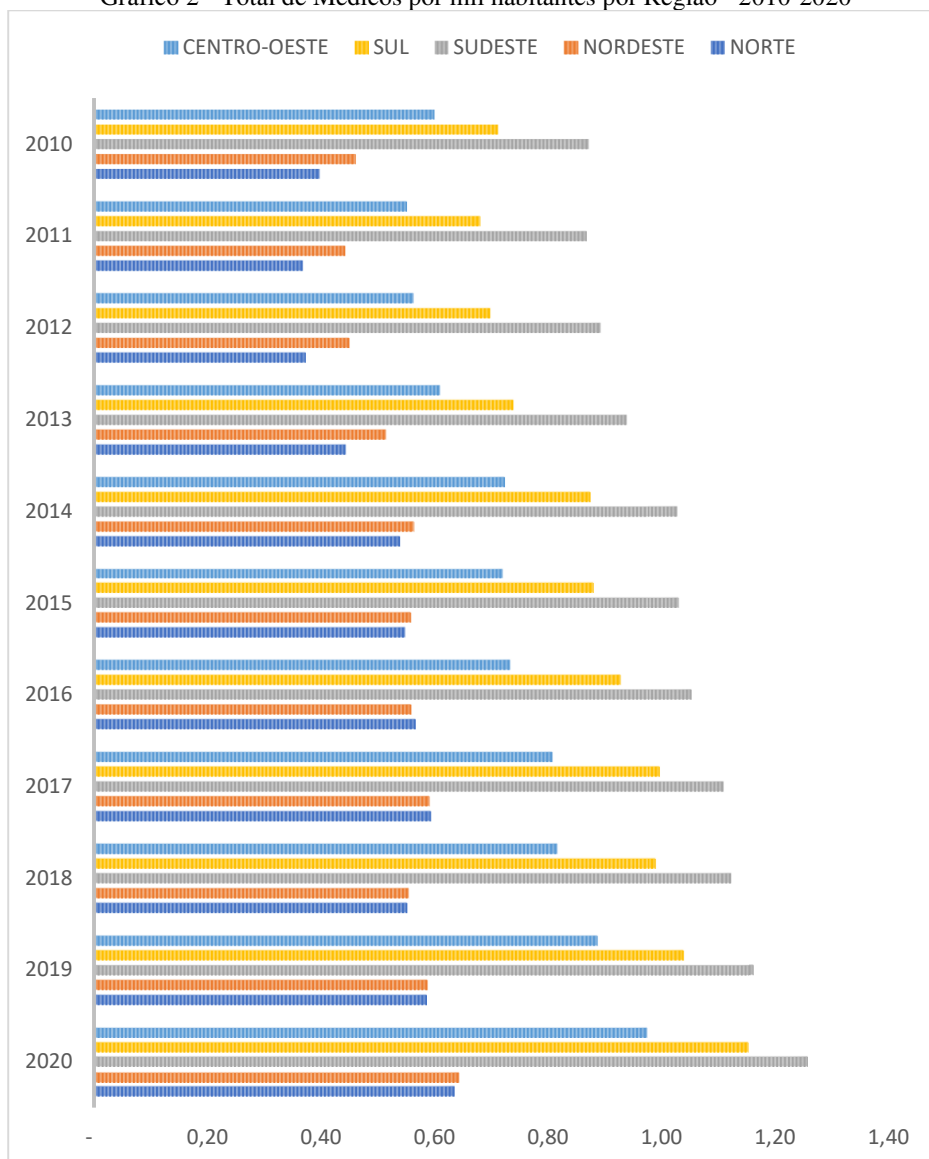
Inicialmente, para permitir uma adequada interpretação dos resultados obtidos nas estimativas, realizou-se uma análise descritiva das variáveis selecionadas.

Ao realizar uma comparação entre as médias de médicos por mil habitantes para os anos de 2010 a 2020, por Região, considerando para cada ano o total de médicos de todas as especialidades segundo dados do DATASUS, percebeu-se, pelos gráficos abaixo, que a partir do ano de 2013, ano da implantação do PMM, houve um aumento da média da razão de médicos por mil habitantes em todas as Regiões do Brasil, havendo uma diminuição de tal média da razão no ano de 2018, em comparação ao ano de 2017, nas Regiões Norte, Nordeste, Sul e Centro-Oeste, voltando tal média da razão a subir nos anos de 2019 e 2020. O mesmo se observa analisando os mesmos dados para o Brasil que partiu de 0,64 médicos por mil habitantes no ano de 2010, 0,69 em 2013, chegando a 0,85 em 2017, diminuindo para 0,84 em 2018 e voltando a subir para 0,88 em 2019 e 0,96 em 2020.

Para melhor entender a variação da média da razão de médicos por mil habitantes acima apontada e claramente demonstrada no gráfico abaixo, é preciso nos remeter aos contornos do surgimento do PMM e ao grupo político que titularizada o Governo Federal entre os anos de 2013 e 2020. Pois bem, como descrito alhures, o PMM surgiu no primeiro governo da Presidente Dilma Roussef, do PT, como resultado do impulsionamento dos reclamos da população sobre a saúde pública nas chamadas “Jornadas de Julho”, bem como, em resposta aos reclamos dos Prefeitos em sua luta por médicos para os municípios no movimento chamado de “Cadê o Doutor?”. Tal programa ao levar médicos para municípios longínquos, pobres e para os DSEI’s foi um dos temas explorados na campanha eleitoral daquele ano, cujo resultado foi a reeleição da Presidente Dilma Roussef, que tinha como Vice-Presidente Michel Temer, do PMDB, hoje MDB.

Em maio de 2016, o então Vice-Presidente assumiu inteiramente o cargo de Presidente, e em agosto do mesmo ano, assumiu a presidência de forma definitiva, com o julgamento procedente do Impeachment de Dilma Roussef.

Gráfico 2 - Total de Médicos por mil habitantes por Região - 2010-2020



Fonte: DATASUS

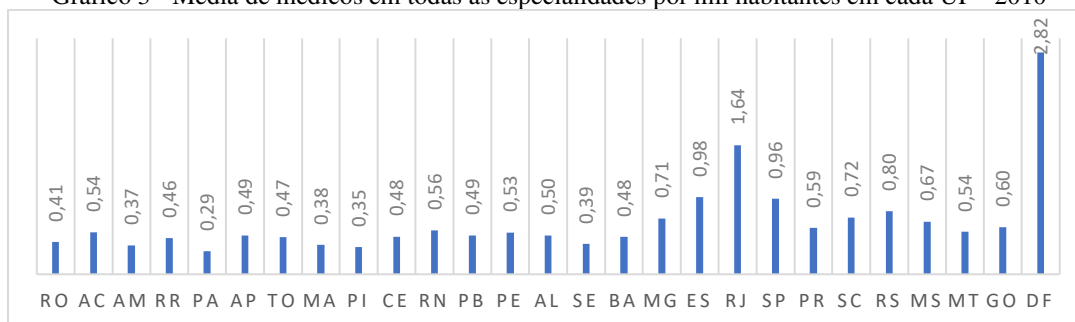
Em 2018, com a conturbada campanha eleitoral presidencial, marcada por discursos de ódio nas redes sociais, pela tentativa de homicídio contra o então candidato Jair Bolsonaro, na época do PSL, e pelas promessas deste de que se fosse eleito, modificaria os termos do PMM, bem como pelos seus questionamentos sobre a capacidade técnica dos médicos Cubanos, se operou uma tensão entre o Ministério da Saúde do Brasil e o de Cuba. Assim, com a confirmação da vitória de Jair Bolsonaro em 28 de outubro de 2018, houve pressão do Governo de Cuba para que os médicos cooperados deixassem o país, e, por tal fato, em 14 de novembro de 2018 Cuba deixou o PMM e,

a partir do dia 25 de novembro do mesmo ano, os médicos cubanos começaram a deixar o país, desfalcando o PMM em mais de 8 mil profissionais médicos. (BBC NEWS BRASIL, 2018)

Neste sentido, se explica a diminuição da razão de médicos por mil habitantes que ocorreu em 2018, e com a posse do Presidente Jair Bolsonaro, e as novas regras impostas ao PMM, criando o Programa Mais Médicos pelo Brasil, que passou a admitir médicos brasileiros, formados em Cursos de medicina no Brasil e no exterior e médicos estrangeiros, provocando nova retomada no crescimento do número de médicos nos anos de 2019 e 2020.

No que tange a média da razão de médicos por mil habitantes, verificou-se que no ano de 2010, três anos antes da implantação do PMM, tal valor, conforme gráfico abaixo, variava do mínimo de 0,29 ao máximo de 2,87, sendo esta a média da razão de médicos por mil habitantes do Distrito Federal e aquele do Pará, tendo as Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (com exceção do Distrito Federal), os piores índices de médicos por 1000 habitantes do país.

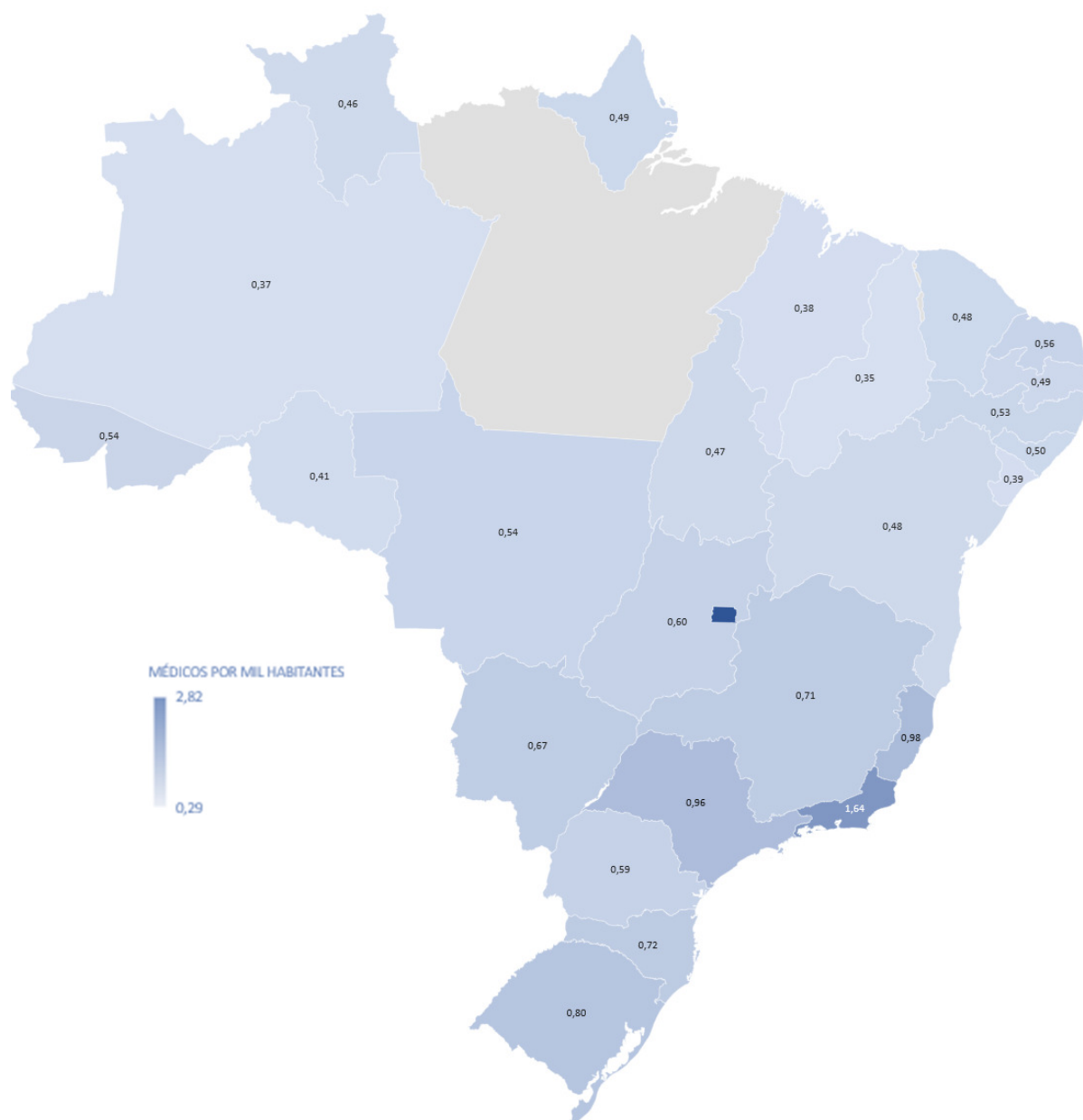
Gráfico 3 - Média de médicos em todas as especialidades por mil habitantes em cada UF - 2010



Fonte: DATASUS

Perceba-se que a razão de médicos por mil habitantes para o ano de 2010 estava muito aquém do considerado ideal pela ESF, que é de 03 (três) médicos para cada mil habitantes (3/1000). Para uma melhor análise dos dados, vê-se que na figura abaixo, além do aqui descrito, havia uma concentração maior de médicos nos Estados no Sudeste, Sul e no DF.

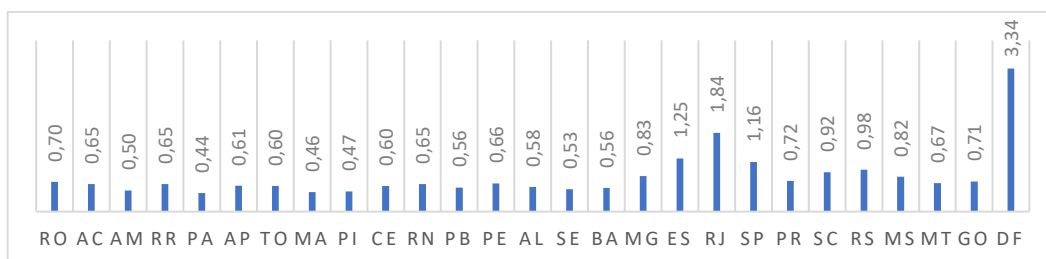
Figura 3 - Média de médicos de todas as especialidades por mil habitantes – Brasil - 2010



Fonte: DATASUS

Já no ano de 2015, dois anos após a implantação do PMM, a quantidade de médicos por mil habitantes havia melhorado no país, passando ao mínimo de 0,44 e ao máximo de 3,34, sendo aquela média da razão para o Estado do Pará e esta para o Distrito Federal. Além disso, em todos os Estados de todas as Regiões houve aumento da média da razão de médicos por mil habitantes, conforme se percebe nos 02 (dois) gráficos abaixo.

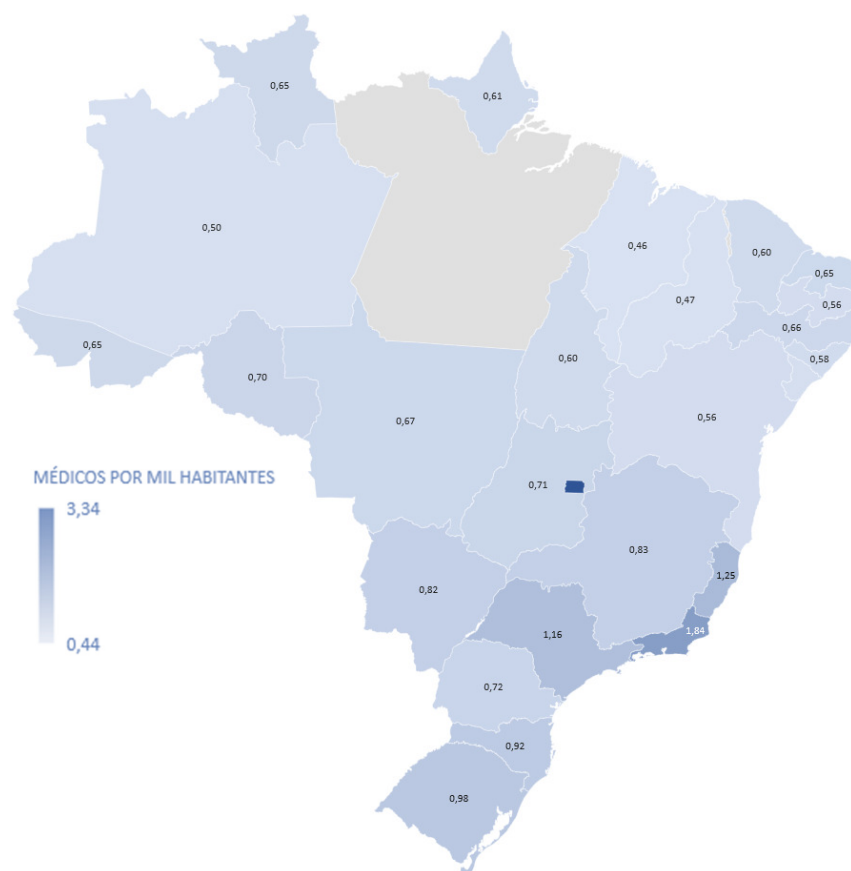
Gráfico 4 - Média de médicos de todas as especialidades por 1000 habitantes em cada UF - 2015



Fonte: DATASUS

Entretanto, apesar do DF passar do ideal considerado pela ESF de 3 médicos por mil habitantes, e de todas as UF's terem aumentado a razão de médicos por mil habitantes, a distribuição geográfica dos médicos continuava a mesma, conforme se verifica no gráfico abaixo.

Figura 4 - Média de médicos de todas as especialidades por mil habitantes em cada UF - 2015



Fonte: DATASUS

Neste sentido, pondera-se que apesar da média do número de médicos por mil habitantes ter aumentado com a implantação do PMM, de haver concessão de benefícios pelo programa, como bons salários, moradia, alimentação, apoio por uma rede de médicos e redução da carga horária para possibilitar pós-graduação, tais profissionais continuam tendentes a se estabelecer no litoral, nas capital e em regiões com mais equipamentos médicos, confirmando o descrito na Demografia Médica do CRM de 2018, já citada, bem como na literatura também citada.

5.1 Razão de médicos por mil habitantes

Conforme acima se explicou, os municípios selecionados foram os que estavam presentes na lista de municípios aderidos ao PMM segundo o MS. Neste sentido, a primeira variável dependente analisada foi a Média do número de médicos por mil habitantes.

A tabela abaixo, tanto para o Brasil como um todo, como para todas as Regiões do país e para a Zona de Fronteira, Extrema Pobreza, Semiárido e Amazônia Legal demonstra que houve aumento da média da razão de médicos por mil habitantes com a implantação a política pública ora estudada.

Tabela 1 – Test T - Média de médicos por mil habitantes em unidade geográfica

Tabela 1 – Teste T – Média de médicos por mil habitantes em unidade geográfica						
Unidade geográfica	Período	Média do número de médicos por mil habitantes			Significância do Teste T	
		N	Média	Desvio Padrão		
Brasil	2010 a 2012	4.153	0,64	0,61	0,000	
	2014 a 2016	4.153	0,83	0,73		
Região	Norte	2010 a 2012	376	0,36	0,31	0,000
		2014 a 2016	376	0,56	0,41	
	Nordeste	2010 a 2012	1.432	0,46	0,36	0,000
		2014 a 2016	1.432	0,59	0,43	

	Sudeste	2010 a 2012	1.067	0,93	0,82	0,000
		2014 a 2016	1.067	1,14	0,98	
	Sul	2010 a 2012	921	0,74	0,63	0,000
		2014 a 2016	921	0,98	0,75	
Centro-oeste	2010 a 2012	357	0,58	0,44	0,000	
	2014 a 2016	357	0,77	0,53		
Zona de fronteira	Não	2010 a 2012	4.046	0,65	0,62	0,000
		2014 a 2016	4.046	0,83	0,73	
	Sim	2010 a 2012	107	0,54	0,35	0,000
		2014 a 2016	107	0,75	0,40	
Extrema pobreza	Não	2010 a 2012	2.878	0,74	0,68	0,000
		2014 a 2016	2.878	0,94	0,81	
	Sim	2010 a 2012	1.275	0,43	0,32	0,000
		2014 a 2016	1.275	0,57	0,37	
Semiárido	Não	2010 a 2012	3.250	0,70	0,66	0,000
		2014 a 2016	3.250	0,90	0,78	
	Sim	2010 a 2012	903	0,44	0,32	0,000
		2014 a 2016	903	0,57	0,39	
Amazônia legal	Não	2010 a 2012	3.502	0,69	0,64	0,000
		2014 a 2016	3.502	0,88	0,76	
	Sim	2010 a 2012	651	0,39	0,30	0,000
		2014 a 2016	651	0,56	0,39	

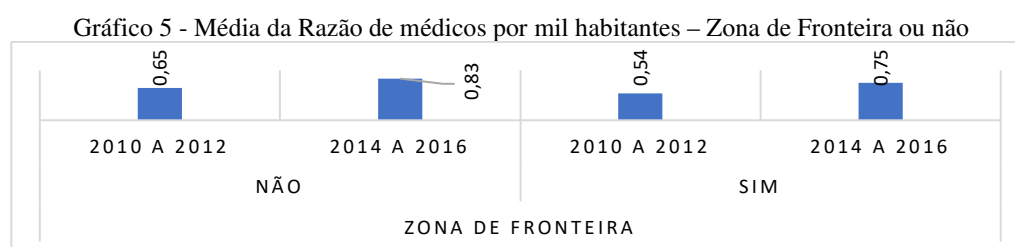
Fonte: DATASUS

No Brasil o aumento da média da razão de médicos por mil habitantes foi de 29,7%. Quanto à análise estatística e inferencial, ao ser realizado o teste-t para a variável acima, verificou-se que para o Brasil o número de Municípios estudados no período anterior ao PMM foi de 4.153 e no período posterior ao PMM foi o mesmo. A média do número de médicos por mil habitantes no período anterior ao PMM foi de 0,64 e a média no período posterior à implantação do programa é de 0,83. O teste-t independente para análise das médias da variável demonstrou que, em média, a razão de médicos por mil habitantes, aumentou após a implantação do PMM. ($t(8.304) = -12,69$; $p < 0,05$).

Na Região Norte o aumento da média da razão de médicos por mil habitantes foi de 55%, e este aumento é estatisticamente significativo, já que, em média o número de médicos por mil habitantes é maior no período posterior à implantação do PMM. ($t(896) = -6,33$; $p < 0,05$).

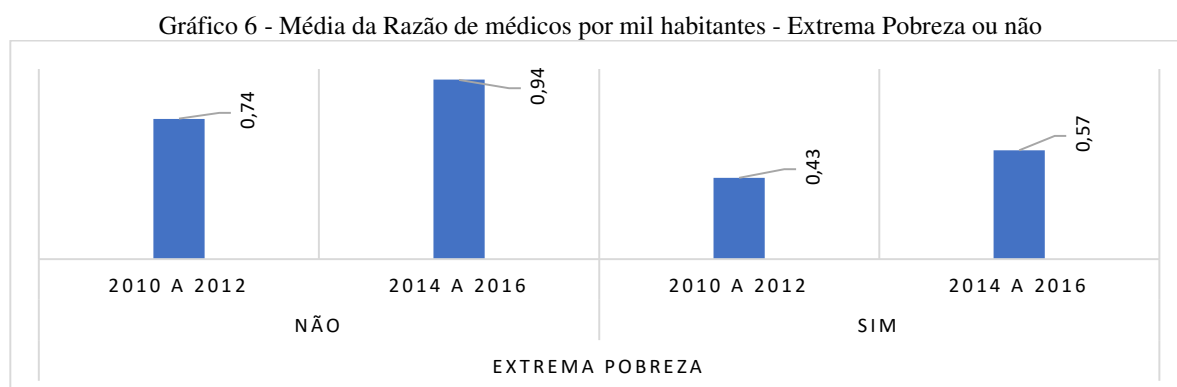
Para o Nordeste, o acréscimo da média da razão de médicos por mil habitantes foi de 28,3% e este resultado também é estatisticamente significativo, já que tal razão é maior no período posterior à implantação do PMM ($t(3.476,74) = -8,496$; $p < 0,05$). A mesma ampliação da média da razão de médicos por mil habitantes com a implantação do PMM aconteceu nas Região Sudeste com a alta de 22,6% ($t(3.259,95) = -5,592$; $p < 0,05$), na Região Sul o incremento da média foi de 32,4% e estatisticamente significativo ($t(2.286,5) = -7,255$; $p < 0,05$). Por fim, na Região Centro-Oeste do Brasil, o aditamento na média estudada foi de 32,8% e $t(t(890,46) = -5,032$; $p < 0,05$).

Quando se analisa pelas zonas acima indicadas, percebe-se também o citado aumento nas médias, assim, nos municípios que fazem parte da zona de fronteira a média da razão de médicos por mil habitantes aumentou de 0,54 para 0,75, implicando em acréscimo percentual de 38,9%, que é estatisticamente significativo ($t(236) = -3,835$; $p < 0,05$). Já nos municípios que não fazem parte da zona de fronteiras o aumento da razão de médicos por mil habitantes foi de 0,65 para 0,83, implicando no percentual de 27,7% com significância estatística ($t(10.590,32) = -12,13$; $p < 0,05$).



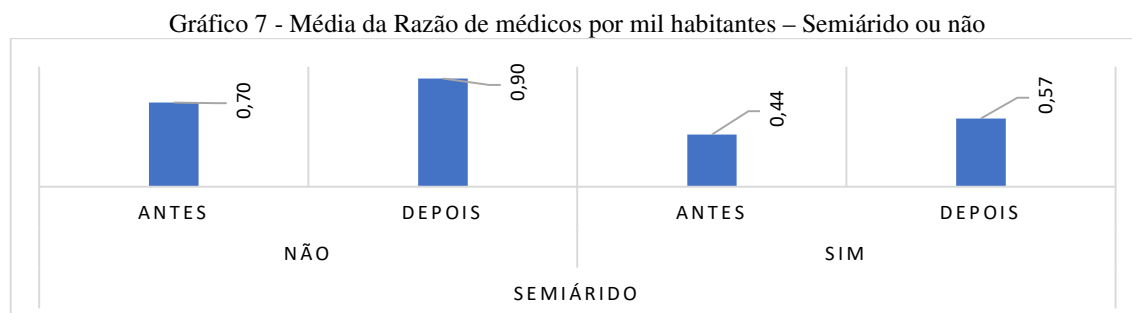
Fonte: DATASUS

Para os municípios em Extrema Pobreza a média da razão de médicos por mil habitantes aumentou de 0,43 para 0,57, implicando em acréscimo percentual de 32,6%, que é estatisticamente significativo ($t(3.154) = -9,92$; $p < 0,05$). Já nos municípios que não são de extrema pobreza o aumento da média da razão de médicos por mil habitantes foi de 0,74 para 0,94, implicando no percentual de 27% com significância estatística ($t(7.738,62) = -10,26$; $p < 0,05$).



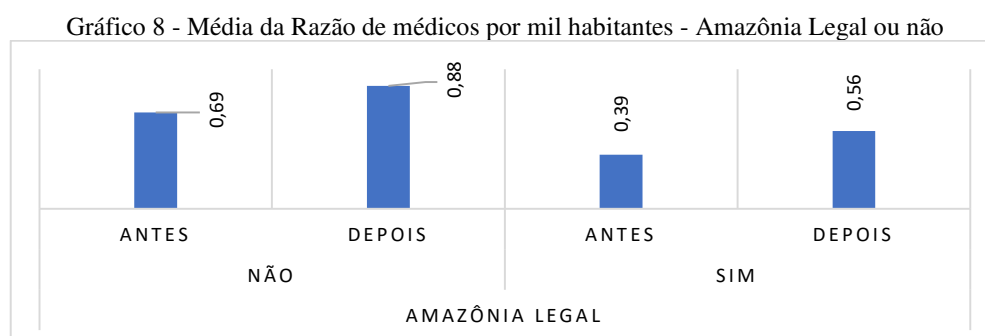
Fonte: DATASUS

No que tange aos municípios localizados no Semiárido, a média da razão de médicos por mil habitantes aumentou de 0,44 para 0,57, implicando em acréscimo percentual de 29,5%, que é estatisticamente significativo ($t(2.180,39) = -7,456$; $p < 0,05$). Já nos municípios que não estão localizados no semiárido o aumento da média da razão de médicos por mil habitantes foi de 0,70 para 0,90, implicando no percentual de 28,6% com significância estatística ($t(8.631,32) = -11,135$; $p < 0,05$).



Fonte: DATASUS

Por fim, nos municípios localizados na Amazônia Legal, a média da razão de médicos por mil habitantes aumentou de 0,44 para 0,57, implicando em acréscimo percentual de 29,5%, que é estatisticamente significativa ($t(1.448,39) = -7.799$; $p < 0,05$). Já nos municípios que não estão localizados no semiárido o aumento da razão de médicos por mil habitantes foi de 0,70 para 0,90, implicando no percentual de 28,6% com significância estatística ($t(9.326,19) = -11,12$; $p < 0,05$).



Fonte: DATASUS

O aumento do número de médicos por habitantes em todas as regiões do país com o advento do PMM não conseguiu, porém, modificar a distribuição de tais profissionais no país, já que para além de um salário melhor para o atendimento em atenção básica, como se viu, os médicos tendem a se concentrar nas capitais e em grandes centros urbanos, donde há melhores equipamentos de saúde, possibilidade de cumulação de cargos e ainda atendimento em consultórios particulares.

Verificando que a média da razão de médicos por mil habitantes aumentou com a implantação do PMM, necessário se faz testar algumas variáveis no período antes e depois da implantação da política pública estudada para verificar se a afirmação de RIBAS *et al* (2019, p. 44) de que “países com baixo índice de médicos por habitantes costumam ter resultados negativos em taxas como expectativa de vida e mortalidade materna e infantil, o que aponta uma forte associação entre esses fatores”, está correta e se o incremento de médicos na AB foi capaz de melhorar indicadores de saúde no Brasil.

5.2 Internações por causas sensíveis à Atenção Básica por mil habitantes

Ao estudar o PMM, Ferla, *et al* (2019, p. 238), destacaram que as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica se constituem como um “indicador indireto para avaliação desse nível

de atenção e de certos padrões de organização da rede assistencial”. Além disso, Gonçalves, *et al* (2016) analisaram, quantitativamente, o número de ICSAB para os casos específicos de diarreia e gastroenterite, a partir de dados acerca da distribuição de médicos na Região Nordeste de setembro de 2012 a agosto de 2015, e verificaram que houve uma diminuição de 35% das internações pela condição sensível selecionada no período estudado.

Neste sentido, no presente estudo se optou por testar tal variável, considerando todas as ICSAB, com base em dados fornecidos diretamente pelo MS e a descrição de cada doença e CID10 considerada sensível à atenção básica pelo MS. A tabela abaixo mostra a variação de médias e a significância estatística do teste t desta variável, tanto para o Brasil como um todo, como para todas as Regiões do país e para a Zona de Fronteira, Extrema Pobreza, Semiárido e Amazônia Legal. Veja-se:

Tabela 2 – Testes T – Média de Internações por Causas Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) por mil habitantes em unidade geográfica

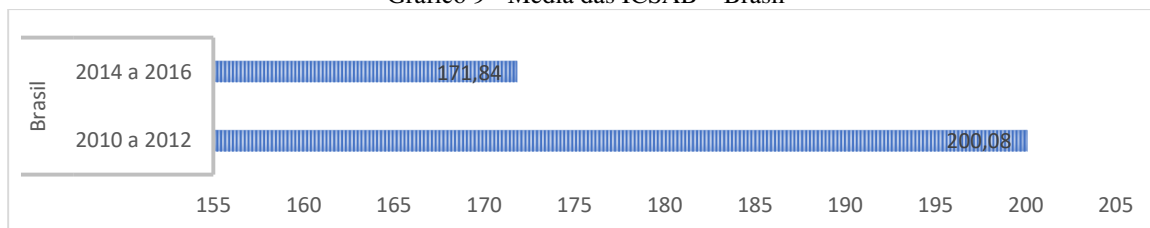
Unidade geográfica	Período	Internação por causas sensíveis à atenção básica			Significância do Teste T	
		N	Média	Desvio Padrão		
Brasil	2010 a 2012	2.247	200,08	703,42	0,091	
	2014 a 2016	2.265	171,84	371,02		
Região	Norte	2010 a 2012	208	250,44	481,86	0,115
		2014 a 2016	202	185,82	352,86	
	Nordeste	2010 a 2012	754	191,57	365,36	0,106
		2014 a 2016	762	163,01	306,19	
		2010 a 2012	609	255,93	1213,8	0,390
	Sudeste	2014 a 2016	605	215,11	482,64	
	Sul	2010 a 2012	485	144,21	334,87	0,592

		2014 a 2016	499	131,69	331,98	0,663
	Centro-oeste	2010 a 2012	191	142,62	206,14	
		2014 a 2016	197	160,42	299,94	
Zona de fronteira		2010 a 2012	2.183	201,63	713,02	0,079
	Não	2014 a 2016	2.204	172,95	375,43	
		2010 a 2012	64	147,09	170,54	0,560
	Sim	2014 a 2016	61	131,4	131,23	
Extrema pobreza		2010 a 2012	1.556	231,67	836,55	0,135
	Não	2014 a 2016	1.581	197,98	430,07	
		2010 a 2012	691	128,94	161,80	0,041
	Sim	2014 a 2016	684	111,4	152,27	
Semiárido		2010 a 2012	1.753	213,74	788,67	0,147
	Não	2014 a 2016	1.765	185,14	410,27	
		2010 a 2012	494	151,61	201,92	0,024
	Sim	2014 a 2016	500	124,87	163,3	
Amazônia legal	Não	2010 a 2012	1.901	195,29	744,85	0,147
		2014 a 2016	1.921	168,95	382,3	
	Sim	2010 a 2012	346	226,39	406,18	0,138
		2014 a 2016	344	187,97	300,26	

Fonte: Ministério da Saúde

Para o Brasil, apesar do teste t não ter demonstrado significância estatística ($t(4.510) = 1,69$; $p > 0,05$), observa-se diferença nas médias dos períodos antes (200,08) e depois (171,84) do PMM, implicando, em média, em uma redução de -8,92% das ICSAB por mil habitantes, conforme gráfico que segue:

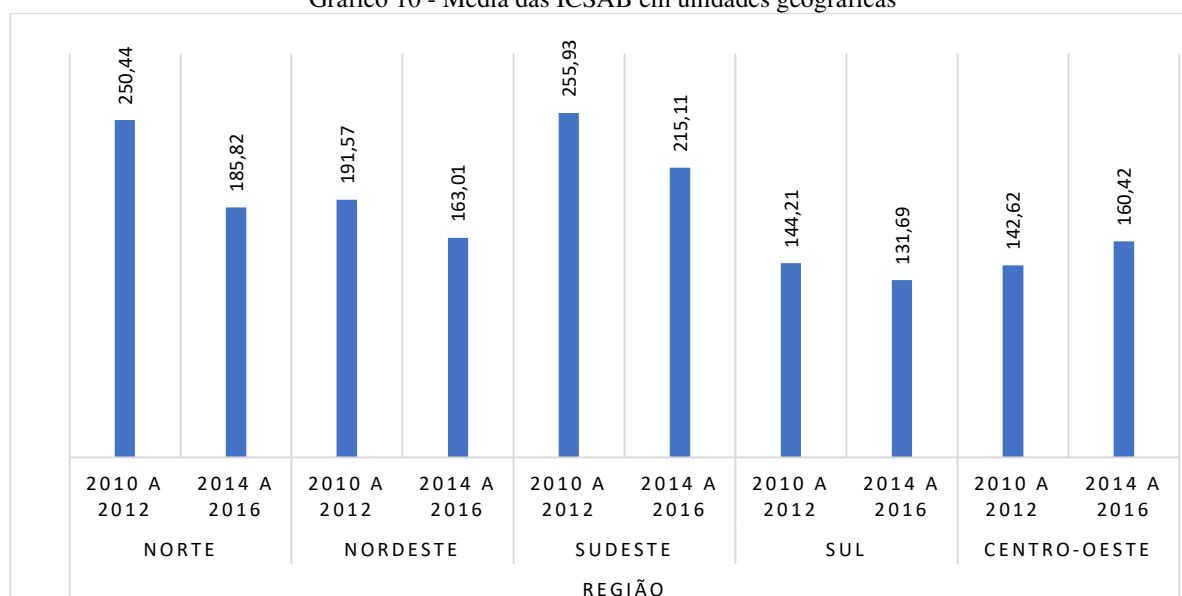
Gráfico 9 - Média das ICSAB – Brasil



Fonte: DATASUS

No que diz respeito a média das ICSAB para as Regiões do Brasil, apenas no Centro-Oeste houve aumento das médias de internações por mil habitantes no período posterior à implantação do PMM que passou de 142,62 (2010 a 2012) para 160,42 (2014 a 2016) com um aumento de 12,48%, mesmo sem significância estatística ($t(513) = -9,41344$; $p > 0,05$).

Gráfico 10 - Média das ICSAB em unidades geográficas



Fonte: DATASUS

Na Região Norte a diminuição da média de ICSAB por mil habitantes foi de -25,8%, mas tal diminuição não é demonstra significância estatística ($t(454,13) = 1,59$; $p > 0,05$). A mesma situação ocorre para o Nordeste, Sudeste e o Sul. Para aquele a diminuição da média de ICSAB por mil habitantes foi de -14,91% ($t(1.841,30) = 1,61$; $p > 0,05$). Nesse a redução por mil habitantes representou -15,95% ($t(1.898) = 0,86$; $p > 0,05$). Já para este a atenuação da média de ICSAB por mil habitantes foi de -8,68% ($t(1.293) = 0,54$; $p > 0,05$).

Quanto à análise dos municípios por Zona de Fronteira, Extrema Pobreza, Semiárido e Amazônia Legal, percebeu-se que em todas houve redução das médias de ICSAB, porém só apresentaram significância estatística na redução os municípios em extrema pobreza e os localizados no semiárido. Os primeiros apresentaram redução de -13,60% na média de ICSAB por mil habitantes ($t(1.714) = 2,04$; $p < 0,05\%$), enquanto os municípios que não são de extrema pobreza registraram um apoucamento de -14,54%, mas sem significância estatística ($t(4.382) = 1,5$; $p > 0,05$).

Já no semiárido a redução na média de ICSAB por mil habitantes foi de -17,64% e estatisticamente significativa ($t(1.180,93) = 2,25$; $p < 0,05$). E os municípios que não fazem parte do semiárido uma retração na média de ICSAB de -13,38%, mas sem significância estatística ($t(4.897) = 1,45$; $p > 0,05$).

Na zona de fronteira a redução -11,03% e, por fim, na Amazônia Legal a diminuição da média de ICSAB foi de -16,97%, mas em ambas sem significância estatística.

5.3 Óbitos Maternos por mil habitantes

Estudando o PMM Ribas *et al* (2019, p. 44) afirmaram que “países com baixo índice de médicos por habitantes costumam ter resultados negativos em taxas como expectativa de vida e mortalidade materna e infantil, o que aponta uma forte associação entre esses fatores”. Diante de tais informações, estuda-se se com a implantação do PMM a média dos óbitos maternos por mil habitantes caiu no Brasil.

Coletados os dados, feita a média dos períodos antes (2010 a 2012) e depois (2014 a 2016) da implantação do PMM e realizado o teste t para a variável média de óbitos maternos para mil habitantes, entendeu-se, conforme tabela abaixo, que variação de médias e a significância estatística do teste t desta variável, tanto para o Brasil como um todo, como para todas as Regiões do país e para a Zona de Fronteira, Extrema Pobreza, Semiárido e Amazônia Legal não demonstra diferença de médias significativa entre o antes e o depois da implantação do PMM. Veja-se:

Tabela 3 – Teste T – Média de Óbitos Maternos por mil habitantes em unidade geográfica

Unidade geográfica	Período		
--------------------	---------	--	--

			Média de Óbitos Maternos por 1000 habitantes			Significância do Teste T
			N	Média	Desvio Padrão	
Brasil		2010 a 2012	1.518	1,60	3,03	1,000
		2014 a 2016	1.533	1,60	3,06	
Região		2010 a 2012	189	1,60	2,06	0,849
	Norte	2014 a 2016	208	1,62	2,33	
		2010 a 2012	639	1,45	1,66	0,976
	Nordeste	2014 a 2016	613	1,44	1,61	
		2010 a 2012	322	2,17	5,75	0,642
	Sudeste	2014 a 2016	380	2,03	5,38	
	Sul	2010 a 2012	702	2,09	5,55	0,758
		2014 a 2016	245	1,30	0,93	
	Centro-oeste	2010 a 2012	123	1,55	1,95	0,871
		2014 a 2016	120	1,60	2,03	
Zona de fronteira		2010 a 2012	1.477	1,61	3,07	0,935
	Não	2014 a 2016	1.486	1,61	3,11	
		2010 a 2012	41	1,53	1,22	0,681
	Sim	2014 a 2016	47	1,43	1,01	
Extrema pobreza		2010 a 2012	1.056	1,79	3,61	0,893
	Não	2014 a 2016	1.079	1,79	3,63	

		2010 a 2012	462	1,17	0,42	0,890
	Sim	2014 a 2016	454	1,17	0,40	
Semiárido		2010 a 2012	1.168	1,71	3,44	0,908
	Não	2014 a 2016	1.195	1,70	3,45	
		2010 a 2012	350	1,25	0,62	0,767
	Sim	2014 a 2016	338	1,25	0,63	
Amazônia legal	Não	2010 a 2012	1.197	1,62	3,28	0,867
		2014 a 2016	1.197	1,62	3,30	
	Sim	2010 a 2012	321	1,54	1,87	0,860
		2014 a 2016	336	1,55	2,00	

Fonte: DATASUS

Em relação ao Brasil, não houve diferença de médias do número de óbitos maternos por mil habitantes nos períodos de 2010 a 2012 e de 2014 a 2016, o teste t também não mostrou significância estatística ($t(3.049) = 0,00$; $p > 0,05$). Na região Norte do Brasil, houve aumento da média em 1,25%. No Nordeste a diminuição da média desta variável foi de 0,69%, já no Sudeste ocorreu diminuição da média de óbitos maternos por mil habitantes em -6,46%, no Sul a retração da média foi de -37,8% e no Centro-oeste houve aumento de 3,23%. Em nenhuma das Regiões do Brasil o teste t apresentou significância estatística, já que em todos $p > 0,05$.

Na análise dos municípios em zona de fronteira, extrema pobreza, semiárido e Amazônia Legal, percebeu-se que além do teste t não ter apresentado significância estatística, já que em todos $p > 0,05$. Conforme tabela abaixo, na zona de fronteira houve uma redução de -6,54% da média de óbitos maternos. Nos municípios em Extrema pobreza não houve diferença de médias de óbitos maternos no período antes e depois do PMM.

Quanto ao semiárido, não houve diferença de médias de óbitos maternos no período antes e depois do PMM, havendo uma redução de -0,59% desta média nos municípios que não fazem parte do semiárido. No que tange à Amazônia Legal, houve aumento de 0,65% da média de óbitos maternos por mil habitantes. Não se registrando diferença de médias para os municípios que não fazem parte da Amazônia Legal.

Tabela 4 - Diferença de médias em percentual de óbitos maternos por mil habitantes antes e depois do PMM

Divisão dos municípios	Localização do município	Percentual
Zona de Fronteira	Sim	- 6,54%
	Não	0,00%
Extrema Pobreza	Sim	0,00%
	Não	0,00%
Semiárido	Sim	0,00%
	Não	-0,59%
Amazônia Legal	Sim	0,65%
	Não	0,00%

Fonte: DATASUS

Portanto, a média de óbitos maternos por mil habitantes não sofreu alteração significativa com a implantação do PMM.

5.4 Óbitos por causas evitáveis de 05 a 74 anos

Tendo em vista que um dos objetivos do PMM é fortalecer a prestação de serviços de saúde na Atenção Básica, bem como que o fortalecimento da AB desafoga os serviços de saúde de média e alta complexidades e, tendo em vista que também gera a diminuição das ICSAB, resolveu-se testar a quantidade de Óbitos por causas evitáveis em pessoas de 05 a 74 anos, pois, além dos motivos acima elencados, espera-se que se os óbitos são por causas evitáveis e se aumentou o número de médicos nos municípios, houve, em consequência, diminuição dos números de tal variável.

Coletados os dados, feita a média dos períodos antes (2010 a 2012) e depois (2014 a 2016) da implantação do PMM e realizado o teste t para a variável média de óbitos por causas evitáveis de 05 a 74 anos, entendeu-se, conforme tabela abaixo, que variação de médias e a significância estatística do teste t desta variável, tanto para o Brasil como um todo, como para todas as Regiões do país e para a Zona de Fronteira, Extrema Pobreza, Semiárido e Amazônia Legal demonstram diferença de médias com aumento do número de óbitos por causas evitáveis de 05 a 74 anos após a implantação do PMM, mas que tal aumento só foi estatisticamente significativo nos Município em extrema pobreza. Veja-se:

Tabela 5 - Testes T – Média de Óbitos por causas evitáveis de 05 a 74 anos por mil habitantes em unidade geográfica

Unidade geográfica		Período	Média de Óbitos por causas evitáveis de 05 a 74 anos por 1000 habitantes			Significância do Teste T
			N	Média	Desvio Padrão	
Brasil		2010 a 2012	4.158	150,26	875,97	0,662
		2014 a 2016	4.162	158,75	896,47	
Região		2010 a 2012	376	109,40	429,07	0,694
	Norte	2014 a 2016	377	122,36	473,99	
		2010 a 2012	1.434	112,22	448,16	0,509
	Nordeste	2014 a 2016	1.434	123,56	469,85	
		2010 a 2012	1.067	261,54	1.567,42	0,902
	Sudeste	2014 a 2016	1.067	270,00	1.596,45	
	Sul	2010 a 2012	923	108,62	338,23	0,882
		2014 a 2016	926	110,98	344,61	
	Centro-oeste	2010 a 2012	358	121,22	503,94	0,82
		2014 a 2016	358	129,98	525,53	
Zona de fronteira		2010 a 2012	4.052	151,68	886,75	0,665
	Não	2014 a 2016	4.056	160,30	907,50	
		2010 a 2012	106	95,98	195,31	0,901
	Sim	2014 a 2016	106	99,33	197,58	
Extrema pobreza		2010 a 2012	2.881	193,57	1.048,91	0,729
	Não	2014 a 2016	2.885	203,24	1.073,10	

		2010 a 2012	1.277	52,54	52,51	0,01
	Sim	2014 a 2016	1.277	58,23	58,40	
Semiárido		2010 a 2012	3.254	172,40	986,63	0,729
	Não	2014 a 2016	3.258	180,95	1.009,20	
		2010 a 2012	904	70,56	132,27	0,215
	Sim	2014 a 2016	904	78,71	146,62	
Amazônia legal	Não	2010 a 2012	3.508	159,78	940,32	0,732
		2014 a 2016	3.512	167,53	959,99	
	Sim	2010 a 2012	650	98,88	365,80	0,563
		2014 a 2016	650	111,27	405,30	

Fonte: DATASUS

Em relação ao Brasil, houve um aumento da média comparando o antes e o depois de 8,49 casos por cada mil habitantes, mas o teste t também não mostrou significância estatística ($p > 0,05$). Apenas nos municípios em extrema pobreza é que apesar de ter havido um aumento da média comparando o antes e o depois de 5,69 o teste t apresentou significância estatística ($p < 0,05$), mesmo assim, tal resultado não pode ser considerado relevante para esta pesquisa, pois seria ilógico afirmar que a chegada de médicos aos municípios de extrema pobreza fez aumentar o número de mortes por causas evitáveis de 05 a 74 anos.

5.5 Casos de Tuberculose notificados por mil habitantes

Buscando estudar os efeitos do PMM, Ferla, *et al* (2019. p. 232) destacaram que “dados de mortalidade, de nascidos vivos e notificação de doenças, além dos casos múltiplos, de abordagem qualitativa, que nos permitem maior profundidade na compreensão dos efeitos do Programa Mais Médicos”. Para testar as afirmações dos autores citados, optou-se por analisar as médias do antes (2010 a 2012) e do depois (2014 a 2016) das notificações dos casos de Tuberculose nos municípios aderidos ao PMM, por ser tal doença de notificação compulsória.

Neste sentido, a tabela abaixo apresenta a média de casos notificados de tuberculose por mil habitantes nos períodos antes e depois da implantação do PMM, bem como a significância estatística do teste t desta variável.

Tabela 6 – Teste T - Média de Casos de Tuberculose Notificados por mil habitantes em unidade geográfica

Unidade geográfica	Período	Média de Casos de Tuberculose Notificados por mil habitantes			Significância do Teste T	
		N	Média	Desvio Padrão		
Brasil	2010 a 2012	3.802	0,33	0,32	0,262	
	2014 a 2016	3.822	0,32	0,43		
Região	Norte	2010 a 2012	352	0,35	0,23	0,457
		2014 a 2016	347	0,36	0,26	
	Nordeste	2010 a 2012	1.370	0,31	0,25	0,002
		2014 a 2016	1.373	0,28	0,29	
	Sudeste	2010 a 2012	987	0,34	0,45	0,525
		2014 a 2016	980	0,35	0,66	
	Sul	2010 a 2012	1.967	0,33	0,56	0,509
		2014 a 2016	767	0,32	0,31	
	Centro-oeste	2010 a 2012	326	0,33	0,24	0,983
		2014 a 2016	324	0,33	0,52	
Zona de fronteira	Não	2010 a 2012	3.706	0,33	0,32	0,444
		2014 a 2016	3.724	0,32	0,44	
	Sim	2010 a 2012	96	0,38	0,29	0,713
		2014 a 2016	98	0,37	0,28	

Extrema pobreza	Não	2010 a 2012	2.623	0,35	0,36	0,896
		2014 a 2016	2.626	0,34	0,48	
	Sim	2010 a 2012	1.179	0,29	0,19	0,059
		2014 a 2016	1.196	0,27	0,30	

Semiárido	Não	2010 a 2012	2.952	0,34	0,35	0,929
		2014 a 2016	2.962	0,34	0,48	
	Sim	2010 a 2012	850	0,27	0,15	0,000
		2014 a 2016	860	0,25	0,13	

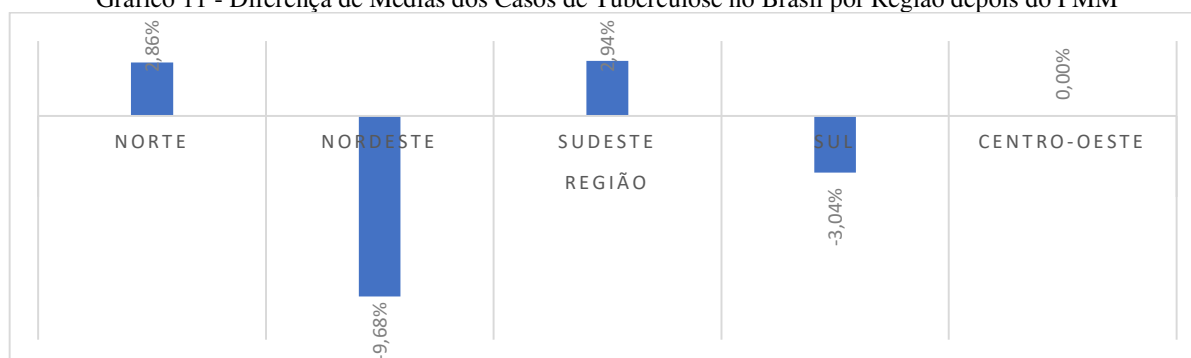
Amazônia legal	Não	2010 a 2012	3.186	0,33	0,34	0,324
		2014 a 2016	3.212	0,31	0,44	
	Sim	2010 a 2012	616	0,34	0,22	0,661
		2014 a 2016	610	0,35	0,41	

Fonte: DATASUS

No Brasil a diminuição da média dos casos de tuberculose notificados por mil habitantes foi de -3,04%, mas o teste t não apresentou significância estatística ($t(7.622) = 1,12$; $p > 0,05$).

Na análise por Região do Brasil se verificou os seguintes percentuais de diminuição ou aumento das médias dos casos de tuberculose notificados por mil habitantes no período posterior à implantação do PMM em relação as médias do período anterior ao PMM:

Gráfico 11 - Diferença de Médias dos Casos de Tuberculose no Brasil por Região depois do PMM



Fonte: DATASUS

Nas Regiões Norte e Sudeste, houve aumento da média dos casos de tuberculose notificados no período posterior à implantação do PMM, em relação ao período anterior a tal política pública. Em ambas as regiões o teste t também não apresentou significância estatística ($p > 0,05$).

Na região Centro-oeste do Brasil não houve diferença das médias de tal variável nos períodos estudados, bem como o teste t não apresentou significância ($p > 0,05$).

Por outro lado, nas Regiões Nordeste e Sul, houve redução da média de casos de tuberculose notificados por mil habitantes após à implantação da política pública estudada, mas sem significância estatística no Sul e estatisticamente significativa no Nordeste ($t(3.380) = 3,13$; $p < 0,05$).

Quando se analisa a diferença de médias para os municípios em Zona de Fronteira, Extrema Pobreza, Semiárido e Amazônia Legal, percebe-se que, na primeira, houve redução de -2,63% na média dos casos de tuberculose notificados, já nos municípios que não fazem parte da zona de fronteira houve diferença de médias em -3,03%, mas nenhuma das duas diferenças de médias foi significativa estatisticamente ($p > 0,05$).

Tabela 7 - Diferença de médias em percentual de casos de tuberculose por mil habitantes notificados antes e depois do PMM

Divisão dos municípios	Localização do município	Percentual
Zona de Fronteira	Sim	-2,63%
	Não	-3,03%
Extrema Pobreza	Sim	-6,90%
	Não	-2,86%
Semiárido	Sim	-7,41%
	Não	0,00%
Amazônia Legal	Sim	2,94%
	Não	-6,06%

Fonte: DATASUS

Nos municípios em extrema pobreza houve redução de -6,90% da média de casos de tuberculose notificados por mil habitantes com a implantação do PMM, sendo tal redução estatisticamente significativa ($t(2869) = 1,89$; $p < 0,05$). Já nos municípios que não apresentam extrema pobreza houve redução de -2,86%, mas sem ser estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

Em relação aos municípios do semiárido houve redução da média de casos de tuberculose notificados por mil habitantes de -7,41% com a implantação do PMM e tal resultado se mostrou estatisticamente significativo ($t(2.066,87) = 3,70$; $p < 0,05$). Porém nos municípios que não fazem parte do semiárido não houve diferença de médias dos casos de tuberculose notificados antes e depois da implantação do PMM, e tal resultado também não revelou significância estatística.

Por fim, nos municípios localizados na Amazônia Legal houve aumento, não significativamente relevante, de 2,94%, enquanto nos municípios que não fazem parte da Amazônia legal houve redução de -6,06% na média dos casos de tuberculose notificados por mil habitantes com a implantação do PMM, mas sem relevância estatística.

5.6 Casos de hanseníase notificados por mil habitantes

Pelos mesmos motivos que se analisaram, no presente estudo, as médias dos casos de tuberculose notificados por mil habitantes, se analisa também as médias dos casos de hanseníase notificados por mil habitantes. E, por tal fato, a tabela abaixo apresenta a média de casos notificados de hanseníase por mil habitantes nos períodos antes e depois da implantação do PMM, bem como a significância estatística do teste t desta variável.

Tabela 8 – Teste T – Média de Casos de Hanseníase Notificados por mil habitantes em unidades geográficas

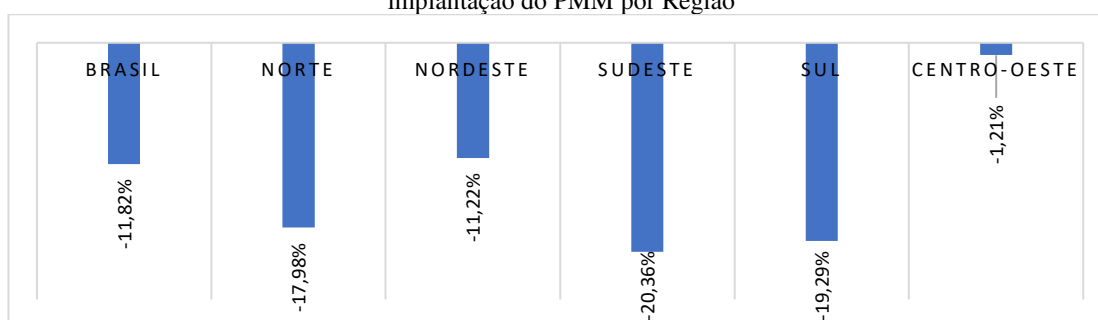
Tabela 1 - Média de Casos de Hanseníase Notificados por mil habitantes em unidades						
Unidade geográfica	Período	Média de Casos de Hanseníase Notificados por mil habitantes			Significância do Teste T	
		N	Média	Desvio Padrão		
Brasil	2010 a 2012	3.377	11,68	38,76	0,118	
	2014 a 2016	3.306	10,30	33,37		
Região	Norte	2010 a 2012	373	21,47	41,84	0,172
		2014 a 2016	372	17,61	38,07	
	Nordeste	2010 a 2012	1.273	13,10	49,02	0,381

		2014 a 2016	1.281	11,63	40,78	
	Sudeste	2010 a 2012	845	7,76	28,21	0,171
		2014 a 2016	787	6,18	20,07	
	Sul	2010 a 2012	534	3,37	5,62	0,030
		2014 a 2016	514	2,72	4,17	
	Centro-oeste	2010 a 2012	352	18,20	40,34	0,829
		2014 a 2016	352	17,98	41,40	
Zona de fronteira	Não	2010 a 2012	3.290	11,75	39,15	0,123
		2014 a 2016	3.213	10,41	33,78	
	Sim	2010 a 2012	87	8,97	17,96	0,269
		2014 a 2016	93	6,37	11,75	
Extrema pobreza	Não	2010 a 2012	2.299	14,28	46,13	0,130
		2014 a 2016	2.248	12,43	39,55	
	Sim	2010 a 2012	1.078	6,14	11,04	0,430
		2014 a 2016	1.058	5,76	11,23	
Semiárido	Não	2010 a 2012	2.609	13,08	43,14	0,131
		2014 a 2016	2.545	11,43	36,82	
	Sim	2010 a 2012	768	6,93	15,97	0,583
		2014 a 2016	761	6,49	16,90	
Amazônia legal	Não	2010 a 2012	2.731	8,97	34,96	0,110
		2014 a 2016	2.662	7,66	28,59	
	Sim	2010 a 2012	646	23,14	50,27	0,456
		2014 a 2016	644	21,18	46,83	

Fonte: DATASUS

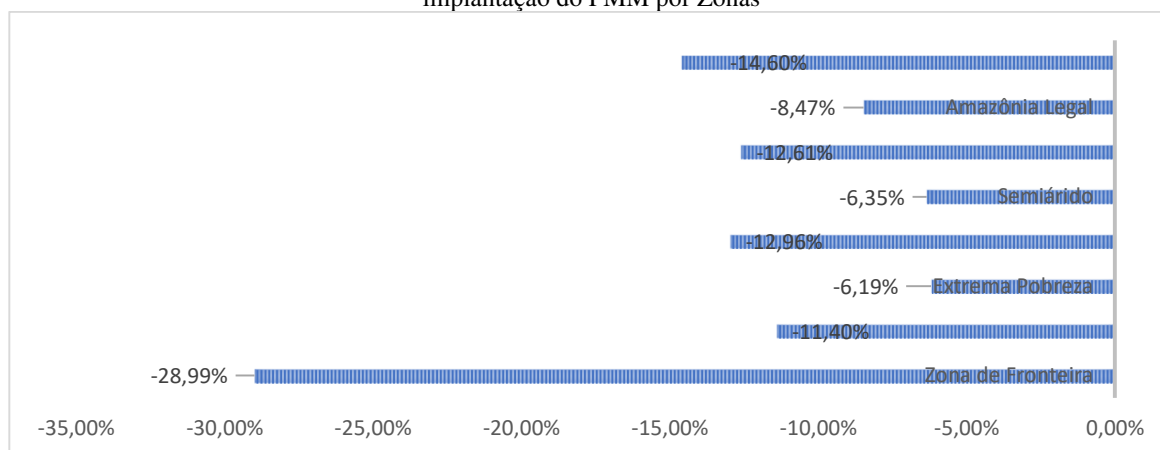
Os dados revelam que tanto no Brasil como em todas as Regiões do país, nos municípios em zona de fronteira ou não, nos que apresentam extrema pobreza ou não, localizados no semiárido ou não e na Amazônia legal ou não, houve diminuição na média de casos de hanseníase notificados comparando o período anterior ao PMM (2010 a 2012) e o período posterior ao PMM (2014 a 2016). Os percentuais de tal redução nas médias da variável ora estudada estão especificados nos gráficos abaixo:

Gráfico 12 - Diferença de médias em percentual de casos de hanseníase notificados por mil habitantes após a implantação do PMM por Região



Fonte: DATASUS

Gráfico 13 - Diferença de médias em percentual de casos de hanseníase notificados por mil habitantes após a implantação do PMM por Zonas



Fonte: DATASUS

Ocorre que mesmo havendo as diferenças de médias para os casos de hanseníase notificados após a implantação do PMM, o teste t identificou que, de todas as unidades geográficas estudadas,

apenas na Região Sul do Brasil tal retração da média por mil habitantes foi estatisticamente significativa ($t(1.247) = 2,16; p < 0,05$).

6 CONCLUSÃO

Nas últimas décadas, muitos estudiosos têm se debruçado em pesquisas que visam conhecer com mais profundidade, e do ponto de vista quantitativo, as desigualdades sociais do Brasil. Para tal aprofundamento dos estudos, a coleta de dados feita a cada dia com mais rigor e precisão e sua análise por programas estatísticos de alta precisão resultou na construção de bons indicadores sociais para análises mais acuradas e maior e melhor conhecimento e entendimento do objeto estudado.

Sabendo que cada política pública implementada pode afetar positiva ou negativamente um problema público que se resolveu enfrentar, o estudo de impacto de políticas públicas implementadas e ainda não consolidadas permite traçar caminhos para melhor decidir sobre o ciclo da política, seja para a extinção dela, seja para sua ampliação ou reestruturação.

Na área de saúde também não tem sido diferente, cada vez mais a literatura se debruça no estudo de políticas públicas de saúde visando dar conhecimento a sociedade dos seus resultados e, ao mesmo tempo, subsidiar o *police maker* na tomada de decisões. A análise quantitativa de políticas públicas de saúde, baseada em dados oficiais do próprio Ministério da Saúde, diretamente ou através do departamento de informática do SUS, tem se revelado eficiente no entendimento da situação de saúde das mais diversas unidades geográficas do Brasil.

Visando o conhecimento do impacto nos indicadores de saúde brasileiros do Programa Mais Médicos, se mediu, de forma quantitativa, as médias de algumas variáveis nos municípios atendidos pelo PMM, segundo lista fornecida pelo Ministério da Saúde, no período anterior à implantação de tal política (2010 a 2012) e no período posterior à sua existência (2014 a 2016). Assim, o presente estudo produziu análises descritivas e inferenciais sobre a política pública estudada.

Neste diapasão, percebe-se que, em todas as unidades geográficas estudadas, no período anterior à implantação do PMM, em média, havia menos médicos por mil habitantes do que no período posterior ao PMM, o que comprova que o objetivo do Programa Mais Médicos de diminuir a carência de médicos no Brasil foi alcançado, mas não se conseguiu ainda atingir o número ideal de médicos por habitantes de 3 médicos a cada mil habitantes no Brasil.

Ademais, pelas variáveis analisadas se verificou que outro objetivo do PMM foi atingido, já que houve o fortalecimento da prestação de serviços de saúde na atenção básica, porque, quanto à análise da variável “Internação por Causas Sensíveis à Atenção Básica (Média por Mil/Habitantes)” inferiu-se que, com exceção do Centro-Oeste, no Brasil, nas demais Regiões do país e nos recortes geográficos utilizados (municípios em Zona de Fronteira ou não, em Extrema Pobreza ou não, localizados no Semiárido ou não e localizados na Amazônia Legal ou não) houve, em média, diminuição do número de ICSAB.

O estudo sobre a variável “Casos de Tuberculose Notificados (Média por Mil/Habitantes)” demonstrou que houve aumento da média de tal variável na Região Norte e nos municípios que estão localizados na Amazônia Legal, no período posterior à implantação do PMM, em comparação ao período anterior à existência desta política pública. Para o Brasil, Regiões Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste, para os municípios localizados ou não na Zona de Fronteira, nos Municípios em Extrema pobreza, os do Semiárido e os que não fazem parte da Amazônia Legal, houve diferença de médias do grupo 1 (antes do PMM) e do grupo 2 (depois do PMM), com redução de tais médias, indicando uma diminuição da média de casos de tuberculose notificados por mil habitantes após a implantação do PMM. Nos municípios que não fazem parte Semiárido não houve diferença de médias no período estudado. Tal achado comprova que ainda há grande dificuldade de interiorização dos profissionais médicos na Região Norte e Semiárido nordestino, demonstrando que mesmo com o pagamento de uma remuneração melhor, os profissionais de saúde ainda tendem a se concentrar na capitais e grandes centros urbanos que têm mais equipamentos de saúde e condições de cumulação de cargos públicos, disponibilidade de vagas de plantões, bem como labor em consultórios particulares.

A análise da variável “Casos de Hanseníase Notificados (Média por Mil/Habitantes)” revelou que tanto no Brasil como em todas as Regiões do país, nos municípios em zona de fronteira ou não, nos que apresentam extrema pobreza ou não, localizados no semiárido ou não e na Amazônia legal ou não, houve diminuição na média de casos de hanseníase notificados comparando o período anterior ao PMM (2010 a 2012) e o período posterior ao PMM (2014 a 2016). Ocorre que, no que tange a significância estatística do teste t, apenas na Região Sul se obteve $p < 0,05$. Embora tal achado não seja estatisticamente significativamente para todo o país, a diferença de médias demonstra que a presença de profissionais médicos nos municípios é capaz de, através de consultas, visitas domiciliares ou serviços como palestras e campanhas informativas é

capaz de melhorar a saúde da população à baixo custo, evitando encaminhamento a serviços de saúde mais complexos e mais dispendiosos.

No que se refere a variável “Óbitos maternos (Média por Mil/Habitantes)” verificou-se que ela não se revelou eficiente para medir o impacto do PMM. Ademais, em relação à variável Óbitos por causas evitáveis de 05 a 74 anos, verificou-se o aumento do número de casos no período posterior à implantação do PMM.

Do exposto percebe-se que o PMM conseguiu, por seu eixo provimento emergencial levar profissionais médicos para municípios que não tinha ou eram muito carentes de assistência médica à saúde, sendo uma política pública importante para o fortalecimento da Atenção Básica no Brasil. Como toda política de atenção à saúde, seus desafios foram e são muito grandes e alguns indicadores de saúde mostraram melhora após a sua implantação. Além disso, verificou-se como apta a medir o impacto de tal política as ICSAB, já que, o fortalecimento da AB através de atendimento médico e de ações de prevenção e educação conseguem diminuir o agravamento de várias doenças que são consideradas sensíveis à atenção básica pelo Ministério da Saúde, como hipertensão arterial primária, diabetes mellitus, diarreia, gastroenterite e outras.

Outrossim, mostraram-se também aptas a medir o impacto do PMM as doenças de notificação compulsórias, como as aqui estudadas (tuberculose e hanseníase), demonstrando estatisticamente que o programa apresentou melhora nas condições de saúde da população nas unidades geográficas apontadas.

Além disso, é importante verificar que, embora não se tenha obtido significância estatística para todas as unidades geográficas estudadas, as diferenças de médias apontadas não devem ser desprezadas tornando necessária a realização de estudos mais aprofundados sobre o tema, já que, outros fatores influenciaram os resultados da política pública analisada, como o fato apontado no relatório do Tribunal de Contas da União de 2015, onde se denunciou que em muitos municípios a chegada do médico do programa, pago pelo Governo Federal, coincidiu com a demissão de médicos que eram contratados e pagos pelo Municípios, trazendo economia para a fazenda municipal, mas em detrimento do atendimento à população em prejuízo aos objetivos do PMM e, em consequência, aos seus resultados.

No que tange ao aumento do número de internações por condições sensíveis à atenção básica em alguns municípios, é preciso observar que tal fato pode ter se dado porque, se antes do PMM o município era totalmente desassistido desse tipo de profissionais, a chegada do médico e

o diagnóstico de algumas doenças sensíveis à atenção básica, já em fase mais aguda, pode ter levado ao aumento do encaminhamento de pacientes, pela própria Atenção Básica, para internação.

Destaque-se, também, que o aumento dos casos de algumas doenças de notificação compulsória, não implica, por si só, que a atenção básica não está funcionando à contento, porque se nos municípios não havia médicos, com a chegada do programa e de seus profissionais, casos que não eram diagnosticados e notificados passaram a ser, o que não implica nem o aumento do número de casos de uma determinada doença, mas no diagnóstico e a notificação delas.

Observe-se, ainda, que em relação aos óbitos maternos ou aos óbitos por causas evitáveis de 05 a 74 anos, necessário se faz analisar outros fatores em relação a tais variáveis, não se podendo imputar o aumento de casos de tais tipos de óbitos a chegada do PMM. Como por exemplo, quais as causas mortes registradas para pessoas de 05 a 74 anos antes da implantação do PMM, porque a chegada dos médicos aos municípios pode ter causado o aumento dos diagnósticos corretos de *causa mortis*, ou seja, de que as pessoas estavam falecendo por causas evitáveis, além do que o mesmo pode ter se dado quando aos óbitos maternos, já que, por sua descrição no próprio DATASUS eles compreendem o CID O00 até O99 e se referem ao Capítulo XV do CID10, ou seja, abrangem doenças que envolvem o período da gravidez, do parto e do puerpério, e não apenas da gravidez ou da gravidez e do parto, neste sentido, pode ser que, com a chegada dos médicos do PMM, tais óbitos tenham passado a ser corretamente registrados como derivados dos CID's O00 a O99.

Assim, os achados aqui trazidos devem servir como semente para estudos mais aprofundados da política pública denominada Programa Mais Médicos, ampliando a análise para outras variáveis e levando em consideração questões médicas específicas, formação da Equipe de Saúde da Família, cumprimento pelo Município da contrapartida exigida pelo Programa, como a melhoria e ampliação dos equipamentos de saúde, entre outras.

A análise completa do impacto de uma política pública de saúde como o PMM, em um país de dimensões continentais, e que não consegue ainda processar os dados da saúde de maneira rápida e efetiva, é um desafio do qual não conseguimos nos desincumbir por completo no presente estudo, mas se conseguiu demonstrar que o fortalecimento da Atenção Básica com recursos humanos já é um grande passo na melhoria das condições de saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

ABRAHAM, Marcus. **Curso de Direito Financeiro Brasileiro**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2018.

AGÊNCIA BRASIL. **IBGE atualiza limites de municípios no mapa da Amazônia Legal**. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2021-06/ibge-atualiza-limites-de-municipios-no-mapa-da-amazonia-legal>, acesso em 15 de julho de 2021.

ALBUQUERQUE, Maria Ilk Nunes de. **Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil**. Recife: [s.n.], 2015.

ALVES, Marcelo Corrêa. **Teste t de Student**. Piracicaba, 2017, disponível em http://cmq.esalq.usp.br/wiki/lib/exe/fetch.php?media=publico:syllabvs:lcf5759a:teste_t.pdf, acesso em 10 de maio de 2021.

ANUNCIACÃO, Luis. **Conceitos e análises estatísticas com R e JASP**. disponível em <https://anovabr.github.io/mqt/>, acesso em 10 de maio de 2021.

ARRETCHE, Marta. T. S. **Tendências no estudo sobre avaliação**. In: RICO, Elizabeth Melo (Org.). **Avaliação de políticas sociais: uma questão de debate**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

ATENÇÃO PRIMÁRIA, ATENÇÃO SECUNDÁRIA, ATENÇÃO TERCEÁRIA. **Portal de Conteúdo Gestão de Saúde Pública**. Disponível em: <https://gestaodesaudepublica.com.br/atencao-primaria-atencao-secundaria-atencao-tercearia/>. Acesso em 05 de outubro de 2021.

BBC NEWS BRASIL, **Mais Médicos: O que disseram Cuba e Bolsonaro sobre a saída dos cubanos do programa**. 14 de novembro de 2018, disponível em <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-46210587>, acesso em 05 de julho de 2021.

BIRKLAND, Thomas A. **An introduction to the policy process: theories, concepts and models of public policy making**. 3. Ed. New York: M. E. Sharp, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão Administrativa e Financeira no SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: Conass, 2007.p. 152 (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 223 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011).

_____. **Ata nº 1 da 1ª reunião ordinária do CMAP de 15 de julho de 2019**. Disponível em https://www.gov.br/economia/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/publicacoes/atas-e-resolucoes-1/atas/cmap/2019_07_15_ata_n__1_da_1__reuniao_ordinaria_do_cmap-2019, acesso em 30/08/2020.

_____. **Ata nº 1 da 1ª reunião ordinária do CMAP de 13 de março de 2020**. Disponível em: https://www.gov.br/economia/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/publicacoes/atas-e-resolucoes-1/atas/cmap/2020_03_13_1a-reuniao-ordinaria-cmap-2020, acesso em 30/08/2020.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Presidência da República, 2020.

_____. **DATASUS TABNET**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/>.

_____. **Decreto nº 9.834**, de 12 de junho de 2019. Presidência da República, 2020.

_____. **Decreto nº 10.321**, de 15 de abril de 2020. Presidência da República, 2020.

_____. **Lei nº 6.229**, 17 de julho de 1975. Presidência da república, 1975.

_____. **Lei nº 12.871**. Presidência da República, 2013.

_____. **Mais Médicos**. <http://maismedicos.gov.br/conheca-programa#:~:text=Nesses%20dois%20anos%2C%20o%20Mais,novo%20curr%C3%ADculo%20com%20uma%20forma%C3%A7%C3%A3o>, acesso em 22/03/2020.

_____. **Medida Provisória nº 621**. Presidência da República, 2013.

_____. **Ministério da Saúde**. Distritos Sanitários Especiais Indígenas Diretrizes para implantar o Programa de DST/Aids. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diret_indigena.pdf, acesso em, 18.07.2021.

_____. **Ministério da Saúde (MS)**. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTI3MQ==>. Acesso em 05 de julho de 2020.

_____. **Ministério da Saúde.** Programa Saúde da Família. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/sobre-o-programa>, acesso em, 27.02.2020.

_____. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na 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: Ministério da Saúde, 2015.

_____. **Programa Mais Médicos.** Relatório de Auditoria Anual de Contas do TCU do ano de 2015, Disponível em <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/mais-medicos/Relatorio-de-Auditoria-Anual-de-Contas-n201600675-SGTES-Exercicio-2015.pdf> acesso em 06.06.2021.

_____. **Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC**, de 18.07.2018 e suas alterações pela Portaria 1.493/13)

BREWER, G. D., & DELEON, P. **The foundations of policy analysis.** Homewood: Dorsey Press, 1983.

BULOS, Uadi Lammêgo. **Reforma Administrativa.** Revista de Direito Administrativo, v. 214, out/dez. 1998.

CAIXETA, Sebastião Vieira. **Mais Médicos, Menos Direitos: Crônicas de um Projeto Precarizante.** Revista do Ministério Público do Trabalho, BRASÍLIA, ANO XXIV — N. 48 — SETEMBRO 2014. Disponível em http://www.anpt.org.br/images/olds/arquivos/revista-MPT-48__anpt23121.pdf, acesso em 13 de dezembro de 2020.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; PEREIRA JUNIOR, Nilton. **A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2016, vol.21, n.9, pp.2655-2663. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.18922016>. Acesso em 02 de agosto de 2020.

CARVALHO, Sonia Nahas de. **Avaliação de programas sociais: balanço das experiências e contribuição para o debate.** *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 17, n. 3-4, p. 185-197, jul./dez. 2003.

CFM, Demografia Médica no Brasil. **Estudo de Projeção Concentração de Médicos no Brasil em 2020.** 2018. Disponível em https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/estudo_demografia_junho.pdf, acesso em 10.02.2020.

CHRISPINO, Álvaro. **Introdução ao estudo das Políticas Públicas.** Rio de Janeiro: FGV, 2016.

DIAS, Reinado. MATOS, Fernanda. **Políticas Públicas, Princípios, Propósitos e Processos.** São Paulo: Atlas, 2019.

DOS SANTOS, Wallace; COMES, Yamila; PEREIRA, Lucélia Luiz; COSTA, Ana Maria; MERCHAN-HAMANN¹, Edgar; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. **Avaliação do Programa**

Mais Médicos: relato de experiência. Saúde Debate: Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 256-268, jan-mar 2019.

DYE, Thomas. **Understanding Public Policy.** Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1972.

EMERICH, Tatiana Breder; CAVACA, Aline Guio; SANTOS NETO, Edson Theodoro dos; OLIVEIRA, Adauto Emmerich; SIQUEIRA, Carlos Eduardo Siqueira. **Implantação do Programa Mais Médicos no Espírito Santo, Brasil: modelo lógico e proposta de indicadores.** Cad. Saúde Pública 2020; 36(5):e00043219. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000505012, acesso em 06 de fevereiro, 2021.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. **A política da avaliação de políticas públicas.** *Rev. bras. Ci. Soc.* [online]. vol.20, n.59, pp.97-110. ISSN 0102-6909. <https://doi.org/10.1590/S0102-69092005000300007>. 2005.

_____. **Implementação: ainda o “elo perdido” da análise de políticas públicas no Brasil?** In Implementação de Políticas Públicas. Teoria e Prática. Organizador: Carlos Aurélio Pimenta de Faria. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2012, p. 123 a 152.

FARIA, Regina M. **Avaliação de programas sociais: evoluções e tendências.** In: RICO, Elizabeth Melo (Org.). Avaliação de políticas sociais: uma questão de debate. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

FERLA, Alcindo Antônio; TREPTE, Renata Flores; RAMOS-FLORÊNCIO, Alexandre de Souza; PINTO, Hêider Aurélio; CANTO, Raíssa Barnieri Balejo; LOPES, Fabiano Brufatto. **Efeitos do Programa Mais Médicos na Atenção Básica e no cotidiano do Sistema Único de Saúde: desenvolvimento do trabalho e redução de iniquidades.** In. TELLES, Helcimara (organizadora). Mais Médicos. As vozes dos atores e os impactos do programa na atenção básica à saúde. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2019.

FONROUGE, Carlos M. Giuliani. **Derecho financiero.** Buenos Aires: Depalma, 1970.

FONTÃO, Maria Angélica Breda; PEREIRA, Êverton Luis. **Percepções, saúde biomédica e práticas dos indígenas no contexto do Programa Mais Médicos para o Brasil.** In. TELLES, Helcimara (organizadora). Mais Médicos. As vozes dos atores e os impactos do programa na atenção básica à saúde. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2019.

FREY, Klaus. **Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil.** Planejamento e políticas públicas, n. 21, 2009.

GIRARDI, Sábado Nicolau; STRALEN, Ana Cristina de Sousa van; CELLA, Joana Natalia; MASS, Lucas Wan Der; CARVALHO, Cristiana Leite; FARIA, Erick de Oliveira. **Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde.** Ciênc. saúde coletiva [online], vol.21, n.9, pp.2675-2684, 2016. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16032016>, acesso em 02 de dezembro de 2020.

GONÇALVES, Rogério Fabiano; SOUSA, Islândia Maria Carvalho de; TANAKA, Oswaldo Yoshimi; SANTOS, Carlos Renato dos; BRITO-SILVA, Keila; SANTOS, Lara Ximenes; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin. **Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde**. Ciênc. saúde coletiva vol.21 no.9 Rio de Janeiro set. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.15392016>, acesso em 26 de março de 2021.

GRAU, Roberto Grau. **A ordem econômica na constituição de 1988**. 2. ed. São Paulo: Malheiros, 1991.

HARADA, Kiyoshi. **Direito financeiro e tributário**. 27.ed. rev. e atual. São Paulo: Atlas, 2018.

HEIDEMANN, Franciso G. **Do sonho do progresso às políticas de desenvolvimento**. In: HEIDEMANN, Franciso G. SALM, José Francisco (Org.). Políticas Públicas e Desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise. 2. Ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2010.

HOWLETT, Michael. Ramesh, M., PERL, Anthony. **Política Pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

IBGE. **Censo 2010**. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo.html?busca=1&id=1&idnoticia=370&t=doencas-cronicas-atingem-quase-um-terco-populacao-brasileira&view=noticia>, acesso em 27.02.2020.

_____. **Extrema pobreza atinge 13,5 milhões de pessoas e chega ao maior nível em 7 anos**. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/25882-extrema-pobreza-atinge-13-5-milhoes-de-pessoas-e-chega-ao-maior-nivel-em-7-anos>, acesso em 10 de julho de 2021.

_____. **Municípios da faixa de fronteira**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/24073-municipios-da-faixa-de-fronteira.html?=&t=o-que-e>, acesso em 10 de julho de 2021.

JOBERT, B. e MULLER, P. **L'État en action: politiques publiques et corporatismes**. Paris: PUF. (1987).

JONES, Charles O. **An Introduction to the Study of Public Policy**. 3. ed. Monterrey, Calif.: Brooks/cole, 1984.

KINGDON, John W. **Agendas, Alternatives, and Public Policies**. 2nd Edition. Harper Collins CollegePublishers. in SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete. (2007). Políticas Públicas – Coletânea. v. 1. Como chega a hora de uma id.ia (pp. 219-224); Juntando as coisas (pp. 225-246), 1995.

LANDMAN, Todd. **Issues and methods in comparative politics: an introduction**. 3. ed. New York: Library of Congress Cataloging in Publication Data, 2008.

- LASSWELL, Harold D. **A Pre-View of Police Sciences**. Nova York: American Elsevier, 1971.
- LASSWELL, Harold D.; KAPLAN, Abraham. **Power and Society**. New Haven: Yale University Press, 1970.
- LIMA, Rodrigo Tobias de Sousa; FERNANDES, Tiotrefis Gomes; BALIEIRO, Antônio Alcirley da Silva; COSTA, Felipe dos Santos; SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade; SCHWEICKARDT, Julio Cesar; FERLA, Alcindo Antonio. **A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção**. Ciênc. saúde coletiva vol.21 no.9 Rio de Janeiro set. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.15412016>, acesso em 25 de março de 2021.
- LIPJHART, Arend. **A política Comparativa e o método comparativo**. Revista de Ciência Política, 18 (4), Rio de Janeiro, 1975, pp. 3-19.
- LYNN, L. E. **Designing Public Policy: A Casebook on the Role of Policy Analysis**. Santa Monica, Calif.: Goodyear. 1980.
- MACHADO, José Ângelo; SALES, Mariana Alencar; FERNANDES, Wânia Ribeiro. **Os médicos e a integração ensino-serviço: as ofertas pedagógicas de qualificação e orientação**. In. TELLES, Helcimara (organizadora). Mais Médicos. As vozes dos atores e os impactos do programa na atenção básica à saúde. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2019.
- MARTIN, GB; CARVALHO, BG; CORDONI JÚNIOR, L. **A organização do sistema de saúde no Brasil**. In: ANDRADE, SM; SOARES DA; CORDONI JÚNIOR, L, organizadores. Bases da saúde coletiva. Londrina: EDUEL; 2001.
- MEDICI, André. **Os médicos e a Mais-Valia Cubana**. 2014. Disponível em: <https://www.saudebusiness.com/mercado/os-mdicos-e-mais-valia-cubana>, acesso em 25 de novembro de 2020.
- MENICUCCI, Telma. **O Programa Mais Médicos no âmbito da política de saúde do Brasil**. In. TELLES, Helcimara (organizadora). Mais Médicos. As vozes dos atores e os impactos do programa na atenção básica à saúde. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2019.
- MERCADANTE, Otávio Azevedo. **Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil**, in **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Organizado por Jacobo Finkelman. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2705/1/Finkelman_Jacobo\(Org.\).pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2705/1/Finkelman_Jacobo(Org.).pdf), acesso em 22 de setembro de 2020.
- MILL, John Stuart. **Sistema de lógica dedutiva e indutiva**. São Paulo: Abril Cultural, 1984.
- MOREIRA NETO, Diogo de Figueiredo. **Mutações do direito público**. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

NELSON, Bárbara. **Public Policy and administration: An overview**. A new handbook of political science, p. 555-592, 1999.

NEMI, Ana; SCHRAIBER, Lilia Blima. **Luiz Carlos Bresser-Pereira: o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Reforma Gerencial do Estado dos anos de 1990**. Entrevista. Interface (Botucatu) vol.23. Botucatu, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100601, acesso em 10 de agosto de 2020.

NEXO, Jornal. **As Jornadas de Junho de 2013**. Disponível em: <https://www.nexojournal.com.br/expresso/2017/06/17/O-que-foram-afinal-as-Jornadas-de-Junho-de-2013.-E-no-que-elas-deram>, acesso em 01 de abril de 2020.

NOGUEIRA, Priscila Tamar Alves; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin; LEITE, Antonio Flaudiano Bem; CARVALHO, Islândia Maria de Sousa; GONÇALVES, Rogério Fabiano; DE BRITO-SILVA, Keila Silene. **Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil**. Ciência e Saúde Coletiva, 21 (9): 2889-2898, 2016. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2889.pdf>, acesso em 25 de março de 2021.

OLIVEIRA, Felipe Proença de. PINTO, Hêider Aurélio. FIGUEIREDO, Alexandre Medeiros de. CYRINO, Eliana Goldfarb. OLIVEIRA NETO, Aristides Vitorino de. ROCHA, Vinícius Ximenes Muricy da. **Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Formação de 2013 a 2015**. Interface (Botucatu). 2019.

PAULUS JÚNIOR, Aylton; CORDONI JÚNIOR, Luiz. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil**. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, dez.2006.
PLANO SALTE. In: **Dicionário FGV**, disponível em <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/plano-salte>, acesso em 26 de setembro de 2020

RAEDER, Savio. **CICLO DE POLÍTICAS: uma abordagem integradora dos modelos para análise de políticas públicas**. In: Perspectivas em Políticas Públicas. Belo Horizonte. v. VII. n 13. p. 121-146, jan/jun, 2014. Disponível em: <http://intranet.uemg.br/comunicacao/arquivos/PubLocal8P20150224110637.pdf#page=121>, acesso em 15 de julho de 2020.

RAMOS, Marília Patta; SCHABBACH, Letícia Maria. **O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil**. Rev. Adm. Pública vol.46 no.5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2012.

RIBAS, Antônio Neves; SILVA, Diego Ferreira Lima; DIAS, Anderson Sales Dias. **Programa Mais Médicos: quando, como e por que ele surgiu?** In. TELLES, Helcimara (organizadora). Mais Médicos. As vozes dos atores e os impactos do programa na atenção básica à saúde. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2019.

SALISBURY, Robert H. **The Analysis of Public Policy: A Search for Theories and Roles**. In: THEODOULOU, Stella Z; CAHN, Matthew A. (Org.). *Public Policy: The Essential Readings*. New Jersey:Prentice Hall, 1995.

SANTOS, Leonor Maria Pacheco; COSTA, Ana Maria and GIRARDI, Sábado Nicolau. **Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2015, vol.20, n.11, pp.3547-3552. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152011.07252015>. Acesso em 02 de agosto de 2020.

SANTOS, Sabrina. **Mais Médicos: Por Que O Programa É Rejeitado Pela Classe Médica Brasileira?** Disponível em: <https://blog.imedicina.com.br>, acesso em 25 de novembro de 2020.

SECCHI, Leonardo. **Análise de Políticas Públicas: Diagnóstico de problemas, recomendação de soluções**. São Paulo: Ed. Cengage Learning, 2019.

_____. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SEPARAVICH, Marco Antonio; COUTO, Márcia Thereza. **Programa Mais Médicos: revisão Crítica da implementação sob a perspectiva do acesso e universalização da atenção à saúde**. *Ciência e Saúde Coletiva*. (2020/Abr). Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/programa-mais-medicos-revisao-critica-da-implementacao-sob-a-perspectiva-do-acesso-e-universalizacao-da-atencao-a-saude/17554?id=17554>. Acesso em 11/12/2020.

SILVA, Quelen Tanize Alves da. CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **A produção científica brasileira sobre o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB)**. *Saúde Debate* | Rio de Janeiro, v. 43, N. 121, P. 559-575, ABR-JUN, 2019.

SILVA, Vinício Oliveira da; RIOS, David Ramos da Silva; SOARES, Catharina Leite Matos; PINTO, Isabela Cardoso de Matos; TEIXEIRA, Carmen Fontes Teixeira. **O Programa Mais Médicos: controvérsias na mídia**. *Saúde debate* vol.42 no.117 Rio de Janeiro: Abril / Junho, 2018.

SIQUEIRA, Marina Rodrigues; QUEIRÓS, Agleildes Arichele Leal; ALVES, Flávia Assis; HORTA, Carlos Roberto. **População quilombola no Mais Médicos: o desafio da universalização do direito à saúde**. In. TELLES, Helcimara (organizadora). *Mais Médicos. As vozes dos atores e os impactos do programa na atenção básica à saúde*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2019.

SOARES NETO, Joaquim José; MACHADO, Maria Helena; ALVES, Cecília Brito. **O Programa Mais Médicos, a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal.** Ciência & Saúde Coletiva

Print version ISSN 1413-8123 On-line version ISSN 1678-4561. 2016. p. 2709/ 2718. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902709&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 02/08/2020.

SOLHA, Raphaela Karla de Toledo. **Sistema Único de Saúde. Componentes, Diretrizes e Políticas Públicas.** 1.ed. São Paulo: Érica, 2014.

SOUSA, Darcon; SILVA, Rafael Joaquim Oliveira. **O Programa Mais Médico na Perspectiva dos Atores Sociais Responsáveis por sua Implantação e dos Beneficiários no Município de Boqueirão, PB.** REUNIR: Revista de Administração, Contabilidade e Sustentabilidade ISSN: 2237-3667, Vol. 5, n. 3, p.59-75, 2015.

SOUZA, Celina. **Políticas Públicas: uma revisão da literatura.** Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45.

STORTI, Moysés Martins Tosta; OLIVEIRA, Felipe Proença de; XAVIER, Aline Lima. **A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos.** vol.21, suppl.1, pp.1301-1314. ISSN 1807-5762. Interface (Botucatu) [online], 2017.

TELLES, Helcimara; STORNI, Tiago Prada Lopes; MELO, Paulo Victor; QUEIRÓS, Agleildes Arichele Leal de. **As vozes dos médicos brasileiros, estrangeiros e cubanos.** In. TELLES, Helcimara (organizadora). Mais Médicos. As vozes dos atores e os impactos do programa na atenção básica à saúde. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2019.

_____, Helcimara; LEANDRO, Athur; VIDAL, Camila. **A fala das comunidades: a centralidade do médico para a satisfação com o Programa Mais Médicos.** In. TELLES, Helcimara (organizadora). Mais Médicos. As vozes dos atores e os impactos do programa na atenção básica à saúde. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2019.

TREVISAN, Andrei Pittol; BELLEN, Hans Michael van. **Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção.** Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro 42(3):529-50, maio/jun. 2008.

WILSON W. **The Truly Disadvantaged: the inner city, the underclass, and public policy.** Chicago: University of Chicago Press. 1987.

ANEXOS

ANEXO A – INFORMAÇÃO SOBRE DADOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SITE DATASUS

30/07/2021



DATASUS

Destaques do governo

Acesso Rápido

digite o texto

Busca


[Início](#) | [Webmail](#) | [Fale Conosco](#)

 Informações de Saúde
(TABNET)

[Indicadores de Saúde e
Pactuações](#)
[Assistência à Saúde](#)
[Epidemiológicas e
Morbidade](#)
[Rede Assistencial](#)
[Estatísticas Vitais](#)
[Demográficas e
Socioeconômicas](#)
[Inquéritos e Pesquisas](#)
[Início](#) [Informações de Saúde \(TABNET\)](#) [Assistência à Saúde](#)

Opção selecionada:

Conjunto Mínimo de Dados (CMD) - Banco de dados aguardando atualização

☐ Conjunto Mínimo de Dados (CMD)

NOTA: ==> Considerando a verificação da inconsistência dos dados provenientes do SISAB, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) solicitou a retirada dos dados da Atenção Básica disponibilizados pelos tabuladores do CMD até que os dados sejam corrigidos pela equipe da SAPS.

Ministério da Saúde / DATASUS - Departamento de Informática do SUS
Espl. dos Ministérios Bloco G Anexo A, 1º and - sala 107 Cep:70.058-900 -
Copyright © 2008 - Datasus. Todos os direitos reservados.
[Acessibilidade](#) | [Créditos](#) |

ANEXO B – EMAIL’S SOBRE NECESSIDADE DE COLETA DE DADOS

28/10/2021 13:31

E-mail de Federal University of Campina Grande - Coleta de dados sobre o Programa Mais Médicos



Olindina Iona da Costa Lima Ramos <olindina.iona@professor.ufcg.edu.br>

Coleta de dados sobre o Programa Mais Médicos

1 mensagem

Olindina Iona da Costa Lima Ramos <olindina.iona@professor.ufcg.edu.br>
Para: arcanjopedra@gmail.com

11 de fevereiro de 2021 08:40

Prezado Dr. Miguel Dantas,

Conforme conversamos quando estive na Secretaria de Saúde sobre minha pesquisa de Mestrado, estou coletando dados para realizar uma avaliação de impacto do Programa Mais Médicos, para tanto quero avaliar como se comportaram alguns indicadores da saúde de 2010 a 2020.

Para tanto farei uma análise quantitativa, sem coleta de dados sensíveis de nenhum paciente ou médico.

Neste sentido já coletei via DATASUS TABNET o número total de médicos do município (todos os municípios do Brasil) por mês e ano, o número total de internações no período, e alguns dados como número de visitas domiciliares, números de atendimentos pré-natal, entre outros.

Porém, estou tendo dificuldade em acessar o número de internações por causas sensíveis à atenção básica, por município e por ano, só consegui acessar por Estado da Federação e mesmo assim, até o ano de 2013, o que não me interessa já que minha unidade de análise é Município.

Ademais, não encontrei a lista dos municípios que aderiram ao Programa Mais Médicos. Na verdade, eu gostaria de obter os seguintes dados sobre o Mais Médicos:

- Municípios que aderiram ao Mais Médicos por mês e ano ou somente por ano, no período de 2013 a 2020;
- Municípios que nunca aderiram ao Mais Médicos;
- Número de médicos vinculados ao Programa Mais Médicos por ano (2013 a 2020), por município.

Estou trabalhando com planilhas no formato EXCEL para migrar para o programa SPSS.

Sei que estou lhe pedindo muito, mas se o Senhor não puder acessar tais dados, mas puder me indicar a fonte onde posso buscá-los já me ajudaria bastante.

Desde já grata, e externando votos de admiração por seu amor ao trabalho, que salta os olhos, aguardo resposta.

Olindina Ioná da Costa Lima Ramos
Professora da UFCG – UAD – Direito
Mestranda em Ciências Sociais pela UFCG

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=3b5c4268ed&view=pt&search=all&permthid=thread-a%3Ar9091872896813150654&simpl=msg-a%3Ar-4954...> 1/1

ANEXO C – EMAIL’S RECEBIDOS DO PORTAL FALA.BR

EMAIL 1



Olindina Iona da Costa Lima Ramos <olindina.iona@professor.ufcg.edu.br>

[Fala.BR] Confirmação de Cadastro

2 mensagens

nao-responder.falabr@cgu.gov.br <nao-responder.falabr@cgu.gov.br>
Para: olindina.iona@professor.ufcg.edu.br

2 de abril de 2021 14:45

Prezado(a) Sr(a) OLINDINA IONA DA COSTA LIMA RAMOS,

Seu cadastro foi realizado com sucesso no Fala.BR. Agora você pode registrar denúncias, reclamações, solicitações, sugestões, elogios e pedidos de acesso à informação para as Ouvidorias e Serviços de Informação ao Cidadão que utilizam a plataforma.

Você pode acessar o Fala.BR 24h por dia, 7 dias por semana, por meio do <https://falabr.cgu.gov.br/>

Agora você apenas precisa concluir o cadastro clicando <https://falabr.cgu.gov.br/publico/Usuarios/ConfirmarAtivacao.aspx?param1=yghvfeqyPpzmPlgob5fdfCpVV4O9onKgcYVooD/ZODyKhrFgPdia3Yfclj+JP0060pXALNX5UzLSWPYyTVTDQ==>

Caso não tenha solicitado cadastro no sistema, favor ignorar esta mensagem.

Mensagem Automática
Favor não responder a este e-mail.

nao-responder.falabr@cgu.gov.br <nao-responder.falabr@cgu.gov.br>
Para: olindina.iona@professor.ufcg.edu.br

2 de abril de 2021 14:50

[Texto das mensagens anteriores oculto]

EMAIL 2



Olindina Iona da Costa Lima Ramos <olindina.iona@professor.ufcg.edu.br>

[Fala.BR] Manifestação 25072.009183/2021-49 Registrada

1 mensagem

nao-responder.falabr@cgu.gov.br <nao-responder.falabr@cgu.gov.br>
Para: olindina.iona@professor.ufcg.edu.br

2 de abril de 2021 14:50

Prezado(a) Senhor(a),

Seu pedido de acesso à informação foi processado com sucesso e recebeu o número de protocolo 25072.009183/2021-49.

Para obter detalhes do pedido de informação, consulte <https://falabr.cgu.gov.br/>. Poderão ser exigidos usuário e senha para acessar o sistema.

O seu pedido de informação deverá ser processado no prazo de 20 (vinte) dias, conforme estabelecido no art. 11, § 1º, da Lei nº 12.527/2011, podendo esse prazo ser prorrogado por mais 10 (dez) dias, mediante justificativa expressa, conforme dispõe o art. 11, § 2º, da referida Lei.

A situação do seu pedido poderá ser verificada, sempre que desejar, por meio da opção "Minhas Manifestações", no menu do sistema.

Na hipótese de omissão de resposta ao seu pedido, o(a) senhor(a) poderá apresentar reclamação.

Atenção: o prazo para apresentar reclamação é de 10 (dez) e se inicia 30 (trinta) dias após o registro do seu pedido. O botão "Reclamar" ficará disponível no sistema apenas nesse período.

Uma vez respondido o pedido, é possível interpor recurso, também no prazo de 10 (dez) dias, contados da data em que o pedido foi respondido, conforme previsto no artigo 15 da Lei citada.

Visite o site <https://www.gov.br/acao/informacao/pt-br> para obter mais informações.

Agradecemos a sua participação!

EMAIL 3



Olindina Iona da Costa Lima Ramos <olindina.iona@professor.ufcg.edu.br>

[Fala.BR] Prazo de resposta de manifestação prorrogado

1 mensagem

nao-responder.falabr@cgu.gov.br <nao-responder.falabr@cgu.gov.br>
Para: olindina.iona@professor.ufcg.edu.br

26 de abril de 2021 11:09

Prezado(a) Senhor(a),

O prazo de resposta do seu pedido de acesso à informação, registrado com o número de protocolo 25072.009183/2021-49, foi prorrogado na data de 26/04/2021 por mais 10 dias, com fundamento no art. 11, § 2º, da Lei nº 12.527/2011.

Observe os dados de seu pedido:
Novo Prazo de Atendimento: 06/05/2021
Motivo da Prorrogação: Outros motivos
Justificativa da Prorrogação:
Prezado(a) Sr(a)

O Ministério da Saúde não dispõe da informação solicitada no prazo estabelecido pela Lei nº 12.527, de 16 de Junho de 2012. Solicitamos prorrogação de 10 dias, para emissão da resposta pelo nosso Serviço de Informação ao Cidadão, conforme artigo 16 do Decreto 7.724, de 16 de maio de 2012.

Atenciosamente,

Para obter detalhes do pedido de acesso à informação, clique no número do protocolo informado, poderão ser exigidos usuário e senha para acessar o sistema.

A situação do seu pedido poderá ser verificada, sempre que desejar, por meio da opção "Minhas Manifestações", no menu do sistema.

Visite o site <https://www.gov.br/acao/informacao/pt-br> para obter maiores informações.

Mensagem automática
Favor não responder a este e-mail.

EMAIL 4



Olindina Iona da Costa Lima Ramos <olindina.iona@professor.ufcg.edu.br>

[Fala.BR] Manifestação Respondida no Sistema
1 mensagemnao-responder.falabr@cgu.gov.br <nao-responder.falabr@cgu.gov.br>
Para: olindina.iona@professor.ufcg.edu.br

6 de maio de 2021 10:07

Prezado(a) Senhor(a),

Seu pedido de informação, número de protocolo [25072.009183/2021-49](#), foi analisado e teve resposta na data de 06/05/2021.

Para consultar a resposta, clique o cursor no número do protocolo informado, poderão ser exigidos usuário e senha para acessar o sistema.

A resposta também poderá ser consultada por meio da opção "Minhas Manifestações", no menu do sistema.

No caso de indeferimento de acesso à informação, poderá ser interposto recurso no sistema no prazo de 10 (dez) dias, conforme disposto no parágrafo único do art. 15 da Lei nº 12.527/2011.

Importante: Caso esse pedido tenha sido registrado presencialmente (via balcão do SIC), será necessário ir novamente ao local de registro para receber a resposta. Todos os outros procedimentos, tais como interposição de recursos e reclamação, também deverão ser feitos pessoalmente.Visite o site <https://www.gov.br/acessoainformacao/pt-br> para obter maiores informações.

Agradecemos a sua participação!

Mensagem automática
Favor não responder a este e-mail.**2 anexos** Causas sensíveis a APS por município - 2010 a 2020.xlsx
1240K

ANEXO D – EMAIL’S OUVIDORIA DO SUS**EMAIL 1**

↩ Responder ↩ Responder a todos → Encaminhar 📁 Arquivo Morto ...

OuvidorSus: Aviso!

ouvidorsus@saude.gov.br <ouvidorsus@saude.gov.br>



26/04/2021 09:44

Para: OLINDINA.IONA@HOTMAIL.COM

MENSAGEM DE ACOMPANHAMENTO DA DEMANDA

PREZADO(A) SR(A) **OLINDINA IONAR DA COSTA LIMA RAMOS**,

REGISTRAMOS SUA DEMANDA SOB **PROTOCOLO 4060843** E ENCAMINHAMOS PARA COORDENAÇÃO-GERAL DE PROVISÃO DE PROFISSIONAIS PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA - CGPROP/DESF/SAPS/MS

SEUS DADOS PESSOAIS SERÃO RESGUARDADOS QUANDO SOLICITADO OU NOS CASOS QUE ACHARMOS CONVENIENTE, PARA SUA MAIOR SEGURANÇA.

CASO QUEIRA ACRESCENTAR NOVAS INFORMAÇÕES OU ALTERAR DADOS DO REGISTRO EFETUADO, POR FAVOR ENTRE EM CONTATO COM O NOSSO SERVIÇO DE OUVIDORIA.

ATENCIOSAMENTE,

OUVIDORIA DO SUS

MENSAGEM AUTOMÁTICA. NÃO RESPONDA ESTE E-MAIL.

OUVIDORIA-GERAL DO SUS
MINISTÉRIO DA SAÚDE
SRTVN QUADRA 701 – VIA W5 NORTE, LOTE D, ED. PO 700, 6º ANDAR
70.719-040, BRASÍLIA-DF
DISQUE SAÚDE 136

EMAIL 2

 Responder
  Responder a todos
  Encaminhar
  Arquivo Morto
  Excluir
 ...

OuvidorSus: Aviso!

ouvidorsus@saude.gov.br <ouvidorsus@saude.gov.br>

26/04/2021 14:14



Para: OLINDINA.IONA@HOTMAIL.COM

MENSAGEM DE CONCLUSÃO DA DEMANDA

PREZADO(A) SR(A) **OLINDINA IONAR DA COSTA LIMA RAMOS,**

REFERENTE A SUA DEMANDA SOB O PROTOCOLO: 4060843

ESCLARECEMOS QUE O DEPARTAMENTO DE OUVIDORIA DO SUS TEM COMO ATRIBUIÇÕES, DENTRE OUTRAS: RECEBER SOLICITAÇÕES, RECLAMAÇÕES, DENÚNCIAS, ELOGIOS, INFORMAÇÕES E SUGESTÕES ENCAMINHADAS PELOS USUÁRIOS DO SUS E LEVÁ-LAS AO CONHECIMENTO DOS ÓRGÃOS COMPETENTES SEJAM ELES FEDERAIS, ESTADUAIS OU MUNICIPAIS.

POR OPORTUNO, INFORMAMOS QUE PREZADA SENHORA, A OUVIDORIA-GERAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE AGRADECE O SEU CONTATO. INFORMAMOS QUE RECEBEMOS A SUA MANIFESTAÇÃO EM 23/04/2021 A QUAL FOI CADASTRADA NO SISTEMA ELETRÔNICO OUVIDORSUS SOB O NÚMERO DE PROTOCOLO 4060843. APÓS ANÁLISE DO TEOR, VERIFICAMOS TRATAR-SE DE SOLICITAÇÃO "DE DOCUMENTOS ANEXOS NÃO RECEBIDOS, REFERENTE À RESPOSTA DE MANIFESTAÇÃO CADASTRADA NO SISTEMA ELETRÔNICO OUVIDORSUS SOB O NÚMERO DE PROTOCOLO 4010568. ISTO POSTO, ESCLARECEMOS QUE FOI ENCAMINHADA NOVA CORRESPONDÊNCIA ELETRÔNICA AO ENDEREÇO OLINDINA.IONA@HOTMAIL.COM CONFORME SOLICITADO. EM TEMPO, NOS COLOCAMOS A DISPOSIÇÃO PARA QUAISQUER OUTRAS INFORMAÇÕES QUE PORVENTURA RESTAREM NECESSÁRIAS POR MEIO DO DISQUE SAÚDE - 136 OU ACESSE "CONTATOS" NO PORTAL DA SAÚDE (WWW.SAUDE.GOV.BR).

COM O OBJETIVO DE AVALIAR O ATENDIMENTO PRESTADO POR ESTA OUVIDORIA DO SUS, SOLICITAMOS GENTILMENTE QUE O(A) SR(A) ENTRE EM CONTATO CONOSCO PARA CONFIRMAR AS INFORMAÇÕES ACIMA, NUM PRAZO MÁXIMO DE 60 DIAS A CONTAR DESTA DATA.

CASO NÃO HAJA NENHUMA MANIFESTAÇÃO CONTRÁRIA SUA DEMANDA SERÁ CONSIDERADA ATENDIDA E ARQUIVADA.

ATENCIOSAMENTE,

OUVIDORIA DO SUS

MENSAGEM AUTOMÁTICA. NÃO RESPONDA ESTE E-MAIL.

OUVIDORIA-GERAL DO SUS
 MINISTÉRIO DA SAÚDE
 SRTVN QUADRA 701 – VIA W5 NORTE, LOTE D, ED. PO 700, 6º ANDAR
 70.719-040, BRASÍLIA-DF
 DISQUE SAÚDE 136

Esta mensagem pode conter informação confidencial e/ou privilegiada. Se você não for o destinatário ou a pessoa autorizada a receber esta mensagem, não pode usar, copiar ou divulgar as informações nela contidas ou tomar qualquer ação baseada nessas informações. Se você recebeu esta mensagem por engano, por favor avise imediatamente o remetente, respondendo o e-mail e em seguida apague-o.

EMAIL 3

↩ Responder ↩ Responder a todos → Encaminhar 🗄 Arquivo Morto 🗑 Excluir ...

Ouvidoria Geral do SUS nº 4010568**Vanessa Alves de Jesus Rocha** <vanessa.jesus@saude.gov.br>

26/04/2021 14:12



Para: 'olindina.iona@hotmail.com' Cc: Rosana Barros Dantas

Ouvidor_4010568.xlsx
104,49 KB

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRETORIA DE INTEGRIDADE - DINTEG
OUVIDORIA – GERAL DO SUS**

Prezada Senhora Olindina,

Em complementação à resposta fornecida pela Coordenação-Geral de Provisão de Profissionais para Atenção Primária - CGPROP/DESF/SAPS/MS, enviamos o anexo da demanda 4010568, tendo em vista que o nosso sistema não permite anexar documentos.

Atenciosamente,

Vanessa Alves de Jesus Rocha
Coordenação de Atendimento ao Cidadão – COACI
Ouvidoria-Geral do SUS
Diretoria de Integridade – DINTEG/MS
SRTVN QD 701 – Via W5 Norte, Lote D, Ed. PO 700, 4º andar - 70.719-040 – Brasília/DF

MINISTÉRIO DA
SAÚDE

Esta mensagem pode conter informação confidencial e/ou privilegiada. Se você não for o destinatário ou a pessoa autorizada a receber esta mensagem, não pode usar, copiar ou divulgar as informações nela contidas ou tomar qualquer ação baseada nessas informações. Se você recebeu esta mensagem por engano, por favor avise imediatamente o remetente, respondendo o e-mail e em seguida apague-o.

ANEXO E - CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA E SEUS RESPECTIVOS CID'S

Condições Sensíveis	Lista CID 10
1. Doenças evitáveis por imunização e outras DIP	A15 -A199, A33-A379; A50 -A539, A95 -A959, B05 -B069, B16 -B169, B26 -B269, B50 -B549, B77 -B779, G000, I00 -I029,
2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	A00 -A099; E86 -E869
3. Anemia	D50 -D509
4. Deficiências nutricionais	E40 -E469, E50 -E649
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66 -H669, J00 -J009, J01 -J019, J02 -J029, J03 -J039, J06 -J069, J31 -J319
6. Pneumonias bacterianas	J13 -J139, J14 -J149, J153-J154, J158-J159, J181
7. Asma	J45 -j459
8. Bronquites	J20 -J229, J40 -J429
9. Hipertensão	I10 -I109, I11 -I119
10. Angina	I20 -I209
11. Insuficiência cardíaca	I50 -I509
12. Diabetes mellitus	E10 -E149
13. Epilepsias	G40 -G409
14. Infecção no rim e trato urinário	N30 -N309, N34 -N349, N390
15. Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46 -A469, L01 -L019, L02 -L029, L03 -L039, L04 -L049, L08 -L089
16. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	N70 -N709, N71 -N719, N72 -N729, N73 -N739, N75 -N759, N76 -N769

Fonte: IDSUS