

## A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites

Primary care in Brazil, and the *Mais Médicos* (More Doctors) Program in the Unified Health System: achievements and limits

Gastão Wagner de Sousa Campos<sup>1</sup>  
Nilton Pereira Júnior<sup>2</sup>

**Abstract** *An historical analysis of Brazil's policies in Primary Healthcare, with emphasis on the Family Health Strategy (FHS), and the Mais Médicos Program (PMM). Studies were made of documents and secondary official data, and the bibliography that has been produced on this theme. It was found that primary healthcare has been established and successfully consolidated as an option in healthcare for a great part of the population of Brazil. There have, however, been structural hurdles, which have tended to compromise the effectiveness and sustainability of this policy. It was identified that these obstacles arise principally from insufficient financing and from inefficient modes of planning and management. The Mais Médicos Program has widened care coverage and made the distribution of primary healthcare doctors more equitable, although it has not resolved the structural problems of the public system.*

**Key words** *Primary Healthcare, Family Health Strategy, Mais Médicos Program, Health policy*

**Resumo** *Análise histórica das políticas de Atenção Primária no Brasil, com ênfase na Estratégia Saúde da Família (ESF) e no Programa Mais Médicos (PMM). Realizaram-se estudos de documentos e dados secundários oficiais, bem como de produção bibliográfica sobre esse tema. Constatou-se que houve consolidação da Atenção Primária como alternativa para o cuidado em saúde para grande parte da população do Brasil. Observaram-se, contudo, entraves estruturais que têm comprometido a efetividade e a sustentabilidade dessa política. Identificou-se que estes obstáculos decorrem, principalmente, do financiamento insuficiente e de modalidades de planejamento e de gestão ineficientes. O Programa Mais Médicos ampliou a cobertura assistencial e tornou mais equitativa a distribuição de médicos na Atenção Básica, não conseguindo, entretanto, resolver problemas estruturais do sistema público.*

**Palavras-chave** *Atenção Primária em Saúde, Estratégia Saúde da Família, Programa Mais Médicos, Política de saúde*

<sup>1</sup> Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. R. Tessália Vieira de Camargo 126, Barão Geraldo. 13083-970 Campinas SP Brasil. gastaowagner@mpc.com.br

<sup>2</sup> Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia MG Brasil.

## Introdução

Este ensaio faz uma análise histórica das políticas de Atenção Primária no Brasil, com ênfase na Estratégia Saúde da Família (ESF) e no Programa Mais Médicos (PMM), tomando como referência normativa<sup>1</sup>, para a interpretação de documentos e eventos, diretrizes, conceitos e experiências do que poderíamos denominar de Sistemas Nacionais de Saúde com base na Atenção Primária à Saúde (APS).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem utilizado a expressão “Sistemas Nacionais de Saúde com base na Atenção Primária” para designar certo ordenamento de políticas de saúde capazes de assegurar o direito universal à saúde<sup>2</sup>. Estas recomendações da OMS sintetizam conhecimentos sobre estratégias metodológicas para funcionamento da Atenção Primária como parte de sistemas de saúde. Neste ensaio, utilizaremos como categorias analíticas ordenadoras da APS as seguintes estratégias e diretrizes originárias desse campo cultural: Rede de Atenção Primária integrada aos sistemas de saúde; cobertura da Atenção Primária tendente à universalidade (80 a 100% da população); integralidade e concepção ampliada sobre processo saúde/cuidado; gestão e planejamento com base em vulnerabilidades e necessidades de saúde – diretriz da equidade; modelo de atenção que integre saberes e práticas de promoção, clínica e de reabilitação; formação integral dos profissionais; práticas em vários cenários: território, instituições, família e cada pessoa; equipes interdisciplinares; coordenação e regulação dos projetos terapêuticos; longitudinalidade e continuidade do cuidado com constituição de vínculo; responsabilidade sanitária; humanização e compartilhamento de práticas de gestão e de cuidado com usuários<sup>3,4</sup>.

### Implementação da Atenção Primária no Sistema Único de Saúde (SUS)

Logo após a publicação das Leis Orgânicas que regulamentaram o SUS<sup>5,6</sup>, o Ministério da Saúde lançou dois programas que podem ser considerados como a primeira política sistemática para a Atenção Primária no Brasil: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1.991<sup>7</sup> e o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994<sup>8,9</sup>.

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. Não houve planejamento sistêmico, a programação de recursos ocorria conforme a adesão estimada de municípios interessados. Dentro desse enquadre não foi possível orientar a implementação progressiva da Atenção Primária obedecendo à diretriz da equidade, isto é, elegendo prioridades segundo populações e regiões mais ou menos vulneráveis. No “Guia Prático do Programa de Saúde da Família”, editado pelo Ministério da Saúde em 2002<sup>10</sup>, comenta-se que “cabe aos prefeitos a decisão política de adotar o PSF”. Em parte, a eleição deste tipo de estratégia se deveu ao caráter federativo de base municipal do Estado brasileiro e ainda à diretriz de descentralização do SUS, que originou os processos de municipalização de responsabilidades e de serviços antes estaduais e federais.

Em realidade, o Programa de Saúde da Família foi apresentado pelo governo federal como uma oferta a que cada cidade ou estado poderia ou não abraçar. O principal fator indutor seria o cofinanciamento, ou seja, a possibilidade de os municípios captarem recursos federais a depender do número de equipes de saúde da família em atividade. Como o crescimento dos serviços dependia da adesão de cada município, o processo ocorreu sem a possibilidade de se priorizar territórios e populações vulneráveis.

A Norma Operacional Básica (NOB) de 1996<sup>11</sup> instituiu 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.

A construção de uma rede de Atenção Primária com amplo acesso, organizada segundo as concepções acima descritas, representou uma reforma institucional e cultural de grandes proporções. Em geral, estas reformas têm provocado conflitos e resistências de grupos que se consideram prejudicados pelas mudanças. Além disto, esta dimensão da reforma sanitária provocou mudanças em cascata que atingiram várias instituições. A Atenção Primária depende de radicais mudanças na formação em saúde e na educação médica, em particular, tradicionalmente voltadas

para as especialidades. Implica em redefinir o papel dos hospitais e serviços especializados, instituir uso mais racional de medicamentos e procedimentos, além de induzir a população a utilizar o sistema de saúde segundo uma lógica diferente da tradicional em que o acesso dos usuários é controlado pelas possibilidades financeiras e não por uma equipe da Atenção Primária.

Em vários outros países, como Espanha, Portugal, Canadá e Inglaterra, houve uma sincronia entre implementação do sistema nacional e a constituição de uma rede de Atenção Primária. Em poucos anos a maioria desses países logrou assegurar acesso a mais de 80% de suas populações.

O modo indutivo de constituição da rede de Atenção Primária no Brasil, pouco comprometido com apoio e gestão, permitiu que o Ministério da Saúde reduzisse sua responsabilidade na elaboração e difusão do PSF e na definição dos padrões de cofinanciamento. 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<sup>12,13</sup>.

Além do mais, não se realizaram planejamentos, de âmbito nacional, que ordenassem o provimento sistemático dos principais recursos indispensáveis para constituição de uma ampla rede de Atenção Primária, potente para alterar o modelo de atenção do SUS e para funcionar como porta de entrada. Sempre houve importante grau de incerteza e de indefinição sobre o provimento regular de pessoal, medicamentos, infraestrutura e equipamentos por parte dos governos federal e estaduais para os encarregados da execução do Programa, os municípios. Até o surgimento do Programa Mais Médicos<sup>14</sup>, em 2013, não se definiram estratégias para a formação em massa de médicos, enfermeiros e outros profissionais para a Estratégia Saúde da Família.

Pois bem, a forma brasileira de implementação de uma rede integral de Atenção Primária, baseada na indução econômica e na iniciativa operacional de cada município, vem produzindo efeitos paradoxais. Se o Programa, depois Estratégia Saúde da Família, encontrou receptividade no Nordeste, o mesmo não aconteceu na região Sudeste. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde<sup>15</sup>, realizada em 2013, 53,4% das famílias brasileiras

estavam cadastradas em Unidades de Saúde da Família (34,8 milhões de domicílios). A região Nordeste apresentava a maior cobertura (64,7%), enquanto a Sudeste apresentava a menor (46%). Neste mesmo inquérito, evidenciou-se que 47,9% dos brasileiros costumam procurar uma Unidade Básica de Saúde quando necessitam de atendimento.

Segundo o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde<sup>16</sup>, entre 1994 e 2002 foram implantadas 16.698 equipes de Saúde da Família, em 4.161 municípios, cobrindo 31,87% da população brasileira; e entre 2003 e 2012 foram implantadas mais 16.706 equipes, totalizando 33.404 e ampliando a cobertura para 54,84% da população, em 5.297 municípios. Estes indicadores de capacidade instalada e de utilização de serviço indicam a crescente importância da Atenção Primária no Brasil.

Ao longo destes primeiros vinte e dois anos do SUS, foram elaboradas novas Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB), uma em 2006 e outra em 2011<sup>17,18</sup>, ambas valorizando a Atenção Primária. A PNAB de 2006<sup>17</sup> alterou o conceito de programa para o de estratégia, tendo em vista a consideração de que o crescimento e a qualificação da Atenção Primária seriam vitais para a consolidação e a sustentabilidade do SUS. A partir desta nova formulação se passou a considerar como fundamental o apoio do nível federal à formação de pessoal para a Atenção Básica, tanto por meio da reformulação dos cursos de graduação em saúde, como pela ampliação dos programas de residência médica e multiprofissional voltados para o trabalho na Atenção Primária. A partir de então, o MS instituiu inúmeros processos, cursos e seminários de educação permanente, ofertados a profissionais dos estados e municípios.

A PNAB de 2011<sup>18</sup> reforçou a incorporação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado em 2008<sup>19</sup>, ampliando o espectro de profissionais que atuam na Atenção Primária com objetivo de aumentar as possibilidades de intervenção sobre determinantes sociais e subjetivos do processo de saúde, aumentando, em decorrência, a capacidade de resolver problemas de saúde da população. Além disto, foi ampliado o conceito de rede de Atenção Primária do SUS, considerando-se não apenas equipes estruturadas segundo os critérios da Estratégia Saúde da Família, mas também Unidades Básicas, denominadas de tradicionais, organizadas, em geral, segundo lógica da Programação em Saúde ou do Pronto Atendimento. Recomendava-se que estes serviços devessem ser, paulatinamente, reformu-

lados para se aproximar da lógica de funcionamento da Estratégia Saúde da Família. A inclusão destes serviços tradicionais elevou “administrativamente” a cobertura oficial da Atenção Básica no país.

Esta PNAB possibilitou a utilização de parte da carga horária dos membros das equipes (até 8 horas semanais) em serviços da rede de urgência do município, realização de especialização em Saúde da Família, residência multiprofissional e/ou de Medicina de Família e de Comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial. Nesse sentido, permitiu a habilitação de equipes com composições mais variadas que a exigência anterior de um médico com dedicação de 40 horas semanais. Tornou-se possível haver dois médicos cadastrados na mesma equipe, com carga horária de 30 horas, ou até mesmo com 20 horas semanais. Neste último caso, haveria redução do repasse financeiro do governo federal ao município. Buscou-se diversificar as ofertas assistenciais na Atenção Básica, considerando populações específicas, como as equipes de Consultórios na Rua e as equipes de Saúde da Família para o atendimento de população ribeirinha da Amazônia Legal e do Pantanal sul-matogrossense.

Todas estas novas formulações da política federal de Atenção Básica não alteraram a abordagem de planejamento e de gestão do Ministério da Saúde, que prosseguiu com mecanismos pouco potentes de indução e de estímulo aos municípios e estados.

Desde sua origem, o PSF adotou perspectiva ampliada do processo de saúde e cuidado e recomendou a abordagem baseada na integralidade, mediante ações possíveis e necessárias nos vários planos desse processo. Sempre se argumentou que a integralidade dependeria da composição multiprofissional das equipes de saúde da família e, mais tarde, dos NASF.

Entretanto, se observa que na prática havia heterogeneidade na forma concreta de operar destas equipes. Como a gestão concreta é exercida pelos municípios, e como as secretarias de saúde têm capacidades de gestão e disponibilidade de recursos muito diferentes, produziu-se heterogeneidade no desempenho dos serviços de Atenção Básica. Encontrou-se grande dificuldade na administração de pessoal, em particular dos médicos. Houve problemas com salários, indisciplina no trabalho e oposição corporativa contra grande parte das diretrizes da atenção primária. O número de equipes com médicos especializados em saúde da família e comunidade sempre

foi baixo, havendo ainda dificuldade no recrutamento e fixação destes profissionais em regiões de grande vulnerabilidade social e sanitária. Na prática, verificou-se descontinuidade local dos serviços, identificando-se três tipos básicos de funcionamento da Estratégia Saúde da Família: algumas unidades básicas organizadas como se fossem serviços de pronto atendimento com baixa resolutividade; outros funcionando de forma burocrática, segundo uma lógica programática devido à influência deste modelo na cultura sanitária brasileira; e, uma parcela, finalmente, operando segundo diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica.

Resultados obtidos nas avaliações do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade de Atenção Básica (PMAQ-AB)<sup>20</sup> evidenciaram que enquanto 93% das equipes de Saúde da Família declaram que reservam vagas em suas agendas para atendimentos no mesmo dia, acolhendo a demanda espontânea, 16,5% das equipes dizem agendar consultas apenas para usuários vinculados às ações programáticas, percentual que aumenta para 21,5% em municípios menores. Se por um lado, 73% das equipes referem realizar atendimentos de urgência e emergência, por outro, 35% dos usuários entrevistados alegaram não procurarem as Unidades Básicas de Saúde (UBS) para atendimentos de urgência e emergência por dois motivos principais: referem que a UBS não atende urgência e emergência ou porque as unidades estavam fechadas no momento da procura<sup>21</sup>. A respeito da dimensão *vínculo*, uma das diretrizes da Atenção Primária e da Estratégia Saúde da Família, os resultados apontam que 65% dos usuários referem que sempre são atendidos pelo mesmo médico, enquanto 19% são atendidos na maioria das vezes e 17% nunca ou quase nunca<sup>22</sup>. Sobre o acolhimento, os resultados mostram ampla capilarização dessa tecnologia no território brasileiro. Enquanto 80% das equipes disseram ter implantado o acolhimento, passando a fazer a escuta e a avaliação de toda a demanda, somente 47,8% demonstraram a existência de protocolos de avaliação de risco e de vulnerabilidade como orientação<sup>23</sup>.

Em experiências de APS em outros países tem-se observado a adoção de modelos de gestão que combinam um importante grau de autonomia dos profissionais com estratégias de controle centradas nos usuários e em sistemas participativos de avaliação de resultados<sup>24,25</sup>. No Brasil, particularmente em cidades com terceirização da APS por meio das Organizações Sociais (OS), mas não somente, observam-se dois fenômenos

polares, mas igualmente nocivos. Ou processos de gestão com baixa governabilidade sobre as redes e, principalmente, sobre o trabalho médico; ou instituição de rígidos sistemas de definição de metas centradas em procedimentos, constituindo desvios denominados de “gerencialismo”<sup>26-28</sup>.

Temos admitido a impossibilidade dos municípios, isolados, conseguirem desenvolver uma política de pessoal adequada para a Atenção Primária. Esta impossibilidade seria decorrente de restrições financeiras, que repercutiriam sobre a capacidade de recrutamento e de fixação de pessoal, impedindo constituição de carreiras e de sistema de aposentadoria. Em resumo: parece-nos insuficiente e limitado construir políticas para a formação de pessoal, e mesmo para a educação permanente, a partir de esforço autônomo dos municípios.

Houve também dificuldade para se lograr um funcionamento da Atenção Primária em rede de serviços integrada com diferentes complexidades e com distintos papéis. Em decorrência, é também reduzida a capacidade de coordenação e de regulação dos médicos e das equipes da Atenção Básica. Esta debilidade está provavelmente relacionada com a impossibilidade de organização das regiões de saúde como instâncias de planejamento e de gestão do SUS. Apesar da recente legislação que instituiu o Contrato Organizativo de Ação Pública<sup>29,30</sup>, pouco se tem avançado na integração das redes temáticas e dos serviços por regiões de saúde. Outro fator que determina a baixa capacidade de coordenação da ESF é a pouca governabilidade do SUS sobre a rede hospitalar própria, contratada e das universidades. Em várias capitais, cidades médias e grandes, é frequente se observar dois sistemas de gestão e de regulação para a rede hospitalar e de atenção primária. Em geral, a rede básica é dirigida pelo município e os hospitais estão sob o comando estadual e, rara vez, sobre regulação municipal. Além disto, a política de Atenção Primária no Brasil foi inicialmente concebida como sendo um programa, termo que evidencia a perspectiva de que a Estratégia Saúde da Família se organizaria de modo vertical, como rede isolada de outras redes temáticas do SUS.

### **O Programa Mais Médicos**

O Programa Mais Médicos (PMM), iniciado em 2013, significou tanto uma continuidade do esforço de consolidação da Política Nacional de Atenção Básica, quanto apresentou elementos de rompimento com essa tradição.

Uma primeira mudança qualitativa do PMM foi a maior interferência do Ministério da Saúde na Atenção Básica, competência quase que exclusivamente municipal. O PMM vem sendo realizado em articulação com municípios, mas o protagonismo do nível federal é maior em diversas dimensões. Para esse Programa, finalmente, o MS realizou planejamento nacional, responsabilizando-se pela execução de grande parte das ações definidas no plano.

A primeira destas dimensões de intervenção direta do MS se referiu ao recrutamento, distribuição, remuneração e formação de médicos, realizados diretamente pelo MS, ainda que com algum grau de negociação com os entes federados. Mediante processo seletivo nacional, o MS conseguiu em curto espaço de tempo, incluir no SUS e na Atenção Básica mais de 18.000 profissionais em um espaço de dois anos. Parte importante destes médicos foi recrutada mediante cooperação internacional tripartite entre a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), governo de Cuba e o governo brasileiro, depois de um período de inscrição para médicos formados no Brasil e em outros países, em que a necessidade de profissionais não foi suprida. Os médicos originários de Cuba, ao contrário da maioria dos médicos brasileiros que trabalham na Atenção Básica, tinham formação e experiência específica na Atenção Primária e Medicina de Família e Comunidade.

Tem sido grande a influência destes profissionais no cotidiano da Atenção Básica brasileira, principalmente por adotarem um padrão de responsabilidade sanitária que lhes tem propiciado construir vínculo e interação com usuários. Estudo avaliativo<sup>31</sup> realizado em 32 municípios participantes do Programa constatou que 94,1% dos usuários entrevistados avaliaram a consulta do médico do programa como “muito boa” e “boa”; 98,1% declararam que o médico ouviu com atenção todas as suas queixas e 87% relatou que compreendeu as explicações e indicações que o médico forneceu sobre a doença e o tratamento. Os autores afirmam que “os usuários estranharam, positivamente, que os médicos cubanos visitam a casa deles para verificar as condições de vida e assim melhor compreender os determinantes sociais da saúde”<sup>32</sup>.

Entretanto, esta deliberação de contratar médicos estrangeiros sem o exame de revalidação de títulos, agravado pelo fato da maioria ser originária de Cuba, gerou um conflito político e ideológico acirrado, em que entidades médicas assumiram oposição radical ao governo da presidente Dilma, responsável pelo PMM<sup>33,34</sup>.

Outra diferença qualitativa do PMM foi exatamente essa disposição do governo federal em redefinir a relação do SUS com a categoria médica, tanto em relação ao fato acima citado, quanto pelas mudanças na reorientação da formação médica que a Lei nº 12.871/2013<sup>14</sup> determina para todas as escolas médicas, novas e já existentes, públicas e privadas. Define também mudanças na lógica da expansão de vagas de graduação em Medicina. A demanda passou a ser regulada e planejada pelo Estado em função da necessidade social da oferta da formação médica. A nova lógica aponta para a interiorização dos cursos e para uma distribuição mais equitativa entre as regiões do Brasil, buscando reduzir as diferenças regionais em proporção de médicos e vagas de graduação por habitantes. No entanto, tem sido observado que esta expansão vem se realizando principalmente por meio de escolas de medicina privada, com custos inacessíveis para grande parte das famílias, o que indicaria objetivos não explícitos de realizar controle do mercado de trabalho médico por meio do aumento da oferta de profissionais.

Ratificando a Lei do Mais Médicos, o Conselho Nacional de Educação aprova as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina<sup>35</sup>, em 2014, que determina reformulação do currículo médico, com ampliação dos campos de saber e de prática da Saúde Coletiva, Saúde Mental, Urgência/Emergência, Atenção Básica e Saúde da Família. Determina que, no mínimo, 30% do internato (que deve corresponder a, pelo menos, dois anos da formação) aconteça na Atenção Básica e em serviços de urgências do SUS. Essa mudança, caso venha a ocorrer de fato, articulada à inserção dos estudantes desde o início do curso em unidades básicas de saúde e outros serviços, na lógica da integração ensino-serviço-comunidade, promoveria uma aproximação com o sistema de saúde, necessária para a aquisição de competências, habilidades e atitudes adequadas a uma prática médica voltada para as necessidades de saúde da população. Esse componente legal do Programa Mais Médicos vem sofrendo forte resistência da maioria do movimento médico e de outros setores conservadores.

Além disto, a Lei restringiu o controle das associações de especialidades médicas sobre os programas de residência médica. Até o PMM, a construção do SUS não havia produzido um conflito explícito com grande parcela dos médicos e de suas entidades. Parte deste conflito foi atenuada pela instituição de pontuação (discriminação positiva) nos concursos de residência para médi-

cos que estiveram, pelo menos, um ano no PMM ou no PROVAB (Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica)<sup>36</sup>. Outro componente deste conflito com as especialidades e entidades médicas decorre da necessidade de o Estado brasileiro construir condições para planejar e regular a quantidade e a formação de médicos especialistas. A Lei do PMM determinou a criação do Cadastro Nacional de Especialistas, que permite centralizar informações sobre formação e distribuição de especialistas em todo o Brasil, dados estes que, estranhamente, nenhum órgão do governo federal possuía até o momento<sup>37</sup>.

Complementando as propostas de mudanças da graduação de Medicina, o PMM traz significativas mudanças nas diretrizes para formação de especialistas. A principal delas é a priorização da especialidade Medicina de Família e Comunidade (que passa a ser chamada também de Medicina Geral de Família e Comunidade - MGFC). A Lei do Mais Médicos estabelece que esta residência dará acesso a todas as especialidades que não são de acesso direto (que são apenas dez). Ou seja, para o médico entrar na maioria dos programas de residência disponíveis atualmente, deverá fazer um ou dois anos da Residência de Medicina de Família e Comunidade. Ao colocar a medicina de família como a especialidade central na formação de especialistas, o Estado brasileiro aproxima-se da maioria dos países com sistemas públicos de saúde no mundo<sup>38-41</sup>. Concomitantemente, garante a médio e longo prazo, o provimento de médicos de família e comunidade (formados e em formação) na maioria das unidades básicas de saúde, que hoje não contam com médicos com essa formação.

Outro aspecto relevante deste Programa foi a possibilidade de se planejar a distribuição destes novos médicos para a Atenção Básica segundo critérios de equidade, vulnerabilidade social e de populações específicas. Mesmo após 28 anos da aprovação dos princípios e diretrizes do SUS na Constituição Federal, diversos obstáculos impedem sua efetivação, principalmente quando analisamos as iniquidades sociais e as desigualdades regionais<sup>42,43</sup>. Pesquisas mostram que populações residentes em áreas de extrema pobreza, sejam elas distantes de grandes centros ou nas periferias de regiões metropolitanas, áreas de difícil acesso, populações indígenas, ribeirinhas, quilombolas, povos do campo e da floresta, em geral têm muito mais dificuldade à atenção à saúde, inclusive aos serviços de Atenção Básica<sup>44,45</sup>.

O SUS vêm implementando políticas de promoção da equidade, com o objetivo de diminuir

as vulnerabilidades a que certos grupos populacionais estão mais expostos, resultantes da determinação social da saúde como escolaridade e renda, as condições de habitação, acesso à terra, à água e ao saneamento, à segurança alimentar e nutricional, os conflitos interculturais e preconceitos com o racismo, as homofobias e o machismo, entre outros<sup>46</sup>.

Entretanto, persistia o desafio do acesso à rede de saúde, inclusive à Atenção Básica. O provimento emergencial de médicos aos locais mais vulneráveis do Brasil e historicamente desprovidos destes profissionais impacta significativamente na redução das iniquidades em saúde. Resultados obtidos pela avaliação do governo e de grupos de pesquisadores evidenciam essa redução das iniquidades. Se por um lado, dados quantitativos da adesão dos municípios ao Programa mostram a real necessidade de médicos, por outro, dados qualitativos da satisfação dos usuários demonstram a eficácia das ações, impactando no cuidado às pessoas. A respeito da abrangência do Programa, os 18.240 profissionais estão em 81% dos municípios brasileiros, em todas as 27 capitais de estados, em todos os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), em 87% dos municípios de regiões metropolitanas e em 82% dos municípios com maior proporção de pessoas em extrema pobreza<sup>37</sup>. Um dos estudos que destacam a redução das iniquidades, buscando ouvir comunidades quilombolas do Rio Grande do Norte e do Pará, relata que as mudanças mais destacadas pelos usuários quilombolas se relacionam à presença constante dos médicos nas UBS, à maior facilidade no agendamento das consultas, ao aumento de visitas domiciliares e às características diferenciadas da prática clínica. Para os usuários, há uma maior organização dos agendamentos e a consulta médica é diferente dos outros médicos que atuaram nas UBS. Vários participantes destacaram que a chegada dos médicos às UBS tornou mais ágil o processo de retorno e o acompanhamento das doenças crônicas. Relatam também a participação em grupos de prevenção, que não existiam antes<sup>47</sup>.

### Limites do Programa Mais Médicos

Entretanto, apesar do impacto positivo do PMM sobre a expansão e a qualificação da Atenção Primária no Brasil, ele não conseguiu interferir em entraves estruturais da Política Nacional de Atenção Básica. Em primeiro lugar, porque o PMM tem caráter provisório, depende de renovação a cada três anos. Em segundo, porque se construiu um tipo de contrato de trabalho também precário, em que os médicos são remunerados por bolsa (definida em um valor atrativo), o que exigiu que o contrato estabelecido fosse um misto de trabalho e de espaço de formação. Os bolsistas estão obrigados a realizar um curso à distância e recebem supervisão e tutoria de médicos com experiência em Atenção Primária. Infelizmente, o sistema de supervisão e de tutoria se dirigiu apenas aos “alunos” e não a toda equipe em que estes médicos estão inseridos. Observa-se um descuido com modelos de gestão que, ao reconhecer o trabalho de saúde como uma práxis, combinem estratégias de assegurar autonomia e responsabilidade sanitária.

O PMM também não se propôs a alterar o isolamento da Atenção Básica e, portanto, a baixa capacidade do exercício da regulação e de coordenação dos médicos e equipes sobre o sistema de saúde. Apesar da ampliação do investimento em infraestrutura, ainda é insuficiente e muito dependente da capacidade de gestão dos municípios.

Tampouco avança na definição de carreiras para o SUS. A rotatividade profissional dos trabalhadores da saúde, principalmente ocasionado pelos vínculos empregatícios precários e instáveis e pela terceirização da gestão dos serviços de saúde. Permanece o desafio de se ampliar o olhar para além da assistência médica, buscando a interprofissionalidade e a intersetorialidade, mudança dos modelos gerencialistas de gestão e atenção, trazendo maior olhar da clínica ampliada e da promoção da saúde.

A defesa do PMM depende, portanto, do enfrentamento destes entraves estruturais.

## Referências

- Habermas J. *Teoria do Agir Comunicativo: racionalidade da ação e racionalização social*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes; 2012.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). *Relatório Mundial de Saúde 2008: atenção primária em saúde agora mais do que nunca*. Genebra: OMS; 2008.
- Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde (MS); 2002.
- Campos GWS, Coser A, Guerrero AVP, Cunha GT. Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. *Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rosthschild; 2008. p. 132-153.
- Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1.990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.
- Brasil. Lei nº. 8.142 de 28 de Dezembro de 1.990. 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. *Diário Oficial da União* 1990; 28 dez.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº. 1.886 de 18 de Dezembro de 1.997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União* 1997; 18 dez.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Fundação Oswaldo Cruz. *Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados*. Brasília: MS; 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Memórias da Saúde da Família no Brasil*. Brasília: MS; 2010.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Guia prático do Programa Saúde da Família*. Brasília: MS; 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). NOB-SUS 01/1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde: Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. *Diário Oficial da União* 1996; 6 nov.
- Castro ALB, Machado CV. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cad Saude Publica* 2010; 26(4):693-705.
- Mendes A, Marques RM. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate* 2014; 38(103):900-916.
- Brasil. Lei 12.871 de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2013; 22 out.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde. Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde, Acidentes e Violências*. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Histórico da cobertura da Saúde da Família*. [acessado 2016 jun 19]. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 648/GM de 28 de Março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2006; 28 mar.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2011; 21 out.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria Nº 154, de 24 de Janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. *Diário Oficial da União* 2008; 24 jan.
- Brasil. Portaria n. 1.654 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. *Diário Oficial da União* 2011; 19 jul.
- Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM; Seidl H, Gagno J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde Debate* 2014; 38(n. esp.):13-33.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica*. [acessado 2016 jun 20]. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao\\_pmaq2.php?conteudo=resultado\\_avaliacaoFORM](http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php?conteudo=resultado_avaliacaoFORM).
- Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde Debate* 2014; 38(n. esp.):358-372.



24. Conill EM. Sistemas comparados de saúde. In: Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz; 2014. p. 563-613.
25. Silva VC, Escoval A, Hortale VA. Contratualização na Atenção Primária à Saúde: a experiência de Portugal e Brasil. *Cien Saude Colet* 2014; 19(8):3593-3604.
26. Barbosa NB, Elias PEM. As Organizações Sociais de Saúde como forma de gestão público/privado. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2483-2495.
27. Ditterich RG. *A contratualização como ferramenta de gestão e organização da atenção primária à saúde: avanços, dificuldades e desafios* [tese]. Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná; 2011.
28. Conill EM. Sobre os impasses dos usos da avaliação para a gestão: não é preciso inventar, nem basta simplificar. *Cien Saude Colet* 2012; 17(4):834-836.
29. Brasil. Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2011; 28 jun.
30. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. *Guia para a elaboração do Contrato Organizativo da Ação Pública: construindo o COAP passo a passo*. Brasília: MS; 2014.
31. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Cien Saude Colet* 2015; 20(11):3547-3552.
32. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Municípios de pobreza extrema melhoram a resposta dos serviços de saúde com o Programa Mais Médicos, segundo pesquisa da Universidade de Brasília. [acessado 2016 jun 20]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/municipios-de-pobreza-extrema-melhoram-a-resposta-dos-servicos-de-saude-com-o-programa-mais-medicos-segundo-pesquisa-da-universidade-de-brasil/>.
33. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). *Entidades médicas acionam Justiça contra Medida Provisória*. [acessado 2016 jun 20]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=1757>.
34. Conselho Regional de Medicina do Estado do Espírito Santo (CRM-ES). O Programa Mais Médicos e o CFM. [acessado 2016 jun 20]. Disponível em: [http://www.crmes.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=21106:o-programa-mais-medicos-e-o-cfm&catid=3:noticias&Itemid=462](http://www.crmes.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21106:o-programa-mais-medicos-e-o-cfm&catid=3:noticias&Itemid=462)
35. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2014; 20 jun.
36. Brasil. Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. *Diário Oficial da União* 2011; 2 Set.
37. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros*. Brasília: MS; 2015.
38. Oliveira FP, Viana T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, Matos MFM, Cyrino EG. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(54):623-634.
39. Chopra M, Munro S, Lavis JN, Vist G, Bennett S. Effects of policy options for human resources for health: an analysis of systematic reviews. *Lancet* 2008; 371(9613):668-674.
40. Buyck P, Humphreys J, Wakerman J, Pashen D. Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: towards evidence-based policy. *Aust J Rural Health* 2010; 18(3):102-109.
41. Viscomi M, Larkins S, Gupta T. Recruitment and retention of general practitioners in rural Canada and Australia: a review of the literature. *Can J Rural Med* 2013; 18(1):13-23.
42. Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Cien Saude Colet* 2007; 12(2):301-306.
43. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet* 2011; 377(9779):1778-1797.
44. Cavalcante IMS. *Acesso e Acessibilidade aos Serviços de Saúde em Três Quilombos da Amazônia Paraense: um olhar antropológico* [dissertação]. Belém: Universidade Federal do Pará; 2011.
45. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Cien Saude Colet* 2006; 11(4):975-986.
46. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Políticas de promoção da equidade em saúde*. Brasília: MS; 2013.
47. Pereira LL, Silva HP, Santos, LMP. Projeto Mais Médicos para o Brasil: estudo de caso em comunidades quilombolas. *Revista da ABPN* 2015; 7(16):28-51.