

TEXTO para DISCUSSÃO

POLÍTICAS PÚBLICAS

MARÇO/2021

0011

A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL:

Uma análise crítica e documental

Conceição de Maria Silva

TEXTO para DISCUSSÃO

Brasília, março de 2021



0011

POLÍTICAS PÚBLICAS

A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL:

Uma análise crítica e documental¹

Conceição de Maria Silva²

¹ O presente texto teve origem no trabalho de conclusão de curso da Especialização em Avaliação de Políticas Públicas realizada pelo Instituto Serzedello Corrêa (ISC/TCU) em parceria com o Centro de Formação Treinamento e Aperfeiçoamento (Cefor/Câmara dos Deputados) e com o Instituto Legislativo Brasileiro (ILB/Senado Federal). O trabalho foi orientado pelo Prof. Dr. Fábio de Barros Correia Gomes.

² Conceição de Maria Silva - Pós graduada em Especialização e Avaliação de Políticas Públicas, pelo ISC-TCU/CEFOR/ILB, graduada em Administração pela UNIDF. É Chefe de Gabinete e Assessora de Orçamento na Câmara dos Deputados.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

MINISTROS

José Mucio Monteiro (Presidente)
Ana Arraes (Vice-presidente)
Walton Alencar Rodrigues
Benjamin Zymler
Augusto Nardes
Aroldo Cedraz de Oliveira
Raimundo Carreiro
Bruno Dantas
Vital do Rêgo

MINISTROS-SUBSTITUTOS

Augusto Sherman Cavalcanti
Marcos Bemquerer Costa
André Luís de Carvalho
Weder de Oliveira

MINISTÉRIO PÚBLICO JUNTO AO TCU

Cristina Machado da Costa e Silva (Procuradora-Geral)
Lucas Rocha Furtado (Subprocurador-geral)
Paulo Soares Bugarin (Subprocurador-geral)
Marinus Eduardo de Vries Marsico (Procurador)
Júlio Marcelo de Oliveira (Procurador)
Sérgio Ricardo Costa Caribé (Procurador)
Rodrigo Medeiros de Lima (Procurador)

DIRETOR GERAL

Fábio Henrique Granja e Barros

**DIRETORA DE RELAÇÕES INSTITUCIONAIS,
PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**

Flávia Lacerda Franco Melo Oliveira

**CHEFE DO DEPARTAMENTO DE
PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**

Clémens Soares dos Santos

CONSELHO ACADÊMICO

Maria Camila de Ávila Dourado

Tiago Alves de Gouveia Lins Dutra

Marcelo da Silva Sousa

Rafael Silveira e Silva

Pedro Paulo de Morais

PROJETO GRÁFICO E CAPA

Núcleo de Comunicação – NCOM/ISC

Texto para Discussão

A coletânea “Textos para discussão” é uma publicação seriada que divulga resultados de estudos e pesquisas desenvolvidos no âmbito do Programa de Pesquisas do Instituto Serzedello Corrêa com vistas a ampliar as discussões com a comunidade científica e a disseminação de trabalhos de interesse para a Administração Pública. As publicações do ISC estão disponíveis gratuitamente em: <https://portal.tcu.gov.br/instituto-serzedello-correa/>.

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto Serzedello Corrêa ou do Tribunal de Contas da União. É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

Ficha Catalográfica

Texto para discussão / Instituto Serzedello Corrêa. – Brasília:
ISC/TCU, 2020-.

ISSN

1. Brasil. 2. Políticas Públicas. I. Instituto Serzedello Corrêa.

CDU 32
CDD 320

Resumo

Este trabalho teve como objetivo estudar a importância dos programas governamentais para a efetividade da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, por meio de uma análise crítica e documental do Programa Mais Médicos (PMM), que foi criado e implantado pelo Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Educação (ME), com o objetivo de melhorar o atendimento, a infraestrutura e a formação de médicos na APS. O Sistema Único de Saúde (SUS), que é o sistema de financiamento público de saúde no Brasil, desde a sua criação, nunca conseguiu atender, de forma satisfatória, em parte da sua responsabilidade, a demanda de atendimento e assistência à saúde. Vem se mantendo a ocorrência de situações graves de atendimentos insatisfatórios e de omissão, que geram uma incipiente eficácia, eficiência e efetividade, em algumas atribuições, nessa essencial atividade governamental, tanto em nível estadual e municipal. O SUS, criado a partir da Constituição Federal de 1988, padece ainda de prementes melhorias no que tange, principalmente, ao acesso ao atendimento de média e alta complexidade, que necessita de profissionais especialistas. Para a elaboração deste trabalho optou-se pela abordagem qualitativa e os métodos hipotético e dedutivo, obtendo dados e informações provenientes de revisão bibliográfica em sítios eletrônicos governamentais, de plataformas de trabalhos acadêmicos, de livros e revistas especializadas, além da citada análise crítica e documental do PMM. Após a análise crítica, percebeu-se a importância dos programas governamentais para a efetividade da APS no Brasil, tendo com estudo de caso uma análise crítica e documental do PMM implantado pelo Governo Federal.

Palavras-chave: Programas Governamentais; Atenção Primária à Saúde; Programa Mais Médicos; Sistema Único de Saúde; Governo Federal.

Abstract

This study aimed to study the importance of government programs for the effectiveness of Primary Health Care (PHC) in Brazil, through a critical and documentary analysis of the Mais Médicos Program (PMM), which was created and implemented by the Ministry of Health (MS) and Ministry of Education (ME), with the objective of improving the service, infrastructure and training of doctors in PHC. The Unified Health System (SUS), which is the public health financing system in Brazil, since its creation, has never been able to satisfactorily meet, in part of its responsibility, the demand for health care and assistance. Serious situations of unsatisfactory attendance and omission have been maintained, generating incipient efficacy, efficiency and effectiveness, in some attributions, in this essential governmental activity, both at the state and municipal levels. SUS, created from the Federal Constitution of 1988, still suffers from urgent improvements in terms of access to medium and high complexity care, which requires specialist professionals. For the elaboration of this work, a qualitative approach and hypothetical and deductive methods were chosen, obtaining data and information from bibliographic review on government websites, academic work platforms, books and specialized magazines, in addition to the aforementioned critical and documentary analysis. of the PMM. After the critical analysis, it was realized the importance of government programs for the effectiveness of PHC in Brazil, having with case study a critical and documentary analysis of the PMM implemented by the Federal Government.

Keywords: Government Programs; Primary Health Care Mais Médicos Program; Unified Health System; Federal government.

Lista de quadros

Quadro 1 – Algumas diferenças entre o PMM e o PMB.....	24
Quadro 2 – 20 recomendações que servem como guia para qualquer gestor poder fortalecer a APS e o SUS.	26

Lista de abreviaturas e siglas

AMB	Associação Médica Brasileira
APS	Atenção Primária à Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFM	Conselho Federal de Medicina
CRM	Conselho Regional de Medicina
CREMESP	Conselho Regional de Medicina de São Paulo
CGU	Controladoria-Geral da União
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ME	Ministério da Educação
MS	Ministérios da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos
PMB	Programa Médicos pelo Brasil
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
USF	Unidades de Saúde da Família
UOM	Unidades de Saúde Fluviais e Unidades Odontológicas Móveis

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	11
2.	PROBLEMA E JUSTIFICATIVA	14
3.	OBJETIVOS	15
3.1.	Objetivo geral	15
3.2.	Objetivos específicos	15
4.	METODOLOGIA	16
5.	DESENVOLVIMENTO	17
5.1.	A Atenção Primária de Saúde do Sistema Único de Saúde e o Programa Mais Médicos_	17
5.2.	A necessidade de melhorias na Atenção Primária de Saúde do Sistema Único de Saúde	24
6.	ENTREVISTA COM O DOUTOR ERNO HARZHEIM	29
7.	ANÁLISE CRÍTICA E DOCUMENTAL DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS	33
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho estudou a importância dos programas governamentais para a efetividade da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, por meio de estudo de caso, incluindo uma análise crítica e documental do Programa Mais Médicos (PMM). Esse programa foi criado com o objetivo de melhorar o atendimento e a infraestrutura na APS e foi implantado pelo Ministérios da Saúde (MS) e pelo Ministério da Educação (ME) do Governo Federal.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem usado a expressão “Sistemas Nacionais de Saúde com base na Atenção Primária” para designar determinado ordenamento de políticas que possam assegurar o direito universal à saúde. Estas recomendações da OMS agrupam conhecimentos sobre estratégias de procedimentos e métodos para funcionamento da Atenção Primária como parte de sistemas de saúde (OMS, 2008).

No ano de 2013, o Brasil possuía cerca de 400 mil médicos, que correspondia a uma taxa de aproximadamente 2 médicos para cada 1.000 habitantes. A maior densidade encontrada de médicos estava concentrada nas regiões mais desenvolvidas e ricas do país, aparecendo a região Sudeste com a maior taxa de médicos, 2,67 por 1.000 habitantes, enquanto a região Norte apresentava apenas 1,01 médico por 1.000 habitantes (SCHEFFER, 2013).

Essa desarmonia geográfica na distribuição de médicos profissionais influenciou no movimento denominado “Cadê o médico”, que foi liderado pela Frente Nacional dos Prefeitos, no ano de 2013. Naquele mesmo ano, movimentos sociais foram para as ruas, nas chamadas “Jornadas de Junho”, que, com pautas formadas pelas mais diversas reivindicações, demandavam do poder público soluções em diversas áreas, tais como: educação, mobilidade urbana, direitos das minorias, segurança pública, democratização da mídia, entre outras. O movimento também trouxe à tona a insatisfação das populações em relação à qualidade dos serviços públicos de saúde, sendo esse assunto destaque em muitas revistas e jornais da mídia de massa (MACEDO, 2016).

O clima nacional (national mood), nitidamente evidenciado pela insatisfação das populações, mostrou um cenário favorável para a composição da agenda. De forma paradoxal, o ambiente de revolta das pessoas foi capaz de pacificar o cenário político entre o Executivo

e o Legislativo, a ponto de propiciar um processo célere e incontestado de aprovação do PMM (GONÇALVES JUNIOR, 2017).

Da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que instituiu o PMM, em seu art. 1º, deve-se condensar:

Art. 1º 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:

- diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;
- 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;
- ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;
- 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;
- VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS (BRASIL, 2020a).

Como fração do SUS, a elaboração e implementação de um programa nos modelos do PMM deveria ter levado em consideração o direito à saúde em sua universalidade, equidade e integralidade. Visando atender às demandas que provocaram sua criação, o PMM contou com 3 eixos norteadores, que contemplaram ações a serem desenvolvidas no curto, médio e longo prazo.

O 1º eixo aborda o Provimento Emergencial, por meio da contratação de forma imediata de médicos, por meio do Projeto Mais Médicos para o Brasil. No ano de 2015, no balanço de 2 anos do PMM, o programa possuía 18.240 médicos em 4.058 municípios do Brasil; dessa forma, cobria 73% das cidades do país e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, assegurando assistência médica a cerca de 63 milhões de brasileiros (BRASIL, 2015b).

O 2º eixo relaciona-se à educação. Com a implantação do PMM houve uma robusta reestruturação na composição médica do Brasil. A Lei nº 12.871/2013, que criou o PMM, estabeleceu que o Conselho Nacional de Educação passasse a cobrar das escolas médicas, até o ano de 2015, adequação às novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina, ação esta que veio alterar profundamente a formação de médicos e especialistas.

Esse eixo tinha a intenção de enfrentar de forma contínua a ausência de médicos e resolver, de modo definitivo, o *déficit* de profissionais do Brasil. Desse modo, dentro do PMM há um plano de expansão da graduação e da residência médica. Até o ano de 2017, o Governo Federal definiu como meta criar 12,4 mil vagas de residência, 11,5 mil novas vagas de graduação e até 2015 já tinham sido criadas mais 5 mil em residência médica e mais de 5 mil vagas de graduação (BRASIL, 2015b).

O 3º Eixo trata da infraestrutura, por meio da edificação, ampliação e reforma das unidades básicas de saúde. Foram investidos até o ano de 2015, mais de R\$ 5 bilhões para o financiamento de 26 mil obras, por volta de 5 mil municípios do Brasil. É relevante salientar que 45 dessas obras são de UBS fluviais, isto é, possuem o intuito levar médicos em regiões onde antes não existia. De toda infraestrutura almejada, de acordo com os dados oficiais do PMM, até o ano de 2015, cerca de 10,5 mil obras estavam edificadas e outras 10 mil achavam-se em fase de execução. A partir dos 3 eixos, pode-se observar que o PMM teve como intenção alterar de modo amplo toda uma estrutura em vigor, perpassando pela capacitação médica no Brasil, pela contratação de modo imediato de profissionais e, também pela oferta da infraestrutura essencial para viabilizar a tão pretendida universalização do direito à saúde (BRASIL, 2015b).

O SUS, que é o sistema de financiamento público de saúde no Brasil, desde a sua criação, nunca conseguiu atender, de forma satisfatória, a demanda de atendimento e assistência à saúde da população, mantendo a ocorrência de situações indesejáveis de atendimentos insatisfatórios e de omissão que produzem uma incipiente eficácia, eficiência e efetividade nessa fundamental atividade governamental (MENDES, 2015).

De acordo com Pinto *et al* (2014), o PMM foi desenvolvido num momento de relevante inflexão do Brasil, em que a ABS foi priorizada, contrariamente aos programas com foco em medicina especializada. O PMM também teve como prioridade a resolução visando ampliar e expandir a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual vinha demonstrando dificuldades de manter e, também de atrair médicos para as equipes em áreas mais afastadas dos grandes centros urbanos.

Em relação à APS, desde a implementação do SUS no Brasil, deve-se reconhecer que existiu avanço e algum aperfeiçoamento desse atendimento primário à população, e por consequência, reduziu a pressão sobre o referido sistema.

2. PROBLEMA E JUSTIFICATIVA

A APS do SUS possui relevante importância de assistência à saúde da população brasileira e consegue diminuir a pressão no Sistema, devido a esse atendimento inicial. No entanto, existe a visível necessidade de se identificarem as deficiências dessa assistência, analisando os gargalos da política pública. Sendo o PMM um mecanismo de atendimento da APS, esse deve ser continuamente melhorado, visando aumentar a eficácia, eficiência e efetividade dos serviços prestados à população brasileira. Logo, uma análise crítica e documental pode ser fundamental para a percepção das inconformidades verificadas, gerando ações de aperfeiçoamentos prementes.

A APS do SUS carece de melhorias no que tange ao atendimento à população brasileira?

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Identificar a importância dos programas governamentais para a efetividade da APS no Brasil, tendo como estudo de caso uma análise crítica e documental do PMM, para identificar as deficiências do Programa, que foi criado com o objetivo de melhorar o atendimento e a infraestrutura na APS, implantado pelos Ministérios da Saúde – MS e da Educação - ME, do Governo Federal.

3.2. Objetivos específicos

Constituem objetivos específicos do trabalho:

- Levantar dados e informações sobre a APS do SUS e realizar uma análise crítica e documental sobre o PMM;
- Identificar a necessidade de melhorias na APS do SUS;
- Refletir sobre a importância dos programas governamentais, na esfera federal, para a elaboração, implantação e implementação de políticas públicas.

4. METODOLOGIA

Para a elaboração deste trabalho escolheu-se a abordagem qualitativa e os métodos hipotético e dedutivo, obtendo dados e informações provenientes de revisão bibliográfica em sítios eletrônicos governamentais, de plataformas de trabalhos acadêmicos, livros e revistas especializadas, além da citada análise crítica e documental do PMM em 2019.

5. DESENVOLVIMENTO

5.1. A Atenção Primária de Saúde do Sistema Único de Saúde e o Programa Mais Médicos

A APS é o primeiro nível de atenção em saúde do SUS e representa um rol de ações de saúde, no âmbito coletivo e individual, que engloba a proteção e a promoção da saúde, o diagnóstico, a prevenção de agravos, a redução de danos, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde com a intenção de desenvolver uma atenção integral que impacte, de forma positiva, na situação de saúde das coletividades (BRASIL, 2020c).

Trata-se da essencial porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção desse sistema, devendo seguir os princípios da universalidade, da continuidade do cuidado, da responsabilização, da acessibilidade, da integralidade da atenção, da equidade e da humanização. Isso quer dizer que a APS funciona como um filtro que pretende organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos (BRASIL, 2020c).

No Brasil, a APS é executada com o mais elevado grau de capilaridade e descentralização, acontecendo no local mais próximo da vida dos indivíduos. Existem diversas estratégias públicas correlacionadas, sendo que uma delas, a ESF, oferta serviços multidisciplinares às populações, por meio das Unidades de Saúde da Família (USF), por exemplo. Consultas, vacinas, exames, radiografias e demais procedimentos são ofertados aos usuários nas USF. Atualmente, há uma Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (Casaps) para apoiar os gestores nos municípios na tomada de decisões e levar às comunidades o conhecimento do que achar na APS. Ela engloba outras iniciativas também, como: o Programa Saúde na Hora e o Médicos pelo Brasil (BRASIL, 2020c).

Esse trabalho é executado nas USF, Academias de Saúde, Unidades de Saúde Fluviais e Unidades Odontológicas Móveis (UOM). Entre o rol de iniciativas da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps), para levar saúde à população no ambiente em que vive, estão o Previne Brasil, o Programa Saúde na Hora, a Estratégia Saúde da Família, o Médicos pelo Brasil, entre outros programas, estratégias e ações (BRASIL, 2020d).

A APS é um modo de organizar o atendimento de saúde de maneira a atender à maior parte das demandas de uma população de modo regionalizado, contínuo e sistematizado. Isso é realizado integrando ações preventivas e curativas no atendimento. A primeira definição de

APS apareceu após a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 1978 (PREVIA, 2020).

O documento emitido ao final do evento, denominado Declaração de Alma-Ata, estabelece que os cuidados iniciais de saúde são consubstanciados em procedimentos metodológicos e tecnologias práticas, socialmente aceitáveis e cientificamente bem fundamentadas, disponibilizadas ao alcance universal de pessoas e famílias da comunidade, por meio de sua plena participação e a um custo que a comunidade e a nação possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de automedicação e autoconfiança (PREVIA, 2020).

Conforme a conceituação da OMS, a APS representa o primeiro nível de contato com o sistema, responsável por conduzir os cuidados de saúde o mais próximo possível dos lugares onde os indivíduos trabalham e vivem. De forma básica, ela deve funcionar como uma espécie de filtro que consiga organizar o fluxo e o atendimento dos serviços nas redes públicas de saúde, dos mais simples aos mais complexos. Por ser a primeira etapa de assistência à saúde dos que usam o sistema, a APS possui como intenção a disseminação das orientações sobre a prevenção de doenças, promovendo a saúde, sempre procurando soluções possíveis de agravos e direcionando os casos mais graves para níveis especializados de atendimento (PREVIA, 2020).

Conforme a professora Barbara Starfield, médica norte-americana tida como uma das principais referências do mundo sobre o assunto, há quatro atributos básicos que devem estar presentes nos serviços de APS: a Atenção ao Primeiro Contato, pois o que se espera da APS é que ela seja o serviço de saúde mais acessível à população, de todos os modos. Deve ser o primeiro recurso a ser procurado a cada novo ou persistente problema. Logo, é relevante que os seus usuários em potencial notem que o serviço é acessível, seja em relação à localização geográfica ou quanto aos horários de funcionamento, e que isso se espelhe no seu uso (PREVIA, 2020).

Igualmente, a Continuidade do Atendimento pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e sua utilização de modo frequente no decorrer do tempo. Esse atributo também é tido como “longitudinalidade” do atendimento. O indivíduo que usa o serviço deve conservar o vínculo com ele para que possa ser atendido de modo mais eficiente quando uma nova demanda aparecer (PREVIA, 2020).

Este vínculo deve ser convertido em fortes laços de relacionamento com o beneficiário, capazes de espelhar na cooperação mútua entre os indivíduos e os profissionais de saúde. Para que isso ocorra, a unidade de APS deve ser capaz de identificar a população eletiva, assim como as pessoas dessa população que deveriam receber seu atendimento no local (PREVIA, 2020).

É relevante se certificar de que as pessoas identificadas como usuários levem em consideração que a unidade de saúde é uma fonte regular de atenção e a usem de forma periódica. Todas as consultas devem ocorrer na unidade, exceto quando for essencial consultar um especialista ou fazer algum exame específico (PREVIA, 2020).

A Integralidade do Serviço implica que as unidades de APS devem ofertar todos os tipos de serviço, mesmo que parcela dos pacientes seja depois direcionada a outros níveis de atenção. Isso engloba o envio para consultas com médicos especialistas e para o manejo final de problemas específicos, assim como para serviços de suporte como a internação em domicílio (PREVIA, 2020).

É relevante assegurar que, mesmo que o paciente seja direcionado a outras unidades, o serviço de APS continue corresponsável pelo seu atendimento. Além do vínculo com outros serviços de saúde, a APS pode contemplar ainda a possibilidade de visitas domiciliares, ações intersetoriais e reuniões com a comunidade. Dessa maneira, a integralidade também representa a ampliação do conceito de saúde para aspectos sociais, não se limitando ao corpo totalmente biológico (PREVIA, 2020).

Da mesma forma a Coordenação (integração) do Cuidado, pois mesmo quando parte do atendimento ocorre em outros níveis de atenção, cabe à equipe de APS organizar, integrar e coordenar esses cuidados. Isso se deve à realidade de que esse tipo de atendimento costuma ser realizado por profissionais de áreas distintas ou terceirizados, com pouco (ou nenhum) diálogo entre si. Desse modo, a coordenação dos cuidados implica em algum modo de continuidade no contato entre os profissionais ou por meio de prontuários (PREVIA, 2020).

Nesse cenário, é essencial assegurar que os problemas observados em consultas anteriores ou que tenham incentivado o encaminhamento para outros profissionais sejam sistematicamente analisados. Este reconhecimento de problemas será facilitado se o mesmo profissional examinar o paciente no decorrer do processo de acompanhamento ou se existir um prontuário médico com todos os dados e informações pertinentes ao atendimento (PREVIA, 2020).

No livro *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*, a professora Starfield afirma que diversas vezes as funções da atenção primária são confundidas com as tarefas essenciais para executá-las. De acordo com ela, a APS, de forma frequente, é caracterizada pelo tipo de serviços que oferta dentro dos interesses de obtenção da integralidade. Exemplos nítidos desses serviços são a promoção de saúde e a prevenção de doenças em todos os seus níveis, além do diagnóstico e manejo de uma abrangente variedade de problemas médicos (PREVIA, 2020).

Para a médica, conceituar e fazer a medição da APS passa pela obtenção de suas funções cardinais, que resultará, pelo efeito destas funções, em uma listagem de tarefas similar ou idêntica. As funções é que são essenciais, porque muitas das tarefas que fazem parte da atenção primária, tais como a proteção do paciente, a educação em saúde, a prevenção, a atenção emergencial e a atenção reabilitadora, são tarefas que também compõem outros níveis de atenção e podem, até mesmo, ser incorporadas a outros níveis, ao invés de serem ofertadas nas unidades de APS (PREVIA, 2020).

Se a atenção básica da unidade incluir outros procedimentos, outros profissionais de saúde podem ser inseridos a este time básico, contemplando fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, entre outros. Isso dependerá das condições de saúde prevalentes na área de APS e das especificidades de cada projeto (PREVIA, 2020).

O fortalecimento da APS no Brasil tem sido um processo gradativo, atrelado à ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF), que é o modo brasileiro de organizar a APS. A ESF está consubstanciada nos princípios do SUS e apoiada nos atributos da APS, como acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, orientação comunitária e familiar (STARFIELD, 1994).

Em 20 anos, a ESF aumentou a cobertura em saúde de 5% para 60% da população, com efeitos positivos, tanto para a saúde da população quanto para o sistema de saúde. Em 2016, o Brasil tinha mais de 40 mil equipes de Saúde da Família implantadas, com cobertura nominal de aproximadamente 130 milhões de indivíduos, o que representava pouco mais de 60% da população do país (KEMPER; MENDONÇA; SOUSA, 2016).

Os outros 40% da população ainda têm atendimento pelas maneiras anteriores de organização dos serviços, que não usam base territorial nem orientação familiar e

comunitária. A distinção entre a qualidade e a efetividade desses dois modelos foi de forma ampla avaliada, comprovando que a ESF é superior (VAN STRALEN, 2008).

Segundo Harzheim (2006), é possível se dizer que a ESF tem sido uma experiência bem-sucedida; porém, necessita radicalizar na procura dos atributos da APS e efetivar a sua responsabilidade central nas redes de atenção, como coordenadora do cuidado, e na reorientação dos serviços entre os distintos níveis de atenção.

Entre os desafios relevantes para a APS estão o grau de efetividade clínica das equipes frente aos problemas de saúde mais frequentes, a fixação de profissionais qualificados nas equipes, em especial do médico, e a prática efetiva da coordenação do cuidado individual, assegurando a integralidade (OPAS, 2011).

A quantidade de médicos por habitante é baixa no país se comparado a outras nações com sistemas tidos como universais de saúde. Além do mais, a distribuição dos médicos pelo território brasileiro é desigual quando se comparam as regiões (OLIVEIRA; SANCHEZ; SANTOS, 2016).

A ausência de médicos nos serviços contribui para a baixa valorização da APS, fazendo com que os usuários busquem respostas às suas solicitações em serviços de pronto-atendimento, os quais são direcionados no atendimento por queixa-conduta. Além do mais, a ausência de médicos é uma das essenciais razões para a adesão a um plano de saúde suplementar (BRASIL, 2020c).

Frente a esses desafios foi criado o PMM, instituído pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, como resposta do Governo Federal à demanda explícita de apoio solicitado pelos gestores dos municípios para enfrentar a falta de médicos com perfil mais adequado para a APS no SUS, especialmente para compor as equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2013).

O PMM produziu um rol de medidas devidamente estruturadas em 3 eixos, um que aborda o fornecimento emergencial de médicos para as equipes de APS, outro da capacitação, com ações englobando a reordenação da disponibilidade de cursos de residência médica e de medicina e um terceiro eixo que aborda o investimento direcionado para infraestrutura nas UBS (KEMPER, 2018).

Os médicos do PMM estavam direcionados para municípios ou regiões de municípios que são mais vulneráveis, os quais já possuem um histórico de priorização nas políticas do SUS, como os locais com elevado percentual de população em extrema pobreza, baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), regiões de árido e semiárido, ou onde vivem também

muitas populações indígenas, ribeirinhas e quilombolas etc. (OLIVEIRA; SANCHEZ; SANTOS, 2016).

O PMM contribuiu para diminuir a carência de médicos em regiões vulneráveis e prioritárias, a exemplo das regiões Norte e Nordeste do Brasil, onde a escassez de médicos espelhava a grave condição socioeconômica que era vivenciada e que foram as regiões que mais receberam médicos do programa (OLIVEIRA; SANCHEZ; SANTOS, 2016).

Houve um aumento do acesso, da satisfação dos usuários, da equidade e da humanização do cuidado. Foram percebidas práticas inovadoras, mudanças nos processos de trabalho e troca de conhecimentos entre os médicos e as equipes de saúde na produção do cuidado, ajudando na melhoria das práticas e formação em serviço. Deve-se destacar a prática do cuidado integral e da longitudinalidade (KEMPER, 2018).

A qualidade da infraestrutura das UBS é um aspecto que possui relação com a satisfação com o trabalho e está relacionada à rotatividade dos médicos. As UBS em piores condições possuem menores chances de participar dos programas de incentivo federal, o que diminui a potencialidade de redução de iniquidades no acesso aos recursos em saúde. Dentre os argumentos para a institucionalização do PMM, a qualidade inadequada da infraestrutura das UBS foi indicada como uma das causas dos fatores que limitam a fixação dos médicos na APS (GIOVANELLA, 2016).

Deve-se, portanto, destacar a importância do SUS para o Brasil, representando uma vitória da sociedade brasileira, pelo acesso ao direito à saúde e pela edificação da maior política social da nação. Para os países da América Latina, o SUS é uma referência de sistema público universal e um símbolo de resistência, por sobreviver às sistemáticas ameaças que são impostas pelas diversas barreiras conjunturais e estruturais (KEMPER, 2018).

Dentre os desafios que devem ser ultrapassados pelo sistema de saúde brasileiro, deve-se destacar a segmentação e a fragmentação do sistema e dos serviços, na cobertura, na iniquidade no acesso, a baixa qualidade da atenção, a carência de recursos humanos com formação adequada às demandas de alteração do modelo de atenção e o financiamento insuficiente. Muitos desses desafios comprometem o atingimento da cobertura universal em saúde (KEMPER, 2018).

Na perspectiva da cobertura universal como intenção dos sistemas para concretizarem o direito à saúde, deve-se enfatizar que a APS tem melhor direção para universalizar o acesso

com atenção integral, coordenando e organizando o sistema com base nas necessidades em saúde (KEMPER, 2018).

O PMM foi tido como uma “mola propulsora” para o desenvolvimento da APS no SUS. Mesmo que o eixo provimento de emergência possuísse caráter provisório, deixou o legado de que investir em APS, e, em especial, na ESF, pela definição de equipes completas, com médico de família e comunidade, foi uma das direções dos caminhos para o fortalecimento do sistema de saúde. É possível dizer que estruturas adequadas contribuíram para uma melhor atenção à saúde (KEMPER, 2018).

O fortalecimento da APS não pode ser tido apenas como um dos caminhos para se conseguir a cobertura universal. Deve ser encarado como “o caminho” para aumentar o acesso e efetivar o direito à saúde, levando-se em consideração as evidências que comprovam que a APS ajuda no aumento da participação e a inclusão dos cidadãos. O PMM parece ser um dos componentes de fortalecimento dessa APS, que pode aproximar o SUS cada vez mais do objetivo de cobertura universal no Brasil. No entanto, o Programa Médicos pelo Brasil (PMB) foi lançado pelo Governo Federal, com o argumento de que o PMM precisava melhorar e ampliar o atendimento as populações mais carentes, e substituir de forma gradativa o PMM (KEMPER, 2018).

O PMB tem diversas alterações em relação ao PMM. Conforme o MS, 4,8 mil municípios no Brasil, foram divididos em 5 categorias no novo programa: Rurais remotos; rurais adjacentes; Intermediários remotos; Intermediários adjacentes e Urbanos. Qualquer médico formado no exterior pode buscar uma vaga desde que tenha realizado a validação do seu diploma no Brasil e tenha seu Registro feito junto ao CRM (SANAR/MED, 2019).

A seguir é apresentado quadro com algumas diferenças entre PMM e o PMB.

Quadro 1 – Algumas diferenças entre o PMM e o PMB.

MAIS MÉDICOS	MÉDICOS PELO BRASIL
Processo seletivo frágil	Prova de conhecimentos eliminatória e classificatória
Vínculo precário, sem perspectiva de fixação nem livre arbítrio	Contrato CLT, carreira com progressão salarial, gratificação por desempenho e bônus para locais remotos e DSEIs
5 mil vagas em áreas prioritárias	13 mil vagas em áreas prioritárias, 7 mil vagas a mais, sendo 4 mil no Norte e Nordeste
Supervisão insuficiente	Acompanhamento do tutor presencial e semi-presencial
Ausência de indicadores de desempenho	Gratificação por desempenho

Fonte: CFM (2019).

A Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps) – órgão responsável pela condução do PMB – funcionará na forma de serviço social autônomo, com personalidade jurídica de direito privado sem fins lucrativos (BRASIL, 2019).

Conforme o MS, no início do programa, os profissionais que fizerem curso de especialização recebendo uma bolsa no valor de R\$ 12 mil mensais, com gratificação de R\$ 3 mil para locais tidos como remotos e de R\$ 6 mil para atuação com indígenas e localidades fluviais e ribeirinhas (BRASIL, 2019).

Percebe-se que os dois programas adotaram modelos de contratação dos médicos de forma diferente dos modelos adotados pelo SUS.

5.2. A necessidade de melhorias na Atenção Primária de Saúde do Sistema Único de Saúde

A APS é a porta de entrada do SUS no país. Desde sua implantação, pela Constituição Federal de 1988, o SUS conseguiu avanços robustos visando à cobertura universal em saúde, de forma especial, a partir da criação da ESF, a qual veio a fortalecer a APS no país, atingindo, no ano de 2014, cobertura de 58,2% da população, gerando diminuição da mortalidade infantil e das internações por condições sensíveis, além do aumento do acesso a serviços de saúde para população tida como vulnerável na perspectiva socio sanitária (OPAS; OMS, 2018).

Da perspectiva da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e OMS, o modelo de atenção implantado na APS é fundamental para que se possa, de forma efetiva, gerenciar o sistema de saúde em direção ao acesso universal. Robustas evidências científicas mostram que a ESF do SUS conseguiu importantes resultados em termos de melhora de indicadores básicos de saúde, da equidade, da eficiência e da satisfação dos usuários (OPAS; OMS, 2018).

É relevante enfatizar que o posicionamento em defesa da universalidade, sem barreiras financeiras, acontece num momento de piora do subfinanciamento crônico do SUS e da APS. No Brasil, o erário utilizado em saúde é menor do que 4% do Produto Interno Bruto (PIB). A OPAS sugere que ao menos 6% do PIB do Brasil sejam direcionados à saúde pública, para se atingir a saúde universal (OPAS; OMS, 2018).

Permanece sem resolução plena o problema da falta de equanimidade na atenção prestada em distintas partes do Brasil e se mantém o desafio de aumentar a capacidade de

resposta perante a novos e velhos problemas que caracterizam a saúde no Brasil (OPAS; OMS, 2018).

Para o representante da OPAS no Brasil, Joaquin Molina, a maior realização das últimas 3 décadas do SUS é ser um sistema universal e gratuito consubstanciado na APS. O cidadão brasileiro identifica o SUS como parte de seus direitos de cidadão e as pessoas vão defender o SUS, sendo essa a maior conquista (CONASEMS, 2018).

Ampliar a estrutura e os serviços de APS é a melhor estratégia para assegurar a sustentabilidade dos sistemas de saúde em todo globo, permitindo o atendimento das populações de maneira preventiva, integrada e contínua. No Brasil, dentro do sistema de saúde suplementar, a APS tem se mostrado uma preocupação crescente das entidades reguladoras do setor e já vem sendo adotada fortemente pelas principais operadoras do mercado (PREVIVA, 2020).

De acordo com o CONASEMS (2018), o relatório 30 anos de SUS trouxe várias contribuições e sugestões de melhorias para a APS. O documento trouxe 20 recomendações que servem como guia para qualquer gestor poder fortalecer a APS e o SUS, assim descrito:

Quadro 2 - 20 recomendações que servem como guia para qualquer gestor poder fortalecer a APS e o SUS.

1. Aumentar e consolidar a Estratégia Saúde da Família com foco nos atributos essenciais da APS.
2. Aumentar as maneiras de acesso à APS, como acesso avançado, acesso não presencial e horário estendido, além de incorporar instrumentos digitais para comunicação não presencial entre equipe e indivíduos (por exemplo: marcação não presencial de consultas, teleconsulta, e-mail, aplicativos).
3. Qualificar a adscrição de indivíduos às equipes de APS, usando quantitativo populacional e critérios de adscrição complementares aos critérios territoriais, epidemiológicos e de vulnerabilidade social, como a utilização de lista de pacientes.

4. Ofertar ações e serviços de saúde conforme as necessidades da população, formulando uma carteira de serviços com a segurança dos recursos – insumos, equipamentos, entre outros – e das competências profissionais que assegurem a plena execução da carteira.
5. Aumentar a atuação clínico-assistencial de todas as categorias profissionais das equipes de APS, com o uso de protocolos multiprofissionais consubstanciados na melhor evidência científica disponível.
6. Melhorar a qualidade das habilidades dos profissionais de APS em relação a comunicação e tecnologia do cuidado, tais como: entrevista motivacional, plano de cuidados e autocuidados).
7. Promover adensamento tecnológico orientado pela prevenção quaternária na APS, usando tecnologias de informação e equipamentos diagnósticos e terapêuticos, tais como: ultrassonografia, eletrocardiograma) de modo presencial ou a distância.
8. Informatizar as UBS, a rede assistencial e os complexos reguladores, ofertando registro eletrônico em saúde com dados e informações tanto do sistema público como privado, de modo unívoco, possibilitando aos indivíduos o deslocamento físico entre os pontos assistenciais, sem barreiras informacionais.
9. Desenvolver sistema de regulação com foco na APS, dando ênfase em tecnologias da informação e comunicação e protocolos clínicos de regulação, com qualificação do processo de contra referência e de referência.
10. Ampliar o financiamento da APS até alcançar níveis adequados e suficientes.
11. Assegurar estrutura física e tecnológica adequadas, com ambiência, conforto e adequado fornecimento de insumos para o funcionamento das UBSs.

12. Planejar a oferta de recursos humanos para a APS e formular plano de formação profissional com foco nas especificidades da mesma, tais como: médico de família e comunidade, enfermeiro de família e comunidade).
13. Conservar estratégias permanentes e sustentáveis de provimento de médicos para a APS em áreas com elevada taxa de rotatividade profissional ou dificuldade de alocação de médicos.
14. Promover apoio assistencial às equipes de APS, tais como: cuidado compartilhado, telemonitoramento, interconsultas, NASF, matriciamento, de forma presencial ou a distância.
15. Promover, monitorar e avaliar a qualidade das ações das equipes de APS, quanto a princípios, diretrizes, atributos, objetivos, metas e resultados, com a definição de instrumentos de remuneração e incentivos por desempenho.
16. Incentivar e formar lideranças em APS no âmbito da gestão.
17. Promover estratégias de fortalecimento e defesa da APS, inserindo produção de conhecimento científico e disseminação de experiências inovadoras e exitosas.
18. Reforçar a transparência dos dados e informações sobre saúde, ajudando no acesso da população a informações sobre as ações e os serviços de saúde, tais como: listas de espera, horários, serviços ofertados, com utilização de tecnologia da informação e outros dispositivos de divulgação;
19. Ajudar na participação de indivíduos, o controle social e a avaliação dos serviços pela incorporação de canais novos de escuta por intermédio de tecnologias de comunicação não-presenciais, ouvidoria etc.
20. Incentivar o papel mediador da APS frente a ações intersetoriais e à participação de indivíduos para incidir na determinação social, promovendo a saúde e reduzindo as desigualdades.

Fonte: OPAS (2018, p. 106).

Deve-se observar que as 20 recomendações precisam de financiamento em níveis mais adequados. Embora bastantes recursos possam ser aperfeiçoados em sua utilização, com uma gestão efetiva, adequada e evitando o desperdício, é necessário reconhecer a possibilidade de crescimento continuado da demanda por fatores epidemiológicos. Desse modo, mais uma vez, a APS se robustece como a melhor resposta, mas são demandados mais recursos. Uma APS forte é que poderia multiplicar esses recursos e fazer mais a um custo menor (OPAS; OMS, 2018).

A saúde global é um processo em contínua mutação. Pensar os sistemas de saúde demanda, além de tudo, pensar em estratégias para gerenciar essas demandas mutáveis e complexas, em um rol de valores que seja maleável e instrumental para monitorar as mudanças da saúde, que não tem fim. Desse modo, deve-se enfatizar a necessidade de aumentar e consolidar a ESF, garantir e aumentar acesso, promovendo a concentração tecnológica da APS, intensificando e qualificando a capacitação de recursos humanos para uma atuação multidisciplinar na APS (OPAS; OMS, 2018).

Pelo menos os quatro atributos fundamentais da APS devem estar presentes em qualquer ponto da rede. Outra recomendação foi executar investimentos no modelo da ESF, mas com inovações pertinentes com o aparecimento das tecnologias de informação e de comunicação, para fazer crescer a resolutividade da APS e permitir mais acesso, com qualidade, para as comunidades, explicou um dos autores do Relatório, o então secretário de saúde de Porto Alegre, Erno Harzheim (CONASEMS, 2018).

Os desafios persistem e evidenciam a necessidade de articulação de estratégias de acesso aos demais níveis de APS, garantindo o princípio da integralidade, bem como a necessidade contínua de ajuste das ações e serviços locais de saúde, objetivando à apreensão aumentada das necessidades de saúde da população e à superação das dificuldades entre as regiões do país. Deve-se ressaltar que também na APS há relevante participação de profissionais de nível básico e médio em saúde, os auxiliares e técnicos de enfermagem, como os agentes comunitários de saúde, entre outros responsáveis por ações de educação e vigilância em saúde (MATA; MOROSINI, 2020).

6. ENTREVISTA COM O DOUTOR ERNO HARZHEIM

O doutor Erno Harzheim tem graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1998), tendo realizada a residência médica em Medicina de Família e Comunidade, pelo Grupo Hospitalar Conceição (2001), possui doutorado em Medicina Preventiva e Saúde Pública, formado pela Universidade de Alicante, na Espanha, no ano de 2004, e concluiu o pós-doutorado em Epidemiologia, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2006). É professor adjunto do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da UFRGS e professor permanente do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da mesma instituição. Trabalhou como Secretário Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS de janeiro de 2017 a dezembro de 2018. No MS, trabalhou como Secretário de Gestão Estratégica e Participativa de janeiro a maio do ano de 2019; como Secretário Executivo Substituto de janeiro de 2019 a janeiro de 2020; e como Secretário de Atenção Primária à Saúde de maio de 2019 a abril de 2020.

Pergunta: Como o senhor avalia o PMM com a melhoria do atendimento da APS atribuída por alguns estudos?

Resposta: “O benefício que o PMM trouxe foi circunscrito para a presença do médico em equipes que tinham dificuldades de alocação ou ausência de médicos na ESF. No entanto, o número de médicos no pico do programa foi de 18 mil, e não teve acréscimo de 18 mil equipes de saúde da família/então, não conseguiu contribuir para aumento de cobertura, foi muito mais uma medida de provimento emergencial. Um dos três eixos do programa. Os dois últimos Eixos foram parcamente atendidos. À época aumentou-se para cerca de 3 mil o número de vagas para residência médica, mas, elas não foram ocupadas. O máximo que se conseguiu foi em torno 1,3 mil vagas, ou seja, o programa não aumentou a formação de recursos humanos. Atualmente a gente tem um grupo executivo de médicos de famílias no Brasil, temos cerca de 40 a 45 mil médicos na área, e desses somente 6 mil médicos estão nas ESF, ou seja, temos um déficit muito alto. A esmagadora maioria dos profissionais formados em saúde da família está fora da Atenção Primária. Para atender de forma satisfatória, teríamos que ter mais médicos que ESF. Então, o programa só cumpriu o eixo emergencial na minha avaliação. No contexto do PMM, eu coordenei uma pesquisa de Avaliação da Qualidade da APS no Programa, encomendada pela OPAS, que nos mostrou entre outras coisas que houve alguma

evolução do score de saúde da família nos últimos anos. Um ponto importante é que o atendimento à população e o acesso da população a consulta médica e continua sendo o pior atributo. Assim para resumir, só teve êxito no provimento emergencial, nos outros não”.

Pergunta: Sobre o financiamento da Atenção Primária, qual sua opinião?

Resposta: “O ministério tem uma forma de financiar que é muito ruim. O modelo de financiamento do ministério da saúde na atenção primaria é muito preso, é quase impossível cumprir as exigências do ministério para obter financiamento. Em minha opinião o MS tem que parar de prestar serviço de forma estatal, no Brasil. O investimento deve ser no custeio das ESFs. O que deve ser feito é financiar o custeio das equipes, a obra fica para o gestor e o MS cuida do custeio. É um equívoco o modelo atual”.

Pergunta: O senhor acha que PMM foi criado como solução política ou como forma de resolver de fato o acesso a APS no Brasil?

Resposta: “Eu não posso afirmar se foi político ou não. O que eu posso dizer é que na minha avaliação o fato de os municípios aderirem ao programa, tirou o critério técnico de necessidade e importância do PMM para as cidades. Se o objetivo era atender e melhorar o atendimento da APS, o ideal seria o MS com base nas informações da saúde nos municípios que dispunha à época, dizer qual a necessidade de cada município, com base nas ESF. O que não foi feito. Quando você abre para adesão dos municípios, o critério técnico fica extinto do processo. Por exemplo, Porto Alegre tinha 118 médicos, na época, eu era o secretário municipal de saúde e não sei por que aqui tinha 118 médicos do PMM. O MS nunca me detalhou esses números e nem o porquê. Ou seja, o PMM pode ser considerado um programa de cofinanciamento do Programa de saúde da família, porque muitos gestores tiraram os médicos contratados pelos municípios e colocaram todos no PMM. Essa na minha avaliação é uma das fragilidades do Programa porque você estimulou indiretamente o gestor a colocar o profissional que ele pagava no PMM para ter recurso sobrando. Ou seja, ele tirou do orçamento do município o salário do médico que o MS iria pagar. Quer ver se você tinha 18 mil médicos no pico do Programa e só aumentou cerca de 6 mil ESF, o que tivemos na verdade foi substituição de médicos. Essa fragilidade do PMM mostra que não houve provimento e alocação real de médicos para suprir as necessidades existentes”.

Pergunta Qual sua avaliação com relação aos critérios do PMM qual sua opinião?

Resposta: “O PMM foi desenhado de forma equivocada, não tinha critérios claros definidos. Além dos municípios fazerem inscrição, outro problema é que não tinha nenhum incentivo que privilegiasse os médicos que fossem para uma comunidade mais remota. Todos ganhavam a mesma bolsa independentemente de onde estivesse se na aldeia ou na cidade. Tudo isso está relacionado a forma como o Programa foi desenhado. Outro problema do projeto é que não tinha padrão na formação e especialização dos médicos, cada um fazia do seu jeito e o ministério não conseguia acompanhar”.

Pergunta: Qual o objetivo do MS quando criou o Programa Médicos pelo Brasil?

Resposta: “O Médicos pelo Brasil foi um programa de provimento médico e formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade para atender as regiões mais carentes do país. Quando criamos o PMB a principal meta foi expandir o atendimento do PMM. Mantido desde 2013, o PMM já vinha passando por profundas reformulações desde o fim de 2018, quando o governo de Cuba rompeu o acordo que tinha com a União e determinou o retorno de 8.556 profissionais que atuavam no Brasil. Na minha opinião, o PMB supera equívocos do passado e faz com que todo brasileiro tenha a mesma chance de ser cuidado. Para avançar na assistência ofertada à população, precisamos de novas estratégias para o SUS. Na época em que estávamos no MS, respondendo pela Secretaria de Atenção Primária, construímos ações para qualificar o cuidado em saúde da população. As novas estratégias tinham que superar os equívocos que tivemos no passado e acompanhar as novas tecnologias, para valorizar o cuidado humanizado e fazer com que todo brasileiro tenha a mesma chance de ser cuidado da mesma forma na APS. O PMM foi pensado para solucionar o problema da abrangência a locais de difícil provimento e alta vulnerabilidade, além de contemplar a qualificação continuada dos profissionais participantes. No Congresso houve alterações que foram relevantes como a autorização do retorno dos médicos cubanos ao PMM dos profissionais que permaneceram no Brasil quando houve o rompimento de Cuba. Outro relevante avanço foi a solução do problema da revalidação de diplomas que passou a ser periódica”.

Da entrevista, deve-se considerar que de acordo com o entrevistado, é possível perceber que o PMM foi criado como uma política pública sobre o argumento de solucionar o problema da falta de médicos das regiões mais necessitadas do país, e numa área em que a população mais necessita de atendimento de qualidade, que é a APS, mas, de fato esse

objetivo não foi atingido. Houve uma distribuição de médicos pelo país sem critérios claros definidos e que com o passar do tempo foi possível identificar as falhas na sua concepção.

É importante ressaltar ainda, que os médicos não foram distribuídos de forma técnica e o ingresso dos profissionais de saúde também se deu de modo frágil. A questão do financiamento da Atenção Primária no Brasil é um problema que ainda persiste por conta do modelo com viés político adotado pelo MS.

O programa só cumpriu o provimento emergencial com a chegada dos médicos cubanos que aceitaram ficar nos lugares mais remotos como aldeias indígenas, cidades mais pobres e distantes. Mesmo com esses problemas relatados, temos que reconhecer que o PMM trouxe relevantes avanços para as localidades onde os médicos permaneceram, e nessas localidades foi sim ampliando o atendimento da Atenção Primária à População.

7. ANÁLISE CRÍTICA E DOCUMENTAL DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Conforme a pesquisa Demografia Médica 2018, realizada pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) com a contribuição financeira do CFM e do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp), em janeiro de 2017 o Brasil registrou 452.801 médicos. No ano de 2020, a expectativa é de que mais de meio milhão de profissionais possam estar atuando no País. Enquanto algumas áreas estão bem atendidas, de forma especial, as capitais, outras são carentes da presença de médicos. A região Sudeste é a região do Brasil com a maior quantidade de médicos por habitante, com 2,81 profissionais para cada grupo de mil pessoas; já na região Norte e no Nordeste, a densidade cai para 1,16 e 1,41, respectivamente (SCHEFFER, 2013).

Mário Scheffer, coordenador da pesquisa e professor do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, informa que a desigualdade não é somente percebida do ponto de vista geográfico, mas também no sistema de saúde e nas periferias de grandes centros urbanos (SCHEFFER, 2013).

Faltam médicos nos municípios afastados, nas periferias dos grandes centros urbanos e em vários serviços do SUS, na atenção primária, em prontos-socorros e em ambulatórios de especialidades. A pesquisa demonstrou que as grandes cidades brasileiras chegam a registrar até 4 vezes mais médicos do que os municípios isolados. De todos os profissionais em atuação no país, 55% estão distribuídos pelas 27 cidades, que agrupam 23% da população do Brasil (SCHEFFER, 2013).

Para alcançar o plano de 2,7 médicos para cada 1.000 habitantes, proposta para o ano de 2026, o país necessitaria ter em 2013 mais 168.424 profissionais já formados, isto é, já existia um problema relevante relativo à ausência de médicos no Brasil à época da formulação do programa (BRASIL, 2015).

Em 2014, o Tribunal de Contas da União (TCU) executou auditoria operacional com a intenção de avaliar a efetividade do PMM para o país por meio da análise das atividades desenvolvidas no período de julho do ano de 2013 a março do ano de 2014 (ESTADAO, 2015).

Entre as determinações e recomendações propostas aos gestores, deve-se destacar: a priorização dos novos ciclos do Projeto, os municípios que ainda não tinham sido contemplados, de forma adequada, com médicos; o estabelecimento de um canal de comunicação que permita aos médicos participantes enviarem as suas reclamações, sugestões ou denúncias; reavaliação da necessidade de ofertar cursos de especialização para os médicos

estrangeiros; o estudo do modo de vinculação da homologação do resultado final das convocações de médicos participantes do projeto à aprovação no módulo de acolhimento; criação de indicadores para avaliar o impacto e a efetividade do Projeto (ESTADAO, 2015).

O TCU observou o fato de que, pelo menos em 127 municípios, ocorreu redução das equipes de atenção básica após o início do PMM. Tal constatação pode evidenciar que alguns municípios aproveitaram a existência do programa federal para eliminar parte das equipes que antes eles pagavam, como apontado pelo Dr. Erno Harzheim na entrevista. Também foi percebido que, entre os municípios atendidos pelo PMM e que foram avaliados pelo TCU, existiu redução na quantidade de consultas médicas em 25% dos casos. Tudo isso reforça que o PMM teve um planejamento deficiente (ESTADAO, 2015).

Percebem-se as finalidades do PMM que visavam a universalização do atendimento médico em todo o território nacional, o fortalecimento da capacitação dos profissionais, a troca de conhecimento e o desenvolvimento científico na área da saúde.

Uma auditoria da Controladoria-Geral da União (CGU), no ano de 2018, analisou o serviço de mais de 14 mil médicos, em 198 municípios e 233 UBSs, observando que a carga horária mínima obrigatória de 40 horas por semana não foi atingida em 26 % das equipes. Esse percentual é equivalente a um em cada quatro contratados. Houve uma série de irregularidades e erros no PMM, de modo mais específico, na execução dos contratos por parte da OPAS. Entre os problemas principais verificados pelo trabalho está a ausência de transparência e de comprovação da utilização dos recursos repassados pelo MS (AGÊNCIABRASIL, 2018).

A auditoria da CGU verificou que entre o mês de fevereiro e de novembro do no de 2015 a intenção de preenchimento de postos não foi atingida. A auditoria da CGU informou considerar à época os 316,6 milhões de reais direcionados como adiantamento para a OPAS como “potencial prejuízo” para o erário (AGÊNCIABRASIL, 2018).

Para o presidente da Associação Médica Brasileira (AMB), Lincoln Lopes Ferreira, o PMM trabalha mais com os efeitos, e não as causas da péssima distribuição de médicos no Brasil. Para ele, o SUS é um progresso, mas o financiamento é baixo e o PMM, além de ser provisório, direcionou relevante quantidade de profissionais em capitais, não solucionando o problema das más condições de trabalho nos municípios do interior e das fronteiras do país (BRASIL, 2019).

O então representante do MS, Otávio Pereira D'Ávila, trouxe à baila diversos problemas de gestão do Programa. De acordo com ele, que é diretor do Departamento de Saúde da Família do ministério, o processo seletivo é frágil e vem sofrendo diversas liminares judiciais. Além disso, o vínculo dos profissionais é bastante precário, sem nenhuma perspectiva de fixação no país e com contrato temporário; os médicos de fora ainda não possuem diploma reconhecido no Brasil e existiram mais vagas para as capitais e menos vagas para as cidades do interior, além da inconsistência no cadastro de médicos, entre outras falhas (BRASIL, 2019).

Para o Conselho Federal de Medicina (CFM) (2018), se mantém o programa, cuja efetividade nunca foi avaliada com ferramentas metodológicas adequadas, tornando-o uma relevante ação de marketing a serviço de interesses da política partidária e ao custo de mais de R\$ 10 bilhões para Cuba nos últimos 5 anos, privando o Brasil de soma relevante em tempos de crise econômica.

As vagas não preenchidas por médicos formados no país poderiam ser usadas por brasileiros formados no exterior e por estrangeiros graduados no curso fora do país, respectivamente. Após a primeira etapa do referido Programa, a quantidade de profissionais interessados foi inferior à quantidade de vagas ofertadas. Então, o governo brasileiro definiu um acordo com a OPAS para a vinda de 4 mil médicos de Cuba para o Brasil até o fim de 2013 (ECA, 2020).

As críticas ao programa são realizadas pelos médicos. A situação caótica na saúde pública, que o governo tenta atrelar à ausência de médicos, é falta de gestão com qualidade adequada, corrupção e ausência de financiamento. É preciso dar condições para o atendimento da saúde e conservar os custos das unidades básicas de saúde, hospitais e clínicas, afirma Floriano Cardoso, presidente da Associação Médica Brasileira (ECA, 2020).

Com relação à questão do financiamento da APS é possível dizer que falta um modelo que incentive a melhoria e gestão desses recursos para que o serviço que atende a população na ponta seja de excelência. Nos dias atuais, há muito tempo o financiamento e gestão da Atenção Primária vem sendo feito de forma politizada, onde quem recebe mais recurso é o município mais articulado e com político mais influente em Brasília (ECA, 2020).

Os médicos ainda criticam o fato de os participantes do exterior não passarem pelo exame de revalidação do diploma. A prova, denominada Revalida, é obrigatória a graduados no exterior que querem atuar como médicos no Brasil, exceto no âmbito do PMM. Para os

médicos, isso pode comprometer a saúde, devido ao possível despreparo dos profissionais em atuação no PMM (ECA, 2020).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, percebeu-se a importância dos programas governamentais para a efetividade da APS no Brasil, tendo com estudo de caso uma análise crítica e documental do PMM, que foi criado com o objetivo de melhorar o atendimento e a infraestrutura na APS, criado e implantado pelo MS e ME, do Governo Federal.

A falta de atendimento médico satisfatório é um relevante problema no Brasil e em diversos países. No Brasil, a partir de 2013, com a criação do PMM, a ideia era resolver questões prementes na área da saúde, como por exemplo, disponibilizar médicos em todas as cidades para que a população tivesse acesso ao atendimento de qualidade por meio da APS via SUS. Depois, melhorar a formação de médicos de saúde da família e, por último, aumentar o número de vagas de cursos de medicina e residência médica, para ampliar a formação de mais profissionais no país.

Atualmente, 7 anos depois a realidade não se apresentou conforme o planejado. O PMM conseguiu ampliar a contratação de médicos, mas a distribuição não atendeu a critérios técnicos. Os médicos com Conselho Regional de Medicina (CRM) aderiram pouco ao Programa e foi criada uma parceria com a OPAS para que médicos cubanos viessem integrá-lo. No entanto, apesar do PMM ter conseguido alcançar um impacto positivo sobre a expansão no atendimento a Atenção Primária no Brasil, ele não conseguiu interferir em entraves estruturais da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

O PMM não se propôs a solucionar o isolamento da Atenção Básica, isso significa que continuará a baixa capacidade do exercício da regulação e da coordenação dos médicos e equipes sobre sistema de saúde. Como o PMM não é um programa permanente, o atual governo já propôs a criação de um outro programa para substituir o PMM que foi criado pelo governo passado. Foi criado o Programa Médicos pelo Brasil, com estrutura diferente da do PMM, e que, numa avaliação mais detalhada, nos parece mais bem desenhado e estruturado.

Assim sendo, para a melhoria do PMM, este trabalho propõe as seguintes medidas significativas e viáveis, assim descritas:

- Melhorar a gestão e alterar o modelo de financiamento da APS no SUS;
- Realizar encontros técnicos e científicos com a presença de membros do governo federal, médicos, cientistas, empresários, entre outros, visando à

troca de conhecimento para o aperfeiçoamento do referido Programa e do seu financiamento;

- Colher experiências bem-sucedidas em outros países que adotaram o
- mesmo procedimento para a universalização da assistência à saúde;
- Aperfeiçoar processos de capacitação de médicos recém-formados, objetivando incorporá-los no citado Programa, de forma mais efetiva;
- Melhorar a qualificação dos profissionais de saúde constantemente e garantir acesso a bons equipamentos;
- Resolver de forma definitiva o problema da validação de diplomas dos médicos formados no exterior;
- Melhorar a remuneração dos profissionais de saúde que atendem pelo SUS;
- Definir de modo claro e transparente a transição do PMM para o PMB, com crescente aumento de recursos para serem investidos na APS no Brasil.
- Este trabalho não encerra a necessidade da continuidade de novas pesquisas que possam trazer melhorias a esse tão premente PMM, visando à saúde de toda a população brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA BRASIL. *CGU identifica pagamentos irregulares no Mais Médicos*.

10.09.2018. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2018-09/cguidentifica-pagamentos-irregulares-no-mais-medicos>. Acesso em: 8 set. 2020.

BRASIL(a). Ministério da Saúde. *Lei nº 12.871/2013*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm. Acesso em: 28 jul. 2020.

BRASIL(b). Ministério da Saúde. *Programa Mais Médicos*. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br>. Acesso em: 28 jul. 2020.

BRASIL(c). Ministério da Saúde. *O que é Atenção Primária*. 2020. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em: 29 jul. 2020.

BRASIL(d). Ministério da Saúde. *Programas do Ministério da Saúde*. 2020.

Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas>. Acesso em: 30 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *18 mil vagas para Médicos pelo Brasil*. 01.08. 2019. Disponível em: <http://saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45640-18-mil-vagas-para-medicos-pelo-brasil>. Acesso em: 28 jul. 2020.

BRASIL. Senado Federal. *Debatedores apontam problemas e conquistas do Programa Mais Médicos*. 29.04.2019. Disponível em:

<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/09/24/debatedores-apontam-problemas-e-conquistas-do-programa-mais-medicos#:~:text=Cr%C3%ADticas,distribui%C3%A7%C3%A3o%20de%20m%C3%A9dicos%20no%20pa%C3%ADs>. Acesso em: 04 jul. 2020.

BRASIL(a). Ministério da Saúde. *Lei nº 12.871/2013*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm. Acesso em: 28 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Mais médicos para o Brasil, mais saúde para você*. 2020. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/conheca-programa>. Acesso em: 04 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Programa Mais Médicos - dois anos: mais saúde para os brasileiros*. Brasília, DF, 2015. Disponível em: Disponível em: <https://goo.gl/8Y2tbQ>. Acesso em: 7 set. 2020.

BRASIL. Tribunal de Contas da União – TCU. *Auditoria operacional no Projeto Mais Médicos para o Brasil*. 15.03.2017. Disponível em:

<https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/auditoria-operacional-no-projeto-mais-medicos-para-o-brasil.htm>. Acesso em: 05 ago. 2020.

CAMPOS, G. W. S.; PEREIRA JÚNIOR, N. A atenção primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 2655-2663, 2016. Disponível: <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n9/2655-2663/es/>. Acesso em: 22 jul. 2020.

CFM – Conselho Federal de Medicina. *Críticas ao Mais Médicos*. 02.01.2018.

Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27356:2018-01-02-12-01-24&catid=46. Acesso em: 03 ago. 2020.

CFM – Conselho Federal de Medicina. *Mais Médicos e o Médicos pelo Brasil*. 09.08.2019. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28381:2019-08-09-19-00-50&catid=46:artigos&Itemid=18. Acesso em: 03 ago. 2020.

CONASEMS. *OPAS avalia os 30 anos de SUS e apresenta recomendações para a sustentabilidade do sistema*. 29.11.2018. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/opas-avalia-os-30-anos-de-sus-e-apresenta-recomendacoes-para-a-sustentabilidade-do-sistema/>. Acesso em: 30 jul. 2020.

ECA. Notícias do Jardim São Remo. *Programa Mais Médicos gera polêmica*.

04.08.2020. Disponível em: <http://www2.eca.usp.br/njsaoremo/?p=4062>. Acesso em:

04 ago. 2020.

ESTADAO. *As falhas do Mais Médicos*. 09.03.2015. Disponível em:

<https://opinioao.estadao.com.br/noticias/geral,as-falhas-do-mais-medicos-imp,1646989>.

Acesso em: 09 set. 2020.

GIOVANELLA, L.; et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9), 2697-2708. 2016. Disponível em:

[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232016000902697&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)

81232016000902697&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

Acesso

em:

<https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16052016>.

GONCALVES JUNIOR, Oswaldo; GAVA, Gustavo Bonin; SILVA, Murilo Santos da. Programa Mais Médicos, aperfeiçoando o SUS e democratizando a saúde: um balanço analítico do programa. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 872-887, dez. 2017. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000400872&lng=pt&nrm=iso)

12902017000400872&lng=pt&nrm=iso.

Acesso

em:

09

set.

2020.

<https://doi.org/10.1590/s0104-12902017170224>.

HARRIS, M. Programa Mais Médicos - uma visão da Inglaterra. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2919-2923, setembro de 2016. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902919&lng=en&nrm=iso)

81232016000902919&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jul. 2020.

<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.16952016>.

HARZHEIM, E., et al. Qualidade e efetividade de diferentes abordagens à atenção básica no Brasil. *BMC Health Serv. Res.* 6, 156. 2006. Disponível em:

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-6-156>. Acesso

em: 30 jul. 2020. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-156>.

KEMPER, E. S. et al. *Cobertura universal em saúde e o Programa Mais Médicos no Brasil*. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2018.v42/e1/pt/>. Acesso em: 30 jul. 2020.

KEMPER, E. S.; MENDONÇA, A.V. M.; SOUSA, M. F. de. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2785-2796, Sept. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902785&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jul. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.17842016>.

MACEDO, A. S. et al. O papel dos atores na formulação e implementação de políticas públicas: dinâmicas, conflitos e interesses no Programa Mais Médicos. *Cadernos EBAPE.BR*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 593-618, 2016. Número especial. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-39512016000700593&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 09 set. 2020.

MATA, G. C.; MOROSINI, V. G. M. *Atenção Primária à Saúde*. 2020. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>. Aceso em: 29 jul. 2020.

OLIVEIRA, J. P. A.; SANCHEZ, M. N., SANTOS, L. M. P. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014.

Cienc Saude Coletiva. 2016;21(9):2719–27. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34589/v42e12018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 30 jul. 2020.

OMS - Organização Mundial da Saúde. *Relatório Mundial de Saúde 2008*: atenção primária em saúde agora mais do que nunca. Genebra: OMS; 2008.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde, Conselho

Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. *Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras*. Brasília: OPAS; 2011. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/18458?locale-attribute=pt>. Acesso em: 29 jul. 2020.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. *Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?* 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49663>. Acesso em: 16 set. 2020. P. 106.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde – OMS. *Relatório 30 anos do SUS, que SUS para 2030*. 2018. Disponível em: <http://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/06/serie-30-anos-sus.pdf>. Acesso em: 9 set. 2020.

PINTO, Hêider Aurélio et al. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da atenção básica. *Divulg. saúde debate*, p. 105-120, 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/pmm/resource/pt/lil-771502>. Acesso em: 09 set. 2020.

PREVIVA. *Atenção Primária à Saúde (APS): conceitos, objetivos e aplicações práticas*. 2020. Disponível em: <http://previva.com.br/atencao-primaria-a-saude-aps/>. Acesso em: 29 jul. 2020.

SANARMED. *Novo “Mais Médicos”: saiba tudo sobre o programa!* 2019. Disponível em: <https://www.sanarmed.com/novo-mais-medicos-saiba-tudo-medicos-pelo-brasil>. Acesso em: 9 set. 2020.

SCHEFFER, M. (Coord.). *Demografia médica no Brasil: cenários e indicadores de distribuição*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo:

Conselho Federal de Medicina, 2013. v. 2. Disponível em: <https://goo.gl/UqRdX> A. Acesso em: 09 set. 2020.

SILVA JUNIOR, A. G. da; ANDRADE, H. S. de. Formação Médica no Programa Mais Médicos: alguns riscos. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p.

2670-2671, Sept. 2016. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902670&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jul.

2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.18852016>.

STARFIELD, B. *Is primary care essential? Lancet*. 1994;344(8930):1129–33. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(94\)90634-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(94)90634-3/fulltext). Acesso em: 30 jul. 2020.

VAN STRALEN, Cornelis Johannes et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s148-s158, 2008.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 jul. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300019>.