



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

FLORENTINO JÚNIO ARAÚJO LEÔNIDAS

Mais médicos e mais cobertura? Efeitos iniciais do Projeto Mais Médicos na Cobertura da Atenção Básica no Brasil.

CEILÂNDIA/DF, 2014.

FLORENTINO JÚNIO ARAÚJO LEÔNIDAS

Mais médicos e mais cobertura? Efeitos iniciais do Projeto Mais Médicos na Cobertura da Atenção Básica no Brasil.

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, como requisito obrigatório para obtenção do Grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. José Antonio Iturri de La Mata.

Banca: Prof. Dra. Mariana Sodário Cruz –
Faculdade de Ceilândia/UnB

Prof. Msc. Sérgio Ricardo Schierholt –
Faculdade de Ceilândia/UnB

CEILÂNDIA/DF, 2014.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a esperança, que insistentemente vence o medo.

Aos trabalhadores e trabalhadoras deste país, fiadores da concretização do sonho da universidade pública para mim.

A minha família, especialmente a minha mãe, tia, primo e irmãos. Este trabalho é fruto da insistência e do sonho de vocês.

Ao conjunto de profissionais de saúde, especialmente aos que mudaram de casa e mudaram de país para mudar a vida de milhões de brasileiros desassistidos do cuidado.

À juventude, que é negra e da periferia, e que ocupa as universidades a cada dia mais. Cotas é mais que legal, é justo.

Ao amor e à vida, que implica a todos nós e que nos implica.

AGRADECIMENTOS

Agradeço antes de mais nada aos incansáveis de Ceilândia que lutaram por moradia, lutaram por água, lutaram por dignidade e lutaram por esta Universidade.

À minha mãe Ireni de Araújo e minha tia Maria do Carmo e meu irmão Raimundo Nonato, o sonho de vocês é parte das minhas conquistas, obrigado pela compressão e pelo amor nesta caminhada.

Aos meus irmãos e familiares, mesmo com alguma distância vocês são parte fundamental de mim, especialmente para Carlos, Carla, Biata, Raimunda, Héverton, Francilina, Franklin, Hevelline, Karoline, Aldeci, Marcos Antônio...

À Marcelo, Emerson, Gilberto, Hudson e Artur , irmãos que a vida me deu.

Aos meus amigos, André, Luana, Dinei, Dei, Deda, Thauana, Nelson, Daniel, Guilherme Q, Guilherme A., Renata P., Flávia Cantanhede, Sthefany, Bárbara, dentre outros os quais se sentem nos nomes que digo.

À Coordenação Nacional dos Estudantes de Saúde Coletiva, especialmente para a sua primeira Gestão (2011/12) que levou aos contos deste país a certeza de uma graduação em Saúde Coletiva não é apenas possível, como também se faz necessária.

Ao Centro Acadêmico de Saúde Coletiva da FCe.

Ao Movimento dos Sem Campus, e dedico especialmente a querida Pamella Velozo (*In Memoriam*), que apesar da ausência física dividiu o sonho da efetivação de uma educação pública e de qualidade em nossa Faculdade.

Ao DCE-UnB Honestino Guimarães e aos companheiros, amigos e referências que lá tive e fiz na luta para que essa Universidade tenha mais cara de povo, obrigado aos que compartilharam da Gestão 2010/11 (Amanhã vai ser maior).

Aos professores que me aturaram e me impulsionaram desde meu ensino fundamental até o término desta graduação o meu muito obrigado a Gabriela Gonçalves, Solange Diniz, Jaqueline Ferreira, Jailson, Francisco Lopes, Fátima Sousa, Clélia Maria, Antônio José, Ricardo Ceccim, Alcides Miranda, Antônia Ângulo, Silvia Badin, Edgar Bione, Everton Silva, Gustavo Cunha e Priscila Almeida.

À educação pública, que não é apenas sonho, meu agradecimento aos que constituíram as Escolas Classe 61 e 62 de Ceilândia, Escola Classe 46 de Taguatinga, Centro Educacional 05 de Taguatinga e Centro de Ensino Médio Ave Branca.

Aos que dividiram momentos especiais prospectando a atenção básica do Distrito Federal, meu muito obrigado Clélia Parreira, Antônia Ângulo, Raimunda, Maíra, Érica Menezes, Giovanna, Joaquim Pedro, Gustavo Cunha.

Meu profundo agradecimento aos trabalhadores da Universidade de Brasília, pelo cuidado e pela dedicação, Antônio, Dionísio, João, Zilma, Jesus, Cristina...

Aos amigos que a Universidade me deu: Raylayne Bessa, João Paulo, Vítor Átila, Paulo Henrique, Ilano Barreto, Jéssica Rosa, Joaquim Pedro, Rodrigo Silvério, Sidclei Queiroga, Bianca Leandro, Jair Matias, Laís Relvas, Mayna de Ávila, Gisele Antoniaconi, Thaís Paulo, Elizabeth Alves, Tiago Querubim, Brunna Carvalho, Sarah Montiel, Camila Reis, Camila Andrade, Fernanda Scher, Cintia Clara, Gisele Pinheiro, Mariana Bertol, Jéssica Sales, Bebesquianos, Estela Junges, Raíssa Barbieri, Maria Giovana, Benathan Ferreira, Patrícia Magna, Ana Esteves, David dos Anjos, Rafael Costa, Victor Barros, Nayara Almeida, Joaquim Trajano, Júlio Lima (*in memoriam*), Nayara Pereira e a todos que foram e são parte desta jornada.

Aos amigos que a militância me proporcionou e que se tornaram professores nesta labuta.: Débora Cruz, Edson Pistori, Marcos Wilson, Zé Ricardo, Jérzey Timotéo, Tatiana Tannus, Sabrina Gabeto, Turene Alves, Pedro Tourinho, Rafael Pops, Gil Piauílino, Giliate Coelho e Fábio Campelo.

Aos companheiros que são parte integrante deste novo capítulo da história do SUS: Jérzey Timotéo, Luciana Almeida, Douglas Miranda, Grasiela Araújo, André Luís, Priscilla Azevedo, Raylayne, Sidclei Queiroga, Lia Padilha, Aline Xavier, Liu Leal, Diego Xovem, Felipe Oliveira, Edson Pistori, Sylvio Junior, Mariana Vilela, Iraquitan, João Paulo, Aline Xavier, Felipe Proenço, Hêider Pinto, Tazio Vanni, Évellin Bezerra.

A Sidclei Queiroga e Raylayne Bessa por toda ajuda na execução deste trabalho, com as releituras, com os mapas e com as conversas.

Ao meu orientador, Prof. Dr. José Iturri, pelos puxões de orelha, pela paciência e pela amizade. Obrigado pelas contribuições, palavras e espaços compartilhados, obrigado por acreditar em mim.

Aos professores Sérgio Schierholt e Mariana Sodário por participarem da banca e deste momento, muito obrigado por se disponibilizarem para ler estas reflexões e participar deste momento.

“(...) amo minha raça, luto pela cor, o que quer que eu faça é por nós,
por amor...”

Racionais MC's

"A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar"

Texto de Fernando Birri narrado por Eduardo Galeano

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Distribuição Espacial dos Municípios com eSF segundo perfil de vulnerabilidade.....	29
Figura 2- Atributos da APS.....	31
Figura 3- Distribuição espacial das eSF-MM no Brasil.	42
<i>Figura 4- Proporção de eSF-MM em relação à quantidade de eSF implantadas nos municípios em maio de 2014.....</i>	<i>45</i>
Figura 5-Proporção de eSF-MM em relação ao teto de eSF nos municípios em maio de 2014.....	46
<i>Figura 6- Variação da cobertura da ESF em municípios com eSF-MM entre maio/13 e maio/14.</i>	<i>48</i>
<i>Figura 7- Distribuição espacial da estimativa da cobertura populacional das eSF-MM por município em maio de 2014 (%).</i>	<i>52</i>

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Distribuição das eSF-MM por UF.....	41
Quadro 2- Porcentagem de municípios com eSF-MM por UF.....	43
Quadro 3- Proporção da relação entre eSF-MM e eSF implantadas por perfil de vulnerabilidade do município	44
<i>Quadro 4- Proporção da relação entre eSF-MM e o teto da atenção básica por perfil de vulnerabilidade do município</i>	<i>45</i>
Quadro 5- Estimativa da Cobertura Populacional das eSF-MM por Perfil de Município.	51

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição dos municípios com eSF por perfil de vulnerabilidade.	28
<i>Gráfico 2-Varição da Cobertura da AB eSF em municípios com eSF-MM entre maio/2013 e maio/14.</i>	<i>49</i>
<i>Gráfico 3- Varição da Cobertura da ESF em municípios com eSF-MM implantadas e municípios sem eSF-MM implantadas entre maio/13 e maio/14:.....</i>	<i>50</i>

LISTA DE SIGLAS

AB- Atenção Básica

CFM – Conselho Federal de Medicina

ESF – Estratégia de Saúde da Família

eSF- Equipe de Saúde da Família

eSF-MM – Equipe de Saúde da Família Mais Médicos

MS- Ministério da Saúde

MEC- Ministério da Educação

NOB-RH – Norma Operacional Básica de Recursos Humanos

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PISUS- Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde

PMM- Projeto Mais Médicos para o Brasil

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica

PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade

PROVAB – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

PITS- Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

Resumo

O problema da escassez de profissionais médicos na atenção básica é a causa originária do Programa Mais Médicos Para o Brasil, este estudo consiste em uma avaliação normativa dos 10 primeiros meses de atividade do programa, com foco no seu componente III “Provimento emergencial de profissionais médicos para áreas desassistidas”, elencando o componente da cobertura da atenção básica e sua relação com a execução do objetivo 01 do projeto em diminuir a carência de profissionais médicos em regiões prioritárias. Para cumprir com este propósito, foi desenvolvido um estudo com base nos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) nas competências de Maio de 2013 e Maio de 2014 que desenvolveu quatro indicadores para discutir sobre os resultados iniciais do projeto nos municípios com equipe de Saúde da Família- Mais Médicos (eSF-MM) constituída e faz um comparativo em um destes indicadores com municípios sem a constituição destas equipes. Foi identificada uma diferença entre estes municípios ao se observar os indicadores da quantidade da parcela de população coberta e a relação entre as eSF-MM e as equipes implantadas, também é importante observar que as eSF-MM constituem hoje cerca de 23% das Equipes de Saúde da Famílias implementadas e cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Contudo, destaca-se que os resultados ainda não em caráter inicial do Projeto e que estudos que discutem mais sobre o processo micropolítico devem ser realizados para identificar se o Mais Médicos implicará ou não na reorientação do processo de trabalho na atenção básica do Brasil.

Palavras Chave: Provimento; Atenção Básica; Mais Médicos; Saúde da Família e Cobertura.

ABSTRACT

The shortage of medical professionals in primary care is the originating cause of the More Doctors Program For Brazil, this study consists of a normative evaluation of the first 10 months of program activity, focusing on its component III "Provision of emergency medical professionals to underserved areas ", listing the hedge component of primary health care and its relation to the execution of the goal 01 design to reduce the shortage of medical professionals in priority regions. To fulfill this purpose, a study based on data from the National Registry of Health (CNES) in powers of May 2013 and May 2014 who developed four indicators was developed to discuss the initial results of the project in the municipalities with Family Health team More-Medical (eSF-MM) composed and makes a comparison in one of these indicators with municipalities without the establishment of these teams. A difference between these municipalities was identified by observing the indicators of the amount of the share of the population covered and the relationship between the ESF-MM and deployed teams, it is also important to note that the ESF-MM today constitute about 23% of the teams of Child health implemented and registered in the National Registry of health However, it is emphasized that the results are still in the initial character design and studies that discuss more about the micro process should be conducted to identify if the more Doctors imply or not in the reorientation process of working in primary care in Brazil.

Key words: Upheld; Primary Care; More Physicians; Health and Family Coverage.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	15
2. O Programa Mais Médicos Para o Brasil	18
2.1 A realidade da escassez do profissional médico na atenção básica.	18
2.2 Outras iniciativas de provimento de profissionais médicos no Brasil.	19
2.3 A Lei 12871/2013.....	24
2.4 O provimento emergencial e os locais em situação de vulnerabilidade:.....	25
3. A atenção básica no Brasil.....	29
4. O Médico também é equipe? O Programa como estratégia de enfrentamento ao modelo médico centrado.....	33
5 Cobertura significa acesso? A oferta de ações e serviços e sua significação.....	34
6. A avaliação normativa:.....	36
7. Justificativas:.....	37
8. Objetivos:.....	38
9. Trajeto Metodológico:.....	38
10. Resultados e Discussão:.....	41
10.1 Distribuição das Equipes no Território:	41
10.2 Qual a Importância das Equipes de Saúde da Família- Mais Médicos dentro do cenário das Equipes da Estratégia de Saúde da Família no Brasil?	44
10.3 Variação da cobertura de equipes de saúde da família após o programa mais médicos.....	47
10.4 Proporção de pessoas assistidas por equipes do programa mais médicos:	51
11. Considerações finais:	52
12. Referências.....	55
ANEXO I	60

1. Introdução

A agenda da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) nunca se esgotou desde o seu início em meados dos anos 70 até a atualidade. Em meio a efervescência da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), outras agendas que faziam parte do projeto da RSB (PAIM, 2013), não avançaram e junto com a implementação desigual do SUS o fez e faz ainda ser uma reforma incompleta (CAMPOS G. W., 2012).

A não efetivação do SUS por completo é ocasionada por diversos fatores e atores que determinam ainda mais dificuldades na construção da política de saúde no Brasil, tais como: o subfinanciamento, má qualidade na gestão, hospitais de pequeno porte, dentre outros, que se apresentam como desafios para o conjunto de trabalhadores do sistema. Além dos fatores apresentados, a escassez de profissionais médicos e a dificuldade de ampliação da cobertura da atenção básica que possa refletir no aumento da sua resolutividade são outros fatores importantes e serão fruto deste estudo (AQUINO & BARRETO, 2008).

A Atenção Básica (AB), de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2012), caracteriza – se como algo além do que um nível de atenção clínico dentro dos serviços de saúde, pois trata-se da porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde, com uma atenção voltada ao sujeito e não simplesmente aos agravos ou a doença (STARFIEL, 2002), buscando resolutividade e continuidade no acompanhamento com a criação de vínculo entre a equipe (multiprofissional) e o usuário.

A AB no Brasil deve acontecer – de acordo com a orientação oficial - o mais próximo a vida das pessoas com um alto grau de capilaridade e de Territorialização, objetivando ser o serviço básico e de referência inicial e longitudinal para a atenção à saúde dos usuários, com práticas voltadas a atenção individual e coletiva, com foco na integralidade e na autonomia dos sujeitos implicados a ela (BRASIL, 2011), tendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como seu principal instrumento para consolidação.

Um elemento crucial na construção deste trabalho é o da responsabilidade do SUS na orientação da formação de seus trabalhadores, esta

competência do SUS está presente no art. 200 da Constituição Federal “III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (BRASIL, 1988) e, também, no art. 15 da Lei 8080/90 que diz que uma das atribuições do SUS é a “Participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde.

Apesar da atribuição legal, hoje temos um cenário da não responsabilização do SUS pelo planejamento dos seus recursos humanos o que leva a um descompasso e desequilíbrio entre a formação em saúde e a oferta de trabalhadores em relação as reais necessidades da população e do SUS, ou seja, a formação e o trabalho em saúde ainda não regulados pelo estado andam em descompasso com as reais necessidades de saúde da população. Outro fator determinante é que a ordenação dos recursos humanos pelo SUS sofre, é a ainda expansiva oferta liberal de serviços de algumas categorias profissionais, principalmente a médica o que contradiz com a lógica pública de se ofertar serviços com base em necessidades de saúde da população (CAMPOS G. W., 1989).

Com base nessa responsabilidade, algumas estratégias foram tomadas para aprofundar a atuação do SUS no setor do trabalho e da educação em saúde. Desde as formulações sobre tema nas Conferências Nacionais de Saúde, passando pela NOB-RH/2002 e a criação pelo Governo Federal em 2003 da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) no âmbito do Ministério da Saúde.

Alguns fatores são centrais no processo de organização do trabalho em saúde. Discutir o atual cenário de formação extremamente especializada, dificuldade de consolidação de novos campos profissionais, o desejo por uma ampliação exacerbada de práticas privativas (como no caso do Ato Médico) são fatores que estão na ordem do dia sobre o processo de organização dos trabalhadores e do trabalho em Saúde.

No que tange a este trabalho, discutiremos um outro importante fator relacionado aos trabalhadores da saúde que se apresenta como entrave na organização dos serviços de saúde que é a escassez do profissional médico.

Este problema da escassez refere-se diretamente ao atual momento das políticas de saúde discutidas em nosso país, principalmente no que diz respeito ao debate sobre as políticas de provisão, particularmente sobre o Programa Mais Médicos para o Brasil. Este debate está no cotidiano dos brasileiros e não apenas dos atores que se relacionam com a construção do SUS

O presente estudo funda-se nos resultados iniciais do projeto implementado a luz da Lei 12.781, de 2013 que institui o Programa Mais Médicos e ações para o combate da escassez de profissionais de Saúde em nosso país. Consiste em uma avaliação de caráter normativo dos resultados iniciais do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMM) na cobertura da AB através da Saúde da Família nos últimos 10 meses de implementação do Projeto, com o objetivo de.

Para tanto, faz-se necessário levantar alguns questionamentos: a implementação dos primeiros dez meses do Projeto Mais Médicos Para o Brasil contribuiu para o aumento da cobertura da atenção básica através da estratégia de saúde da família nos municípios brasileiros e prioritariamente nos locais com maior vulnerabilidade? Existe uma diferença entre a ampliação da cobertura da ESF nos locais já cobertos por equipes de saúde da família constituídas pelo PMM em relação a locais que não recebem o Projeto? Qual a importância do PMM na composição das eSF no período estudado? Existem indícios de que o PMM influencia a reorganização Da distribuição do profissional médico no território brasileiro e implicando na redução de sua escassez na composição das equipes de saúde da família?

O estudo então apresenta as implicações do PMM na cobertura da atenção básica e os resultados iniciais dos primeiros 10 (dez) meses do programa, com foco na distribuição dos profissionais médicos no território brasileiro.

2. O Programa Mais Médicos Para o Brasil

2.1 A realidade da escassez do profissional médico na atenção básica.

A alta rotatividade e a profunda expansão da especialização da educação médica são fatores fundamentais no comprometimento da prestação continuada e com qualidade dos serviços e das ações em saúde no Brasil (CARVALHO, 2013) (FEUERWERKER, 1997). Estes fatores geram deficiências no acesso aos serviços de saúde, criando inequidades principalmente na prestação de serviços de Atenção Básica (UFMG, 2010).

Estes são alguns dos fatores que caracterizam a escassez de profissionais médicos no Brasil e motivam diversas estratégias de indução da fixação e provimento de profissionais médicos. Apesar do conceito de escassez ter alguns significados variados, entende-se por escassez neste trabalho a ausência de recursos necessários para suprir a demanda existente por ele (UFMG,2010).

O conceito de escassez, na economia, é usualmente reservado com referência a situações nas quais os recursos disponíveis são insuficientes para atender as satisfações. Quando falamos em escassez de um bem ou recurso queremos dizer que ele não existe em quantidade suficiente para satisfazer a todos os indivíduos nos níveis que dele necessitam. A intensidade da escassez pode variar em grau (forte/fraca) e natureza podendo ser considerada artificial nos casos em que os governos poderiam, caso decidissem fazê-lo, tornar o recurso em questão disponível para todos ao nível da satisfação. (UFMG,2010)

Estudos realizados pela Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCOM) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em 2010, apontam que 7% dos municípios brasileiros não contavam com médicos residindo em seus limites e em torno de 25% contam com a razão de um médico para mais de 3.000 habitantes.

O mesmo estudo, infere que em 2008 apenas cinco municípios brasileiros não registravam nenhuma hora de trabalho médico em AB e apenas trinta e oito informavam oferecer menos de 40 horas semanais na AB.

Filho (2007) aponta que diferenças entre a população e a quantidade de médicos disponíveis nas regiões brasileiras já eram constatadas na década de 70, onde a região norte e nordeste, que já comportavam cerca de 4% e 30% da população brasileira respectivamente, não contavam sequer com 1% e 17% dos médicos disponíveis, enquanto nas regiões Sul e Sudeste residiam 60% da população e concentravam 80% dos médicos.

Recentemente Campos, Machado e Girardi (2009), apontam que pouco se alterou na configuração da distribuição médica por regiões. O estudo mostra, por exemplo, que a região Norte que à época possuía 8,0% da população, já detinha 4,3% dos médicos ao passo que o Sudeste, com 42,3% da população concentrava 54,7% dos médicos.

Segundo dados do Conselho Federal de Medicina (CFM) (2013), o Brasil possui 1,5 Médicos/por mil habitantes, bem menos que outros países com sistemas universais de saúde, como Cuba (6,39), Reino Unido (2,64), Canadá (2,63).

Outro dado importante a ser destacado é que o país possui uma relação de 1,95 médicos por mil habitantes entre a população exclusivamente usuária do SUS e supera a taxa cubana de 6,39 médicos por mil habitantes entre os usuários de planos de saúde, onde temos uma relação de 7,60 médicos por mil habitantes.

A partir dessas informações podemos inferir que o problema não se trata da escassez absoluta de profissionais médicos, mas sim de uma articulação da ausência de profissionais em quantidade adequada a má distribuição dos profissionais pelo Brasil, o que gera bolsões da periferia do trabalho médico.

2.2 Outras iniciativas de provimento de profissionais médicos no Brasil.

Como a desassistência de profissionais médicos é histórica, o Brasil já apresentou algumas iniciativas para o enfrentamento deste problema, contudo todas elas tiveram foco na distribuição dos profissionais e na interiorização da prestação de serviços médicos no país.

Antes da criação do SUS, tivemos duas iniciativas: o Projeto Rondon e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Após a criação do SUS, o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS); o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) e o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB).

O Projeto Rondon, criado em 1968 pelo Decreto nº 62.927, tinha como finalidade a interiorização da prática universitária em nosso país, por meio de estágios em serviços voluntários em que estudantes das universidades brasileiras desempenham atividades de acordo com sua formação (FILHO, 2007). Este projeto não era centrado na expansão dos serviços médicos em áreas desassistidas, mas sim na promoção pontual e “festiva” de serviços médicos realizados por docentes e estudantes sem nenhum caráter integrativo com as necessidades de saúde e apenas funcionando como um Pronto Socorro (PS) temporário e itinerante (FILHO, 2007).

O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), entre 1976-1985 teve como objeto a implantar estruturas básicas de saúde em comunidades com até 20 mil habitantes (BRASIL, 1976). Segundo Carvalho (2013), esta intervenção foi construída com base no “modelo previdenciário” e foi criticada por ser uma estratégia de levar “medicina de pobre para pobre”.

Após o ano de 1988 e a criação do SUS, outras estratégias de interiorização de profissionais de saúde são incorporadas as políticas de saúde no Brasil. O Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS) teve início em novembro de 1993 e foi organizado em 4(quatro) grandes eixos: I- Pronto Atendimento; II- Interiorização do Médico, III-Interiorização do Enfermeiro e IV- Agente Comunitário de Saúde.

Este programa surge em um momento de início do então Programa de Saúde da Família e se aponta como estratégia para o estabelecimento da equipe

mínima de saúde dentro de cada um dos municípios brasileiros com pagamento efetuado pelo gestor municipal junto a recursos federais (SAMPAIO, 2013).

Já em fevereiro de 2001, tivemos a publicação do Decreto nº3.745 que instituía o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), que tinha como foco o fortalecimento das Equipes de Saúde da Família, provendo profissionais médicos e enfermeiros para áreas desassistidas até então, contudo apenas 181 médicos e 240 enfermeiros em 300 municípios concluíram o programa (Sampaio, 2013).

Em 2011, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação instituem o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), o qual tem como objetivo prover médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas por meio de atividade de ensino em serviço com bolsa-salário paga pelo Ministério da Saúde junto aos processos educacionais e supervisão clínica.

Observa-se que dentre as estratégias de provisão de profissionais em áreas prioritárias, o PROVAB contou com um fator novo: a incrementação de bonificação de 10% nas notas finais das provas de residência médica.

Diante de todas estas ações realizadas pelo Ministério da Saúde em prover profissionais de saúde, em especial profissionais médicos em áreas desassistidas, podemos observar que as iniciativas eram restritas a aumentar a distribuição dos profissionais conforme suas características de expansão de serviços e de interiorização do trabalho, contudo as mesmas não observaram o componente do aumento da oferta em geral em contribuir para o aumento do número de vagas em cursos de medicina, reorganização da residência médica e aumento do número de profissionais estrangeiros. .

Tabela 1-Comparativo das experiências de provimento de profissionais de Saúde no Brasil

ANÁLISE	RONDON	PIASS	PISUS	PITS	PROVAB
Objeto	Integração nacional; Interiorização; Desenvolvimento Nacional e Preparação de recursos humanos	Extensão de cobertura; Implantar estrutura básica de saúde pública nas comunidades até 20 mil habitantes no Nordeste; caráter permanente	Interiorização de equipe mínima de saúde com suporte de uma unidade de saúde.	Maior e melhor distribuição de médicos; Aperfeiçoamento da formação e impulsionamento da Atenção Básica.	Provimento de médicos, enfermeiros e dentistas em áreas remotas e de extrema pobreza articulada à proposta de supervisão.
Período	1960 – 1989	1970-1985	1993- 1994	2001	2011 - Atual
Público	Estudantes universitários e servidores públicos	Predominantemente nível médio e elementar	Médico, Enfermeiro e ACS	Médicos e Enfermeiros	Médicos, Cirurgiões Dentistas e Enfermeiros
Total de Participantes	350.000 universitários e 13 mil professores	-	-	300 municípios com 421 profissionais, sendo 181 médicos	3.968 médicos, na edição 2014.
Localidades	Interior do País, áreas desprovidas de infraestrutura	Áreas desprovidas de infraestrutura	398 municípios da região Norte	151 municípios até 50 mil habitantes que não tenham PSF, com piores indicadores de saúde, participantes dos programas	Todos os municípios brasileiros

				sociais do Governo Federal.	
Ações	Ações de saúde e ações educacionais através da integração com os campi avançados	Saneamento básico e programas de desenvolvimento socioeconômico	UPA's Interiorização do médico, do enfermeiro e ACS	Ações em saúde para a Atenção Básica	Ações em saúde para a Atenção Básica
Governança	Ministério da Educação -Forças Armadas	Ministério da Saúde - Gabinete da Presidência da República	Ministério da Saúde, Estados e Municípios	Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Entidades Profissionais, Coordenações Estaduais de Atenção Básica e Executiva dos Estudantes de Medicina	Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Instituições de Ensino, Secretarias municipais e estaduais de saúde.
Estudos de avaliação	Não encontrado				

2.3 A Lei 12871/2013.

O Ano de 2013 iniciou com a campanha “Cadê o Médico?” realizada pela Frente Nacional dos Prefeitos (FNP) com um forte pedido dos municípios ao governo federal por estratégias que viabilizassem o aumento da oferta de profissionais médicos. Esta pressão teria sido apenas um dos movimentos que fortaleciam uma proposta de inclusão de uma intervenção sobre a ausência de médicos dentro da agenda pública brasileira.

Em junho de 2013, após reunião com todos os Governadores e Prefeitos das Capitais brasileiras e durante um período onde um conjunto de mobilizações sociais tomaram as ruas do país, a Presidenta Dilma Rousseff propôs cinco pactos que tinham como objetivo responder aos anseios da população, dentre eles apresentou a iniciativa de convocar médicos estrangeiros para atuar exclusivamente no SUS.

Foram quase duas semanas do anúncio das medidas pela Presidenta e a publicação da Medida Provisória nº 621/2013 instituiu o Programa Mais Médicos para o Brasil. Duas foram as semanas que ficaram entre o anúncio e a publicação, mas longos meses se tornaram o intenso debate sobre o Programa.

A MP 621/2013 foi convertida com a aprovação do Congresso Nacional na Lei 12.871/2013 que dispõe sobre o Programa Mais Médicos para o Brasil.

Segundo a Lei, o Programa tem três grandes componentes: I- Ampliação das vagas em cursos de medicina no Brasil; II- Reorganização da residência médica e da formação de especialistas e o III- Provimento emergencial de profissionais médicos para áreas desassistidas. Este estudo tem como foco o terceiro componente do programa.

Sobre o primeiro componente, a Lei organiza um processo de seleção pública de municípios que possam ser autorizados a ter em seu território cursos de medicina com o objetivo de ampliar o número de médicos formados no Brasil criando até 2018 cerca de 11,4 mil novas vagas em cursos de medicina (BRASIL, 2014).

Ainda sobre as graduações em Medicina, o programa também estabelece que no mínimo 30% do internato do curso seja cursado em serviços de saúde da AB e serviços de Urgência e Emergência exclusivamente do SUS.

Outra característica do Programa Mais Médicos é o da universalização das vagas de residência médica. A lei estabelece que os Programas de Residência Médica devem

oferecer um quantitativo de vagas igual ao número de formados em cursos de graduação em Medicina no ano anterior, sendo que esta regra será implantada progressivamente até o ano de 2018.

O Programa também prioriza a área de Medicina da Família e comunidade no que tange a expansão das vagas e financiamento de bolsas. Assim, a partir de 2018 no mínimo um ano de residência nesta área será obrigatória para todos os médicos residentes, variando conforme disciplinado na lei ou parecer da Comissão Nacional de Residência Médica.

Por fim, a lei também instituí por três anos (prorrogável pelo mesmo período) o Projeto¹ Mais Médicos Para o Brasil, que consiste em uma ação de aperfeiçoamento em serviço que possibilita aos profissionais participantes curso de especialização ofertado por instituição pública de educação superior e supervisão clínica.

Este projeto apresenta novidades no arcabouço jurídico-médico brasileiro, principalmente no que diz respeito ao ingresso de profissionais estrangeiros, pois as vagas não preenchidas por profissionais brasileiros, puderam ser ocupadas por profissionais estrangeiros o qual o programa dispensa a revalidação de diploma nos três anos iniciais da sua atuação, sendo que a atuação é condicionada a aprovação em um módulo educacional no Brasil que contempla questões relacionadas a legislação do SUS, realidade brasileira e língua portuguesa para fazer parte do projeto. Classificando então os médicos atuantes no programa em: I – Médico Participante, profissional formado no Brasil ou com diploma revalidado e II- Médico Intercambistas, profissional formado no exterior aprovado no módulo educacional.

No que diz respeito ao registro profissional, os profissionais intercambistas não possuem registro com número dos Conselhos Regionais de Medicina e sim Registro Médico de Saúde que só o permitem atuar na atenção básica no município específico ao qual foi designado.

2.4 O provimento emergencial e os locais em situação de vulnerabilidade:

A MP nº 621/2013, convertida posteriormente na Lei nº 12.871/2013 que dispõe sobre o Programa Mais Médicos Para o Brasil diz que o programa tem como finalidade a

¹ Para destacar a diferença entre Programa Mais Médicos e Projeto Mais Médicos: O Programa consiste no conjunto de projetos relacionados ao provimento e a formação médica no Brasil, já o Projeto é ação estritamente de provimento.

formação de recursos humanos na área médica para o SUS e tem o seu primeiro objetivo o de reduzir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS (BRASIL, 2013a).

A Portaria Interministerial nº 1.369/2013 que regulamenta a MP nº 621/2013 e posteriormente a Lei nº 12.8741/2013, diz que as regiões prioritárias para atuação do Projeto Mais Médicos serão áreas de difícil acesso, de difícil provimento de médicos ou que possuam populações em situação de maior vulnerabilidade, que são definidas com base nos critérios estabelecidos pela Portaria nº 1.377/GM/MS.

As áreas são apontadas conforme municípios e que se enquadrem em pelo menos uma das seguintes condições:

“(…)Art. 3º

(…)III-

(…) a) ter o Município 20% (vinte por cento) ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), disponíveis no endereço eletrônico www.mds.gov.br/sagi;

b) estar entre os 100 (cem) Municípios com mais de 80.000 (oitenta mil) habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública "per capita" e alta vulnerabilidade social de seus habitantes;

c) estar situado em área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS), órgão integrante da Estrutura Regimental do Ministério da Saúde; ou

d) estar em regiões censitárias 4 (quatro) e 5 (cinco) dos Municípios, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);”

Desta forma e conforme constante no Edital nº 38/2013 que dispõe sobre a adesão dos municípios ao Projeto Mais Médicos para o Brasil, os municípios são distribuídos da seguinte forma:

- a) Os 26 municípios que são capitais de seus estados e o Distrito Federal;
- b) Os 485 municípios situados em Regiões Metropolitanas;
- c) Os 100 (cem) Municípios com mais de 80.000 (oitenta mil) habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública "per capita" e a e alta vulnerabilidade social de seus habitantes (G100);

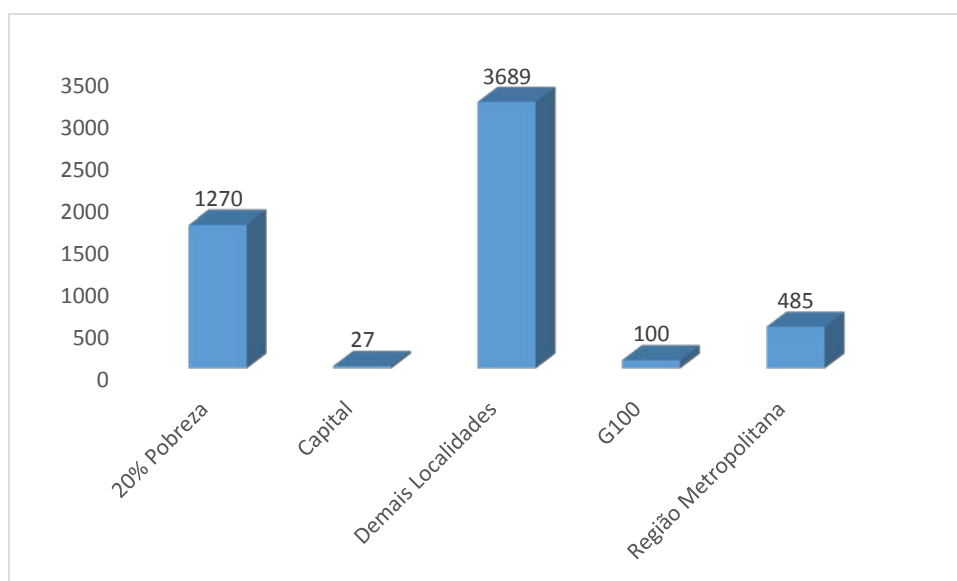
- d) Os 1270 municípios com 20% (vinte por cento) ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS)(20% de Pobreza);
- e) Os 34 Distrito Sanitário Especial Indígena da Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde (DSEI/SESAI/MS);
- f) Os 3689 municípios não caracterizados nestes perfis.

É importante ressaltar que apesar de caracterizar os DSEi's junto aos municípios, estes estão vinculados diretamente a União não sendo de responsabilidade dos municípios e nem podendo ter suas equipes de Saúde da Família vinculadas a uma estrutura municipal, já que fazem parte do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (BRASIL, 1999).

O uso do termo vulnerabilidade neste trabalho diz respeito a municípios considerados prioritários pela portaria por apresentarem característica de vulnerabilidade social, econômica ou geográfica, incluindo as capitais e regiões metropolitanas por conterem também regiões censitárias que possuem este perfil principalmente associados a baixo índice de desenvolvimento humano.

Os municípios com Equipes de Saúde da família estão distribuídos entre os perfis conforme Gráfico 1. A maior parte dos municípios estão classificados como “demais localidades”, contudo demonstra ser expressivo os municípios classificados como “20% de pobreza”.

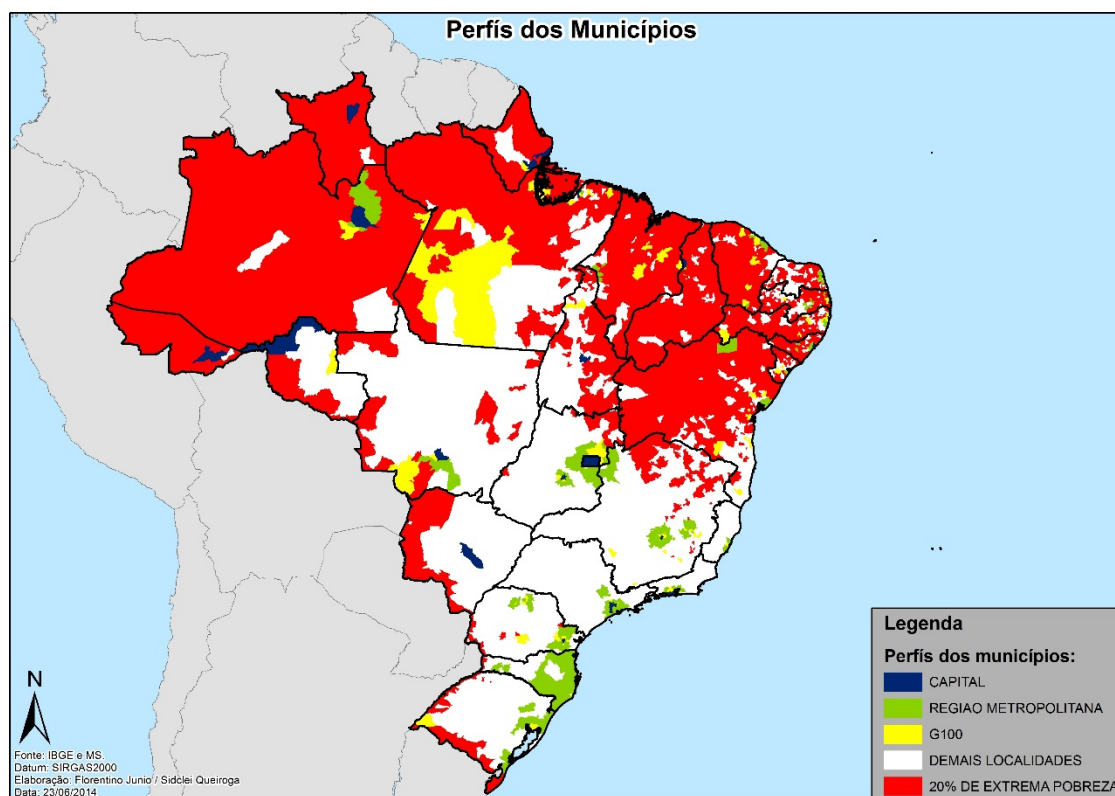
Gráfico 1- Distribuição dos municípios com eSF por perfil de vulnerabilidade.



Fonte: Elaboração própria conforme Edital de Adesão dos Profissionais do Programa, com informações da SAGI/MDS, IBGE e FNP.

Contudo, é importante identificar onde se localizam estes municípios e suas características dentro do Estado brasileiro, conforme demonstrado na Figura 1. Observa-se que existe uma predominância dos municípios com perfil de vulnerabilidade de 20% ou mais da população em situação de pobreza nas regiões norte e nordeste do país, e em contraposição uma maior predominância de municípios não caracterizados por possuir vulnerabilidade dentro das regiões sudeste, centro-oeste e sul do país.

Figura 1- Distribuição Espacial dos Municípios com eSF segundo perfil de vulnerabilidade.



Fonte: Elaboração própria conforme dados do CNES, Edital de Adesão dos Municípios do Programa, IBGE e SAGI/MDS.

3. A atenção básica no Brasil

Os sistemas e serviços de saúde não diferem da organização da prestação de serviços no mundo quando discutimos sobre a relação entre a demanda por serviços e a oferta deles, sendo que teremos uma oferta sempre aquém da demanda se compararmos apenas a itens quantitativos.

O desafio de equilibrar a organização dos serviços com as demandas a serem supridas, é presente dentro dos sistemas de saúde e principalmente fazem com que eles tenham que adotar estratégias para aumentar a eficiência na prestação de ações em saúde.

Associado a isso, temos na saúde uma enorme gama de fatores que influenciam as condições de saúde da população e por consequência devem determinar o modo de organização da prestação de serviços. Este são alguns dos fatores que organizam e influenciam a organização dos modelos de atenção à saúde, e que especialmente, foram fundamentais para a construção da atenção primária à saúde, conforme Starfield (2002).

Segundo Mendes (2012), a concepção moderna da APS surgiu no Reino Unido, em 1920, no Relatório Dawson que teve como premissa a organização nivelar dos sistemas de atenção à saúde e que proporcionou um conjunto de ações que levaram a realização da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata no ano de 1978. A Conferência de Alma-ata, foi fundamental na expansão e na construção da APS a nível mundial e definiu os cuidados primários, como:

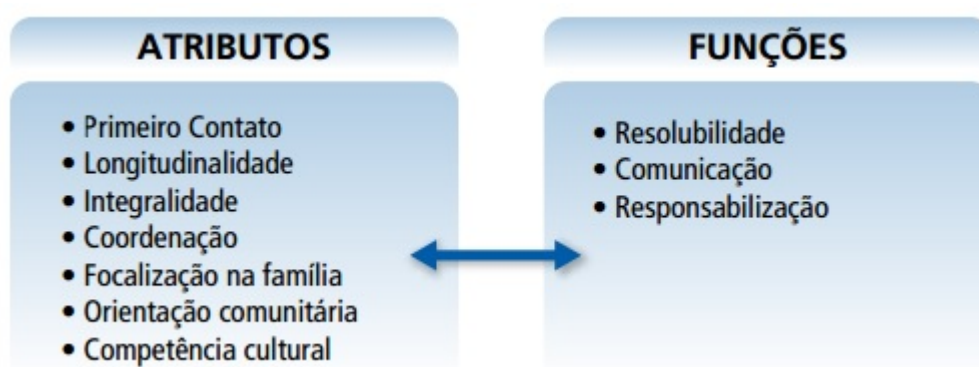
Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OPAS, 1978).

Segundo Mendes (2012), na Assembleia Mundial de Saúde afim de estruturar e operacionalizar estratégias para alcançar metas "Saúde para Todos no ano 2000". Entretanto o autor afirma que quando Organização Mundial da Saúde propôs sua agenda para operacionalização das metas acordadas em Alma-Ata, os países industrializados já as haviam alcançado em grande parte, enquanto a maioria dos países em desenvolvimento ainda estavam longe de atingi-las.

Destes preceitos que surgem a formalização dos ideais da APS, apesar de que ser múltiplos os conceitos, aqui entenderemos que a APS conforme dito por Mendes (2012) é o nível primário do sistema de atenção à saúde, organizando e fazendo funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutive desses serviços sobre os problemas de saúde.

Segundo Starfield (2002) e Mendes (2012)A APS se organiza através de atributos e funções, onde através da relações entre eles e de suas efetivações que se consolidará como estratégia de fortalecimento da atenção à saúde, conforme a Figura 2.

Figura 2- Atributos da APS.



Fonte: Mendes (2012) e Starfield (2002).

Já no Brasil, a APS oficialmente é chamada de atenção básica à saúde e se construiu por sete ciclos segundo Mendes (2012), em que o primeiro foi instalado através da criação dos centros de saúde pela Universidade de São Paulo, para atender uma população adscrita e utilizou como ação fundamental a educação sanitária, com o objetivo de promover à saúde e principalmente com atuação na prevenção de doenças.

O segundo teve como eixo central a criação no início dos anos 40, do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), hoje Fundação Nacional de Saúde e o terceiro ciclo a AB no Brasil instituído a partir da metade dos anos 60, desenvolveu-se nas Secretarias Estaduais de Saúde principalmente com ações de combate a doenças infecciosas(Mendes, 2012).

O quarto ciclo da Política de AB no Brasil é iniciado nos anos 70 e tem como principal marco o do o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) que também foi uma estratégia de provimento de profissionais, principalmente no interior do nordeste do país. Já no início dos anos 80, junto a instituição das Programa de ações Integradas de Saúde foi iniciado o quinto ciclo da política de atenção básica no Brasil.

Junto a construção do SUS e a municipalização da APS como eixo central de sua atuação, no fim da década de 80 e no início dos anos 90 se iniciou o sexto ciclo da atenção básica, terminando com a inauguração de um novo período vigente até os dias atuais onde o então Programa de Saúde da Família se tornou central nas ações.

O programa de Saúde da Família foi iniciado em 1994 pelo Ministério da Saúde, como estratégia que tinha como foco a organização das ações de atenção básica à saúde

ao nível municipal (SOUSA M. d., 2002), contudo antes mesmo da implementação por parte do Governo Federal alguns municípios se utilizavam da estratégia, como Niterói (RJ). Quixada (CE), Icapuí (CE), Itacarambi (MG) em 1993, entre o outros (FRANCO & MERHY, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde (1997), o Programa Saúde da Família (PSF) visava a reversão do modelo assistencial. Por isso, partia de que só se era possível a mudança através de uma alteração no objeto da atenção e na forma de atuação e organização dos serviços, orientando para novas práticas assistenciais com base em novos critérios.

O Programa Saúde da Família se tornou Estratégia, deixou de ser um projeto temporal e passou a ser um elemento central na constituição do SUS e de mudança no modelo de atenção à saúde e conforme a Política Nacional de Atenção Básica de 2011, é o como seu principal instrumento para a consolidação da atenção básica.

A estratégia de Saúde da Família é constituída por equipes multiprofissionais compostas por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, técnico de enfermagem.

Sendo que cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas e mínimo de 2.000, sendo a média atual hoje é a de 3.450 pessoas. O teto dos municípios é calculado através do mínimo.

É importante destacar que conforme Mendes (2012) a AB no Brasil como estratégia está longe de consolidar-se na prática das gestões do SUS. Pois ainda não foram estruturadas condições materiais e simbólicas para que isso acontecesse. Sendo que na maioria das situações a ABS é concebida apenas como um nível de atenção de baixa densidade tecnológica e que atua nas regiões e para as pessoas pobres

A característica atual da AB no Brasil é que ainda possui uma baixa resolutividade e não orienta a organização das redes e das linhas de cuidado, não fornecendo cuidado continuado e focado nos seus atributos e em suas funções (MENDES, 2012).

Destaca-se que apesar deste cenário de fragilidade da AB no Brasil, ela ainda consiste como uma estratégia de fortalecimento do SUS e desde a implantação da nova PNAB vem sofrendo com uma gradual expansão de investimentos, processos de avaliação contínuos como o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade –PMAQ e um forte

processo de qualificação da ambiência e estrutura através do Projeto de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde –Requalifica UBS.

Ao se discutir AB também é importante entender o atual cenário das avaliações constantes nela. Hoje existe um forte movimento por avaliações de desempenho, o PMAQ é um instrumento que pela primeira vez no âmbito da Política de Atenção Básica vincula o repasse financeiro ao alcance de padrões e processos de qualidade, aferidos por meio de uma avaliação extensa e voltada ao acompanhamento dos indicadores de qualidade e produtividade das Equipes de Atenção Básica (PINTO, SOUSA, & FLORÊNCIO, 2012).

4. O Médico também é equipe? O Programa como estratégia de enfrentamento ao modelo médico centrado.

A forma como se organizam os serviços de saúde é um dos fortes entraves na constituição do SUS, o motivo de sua organização e como os serviços se orientam são elementos cruciais que hoje dificultam a constituição da integralidade.

Efetivar a integralidade é reconhecer que hoje ainda está temos uma forte influência das características presentes no “modelo médico assistencial hospitalocêntrico e privatista” (TEIXEIRA & SOLLA, 2006) e que a integralidade só será conquistada com uma mudança no modelo em curso.

A alteração no modelo é parte fundamental para a reorientação do trabalho. Mas, a combinação das tecnologias, e também do perfil, das competências dos trabalhadores e de seus objetos de trabalho é que constitui os meios de trabalho e os modelos de atenção à saúde (PAIM, 2008).

Não podemos afirmar que existe um único modelo de atenção no Brasil, mas podemos dizer que dentre os modelos os que se apresentam como dominantes não possuem a integralidade como centro de suas ações, são modelos que não buscam resolver as reais necessidades e que não organizam a demanda, cuidando de cada caso de forma isolada e não combinada (PAIM, Modelos de Atenção à Saúde no Brasil, 2008), esta forma de organização se exemplifica no processo de trabalho e na forma como se organiza as ações dos serviços saúde.

Qualquer mudança do modelo hegemônico vigente tem no trabalho do médico um fator crucial, observar como o médico se insere nos serviços de saúde e como os serviços de saúde se organizam em relação ao profissional médico é um analisador para identificar as noções efetivas da integralidade e o que deve ser buscado para alterar a proposta em curso (FRANCO, BUENO, & MERHY, 1999).

Todo esse panorama do atual modelo hegemônico brasileiro e da dificuldade na reorientação para um modelo mais horizontal, multiprofissional e voltado a um cuidado qualificado e resolutivo, nos levam a um certo espanto quando se coloca no centro do debate da política de saúde do país, um programa que tem como um dos objetos centrais o do trabalho médico.

Assim o Projeto e o Programa Mais Médicos, podem ser considerados não apenas como um instrumento de provisão de profissionais médicos, mas principalmente um novo modo de organização da atenção básica e do fortalecimento das equipes de saúde no Brasil.

5 Cobertura significa acesso? A oferta de ações e serviços e sua significação.

Cobertura é uma palavra que possui múltiplos sentidos, e não necessariamente uma padronização no que tange a sua utilização para conceituar a ofertar e organização os serviços de saúde no Brasil.

A forma mais tradicional da utilização do termo, é a da organização e distribuição de determinados serviços em relação a um território e grupo populacional adscrito (UNGLERTL, ROSENBURGL, & JUNQUEIRALL, 1987). Porém, isto não significa que este termo é empregado em uma “simples” razão aritmética, pois o conceito se constrói e se relaciona com todos os determinantes do produzir saúde. (AQUINO & BARRETO, 2008)

A forma de se cobrir é uma articulação imbricada de diversos fatores que organizam o “fazer” saúde e a concertação destes fatores é organizada com base nas necessidades de saúde, nas demandas de saúde, na oferta dos serviços, na disponibilidade tecnológica, na disponibilidade de trabalhadores e na agenda política existente (AQUINO & BARRETO, 2008).

Isto faz com que a cobertura seja a combinação efetiva destes múltiplos agentes que organizam a oferta dos serviços de saúde disponíveis. O cobrir, ou seja, é a potencialidade da organização e da disponibilidade da oferta, que por si só não garante a sua adequada

utilização, mas que em sua indisponível impossibilita ela (DA SILVA, GARNELO, & GIOVANELLA, 2010) (NORONHA, 2013)

A cobertura se configura como o alcance potencial de uma ação de saúde ofertada, é o ter a possibilidade de ser alcançado e poder utilizar o serviço da ação ofertada. Nesta perspectiva que cobertura se configura como possibilidade que ela se diferencia de acesso;

Por isso o possibilitar serviços médicos em locais desassistidos, principal objetivo do Programa Mais Médicos para o Brasil, tem os seu resultado inicial o de aumentar a cobertura, mas que pode não resultar em aumento do acesso e da qualidade na prestação dos serviços na atenção básica.

Apesar disso o aumento da cobertura não pode ser visto como algo simplista ou sem importância, pois é nele que se potencializa e se cria o acesso, já que o acessar sem está coberto se torna uma tentativa sem sucesso ou é um acesso a serviços que não são adequados para as necessidades do usuário.

Contudo, a discussão sobre acesso também partilha da multiplicidade de conceitos e objetivos. Na literatura se observa diversas definições e empregos para o termo.

Conill et al (2011), define que acesso é a utilização de serviços de saúde em tempo adequado para obter o máximo e o melhor possível em termos de resultados e que é essencial na verificação da qualidade.

Sanchez e Ciconelli (2012) em um estudo de revisão sobre o conceito de acesso verificou que apesar das diversas conceituações acerca do termo acesso, a maior parte da literatura entende acesso não apenas como a disponibilidade e utilização de serviços, mas principalmente como a capacidade de se utilizar do serviço adequado de forma apropriada.

Travassos e Martins (2004), também em um estudo de revisão sobre o conceito de acesso, chegaram à conclusão de que mesmo com a diversidade e as discordâncias presentes na literatura sobre o conceito de acesso, existe um eixo central que caracteriza acesso como a articulação entre o desempenho dos serviços de saúde e a oferta dos serviços de forma a propiciar o contato e a entrada do usuário.

A partir desta diversidade encontrada na literatura, partimos de assim como cobertura não é uma simples operação matemática ou o ato de prover recursos, acesso não é apenas o contato com o serviço, mas uma condição de entrada ao adequado serviço, que este seja reconhecido pelo usuário e pelos trabalhadores, que possua condições

adequadas da produção do cuidado para o fim específico e que esteja adequado às necessidades de saúde dos usuários.

Estas características do acesso, dialogam com os quatro eixos apresentados por Sanchez e Ciconelli (2012) que afirmam que o conceito de acesso está diretamente relacionado com quatro dimensões: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação. E também com Starfield (2002), que afirma que a acessibilidade se configura como elemento estrutural no primeiro contato que é visto como uma porta de entrada e de construção de vínculo entre o serviço e o usuário.

Assim, não se demonstra que exista acesso sem que exista a utilização de um determinado serviço ou uma determinada ação, o acesso se configura como a razão e o significado da existência da cobertura, é ele que atribui valor e constrói o vínculo entre a oferta dos serviços e as necessidades de saúde da população.

6. A avaliação normativa:

Segundo Silva (2005) a avaliação pode ser considerada como uma parte das práticas presentes em diversos âmbitos e campos do espaço social e esta complexidade de campos gera uma diversidade conceitual e metodológica sobre a temática.

Figueiró Et a.l (2010), afirma que a avaliação é uma prática de atribuição de valor costumeira em nosso dia a dia, através da nossa definição de prioridades e tomadas de decisões, mas estas avaliações na maioria das vezes são organizadas de forma empírica e através de informações do senso comum e com uma carga excessiva da subjetividade.

O mesmo autor, afirma que no campo das ações e políticas a avaliação vem ganhando uma centralidade nas organizações, com o objetivo de organizar as decisões necessárias para atender os focos e os preceitos da organização (FURTADO, 2006).

A avaliação não é só necessária como fundamental na execução das atividades gerenciais, contudo nem toda avaliação é apropriada não é o ato de avaliar que executa uma atividade fundamental e sim o ato de se fazer uma avaliação pertinente ao programa avaliado.

Sobre a avaliação normativa que é a metodologia utilizada por este trabalho, Figueiró Et a.l (2010), diz que ela consiste no julgamento sobre uma intervenção comparando a sua

estrutura, os seus serviços, os processos e os resultados obtidos com as normas e critérios existentes.

Assim, a avaliação normativa consiste na a comparação entre os componentes da intervenção e as normas do programa, observando estas características para a atribuição de um juízo de valor sobre os recursos empenhados (estrutura), os bens produzidos (processos) os resultados obtidos, vendo as diferenças ou a concretização dos objetos propostos de modo formal e não subjetivo.

7. Justificativas:

O debate sobre o Projeto Mais Médicos tomou conta do Brasil durante o último ano, junto com ele a curiosidade das pessoas e das instituições sobre a atuação dos médicos, mais precisamente os estrangeiros e cubanos neste programa levará em breve a um grande número de publicações e estudos a respeito deste tema.

Com a ainda ausência de publicações sobre o tema e o início de um projeto que já se apresenta histórico para o SUS, o desejo por estudar ele foi o que motivou este trabalho em relacionar as experiências que tive a oportunidade de ter na gestão e na militância em defesa do SUS com o término da graduação em Saúde Coletiva.

Também é importante salientar que uma das características principais da formação em Saúde Coletiva na graduação é a capacidade de formar e potencialmente prover sanitários de forma mais rápida para preencher lacunas existentes na organização da gestão e dos serviços de saúde (TEIXEIRA C. F., 2003).

Talvez, esta atividade também poderá gerar um questionamento sobre a provisão e fixação destes profissionais a regiões carentes e mais distantes dos grandes centros urbanos, onde muitas das vezes mostra uma grande capacidade para intervenção de um profissional com habilidades e competências do perfil do sanitário.

O debate sobre o mais médicos é parte de um debate maior sobre a organização do trabalho em saúde e principalmente da orientação da formação em saúde para o SUS, debate ainda negligenciado pelo setor saúde de uma perspectiva macro.

Talvez este debate tenha ganhado força pelas relações das mídias e principalmente pela reação da corporação médica, isto provavelmente abriu uma janela de oportunidades neste debate e apresenta um cenário favorável para a discussão do trabalho em saúde.

Associado a isso, a histórica ausência de profissionais médicos na atenção básica, motiva ainda mais a discussão e a construção deste estudo, por premissas construídas durante a construção da graduação onde apontamos para o fortalecimento da AB como estratégia de consolidação de um modelo de atenção efetivo, resolutivo, capilarizado e voltado as necessidades de saúde da população.

8. Objetivos:

Geral:

Verificar se a distribuição dos participantes do PMM, nos seus dez primeiros meses de implantação está contribuindo para a expansão da cobertura da AB através da ESF e suas implicações na composição das eSF no Brasil

Específicos:

- 1- Identificar a participação das eSF-MM em municípios com equipes implementadas e no Brasil do atual cenário de cobertura da ESF.
- 2- Identificar a participação das eSF-MM em municípios com equipes implementadas e do Brasil do cenário potencial de cobertura da ESF.
- 3- Aferir a variação do grau de cobertura da ESF em municípios com eSF-MM implementadas e municípios sem implementação.
- 4- Estimar o número de pessoas cobertas por eSF-MM no Brasil e por perfil de vulnerabilidade dos municípios.

9. Trajeto Metodológico:

Este estudo é uma avaliação quantitativa de caráter normativo dos aspectos de cobertura da intervenção feita pelo Projeto Mais Médicos Para o Brasil durante os seus 10 (dez) primeiros meses de implementação através da atividade do provimento de profissionais médicos para o alcance ao objetivo I do projeto, disposto em sua legislação:

Lei 12.871/2013,

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:

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

A diminuição da carência relatada no objetivo I do projeto, se caracteriza como a organização da relação entre o serviço ofertado e a demanda requisitada. Neste caso, diminuir a carência significa diminuir a escassez do profissional médico, proporcionando a oferta de serviços de atenção básica através da estratégia de saúde da família de forma adequada a demanda requisitada por este serviço.

Para a realização deste estudo foram utilizados dados públicos obtidos pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) na competência prévia do mês de Maio do ano de 2014 e do mês de Maio do ano de 2013, e dados do Histórico de Cobertura da Atenção Básica dos mesmos períodos citados.

Nos dados do CNES foram utilizados os dados referentes ao número de Equipes de Saúde da Família- Mais Médicos e do total de Equipes de Saúde da Família nos municípios. Para fins do estudo, só serão consideradas as equipes de Saúde da Família cadastradas no CNES, excluindo-se equipes de Saúde da Família não cadastradas no sistema nos períodos trabalhados.

Entende-se por Equipe de Saúde da Família aquela que é composta conforme a PNAB (2012), que possui minimamente em sua composição profissional médico (generalista ou especialista em medicina da família e comunidade); profissional de enfermagem (generalista ou especialista em medicina da família e comunidade); auxiliar ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, sendo incorporado nisso todas as suas variações.

Ressalta-se que apesar do número oficial apresentado pelo Governo Federal de cerca de 14 mil médicos participantes do programa, só utilizamos médicos cadastrados em Equipes de Saúde da Família, obedecendo a condição para atuação constante na alínea "a" do item 3.1 do Termo de Adesão dos Municípios ao Projeto Mais Médicos, que obriga que os municípios contemplados no programa devem cadastrar os médicos no prazo máximo de 36 meses em equipes de atenção básica nas modalidades previstas na PNAB, o que se traduz em Equipes da Estratégia de Saúde da Família (BRASIL-b, 2013).

O que aqui conceituamos como Equipes de Saúde da Família Mais Médicos (eSF-MM) é a equipe de Saúde da Família em seu caráter habitual sendo composta por

profissional médico participante ao Projeto Mais Médicos conforme disposto na Portaria SAS/MS nº 838 de, de 28 de Julho de 2013.

Após o levantamento dos dados, foram estabelecidos 4(quatro) indicadores para avaliar se o Projeto durante este prazo inicial da sua execução está a cumprir ou não com os objetivos iniciais do projeto em relação a cobertura da atenção básica por ESF.

Os indicadores são os seguintes:

1- Participação das eSF-MM no total de equipes dos municípios e do Distrito Federal:

Este indicador é construído através da equação: $(\text{eSF-MM}/\text{Equipes Implementadas}) \times 100$, se expressando em um valor percentual.

2- Participação das eSF-MM em relação ao teto máximo de equipes que podem ser implementadas nos municípios e no Distrito Federal;

Este indicador é construído através da equação: $(\text{eSF-MM}/\text{Teto de Equipes}) \times 100$, se expressando em um valor percentual, o teto é considerado conforme o Histórico de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

3- Variação do número de equipes instaladas em municípios com eSF-MM e em municípios sem eSF-MM.

A variação é calculada através da função: $(\text{Número de Equipes Implantadas em Junho de 2014} - \text{Número de Equipes Implantadas em Junho de 2013}) / 100$

4- Estimativa da proporção de usuários cobertos pelas eSF-MM;

Este indicador é construído através da equação: $\text{estimativa de cobertura populacional por equipes de saúde da família (estimativa de população coberta segundo o histórico de cobertura da atenção básica)} / \text{n}^\circ \text{ de equipes implementadas, tendo seu resultado} \times \text{n}^\circ \text{ de eSF-MM} / \text{Divido pela população total do município segundo o IBGE no ano de 2013} \times 100$, com limitador de cobertura de 100%.

Importante destacar que a pesquisa utilizou apenas dados públicos não individualizados, não se fazendo necessário submissão a comitê de ética para a realização do estudo.

Foi desejado inicialmente também trabalhar com dados comparativos da produção das equipes de Saúde da Família, mas com base no atual momento de transição de

sistemas de informação do SIAB para o e-SUS e da ainda não publicização dos dados do e-SUS, optou-se por trabalhar apenas com informações relativas a cobertura.

10. Resultados e Discussão:

10.1 Distribuição das Equipes no Território:

As eSF-MM estão implantadas em todas as Unidades da Federação (UF), atualmente 8.993 eSF-MM estão cadastradas no CNES, distribuídas por UF, sendo que a UF com o maior número de equipes implantadas são os estados da Bahia, São Paulo, Ceará e Minas Gerais e as com o menor número são os estados do Acre, Roraima, o Distrito Federal e o estado do Amapá, conforme distribuição apresentada no Quadro-.01.

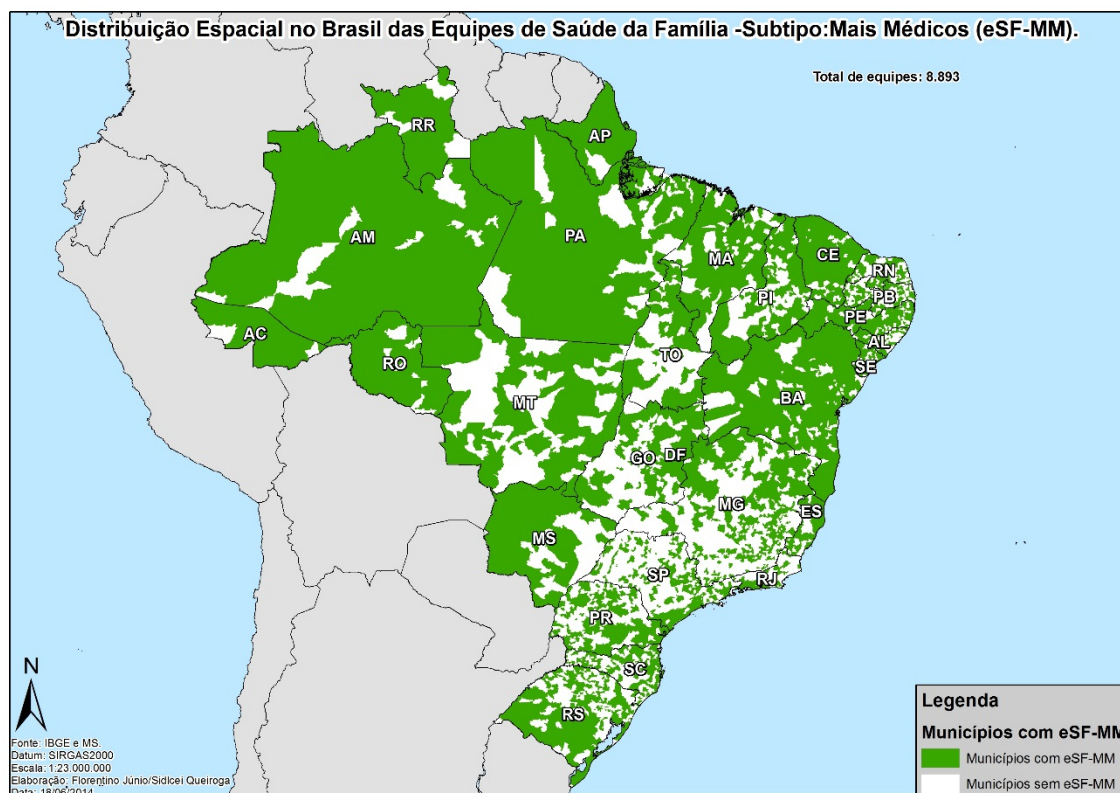
Quadro 1 Distribuição das eSF-MM por UF.

UF	Número de eSF-MM	UF	Número de eSF-MM
BA	1050	PB	219
SP	905	RN	213
CE	866	ES	176
MG	637	RO	175
PE	556	AL	167
RS	503	SE	134
PR	480	MS	127
MA	478	TO	118
PA	363	MT	112
RJ	298	AC	86
SC	281	RR	70
PI	278	DF	58
GO	264	AP	52
AM	227		
Total		8893	

Fonte: elaboração própria.

Estas equipes estão distribuídas por 2.783 municípios , número que representa 50,61% dos municípios que possuem eSF implantadas, conforme dados do CNES. Observa-se que a maior parte das equipes implantadas estão nos estados da Bahia, estas informações sobre a distribuição das eSF-MM e pelo território são observadas na Figura 3, que destaca os municípios com eSF-MM implantadas. Neste caso podemos observar uma predominância dentro da extensão territorial do norte e nordeste do país.

Figura 3- Distribuição espacial das eSF-MM no Brasil.



Fonte: Elaboração própria.

Ao realizar a análise da relação entre municípios que possuem eSF-MM em cada uma das UF's, observou-se que o Amapá, seguido do Amazonas e do Ceará são os estados com maior o maior número de municípios com eSF-MM implantadas, conforme Quadro-02, e que Bahia e São Paulo apesar de serem os estados com o maior número de médicos não são os com o maior número de municípios com eSF-MM, conforme Quadro-2.

Quadro 2- Porcentagem de municípios com eSF-MM por UF².

UF	%	Nº Municípios	UF	%	Nº Municípios
AC	82%	18	PB	44%	98
AL	54%	55	PE	74%	136
AM	84%	52	PI	60%	134
AP	94%	15	PR	51%	201
BA	82%	344	RJ	42%	39
CE	83%	153	RN	53%	88
ES	55%	43	RO	82%	42
GO	36%	89	RR	60%	9
MA	67%	146	RS	49%	229
MG	36%	310	SC	44%	130
MS	67%	53	SE	57%	43
MT	56%	78	SP	32%	195
PA	74%	106	TO	47%	66
Total	52%	2873			

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SCNES.

Quando observamos este indicador, temos dois entendimentos claros. O primeiro de que a Bahia, São Paulo, Minas Gerais, Pernambuco, Rio Grande do Sul que são os estados com o maior número de equipes, também são os estados mais populosos do país, pois conforme disposto na PNAB o número de eSF se relaciona diretamente ao teto dos municípios e por consequência o teto dos estados também, como são estados com um teto elevado se justifica o recebimento dos médicos e o número de eSF-MM.

²*Se ignora o Distrito Federal, por não ter divisão em município, neste caso considera-se adesão total da unidade da federação.

Já quando se observa a figura 3 e o quadro 2, podemos entender que o número de eSF-MM não é diretamente associado a uma melhor distribuição territorial das eSF-MM nos municípios, ou seja, os estados com maiores tetos recebem muitos médicos, mas existe uma concentração destas equipes principalmente em grandes centros urbanos e populacionais, um exemplo é o estado de São Paulo que conta com eSF-MM em apenas 32% dos seus municípios e tem a maior cidade brasileira em seu território.

Outro fato a se considerar é que conforme exemplificado na figura-1, os estados do sul e sudeste possuem menor número de municípios em situação de vulnerabilidade em comparação com estados do norte, nordeste e centro-oeste do país. O que justifica que o programa tenha chegado inicialmente em municípios mais vulneráveis que estão localizados nas regiões com maior número de municípios com eSF-MM.

10.2 Qual a Importância das Equipes de Saúde da Família- Mais Médicos dentro do cenário das Equipes da Estratégia de Saúde da Família no Brasil?

Segundo dados do CNES de maio de 14, as 8.893 eSF-MM correspondem à 23,63% do total de 37.632 de eSF implementadas no Brasil, contudo estes números de 23,63% varia de acordo com os municípios por perfil de vulnerabilidade. Onde os municípios classificados como “20%Pobreza”, tem nas eSF-MM uma parcela maior do que a média nacional na composição das equipes de saúde implantadas, conforme Quadro 03.

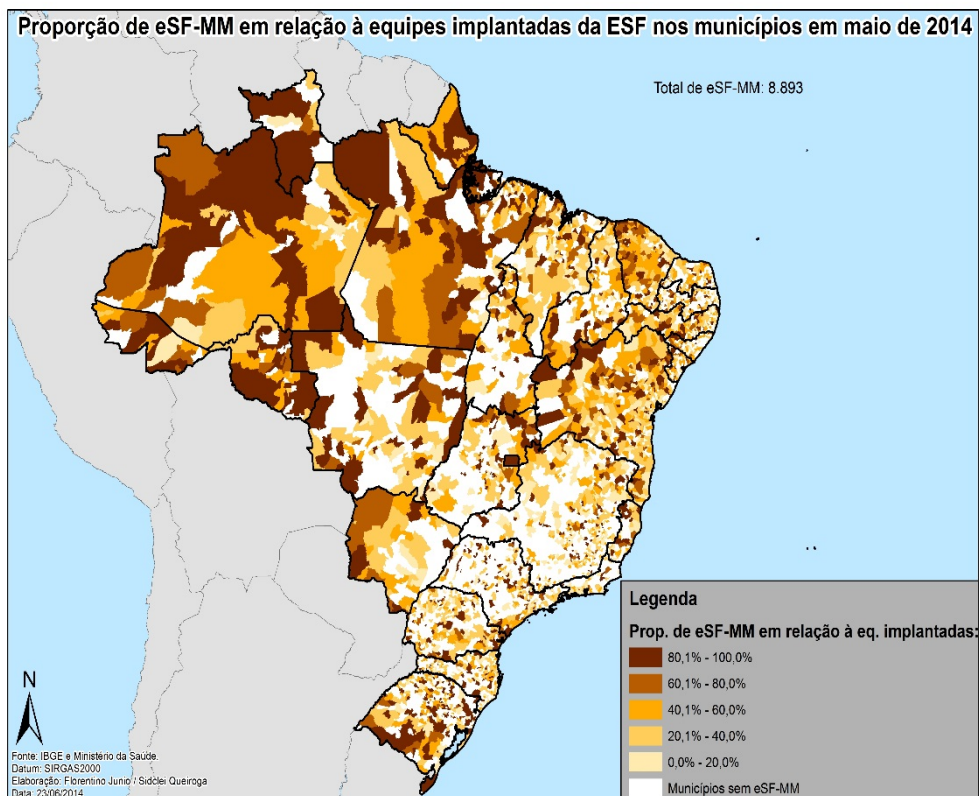
Quadro 3- Proporção da relação entre eSF-MM e eSF implantadas por perfil de vulnerabilidade do município

Perfil dos Municípios:	Proporção das eSF-MM em relação as equipes implantadas
20% Pobreza	48%
Capital	21%
G100	31%
Região Metropolitana	30%
Demais Localidades	36%
Total Brasil:	23,26%

Fonte: Elaboração Própria conforme edital de adesão dos médicos participantes do programa, CNES e Lista de Municípios por vulnerabilidade da SGTES.

Quando se analisa a distribuição das eSF-MM por UF's independente dos perfis de vulnerabilidade, observa-se que existe uma maior concentração de eSF-MM por eSF

implantadas em municípios pertencentes as regiões norte, centro-oeste e nordeste em relação aos estados do sul e sudeste, conforme Figura-4, ao voltarmos a Figura-1, que



apresenta a distribuição dos municípios por UF's, constata-se que a maior parte destes municípios estão presentes nas regiões destacadas.

Figura 4- Proporção de eSF-MM em relação à quantidade de eSF implantadas nos municípios em maio de 2014.

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do CNES.

Podemos utilizar das mesmas premissas quando relacionamos a quantidade de eSF-MM em relação ao teto da atenção básica dos municípios com eSF-MM, a cobertura possível. Ao avaliarmos este indicador, observamos que as eSF-MM contribuem de forma mais concisa em caracterizados como 20% Pobreza e o menor valor sendo encontrados (5%) nas capitais dos estados brasileiros.

Quadro 4- Proporção da relação entre eSF-MM e o teto da atenção básica por perfil de vulnerabilidade do município

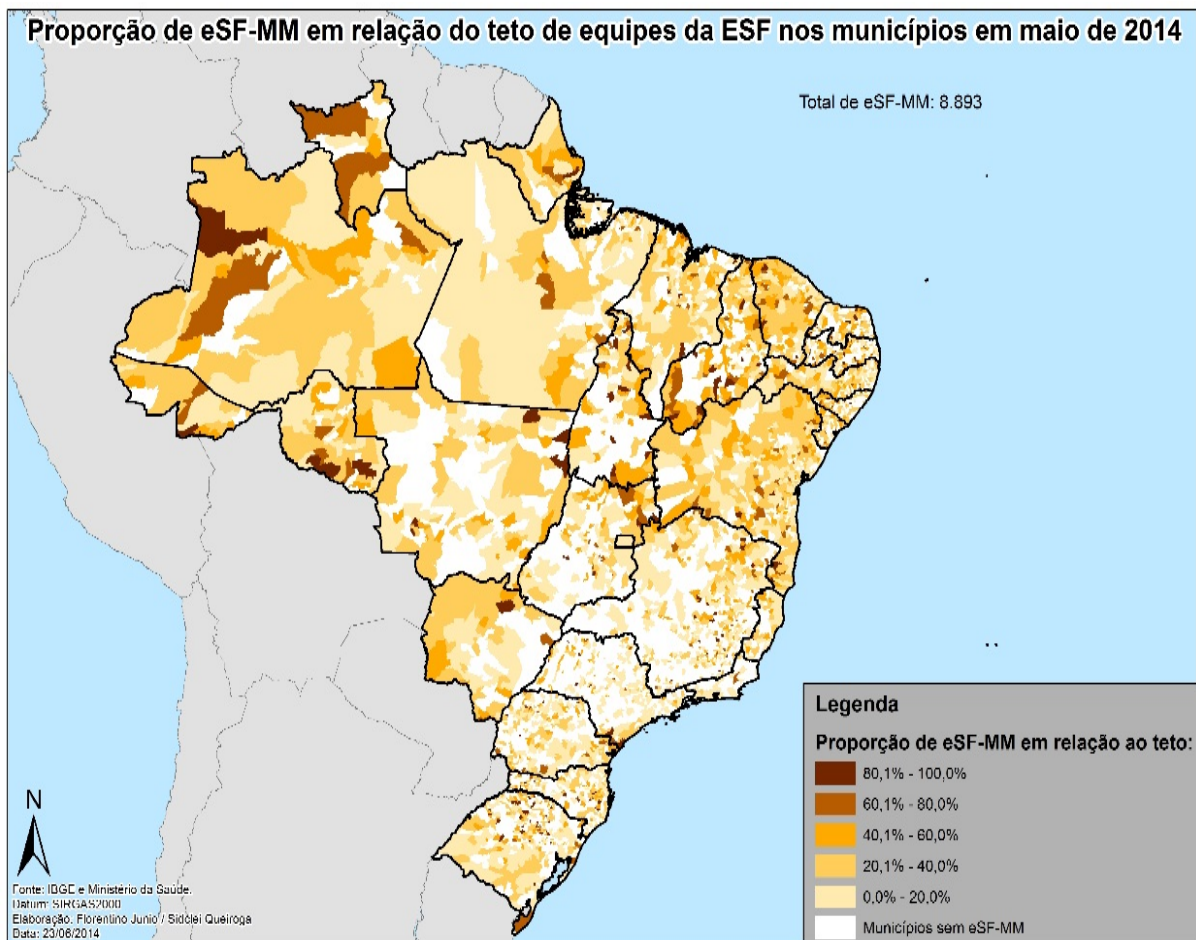
Perfil dos Municípios:	Proporção das eSF-MM em relação ao teto da atenção básica.
20% Pobreza	29%

Capital	5%
G100	9%
Região Metropolitana	9%
Demais Localidades	14%
Total Brasil	9%

Fonte: Elaboração Própria conforme edital de adesão dos médicos participantes do programa, CNES e Lista de Municípios por vulnerabilidade da SGTES.

Conforme pode-se observar na Figura 5, a análise espacial da relação entre as eSF-MM e o teto da atenção básica dos municípios, as maiores concentrações continuam sendo em municípios do Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país, contudo no que tange a este indicador observamos uma distribuição mais equânime pelo território do que no indicador anterior.

Figura 5-Proporção de eSF-MM em relação ao teto de eSF nos municípios em maio de 2014



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do CNES.

Os indicadores sobre a cobertura potencial (comparativo com o teto) e a cobertura real (comparativo com as equipes implantadas) se relacionam ao compartilharem de influências do atual cenário da atenção básica.

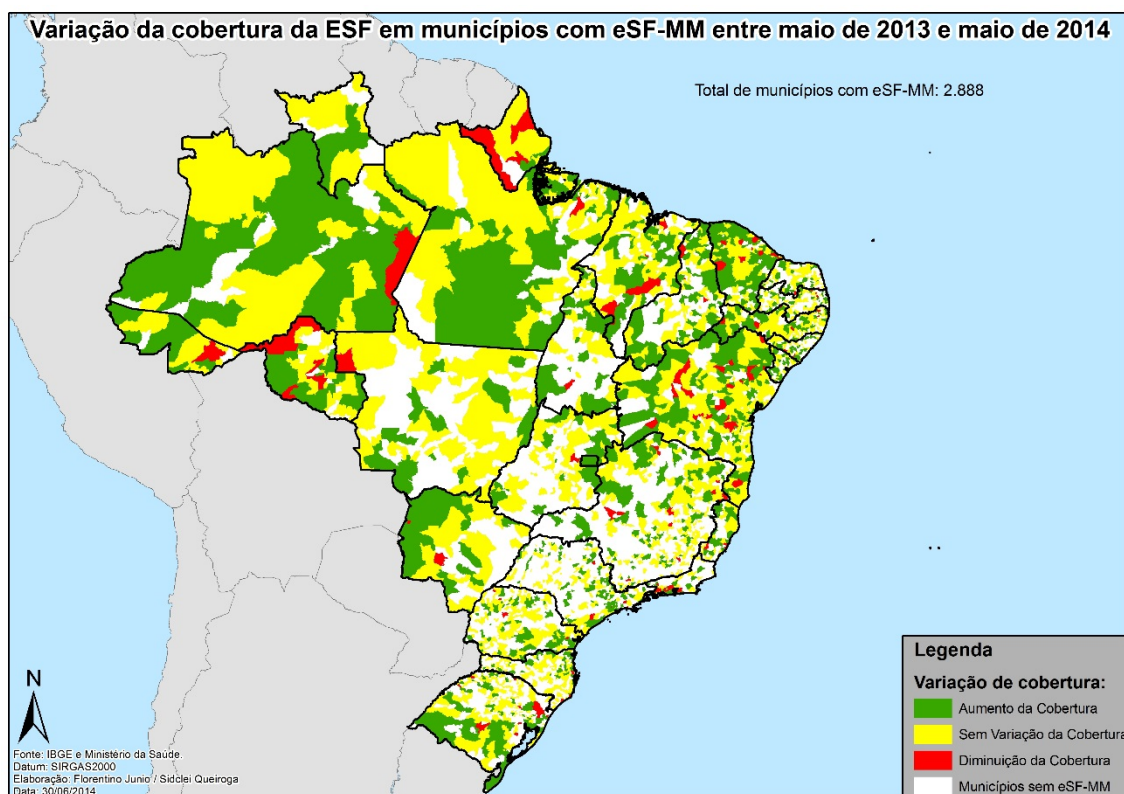
Observa-se que a proporção de eSF-MM em relação ao número de eSF implantadas é maior em municípios situados nas regiões norte e nordeste do país, pois são estes os estados locais com a maior escassez de profissionais médicos e dificuldade na fixação dos mesmos, conforme apontado por diversos estudos (UFMG,2010), (CAMPOS, MACHADO, & GIRARDI, 2009) (FILHO, 2007).

Quando discutimos em relação ao teto, podemos fazer a mesma relação entre a escassez e os locais, contudo outro elemento é crucial na interpretação deste indicador. Mesmo com maior escassez e dificuldade de fixação de profissionais médicos, são os municípios situados nestes locais que possuem maior adesão as equipes de Saúde da Família em comparativo a grandes centros urbanos (CAETANO & DAIN, 2002) (SOUSA & HAMANN, 2009) e possivelmente eram fadados a não fixação dos profissionais médico.

10.3 Variação da cobertura de equipes de saúde da família após o programa mais médicos

O efeito da variação da cobertura do PMM pode ser verificado através da relação no número total e equipes implantadas nos municípios com eSF-MM nas competências do CNES de antes do programa (maio/13) e depois do programa (maio/14),, o que permite mostrar conforme Figura 7, um aumento de cobertura nos municípios que estão coloridos de verde com maior predominância nas regiões norte e nordeste, mas que alguns municípios de todas as regiões do país apresentam um declínio da cobertura da ESF.

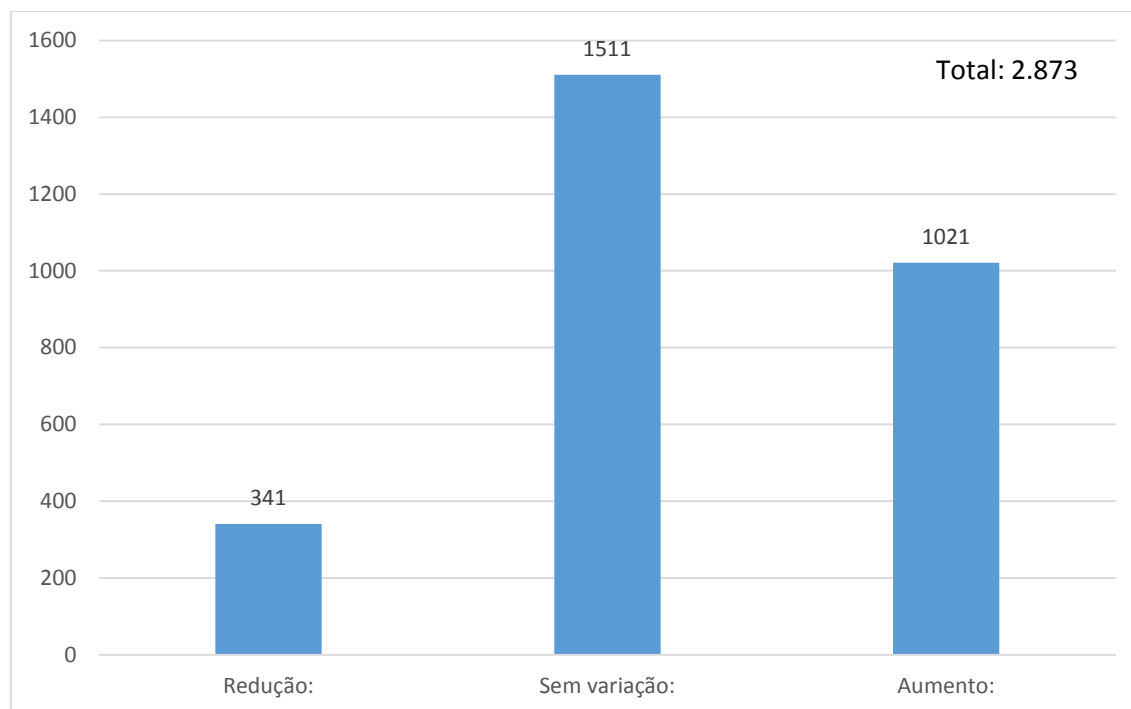
Figura 6- Variação da cobertura da ESF em municípios com eSF-MM entre maio/13 e maio/14.



Fonte: Elaboração própria.

Em termos de numérico a maioria dos municípios (52,60%) não tiveram variação da Cobertura após a implementação de equipes Mais Médicos, já os municípios que tiveram aumento da cobertura representam 35,54% dos municípios com eSF-MM implantadas, a diminuição foi verificada em apenas 11,86% dos municípios, conforme o Gráfico-2.

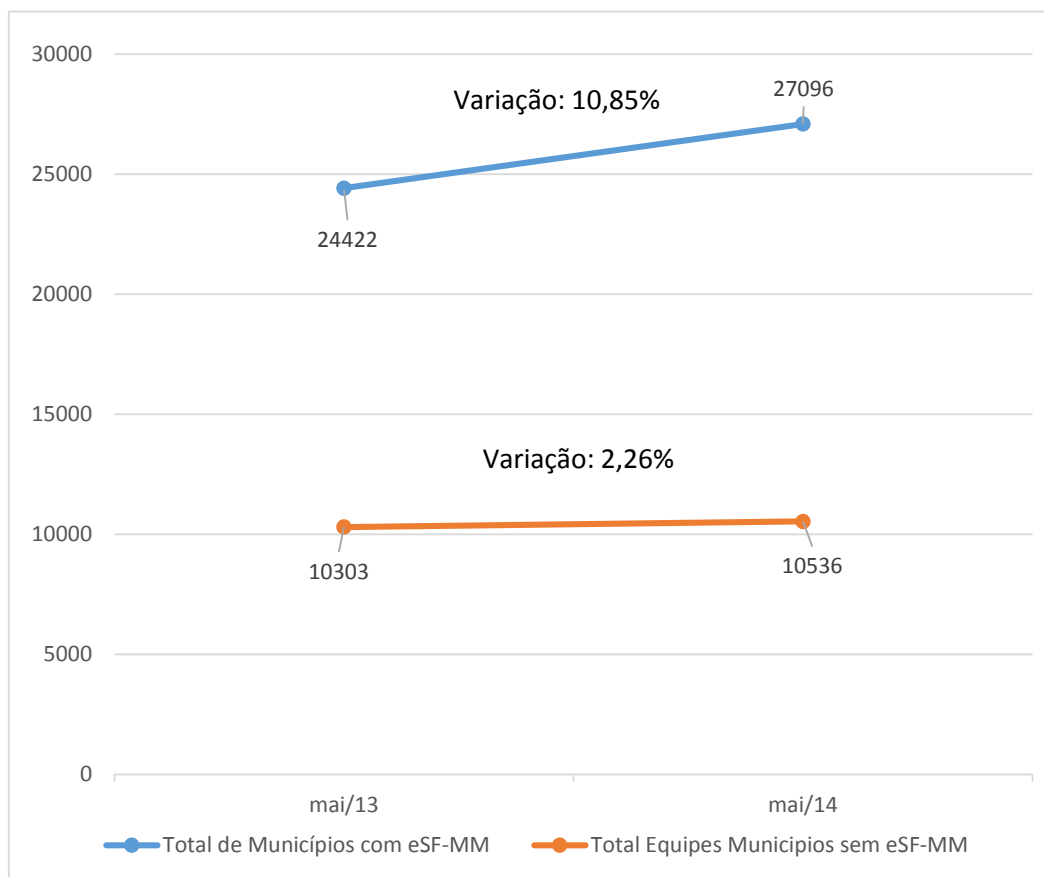
Gráfico 2-Varição da Cobertura da AB eSF em municípios com eSF-MM entre maio/2013 e maio/14.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SCNES.

Ao compararmos a variação da cobertura em municípios com eSF-MM implantadas e em municípios sem eSF-MM implantadas no período entre maio/13 e maio/14, observamos que os municípios com eSF-MM possuíam em maio de 2013 24.422 equipes de saúde da família e em maio de 2014 27.096 totalizando um aumento de 10,85%. Entre os municípios sem eSF-MM, em maio de 2013 existiam 10.303 equipes implantadas e em maio de 2014 um total de 10.506 que significou um aumento de 2,26%.

Gráfico 3- Variação da Cobertura da ESF em municípios com eSF-MM implantadas e municípios sem eSF-MM implantadas entre maio/13 e maio/14:



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SCNES.

Durante o mesmo período foi observado que no Brasil tivemos um aumento na cobertura da ESF de 8,37%, observa-se portanto que em municípios com eSF-MM o aumento foi maior que o aumento nacional, o contrário dos municípios sem eSF-MM instituídas.

Temos aqui uma importante identificação já que podemos constatar que apesar de que a maioria dos municípios participantes não tiveram variação na cobertura da ESF, o PMM já se caracteriza como um importante dispositivo de ampliação da cobertura da eSF, aqui nos colocamos conforme.

Caso façamos a média de usuários atendidos por equipe, as 2.674 novas equipes constituídas através do PMM cobrem cerca de 9 milhões de pessoas, quase 5% da população brasileira. Mais do que a simples ampliação de equipes, é importante identificar que diversos usuários que estavam a margem de uma cobertura das equipes de Saúde da Família, hoje estão cobertos.

10.4 Proporção de pessoas assistidas por equipes do programa mais médicos:

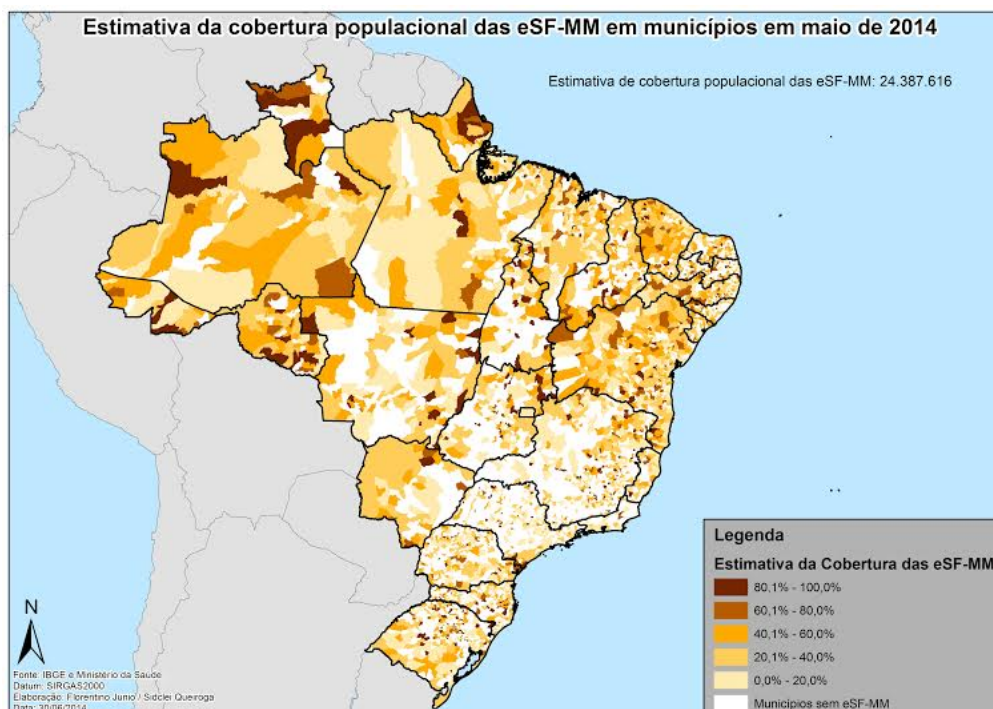
Ao avançar sobre a discussão do peso do PMM na configuração das equipes de atenção básica do Brasil, devemos chegar a discussão sobre a quantidade de pessoas cobertas ou o potencial de acesso que este programa tem, levando em conta os cálculos metodológicos para construção deste indicador, hoje o PMM cobre cerca de 27.904.270 usuários, sendo que em uma análise do perfil o maior valor encontrado na estimativa, é relacionado aos municípios caracterizados como 20% Pobreza, mais que o dobro da estimativa geral do Brasil, conforme Quadro 5 e Figura 5.

Quadro 5- Estimativa da Cobertura Populacional das eSF-MM por Perfil de Município.

Perfil dos Municípios:	Estimativa da Cobertura Populacional das eSF-MM
20% Pobreza	41%
Capital	9%
G100	16%
Região Metropolitana	15%
Demais Localidades	22%
Total Brasil (Mun. com eSF-MM)	19%

Fonte: Elaboração Própria conforme edital de adesão dos médicos participantes do programa, CNES e Lista de Municípios por vulnerabilidade da SGTES.

Figura 7- Distribuição espacial da estimativa da cobertura populacional das eSF-MM por município em maio de 2014 (%).



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do CNES.

Atualmente existem 217 municípios com 100% da população coberta por eSF-MM e neste dado nos apresenta uma contradição, pois 57,14% estão localizados em municípios que não fazem parte de nenhum perfil de vulnerabilidade, contudo a média de habitantes nestes municípios é de 4.163 pessoas, ou seja, são municípios onde a implantação de uma ou duas eSF-MM fizeram a totalidade da cobertura.

Quando observamos de forma nacional, identificamos novamente que os locais com maior cobertura populacional por eSF-MM são municípios do Norte, nordeste e centro-oeste do país, principalmente por terem equipes em uma maior quantidade de municípios e também possuírem municípios menores do que grandes centros urbanos.

11. Considerações finais:

Observa-se que na fase inicial da sua implantação o PMM cumpre com o seu objeto de diminuir a carência de profissionais médicos em locais com maior necessidade conforme o objetivo I descrito na lei que instituí o programa. Contudo, ainda é prematuro dizer que

realmente teremos uma cobertura que seja potencializadora de um cuidado continuado devido a uma menor rotatividade dos profissionais participantes do programa.

Algumas perguntas surgem a partir do debate sobre os resultados iniciais do Projeto Mais Médicos na configuração da AB no Brasil. Apesar de verificar uma forte característica sobre a importância das eSF-MM na composição das eSF no Brasil, isso por si só não necessariamente garante acesso e qualidade no acesso.

Um programa da AB ser o centro da agenda política do país, pode permitir que discussões para além da produtividade de procedimentos do programa sejam colocadas e enfrentadas neste momento. Por isso entender o Mais Médicos como um projeto de reorientação da AB, sendo ele mais que um programa de provisão não é uma característica já visualizada, mas se apresenta como um desafio para o próximo período.

A necessidade do projeto ser no centrado na reorientação das redes e dos serviços de AB se coloca por entender que é a na mudança do processo de trabalho e na identificação de que o objeto de trabalho do conjunto de trabalhadores da saúde são as necessidades de saúde do usuário.

Esta característica nos permite refletir que o Mais Médicos associado a forte expansão de recursos na Atenção Básica, uma requalificação da infraestrutura e a garantia da equipe mínima, pode ser disparador para implementação de processos básicos de fortalecimento da produção de saúde, como: um acolhimento aberto e resolutivo; a reorganização da agenda de trabalho valorizando os conhecimentos da equipe e diminuindo as dificuldade de trânsito dos usuários pelas linhas de cuidado; instituição de mecanismos de gestão democrática para hierarquização dos processos internos as instituições de saúde; reconfiguração do papel do diagnóstico, otimizando a utilização de procedimentos de exames de imagem e laboratorial; construção de um sistema que não apenas referencie o usuário, mas que se responsabilize por seu trajeto terapêutico e redefinição da supervisão matricial para as equipes potencializando o escopo de atuação das eSF e seu potencial de resolubilidade.

Se é o desejo que se tenha uma AB com as características já discutidas, precisa-se entender a importância histórica de que estudar sobre o projeto e suas interfaces com as redes de saúde é fundamental.

Entender as relações e implicações do Mais Médicos junto a organização dos serviços hospitalares, a consolidação das redes temáticas dentre outros aspectos, pode ser

uma característica crucial para que tenhamos entendimento sobre a importância de sair do mais do mesmo ou do entendimento sobre a AB como uma Quimera, conforme dito por Cecílio (2012) e partir a um entendimento sobre como um projeto com esta envergadura transforma a micropolítica de ação dos trabalhadores e usuários.

12. Referências

- AQUINO, R., & BARRETO, M. (Abril de 2008). Programa Saúde da Família: acerca da adequação do uso do seu indicador de cobertura. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(4), pp. 905-914. Acesso em 10 de Maio de 2014, disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000400022
- Básica., B. M. (2012). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. (24 de Agosto de 1976). Decreto nº 78.307. *Aprova o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste e dá outras providências*. Brasília, Brasil: Diário Oficial da União.
- BRASIL. (1988). Constituição Federal. Brasília: Senado.
- BRASIL. (23 de Setembro de 1999). LEI No 9.836, DE 23 DE SETEMBRO DE 1999. *Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção Básica*. Brasília, DF, Brasil: Diário Oficial da União.
- BRASIL. (23 de Outubro de 2013). LEI Nº 12.871, DE 22 DE OUTUBRO DE 2013. *Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências*. Brasília, DF, Brasil: Diário Oficial da União.
- BRASIL, M. d. (2012a). *Seminário Nacional Sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em áreas remotas e de maior vulnerabilidade*. Brasília, B.
- BRASIL; Ministério da Saúde do. (1997). *Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde*. Brasília: Brasil. Acesso em 10 de Maio de 2014, disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf
- BRASIL-b. (9 de Julho de 2013). Edital de Adesão dos Municípios nº 38. *Adesão do Distrito Federal e dos Municípios ao Projeto Mais Médicos Para o Brasil*. Brasília, DF, Brasil: Diário Oficial da União.

CAETANO, R., & DAIN, S. (2002). O programa de Saúde da Família e a Reestruturação da Atenção Básica à Saúde nos Grandes Centros Urbanos: Velhos Problemas, Novos desafios. *PHYSIS, Saúde Coletiva*, pp. 11-21. Acesso em Junho de 22 de 2014, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v12n1/a02.pdf>

CAMPOS, F. E., MACHADO, M. H., & GIRARDI, S. N. (Maio de 2009). A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Saúde em Debate*, pp. 13-24. Acesso em 20 de Maio de 2014, disponível em http://www.cnts.org.br/public/arquivos/Artigo_Campos.pdf

CAMPOS, G. W. (1989). *A reforma da reforma: repensando à saúde*. Campinas: HUCITEC.

CAMPOS, G. W. (Março/Abril de 2012). Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do sus em questão? *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(5), pp. 301-306. Acesso em 17 de Maio de 2014, disponível em http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232007000200002&script=sci_arttext

CARVALHO, M. d. (2013). *Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica : um olhar implicado sobre sua implantação*. Brasília.

CONILL, E. M., GIOVANELLA, L., & ALMEIDA, P. F. (Junho de 2011). Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. *Ciência e Saúde Coletiva*, pp. 2783-2794. Acesso em 17 de Maio de 2014, disponível em http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232011000600017&script=sci_arttext

DA SILVA, N. C., GARNELO, L., & GIOVANELLA, L. (Setembro de 2010). Extensão de Cobertura ou Reorganização da Atenção Básica? A trajetória do Programa de Saúde da Família de Manaus-AM. *Saúde e Sociedade*, pp. 592-604. Acesso em 14 de Maio de 2014, disponível em <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/1813/1/Extens%C3%A3o%20de%20Cobertura.pdf>

FEUERWERKER, L. C. (1997). *Residência médica e as estratégias de mudanças da . São Paulo: Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública/USP.*

FILHO, R. M. (2007). *Estratégias para distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ (TESE).

FRANCO, T. B., & MERHY, E. E. (2007). Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. Em MERHY, E. ELIAS, M. JUNIOR, H. MIRANDA, J. RIMOLI, FRANCO, . . . W. S. BUENO, *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano* (pp. 55-124). São Paulo: Hucitec.

FRANCO, T. B., BUENO, W. S., & MERHY, E. E. (Junho de 1999). O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, pp. 345-353. Acesso em 20 de Maio de 2014, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>

FURTADO, J. P. (2006). Avaliação de Programas e Serviços. Em G. W. CAMPOS, *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 715-741). São Paulo: HUCITEC e FIOCRUZ.

GIRARDI, S. N., & CARVALHO, C. L. (2003). Contratação e qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família no Brasil,. Em M. D. (Org.), *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. (pp. 157-190). Rio de Janeiro: FIOCRUZ. Acesso em 20 de Maio de 2014, disponível em https://www.nescon.medicina.ufmg.br/pdf/%5b2003%5dcontracao_qualidade_emprego.pdf

MENDES, E. V. (2012). *O CUIDADO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O IMPERATIVO DA CONSOLIDAÇÃO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA*. Brasília: CONASS.

NORONHA, J. C. (Maio de 2013). Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(5), pp. 847-849. Acesso em 11 de Maio de 2014, disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000500003

PAIM, J. (2008). Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. Em L. GIOVANELLA, S. ESCOREL, L. d. LOBATO, & A. I. DE CARVALHO, *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (1ª ed., pp. 547-593). Rio de Janeiro: FIOCRUZ e CEBES.

PAIM, J. (2013). *O que é o SUS?* (1ª ed.). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

PINTO, H. A., SOUSA, A., & FLORÊNCIO, A. (Agosto de 2012). O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em*

Saúde. Acesso em 20 de Junho de 2014, disponível em <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/624/1083>

PÓVOA, L., & ANDRADE, M. V. (Agosto de 2006). Ilocacional, Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha. *Cadernos de Saúde Pública*, pp. 1555-1564. Fonte: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v22n8/04.pdf>

SANCHEZ, R. M., & CICONELLI, R. M. (2012). Conceitos de acesso à saúde. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31(3), pp. 260-268. Acesso em 14 de Maio de 2014, disponível em <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v31n3/12.pdf>

SILVA, L. M. (2005). Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. Em Z. M. HARTZ, & L. M. SILVA, *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde* (pp. 15-41). Salvador: EDUFBA.

SOUSA, M. d. (2002). O PSF nos grandes centros urbanos. Em M. d. SOUSA, *Os Sinais Vermelhos do PSF* (pp. 23-37). São Paulo: Hucitec.

SOUSA, M. F., & HAMANN, E. M. (Outubro de 2009). Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciências e saúde coletiva*. Acesso em Junho de 22 de 2014, disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800002

STARFIEL, B. (2002). *Atenção Primária : Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias*. Brasília: UNESCO.

TEIXEIRA, C. F. (Agosto de 2003). Graduação em Saúde Coletiva: Antecipando a formação do Sanitarista. *Interface*.

TEIXEIRA, C. F., & SOLLA, J. P. (2008). Modelo de Atenção à Saúde no SUS: Trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. Em N. T. LIMA, S. GERSCHMAN, F. C. ELDER, & J. M. SUÁREZ, *Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS* (pp. 451-479). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

TEIXEIRA, C., & SOLLA, J. P. (2006). *Modelo de Atenção à Saúde: Promoção, Vigilância e Saúde da Família*. Salvador : EDUFBA.

TRAVASSOS, C., MARTINS, & Mônica. (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 20, pp. 190-198. Acesso em 14 de Maio de 2014, disponível em <http://www.scielo.org/pdf/csp/v20s2/14.pdf>

UFMG. (2010). *Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde*. Belo Horizonte.

UNGLERTL, C. V., ROSENBURGL, C. P., & JUNQUEIRALL, C. B. (Outubro de 1987). Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. *Revista de Saúde Pública*, 21(5), pp. 439-446. Acesso em 16 de Maio de 2014, disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101987000500009&script=sci_arttext

ANEXO I



Presidência da República

Casa Civil

Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 12.871, DE 22 DE OUTUBRO DE 2013.

Conversão da Medida Provisória nº 621, 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.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

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:

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

II - fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;

III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;

IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;

V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;

VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;

VII - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e

VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

Art. 2º Para a consecução dos objetivos do Programa Mais Médicos, serão adotadas, entre outras, as seguintes ações:

I - reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos;

II - estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; e

III - promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional.

CAPÍTULO II

DA AUTORIZAÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DE CURSOS DE MEDICINA

Art. 3º A autorização para o funcionamento de curso de graduação em Medicina, por instituição de educação superior privada, será precedida de chamamento público, e caberá ao Ministro de Estado da Educação dispor sobre:

I - pré-seleção dos Municípios para a autorização de funcionamento de cursos de Medicina, ouvido o Ministério da Saúde;

II - procedimentos para a celebração do termo de adesão ao chamamento público pelos gestores locais do SUS;

III - critérios para a autorização de funcionamento de instituição de educação superior privada especializada em cursos na área de saúde;

IV - critérios do edital de seleção de propostas para obtenção de autorização de funcionamento de curso de Medicina; e

V - periodicidade e metodologia dos procedimentos avaliatórios necessários ao acompanhamento e monitoramento da execução da proposta vencedora do chamamento público.

§ 1º Na pré-seleção dos Municípios de que trata o inciso I do caput deste artigo, deverão ser consideradas, no âmbito da região de saúde:

I - a relevância e a necessidade social da oferta de curso de Medicina; e

II - a existência, nas redes de atenção à saúde do SUS, de equipamentos públicos adequados e suficientes para a oferta do curso de Medicina, incluindo, no mínimo, os seguintes serviços, ações e programas:

a) atenção básica;

b) urgência e emergência;

c) atenção psicossocial;

d) atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e

e) vigilância em saúde.

§ 2º Por meio do termo de adesão de que trata o inciso II do caput deste artigo, o gestor local do SUS compromete-se a oferecer à instituição de educação superior vencedora do chamamento público, mediante contrapartida a ser disciplinada por ato do Ministro de Estado da Educação, a estrutura de serviços, ações e programas de saúde necessários para a implantação e para o funcionamento do curso de graduação em Medicina.

§ 3º O edital previsto no inciso IV do caput deste artigo observará, no que couber, a legislação sobre licitações e contratos administrativos e exigirá garantia de proposta do participante e multa por inexecução total ou parcial do contrato, conforme previsto,

respectivamente, no art. 56 e no inciso II do caput do art. 87 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

§ 4º O disposto neste artigo não se aplica aos pedidos de autorização para funcionamento de curso de Medicina protocolados no Ministério da Educação até a data de publicação desta Lei.

§ 5º O Ministério da Educação, sem prejuízo do atendimento aos requisitos previstos no inciso II do § 1º deste artigo, disporá sobre o processo de autorização de cursos de Medicina em unidades hospitalares que:

I - possuam certificação como hospitais de ensino;

II - possuam residência médica em no mínimo 10 (dez) especialidades; ou

III - mantenham processo permanente de avaliação e certificação da qualidade de seus serviços.

§ 6º O Ministério da Educação, conforme regulamentação própria, poderá aplicar o procedimento de chamamento público de que trata este artigo aos outros cursos de graduação na área de saúde.

§ 7º A autorização e a renovação de autorização para funcionamento de cursos de graduação em Medicina deverão considerar, sem prejuízo de outras exigências estabelecidas no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes):

I - os seguintes critérios de qualidade:

a) exigência de infraestrutura adequada, incluindo bibliotecas, laboratórios, ambulatórios, salas de aula dotadas de recursos didático-pedagógicos e técnicos especializados, equipamentos especiais e de informática e outras instalações indispensáveis à formação dos estudantes de Medicina;

b) acesso a serviços de saúde, clínicas ou hospitais com as especialidades básicas indispensáveis à formação dos alunos;

c) possuir metas para corpo docente em regime de tempo integral e para corpo docente com titulação acadêmica de mestrado ou doutorado;

d) possuir corpo docente e técnico com capacidade para desenvolver pesquisa de boa qualidade, nas áreas curriculares em questão, aferida por publicações científicas;

II - a necessidade social do curso para a cidade e para a região em que se localiza, demonstrada por indicadores demográficos, sociais, econômicos e concernentes à oferta de serviços de saúde, incluindo dados relativos à:

a) relação número de habitantes por número de profissionais no Município em que é ministrado o curso e nos Municípios de seu entorno;

b) descrição da rede de cursos análogos de nível superior, públicos e privados, de serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares e de programas de residência em funcionamento na região;

c) inserção do curso em programa de extensão que atenda a população carente da cidade e da região em que a instituição se localiza.

CAPÍTULO III

DA FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

Art. 4º O funcionamento dos cursos de Medicina é sujeito à efetiva implantação das diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE).

§ 1º Ao menos 30% (trinta por cento) da carga horária do internato médico na graduação serão desenvolvidos na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o tempo mínimo de 2 (dois) anos de internato, a ser disciplinado nas diretrizes curriculares nacionais.

§ 2º As atividades de internato na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS e as atividades de Residência Médica serão realizadas sob acompanhamento acadêmico e técnico, observado o art. 27 desta Lei.

§ 3º O cumprimento do disposto no caput e nos §§ 1º e 2º deste artigo constitui ponto de auditoria nos processos avaliativos do Sinaes.

Art. 5º Os Programas de Residência Médica de que trata a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, ofertarão anualmente vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano anterior.

Parágrafo único. A regra de que trata o caput é meta a ser implantada progressivamente até 31 de dezembro de 2018.

Art. 6º Para fins de cumprimento da meta de que trata o art. 5º, será considerada a oferta de vagas de Programas de Residência Médica nas seguintes modalidades:

I - Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade; e

II - Programas de Residência Médica de acesso direto, nas seguintes especialidades:

- a) Genética Médica;
- b) Medicina do Tráfego;
- c) Medicina do Trabalho;
- d) Medicina Esportiva;
- e) Medicina Física e Reabilitação;
- f) Medicina Legal;
- g) Medicina Nuclear;
- h) Patologia; e
- i) Radioterapia.

Art. 7º O Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade terá duração mínima de 2 (dois) anos.

§ 1º O primeiro ano do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade será obrigatório para o ingresso nos seguintes Programas de Residência Médica:

- I - Medicina Interna (Clínica Médica);
- II - Pediatria;
- III - Ginecologia e Obstetrícia;
- IV - Cirurgia Geral;
- V - Psiquiatria;
- VI - Medicina Preventiva e Social.

§ 2º Será necessária a realização de 1 (um) a 2 (dois) anos do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade para os demais Programas de Residência Médica, conforme disciplinado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), excetuando-se os Programas de Residência Médica de acesso direto.

§ 3º O pré-requisito de que trata este artigo apenas será exigido quando for alcançada a meta prevista no parágrafo único do art. 5º, na forma do regulamento.

§ 4º Os Programas de Residência Médica estabelecerão processos de transição para implementação, integração e consolidação das mudanças curriculares, com o objetivo de viabilizar a carga horária e os conteúdos oferecidos no currículo novo e permitir o fluxo na formação de especialistas, evitando atrasos curriculares, repetições desnecessárias e dispersão de recursos.

§ 5º O processo de transição previsto no § 4º deverá ser registrado por meio de avaliação do currículo novo, envolvendo discentes de diversas turmas e docentes.

§ 6º Os Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade deverão contemplar especificidades do SUS, como as atuações na área de Urgência e Emergência, Atenção Domiciliar, Saúde Mental, Educação Popular em Saúde, Saúde Coletiva e Clínica Geral Integral em todos os ciclos de vida.

§ 7º O Ministério da Saúde coordenará as atividades da Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade no âmbito da rede saúde-escola.

Art. 8º As bolsas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade poderão receber complementação financeira a ser estabelecida e custeada pelos Ministérios da Saúde e da Educação.

Art. 9º É instituída a avaliação específica para curso de graduação em Medicina, a cada 2 (dois) anos, com instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes, a ser implementada no prazo de 2 (dois) anos, conforme ato do Ministro de Estado da Educação.

§ 1º É instituída avaliação específica anual para os Programas de Residência Médica, a ser implementada no prazo de 2 (dois) anos, pela CNRM.

§ 2º As avaliações de que trata este artigo serão implementadas pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), no âmbito do sistema federal de ensino.

Art. 10. Os cursos de graduação em Medicina promoverão a adequação da matriz curricular para atendimento ao disposto nesta Lei, nos prazos e na forma definidos em resolução do CNE, aprovada pelo Ministro de Estado da Educação.

Parágrafo único. O CNE terá o prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contado da data de publicação desta Lei, para submeter a resolução de que trata o caput ao Ministro de Estado da Educação.

Art. 11. A regulamentação das mudanças curriculares dos diversos programas de residência médica será realizada por meio de ato do Ministério da Educação, ouvidos a CNRM e o Ministério da Saúde.

Seção Única

Do Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde

Art. 12. As instituições de educação superior responsáveis pela oferta dos cursos de Medicina e dos Programas de Residência Médica poderão firmar Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde com os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde, na qualidade de gestores, com a finalidade de viabilizar a reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas de Residência Médica e a estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade, além de permitir a integração ensino-serviço na área da Atenção Básica.

§ 1º O Contrato Organizativo poderá estabelecer:

I - garantia de acesso a todos os estabelecimentos assistenciais sob a responsabilidade do gestor da área de saúde como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência médica; e

II - outras obrigações mútuas entre as partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço, cujos termos serão levados à deliberação das Comissões Intergestores Regionais, Comissões Intergestores Bipartite e Comissão Intergestores Tripartite, ouvidas as Comissões de Integração Ensino-Serviço.

§ 2º No âmbito do Contrato Organizativo, caberão às autoridades mencionadas no caput, em acordo com a instituição de educação superior e os Programas de Residência Médica, designar médicos preceptores da rede de serviços de saúde e regulamentar a sua relação com a instituição responsável pelo curso de Medicina ou pelo Programa de Residência Médica.

§ 3º Os Ministérios da Educação e da Saúde coordenarão as ações necessárias para assegurar a pactuação de Contratos Organizativos da Ação Pública Ensino-Saúde.

CAPÍTULO IV

DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

Art. 13. É instituído, no âmbito do Programa Mais Médicos, o Projeto Mais Médicos para o Brasil, que será oferecido:

I - aos médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País; e

II - aos médicos formados em instituições de educação superior estrangeiras, por meio de intercâmbio médico internacional.

§ 1º A seleção e a ocupação das vagas ofertadas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil observarão a seguinte ordem de prioridade:

I - médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País, inclusive os aposentados;

II - médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para exercício da Medicina no exterior; e

III - médicos estrangeiros com habilitação para exercício da Medicina no exterior.

§ 2º Para fins do Projeto Mais Médicos para o Brasil, considera-se:

I - médico participante: médico intercambista ou médico formado em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado; e

II - médico intercambista: médico formado em instituição de educação superior estrangeira com habilitação para exercício da Medicina no exterior.

§ 3º A coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil ficará a cargo dos Ministérios da Educação e da Saúde, que disciplinarão, por meio de ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde, a forma de participação das instituições públicas de educação superior e as regras de funcionamento do Projeto, incluindo a carga horária, as hipóteses de afastamento e os recessos.

Art. 14. O aperfeiçoamento dos médicos participantes ocorrerá mediante oferta de curso de especialização por instituição pública de educação superior e envolverá atividades de ensino, pesquisa e extensão que terão componente assistencial mediante integração ensino-serviço.

§ 1º O aperfeiçoamento de que trata o caput terá prazo de até 3 (três) anos, prorrogável por igual período caso ofertadas outras modalidades de formação, conforme definido em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

§ 2º A aprovação do médico participante no curso de especialização será condicionada ao cumprimento de todos os requisitos do Projeto Mais Médicos para o Brasil e à sua aprovação nas avaliações periódicas.

§ 3º O primeiro módulo, designado acolhimento, terá duração de 4 (quatro) semanas, será executado na modalidade presencial, com carga horária mínima de 160 (cento e sessenta) horas, e contemplará conteúdo relacionado à legislação referente ao sistema de saúde brasileiro, ao funcionamento e às atribuições do SUS, notadamente da Atenção Básica em saúde, aos protocolos clínicos de atendimentos definidos pelo Ministério da Saúde, à língua portuguesa e ao código de ética médica.

§ 4º As avaliações serão periódicas, realizadas ao final de cada módulo, e compreenderão o conteúdo específico do respectivo módulo, visando a identificar se o médico participante está apto ou não a continuar no Projeto.

§ 5º A coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, responsável pelas avaliações de que tratam os §§ 1º a 4º, disciplinará, acompanhará e fiscalizará a programação em módulos do aperfeiçoamento dos médicos participantes, a adoção de métodos transparentes para designação dos avaliadores e os resultados e índices de aprovação e reprovação da avaliação, zelando pelo equilíbrio científico, pedagógico e profissional.

Art. 15. Integram o Projeto Mais Médicos para o Brasil:

I - o médico participante, que será submetido ao aperfeiçoamento profissional supervisionado;

II - o supervisor, profissional médico responsável pela supervisão profissional contínua e permanente do médico; e

III - o tutor acadêmico, docente médico que será responsável pela orientação acadêmica.

§ 1º São condições para a participação do médico intercambista no Projeto Mais Médicos para o Brasil, conforme disciplinado em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde:

- I - apresentar diploma expedido por instituição de educação superior estrangeira;
- II - apresentar habilitação para o exercício da Medicina no país de sua formação; e
- III - possuir conhecimento em língua portuguesa, regras de organização do SUS e protocolos e diretrizes clínicas no âmbito da Atenção Básica.

§ 2º Os documentos previstos nos incisos I e II do § 1º sujeitam-se à legalização consular gratuita, dispensada a tradução juramentada, nos termos de ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

§ 3º A atuação e a responsabilidade do médico supervisor e do tutor acadêmico, para todos os efeitos de direito, são limitadas, respectiva e exclusivamente, à atividade de supervisão médica e à tutoria acadêmica.

Art. 16. O médico intercambista exercerá a Medicina exclusivamente no âmbito das atividades de ensino, pesquisa e extensão do Projeto Mais Médicos para o Brasil, dispensada, para tal fim, nos 3 (três) primeiros anos de participação, a revalidação de seu diploma nos termos do § 2º do art. 48 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. (Vide Decreto nº 8.126, de 2013)

§ 1º (VETADO).

§ 2º A participação do médico intercambista no Projeto Mais Médicos para o Brasil, atestada pela coordenação do Projeto, é condição necessária e suficiente para o exercício da Medicina no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, não sendo aplicável o art. 17 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957.

§ 3º O Ministério da Saúde emitirá número de registro único para cada médico intercambista participante do Projeto Mais Médicos para o Brasil e a respectiva carteira de identificação, que o habilitará para o exercício da Medicina nos termos do § 2º.

§ 4º A coordenação do Projeto comunicará ao Conselho Regional de Medicina (CRM) que jurisdiciona na área de atuação a relação de médicos intercambistas participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil e os respectivos números de registro único.

§ 5º O médico intercambista estará sujeito à fiscalização pelo CRM.

Art. 17. As atividades desempenhadas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil não criam vínculo empregatício de qualquer natureza.

Art. 18. O médico intercambista estrangeiro inscrito no Projeto Mais Médicos para o Brasil fará jus ao visto temporário de aperfeiçoamento médico pelo prazo de 3 (três) anos, prorrogável por igual período em razão do disposto no § 1º do art. 14, mediante declaração da coordenação do Projeto.

§ 1º O Ministério das Relações Exteriores poderá conceder o visto temporário de que trata o caput aos dependentes legais do médico intercambista estrangeiro, incluindo companheiro ou companheira, pelo prazo de validade do visto do titular.

§ 2º Os dependentes legais do médico intercambista estrangeiro poderão exercer atividades remuneradas, com emissão de Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

§ 3º É vedada a transformação do visto temporário previsto neste artigo em permanente.

§ 4º Aplicam-se os arts. 30, 31 e 33 da Lei no 6.815, de 19 de agosto de 1980, ao disposto neste artigo.

Art. 19. Os médicos integrantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil poderão perceber bolsas nas seguintes modalidades:

I - bolsa-formação;

II - bolsa-supervisão; e

III - bolsa-tutoria.

§ 1º Além do disposto no caput, a União concederá ajuda de custo destinada a compensar as despesas de instalação do médico participante, que não poderá exceder a importância correspondente ao valor de 3 (três) bolsas-formação.

§ 2º É a União autorizada a custear despesas com deslocamento dos médicos participantes e seus dependentes legais, conforme dispuser ato conjunto dos Ministros de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão e da Saúde.

§ 3º Os valores das bolsas e da ajuda de custo a serem concedidas e suas condições de pagamento serão definidos em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

Art. 20. O médico participante enquadra-se como segurado obrigatório do Regime Geral de Previdência Social (RGPS), na condição de contribuinte individual, na forma da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

Parágrafo único. São ressalvados da obrigatoriedade de que trata o caput os médicos intercambistas:

I - selecionados por meio de instrumentos de cooperação com organismos internacionais que prevejam cobertura securitária específica; ou

II - filiados a regime de seguridade social em seu país de origem, o qual mantenha acordo internacional de seguridade social com a República Federativa do Brasil.

Art. 21. Poderão ser aplicadas as seguintes penalidades aos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil que descumprirem o disposto nesta Lei e nas normas complementares:

I - advertência;

II - suspensão; e

III - desligamento das ações de aperfeiçoamento.

§ 1º Na hipótese do inciso III do caput, poderá ser exigida a restituição dos valores recebidos a título de bolsa, ajuda de custo e aquisição de passagens, acrescidos de atualização monetária, conforme definido em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

§ 2º Na aplicação das penalidades previstas neste artigo, serão consideradas a natureza e a gravidade da infração cometida, assegurados o contraditório e a ampla defesa.

§ 3º No caso de médico intercambista, o desligamento do Programa implicará o cancelamento do registro único no Ministério da Saúde e do registro de estrangeiro.

§ 4º Para fins do disposto no § 3º, a coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil comunicará o desligamento do médico participante ao CRM e ao Ministério da Justiça.

Art. 22. As demais ações de aperfeiçoamento na área de Atenção Básica em saúde em regiões prioritárias para o SUS, voltadas especificamente para os médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado, serão desenvolvidas por meio de projetos e programas dos Ministérios da Saúde e da Educação.

§ 1º As ações de aperfeiçoamento de que trata o caput serão realizadas por meio de instrumentos de incentivo e mecanismos de integração ensino-serviço.

§ 2º O candidato que tiver participado das ações previstas no caput deste artigo e tiver cumprido integralmente aquelas ações, desde que realizado o programa em 1 (um) ano, receberá pontuação adicional de 10% (dez por cento) na nota de todas as fases ou da fase única do processo de seleção pública dos Programas de Residência Médica a que se refere o art. 2º da Lei no 6.932, de 1981.

§ 3º A pontuação adicional de que trata o § 2º não poderá elevar a nota final do candidato para além da nota máxima prevista no edital do processo seletivo referido no § 2º deste artigo.

§ 4º O disposto nos §§ 2º e 3º terá validade até a implantação do disposto no parágrafo único do art. 5º desta Lei.

§ 5º Aplica-se o disposto nos arts. 17, 19, 20 e 21 aos projetos e programas de que trata o caput.

CAPÍTULO V

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 23. Para execução das ações previstas nesta Lei, os Ministérios da Educação e da Saúde poderão firmar acordos e outros instrumentos de cooperação com organismos internacionais, instituições de educação superior nacionais e estrangeiras, órgãos e entidades da administração pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, consórcios públicos e entidades privadas, inclusive com transferência de recursos.

Art. 24. São transformadas, no âmbito do Poder Executivo, sem aumento de despesa, 117 (cento e dezessete) Funções Comissionadas Técnicas (FCTs), criadas pelo art. 58 da Medida Provisória no 2.229-43, de 6 de setembro de 2001, do nível FCT-13, em 10 (dez) cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores (DAS), sendo 2 (dois) DAS-5 e 8 (oito) DAS-4.

Art. 25. São os Ministérios da Saúde e da Educação autorizados a contratar, mediante dispensa de licitação, instituição financeira oficial federal para realizar atividades relacionadas aos pagamentos das bolsas de que trata esta Lei.

Art. 26. São a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) autorizados a conceder bolsas para ações de saúde, a ressarcir despesas, a adotar outros mecanismos de incentivo a suas atividades institucionais e a promover as ações necessárias ao desenvolvimento do Programa Mais Médicos, observada a Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011.

Art. 27. Será concedida bolsa para atividades de preceptoría nas ações de formação em serviço nos cursos de graduação e residência médica ofertados pelas instituições federais de educação superior ou pelo Ministério da Saúde.

§ 1º Integram as diretrizes gerais para o processo de avaliação de desempenho para fins de progressão e de promoção de que trata o § 4º do art. 12 da Lei nº 12.772, de 28 de dezembro de 2012, a serem estabelecidas em ato do Ministério da Educação, o exercício profissional no SUS, na área de docência do professor, a preceptoría de que trata esta Lei e o exercício de atividade nos programas definidos como prioritários pelo Ministério da Saúde.

§ 2º Com vistas a assegurar a universalização dos programas de residência médica prevista no art. 5º desta Lei, poderão ser adotadas medidas que ampliem a formação de preceptores de residência médica.

Art. 28. Os médicos participantes e seus dependentes legais são isentos do pagamento das taxas e dos emolumentos previstos nos arts. 20, 33 e 131 da Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980, e no Decreto-Lei nº 2.236, de 23 de janeiro de 1985.

Art. 29. Para os efeitos do art. 26 da Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, os valores percebidos a título de bolsa previstos nesta Lei e na Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, não caracterizam contraprestação de serviços.

Art. 30. O quantitativo dos integrantes dos projetos e programas de aperfeiçoamento de que trata esta Lei observará os limites dos recursos orçamentários disponíveis.

§ 1º O quantitativo de médicos estrangeiros no Projeto Mais Médicos para o Brasil não poderá exceder o patamar máximo de 10% (dez por cento) do número de médicos brasileiros com inscrição definitiva nos CRMs.

§ 2º O SUS terá o prazo de 5 (cinco) anos para dotar as unidades básicas de saúde com qualidade de equipamentos e infraestrutura, a serem definidas nos planos plurianuais.

§ 3º As despesas decorrentes da execução dos projetos e programas previstos nesta Lei correrão à conta de dotações orçamentárias destinadas aos Ministérios da Educação, da Defesa e da Saúde, consignadas no orçamento geral da União.

Art. 31. Os Ministros de Estado da Educação e da Saúde poderão editar normas complementares para o cumprimento do disposto nesta Lei.

Art. 32. A Advocacia-Geral da União atuará, nos termos do art. 22 da Lei nº 9.028, de 12 de abril de 1995, na representação judicial e extrajudicial dos profissionais designados para a função de supervisor médico e de tutor acadêmico prevista nos incisos II e III do art. 15.

Art. 33. A Lei no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 2o

.....

XI - admissão de professor para suprir demandas excepcionais decorrentes de programas e projetos de aperfeiçoamento de médicos na área de Atenção Básica em saúde em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS), mediante integração ensino-serviço, respeitados os limites e as condições fixados em ato conjunto dos Ministros de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão, da Saúde e da Educação.

.....” (NR)

“Art. 4o

.....

IV - 3 (três) anos, nos casos das alíneas “h” e “l” do inciso VI e dos incisos VII, VIII e XI do caput do art. 2o desta Lei;

,,.....

Parágrafo único.

.....

V - no caso dos incisos VII e XI do caput do art. 2o, desde que o prazo total não exceda 6 (seis) anos; e

.....” (NR)

Art. 34. O art. 1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 3º, 4º e 5º:

“Art. 1º

.....

§ 3º A Residência Médica constitui modalidade de certificação das especialidades médicas no Brasil.

§ 4º As certificações de especialidades médicas concedidas pelos Programas de Residência Médica ou pelas associações médicas submetem-se às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 5º As instituições de que tratam os §§ 1º a 4º deste artigo deverão encaminhar, anualmente, o número de médicos certificados como especialistas, com vistas a possibilitar o Ministério da Saúde a formar o Cadastro Nacional de Especialistas e parametrizar as ações de saúde pública.” (NR)

Art. 35. As entidades ou as associações médicas que até a data de publicação desta Lei ofertam cursos de especialização não caracterizados como Residência Médica encaminharão as relações de registros de títulos de especialistas para o Ministério da Saúde, para os fins previstos no § 5º do art. 1º da Lei nº 6.932, de 1981.

Art. 36. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 22 de outubro de 2013; 192º da Independência e 125º da República.

DILMA ROUSSEFF

Aloizio Mercadante

Alexandre Rocha Santos Padilha

Miriam Belchior

Luís Inácio Lucena Adams