

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**



Recife

2019

CARLOSNOBRE E SILVA FILHO

**COBERTURA DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E PROGRAMA MAIS  
MÉDICOS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco como parte dos requisitos para obtenção do grau de mestre em Saúde Coletiva. Área de concentração: Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli

Coorientador: Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Goes

Recife

2019

Catálogo na Fonte  
Bibliotecária: Elaine Freitas CRB 1790

S586c Silva Filho, Carlos Nobre e  
Cobertura das equipes de saúde da família e Programa Mais  
Médicos / Carlos Nobre e Silva Filho. – 2019.  
92 f.

Orientador: Petrônio José de Lima Martelli.  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco,  
Centro de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Saúde  
Coletiva. Recife, 2019.  
Inclui referências, apêndice e anexos.

1. Atenção primária à saúde. 2. Programa Mais Médicos. 3.  
Cobertura de serviços públicos de saúde. I. Martelli, Petrônio José de  
Lima (Orientador). II. Título.

614 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2020-161)

CARLOS NOBRE E SILVA FILHO

**COBERTURA DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E PROGRAMA MAIS  
MÉDICOS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco como parte dos requisitos para obtenção do grau de mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 29/11/2019

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli  
PPGSC/DMS/UFPE

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Paulette Cavalcanti de Albuquerque  
IAM/FIOCRUZ/PE e FCM/UPE

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Adriana Falangola Benjamin Bezerra  
PPGSC/NUSP/UFPE

Dedico este trabalho aos que sonham, aos que lutam por um mundo mais justo!

## AGRADECIMENTOS

Em tempos fascistas, é orgulho ser um LGBTTQI+ nesse espaço.

Às forças de luz que me guiam.

Aos meus pais, que conceberam a minha existência, e que a ausência fez lar em minha vida.

À minha Vó Bui (Dona Severina), pela força de ser quem é. Pela beleza da Humanidade. Pelos ventres que geraram vidas ao mundo. Pela integridade do afeto. E também por me educar, me moldar como sou hoje.

À minha família, em especial as minhas primas Aline, Gelza e Rafa.

Aos amigos da universidade, do curso de Terapia Ocupacional, do movimento estudantil, dos projetos de extensão e do VER-SUS.

Ao CUNETO e às Almas Gêmeas, por tudo e principalmente pelos sonhos e afetos revolucionários.

Aos amigos dos movimentos da vida, Carol, Sêmares, Ane, Marina, Pedro, Rebeca, Karl e Jana. Pelo puxão de orelha, pelo acolhimento, pelo incentivo à minha insensatez e por acreditar em minha intensa humanidade.

Aos amigos da dança da vida, da poética do encontro, eternos discípulos de Rolando Toro, com quem me nutro nas vivências de Biodanza.

Aos professores de minha vida. Da escola. Da universidade. Da residência. Do mestrado.

À Maria Verônica Santa Cruz, por ter me ensinado a amar o SUS.

Aos professores da graduação, Fatima Ferrão, Flavia Pereira, Katia Magdala, Elaine Judite, por acreditarem no meu potencial, por regarem a liberdade criativa e por incentivarem uma pedagogia que liberta.

Ao professor Itamar Lages, pela incansável força na luta pelo SUS.

Aos professores do PPGSC, pela disponibilidade do ensino. Em especial, à Adriana Falangola, pela honestidade de sua fala, pelo olhar atento e preciso. À Heloísa, pela firmeza das palavras, mas sobretudo pela convicção do lado da trincheira em que se está. A Djalma, um grande mestre, pela compreensão das perguntas e por escutar atenta e benevolmente os jovens aprendizes. A Abel, pelo caos orgânico, pela poesia visceral e pela genialidade da delicadeza. A Ronice, pelas acolhidas e aprendizado, pela vastidão de conhecimento delicadamente compartilhado e por deixar vir à tona aquilo que existe de melhor em nós.

Ao meu orientador, por permitir em meu tempo, minha investida acadêmica.

Ao grupo de pesquisa “Efetividade do Provimento do Profissional Médico nas Condições de Saúde Populacional”, pelo aprofundamento no mundo científico e pela paciência. Em especial, a Paulo Goes e Suely Arruda.

A Mozart Sales, por todas as histórias, trocas, aprendizados e parcerias, sobretudo por me ensinar que é possível fazer política pública com o povo na centralidade das ações.

Em especial, a Paulette Cavalcanti, por nunca desistir de mim e da caminhada por uma vida mais justa. Inspiração e força. Bússola de meu barco.

A Moreira, pela disponibilidade alegre.

Aos amigos da turma de mestrado, pela importante parcela desse conhecimento. Por me fazerem acreditar em espaços acadêmicos, sem competitividade, com diálogo e diferenças. Em especial a Valéria, pela entrega da alma.

A Jhon, pela presença na caminhada, pelo orgulho que me proporciona.

A Chott, escudeira, parceira e filha, que me aguenta todos os dias. Pelos dez anos que me ensina a ser um humano melhor.

A Vinícius, que entrou na minha vida, mostrando que a leveza também é intensa, que podemos ser companhia e companheiro, fazendo com que esse percurso acadêmico fosse muito mais suave e com o aroma do amor.

Aos pesquisadores que estão em minhas referências, pela troca do pensamento científico.

Aos que lutaram, lutam e lutarão, pela diminuição das injustiças do mundo.

Aos incansáveis militantes da Reforma Sanitária Brasileira, que transformam em realidade, com suor, um sonho coletivo.

Aos que sofrem qualquer opressão.

A todos os que fazem o SUS diariamente: gestores, trabalhadores e usuários.

Ao Capibaribe e ao Recife, oxigênio de minha vida.

“Vou aprender a ler pra ensinar meus camaradas”

(MENDES, CAPINAN, 2003)

## RESUMO

A dificuldade de contratação e fixação do profissional médico pelos municípios brasileiros, principalmente nas regiões mais carentes economicamente e com maior perfil de vulnerabilidade, sempre foi um importante entrave para a consolidação da Atenção Básica no Brasil. Ao longo dos anos, diversas políticas públicas foram lançadas com o intuito de aumentar a cobertura desse profissional à população. Entre eles, o Programa Mais Médicos, de julho de 2013, conseguiu fazer o provimento de mais de 14 mil médicos em um ano, tornando-se um dos maiores programas de provimento emergencial de médicos do mundo. O objetivo deste trabalho foi compreender a variação da cobertura das Equipes de Saúde da Família após um ano do Programa Mais Médicos, utilizando bancos de dados secundários e análise estatística. Identificaram-se municípios brasileiros por adesão ao programa por porte populacional, IDH e região, bem como a cobertura máxima de ESF. Foi observado um aumento na cobertura de ESF menor que o esperado. Além disso, pôde-se perceber aumento real na cobertura da ESF no Brasil e, mesmo sem o aumento esperado de cobertura em 3.190 municípios, uma oferta mais regular de médicos, com cumprimento real da carga horária e o provimento de médicos na maioria dos municípios prioritários.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde. Programa Mais Médicos. Cobertura de Serviços Públicos de Saúde.

## ABSTRACT

Brazilian municipalities envisage obstacle for hiring and steadying medical professionals, especially in the most economically needy and vulnerable regions. This problem has always been an important barrier to the consolidation of Primary Care in Brazil. Over the years, several public policy initiatives have been think to increase the coverage of this professional to the population. Among those initiatives, *Mais Médicos* (“More Physicians”) Program, begun in July 2013, managed the provision of over 14,000 physicians in a period of one year, becoming one of the largest emergency medical supply programs in the world. This research was aimed to understand the variation of coverage of Family Health Teams after a year of *Mais Médicos* Program, using secondary databases and statistical analysis. As a result, Brazilian Municipalities were identified by adherence to the program, by populations size, by HDI, by region and by maximum coverage of Family Health Team. Also was made a statistical analysis of these variables. A smaller than expected increase in coverage was observed. But, it could be identified a real growth of Family Health team in Brazil that, even without expected increase in 3.190 cities, may have enable a more regular supply of doctors with real compliance with their workload and supply of doctors in most priority municipalities.

Keywords: Primary Health Care. Mais Médicos Program. State Health Care Coverage.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1</b>	Avanços na Atenção Básica de 1998 a 2013.....	37
-		
<b>Quadro 2</b>	Operacionalização das variáveis do estudo .....	49

-

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Número total de municípios por regiões.....	47
---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AMQ	Avaliação para Melhoria de Qualidade
CF	Constituição Federal
CAP	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
CRM	Conselho Regional de Medicina
CF	Constituição Federal
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
EAD	Educação a Distância
EC	Emenda Constitucional
ESF	Equipe de Saúde da Família
UNICEF	Fundação das Nações Unidas para a Infância
FIES	Fundo de Financiamento Estudantil
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNS	Fundo Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social

IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensões
MS	Ministério da Saúde
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
NHS	<i>National Health Service</i>
NOB	Norma Operacional Básica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PISUS	Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
PSE	Programa Saúde nas Escolas
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
PMMB	Projeto Mais Médicos para o Brasil
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena

SCNES	Sistema de Cadastro Nacional da Estabelecimentos de Saúde
SAI	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UF	Unidade Federada
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UHS	<i>Universal Health Care or Universal Health Systems</i>
UHC	<i>Universal Health Coverage</i>
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>21</b>
<b>2.1</b>	<b>Atenção Primária à Saúde: histórico e tendências.....</b>	<b>21</b>
<b>2.2</b>	<b>Universalização à Saúde e ESF: limites e possibilidades para o seu estabelecimento.....</b>	<b>28</b>
<b>2.3</b>	<b>O Programa Mais Médicos: estratégia de ampliação da cobertura da assistência.....</b>	<b>40</b>
<b>3.</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>46</b>
<b>3.1</b>	<b>Objetivo Geral.....</b>	<b>46</b>
<b>3.2</b>	<b>Objetivo Específico.....</b>	<b>46</b>
<b>4</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>47</b>
<b>4.1</b>	<b>Desenho do Estudo.....</b>	<b>47</b>
<b>4.2</b>	<b>População do Estudo.....</b>	<b>47</b>
<b>4.3</b>	<b>Coleta de Dados.....</b>	<b>48</b>
<b>4.4</b>	<b>Análise de Dados.....</b>	<b>50</b>
<b>4.5</b>	<b>Aspectos Éticos.....</b>	<b>50</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADO E DISCUSSÃO.....</b>	<b>52</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>53</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>54</b>
	<b>APÊNDICE A – ARTIGO “CARACTERÍSTICAS DOS MUNICÍPIOS QUE NÃO ADERIRAM AO PROGRAMA MAIS MÉDICOS”.....</b>	<b>58</b>
	<b>ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA.....</b>	<b>80</b>

**ANEXO B – INSTRUÇÕES AOS AUTORES – CIÊNCIA & SAÚDE  
COLETIVA .....**



## 1 INTRODUÇÃO

Minha trajetória no mundo da saúde pública como militante da Reforma Sanitária Brasileira tem início durante a universidade. Às vezes me pego na lembrança sobre o Encontro Nacional dos Estudantes de Terapia Ocupacional, quando participei de um grupo de discussão acerca do Controle Social, ou no projeto de extensão universitária na cidade de Camaragibe, com Educação Popular em Saúde, incentivados por Verônica Santa Cruz, à época professora substituta no Departamento de Medicina Social da UFPE, e pela professora Rosa Carneiro. Depois fiz parte do PET-Saúde, na USF Vila São Miguel, sob a orientação da enfermeira Elisete Cardoso e da professora Elaine Judite.

Em seguida, envolvi-me nas campanhas contra o Ato Médico, Semana de Luta Antimanicomial e outros projetos de extensão, até os estágios obrigatórios, no Hospital Correia Picanço e na Gerência de Atenção Integral à Pessoa Idosa do Recife, com a professora Kátia Magdala. Foi um salto e um caminho sem volta.

Mais adiante, passei na residência de Saúde Coletiva da Fiocruz e fiz estágio na Gerência de Atenção Básica do Recife e na Policlínica Lessa de Andrade, onde fui contratado para trabalhar na assessoria da diretoria do Lessa com Luciana Pinheiro. Nesse momento, militei ativamente no Coletivo Pernambucano de Residente e nas diversas edições do VER- SUS, que ajudei a estruturar no estado e no Brasil.

Posteriormente, fui contratado pela Secretaria de Saúde da Cidade do Paulista, onde assumi a Diretoria de Atenção Básica e a Superintendência de Atenção à Saúde. Em 2013, tive contato com o PROVAB e os preceptores que vinham ao município, bem como com os profissionais médicos que trabalhavam os dois turnos, quatro dias da semana. Naquele município, tive a incumbência de fazer a solicitação de Adesão ao Programa Mais Médicos. Lembro-me de ir à sede da AMUPE com o secretário de Saúde e ouvir de Mozart Sales, então

secretário da SGTES-MS, uma explanação do programa. Em novembro do mesmo ano, quando os médicos cubanos chegaram ao município, por ironia do destino, eu estava em Cuba, fazendo um curso sobre Atenção Primária.

Em 2014 conheci Mozart Sales e começamos uma parceria de estudos, diálogos, escritos e pesquisas sobre o referido Programa. Nesse momento, o programa toma outra dimensão no imaginário do pesquisador que existe em mim: deixa de ser uma grande política pública para se construir num ideal de transformação social, através da reforma do aparelho estatal.

As ideias preliminares deste trabalho têm início nas discussões no grupo de pesquisa Efetividade do Provimento do Profissional Médico nas Condições de Saúde Populacional. Ainda na fase inicial da pesquisa, ao realizar as revisões acadêmicas sobre as produções científicas acerca do Programa Mais Médicos, me indaguei por que os estudos de provimento não abordavam o que vivenciei como gestor público, uma discussão ampla e real da cobertura da ESF de um forma efetiva, com cumprimento de carga horária e ações não apenas ambulatoriais. Assim surgiu a aproximação com a temática do Programa Mais Médicos e a Cobertura das Equipes de Saúde da Família, bem como a vontade de pesquisar como o provimento do profissional médico pelo programa interferiu na cobertura das ESFs.

Vale deixar claro como notas iniciais deste trabalho, que acredito na importância da discussão sobre o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde em todas as vertentes, daí o meu interesse na discussão do Programa Mais Médicos e no entendimento do provimento emergencial de profissionais para a atenção básica, neste caso, o médico.

Apesar de a discussão da dissertação achar-se centrada no provimento emergencial desse profissional, não acredito na centralidade da discussão pelo viés de uma única categoria profissional, principalmente quando essa categoria, historicamente, está do lado oposto da Reforma Sanitária Brasileira e da efetivação do SUS, salvo raras exceções. Reitero a

necessidade de aumento da equipe multiprofissional na APS, e de trabalhos transdisciplinares, com o fortalecimento dos Agentes Comunitários de Saúde.

A necessidade de garantir assistência à saúde para todos fez com que diversos atores tenham se engajado na discussão na Atenção Primária, sendo a conferência de Alma-Ata um dos marcos históricos desse processo. Em diversos países a estratégia da APS vem norteando modelos e sistemas de saúde, principalmente os que desenvolveram estratégia de universalização dos serviços de saúde.

Apesar dos benefícios para o desenvolvimento do processo de saúde das populações, a APS não se configura como estratégia uniforme de replicabilidade, e muito menos ideológica. A própria ideia da Primeira Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde ganha força com o aumento dos investimentos no setor saúde e a necessidade dos países que implantaram o Estado de Bem-estar Social de reduzir esses custos.

Foram fatores aceleradores para a Organização Mundial de Saúde (OMS) realizar a Conferência de Alma-Ata: as experiências exitosas da China com os médicos de pés descalços; as expedições da Igreja Luterana na África; e um conjunto de estudos científicos que afirmavam a diminuição de custos e uma melhor capacidade de resposta nos serviços que tinham o primeiro contato com os usuários em espaços territorializados, além do *National Health Service* (NHS), da Inglaterra.

Uma alternativa aos países em desenvolvimento para ofertar a APS foi o conceito mais tarde denominado de Atenção Primária Seletiva, preconizado pela Fundação *Rockefeller*, pela UNICEF e pelo Banco Mundial, que viria a se caracterizar como assistência a grupos populacionais restritos e de pouca qualidade.

Apesar de o Brasil não ter tido representante na Conferência de Alma-Ata, as questões ideológicas da universalização do sistema de saúde brasileiro constituem uma aproximação, ao menos conceitual, com a necessidade de mudança de paradigma do modelo assistencial, a

participação popular como estratégia de gestão, o imperativo da justiça social para uma população com maior necessidade de cuidados e a integralidade dos serviços de saúde em conjunto com uma intersetorialidade, a fim de atingir um processo de saúde satisfatório.

Após algumas batalhas ganhas no campo da saúde e no campo democrático, a Constituição Federal de 1988 colocou a saúde como uma cláusula pétrea e um direito fundamental (BRASIL, 1988). A partir daí, surge a necessidade de institucionalizar ações e serviços no âmbito nacional, para a garantia da saúde como um direito de todos e dever do Estado.

A fim de concretizar o direito à saúde, no início da década de noventa são criados o Programa de Agentes Nacionais Comunitários de Saúde (1991), o Programa de Saúde da Família (1994), atual Estratégia de Saúde da Família, e a Política Nacional de Atenção Básica (2006).

A necessidade de ampliar a cobertura assistencial, para garantir uma verdadeira universalização, foi duramente contida pelos princípios do neoliberalismo (privatização, focalização de políticas públicas e descentralização) no Brasil, orquestrado pelo Ministério da Reforma do Estado, com o então ministro Bresser-Pereira, no que se denominou contrarreforma (BEHRING, 2003).

Apesar desses processos, a Atenção Básica conseguiu se fortalecer e passar por momentos de ampliação. Ao longo de quase vinte anos de existência (2013), a cobertura da Atenção Básica esforçava-se para chegar a 70%, tendo crescido 1,5% nos sete anos anteriores (BRASIL, 2015).

Entre as diversas dificuldades para a universalização da Atenção Básica, como subfinanciamento, política de assistência farmacêutica, inadequação de infraestrutura, qualificação profissional, baixa informatização dos serviços, necessidade de melhoria da qualidade dos serviços, incluindo acolhimento, resolubilidade e longitudinalidade do cuidado, pouca atuação à promoção da saúde e ao desenvolvimento de ações intersetoriais, mudança do

modelo de atenção e gestão, inadequadas condições e relações de trabalho, mercado de trabalho predatório, o provimento do profissional médico era um fator central, sendo causa e efeito de outras situações, como o baixo número de médicos formados no país e a escassez na cobertura do PSF em diferentes regiões (Brasil, 2015; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008; SALES, 2017).

Surge, em 2013, o Programa Mais Médicos (PMM), com três objetivos: melhoria da infraestrutura, formação médica e provimento emergencial. Para esse último objetivo, o Programa recruta profissionais graduados no Brasil e fora do País, brasileiros e estrangeiros, a fim de atuar em locais com maior necessidade. Esses profissionais participaram de uma série de atividades de educação e de integração ensino-serviço para desenvolver uma atenção à saúde de qualidade de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Ainda que em pouco tempo, muitas pesquisas, estudos e trabalhos foram realizados sobre o PMM que apontam para a diminuição da escassez de profissional médico na atenção básica, a diminuição das iniquidades, o enfrentamento da violência estrutural e a mudança de indicadores de saúde.

Este trabalho buscou compreender a variação da cobertura das Equipes de Saúde da Família após um ano do Programa Mais Médicos, caracterizando a cobertura das ESFs dos municípios quanto à adesão ao Programa e analisando a variação de cobertura das ESFs quanto a região, Índice de Desenvolvimento Humano e porte populacional, durante o primeiro ano do Programa Mais Médicos.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Atenção Primária à Saúde: histórico e tendências

A discussão sobre Atenção Primária à Saúde no mundo tem como marco a Declaração de Alma-Ata, que ocorreu no Cazaquistão em 1978. Mas desde 1920, com o Relatório *Dawson*, na Grã-Bretanha, alguns princípios como a ideia de regionalização e hierarquização em três níveis de serviços já estavam sendo pautados (STARFIELD, 2002).

Segundo Marsiglia (2012), esse relatório influenciou a criação do Sistema Nacional de Saúde inglês, em 1948, quando do início do desenvolvimento das experiências das social-democracias, através dos Estados de Bem-Estar Social, em diversos países do mundo.

A origem do Estado de Bem-Estar Social surgiu com três pilares: o NHS, o Sistema Nacional de Seguridade e o Sistema Educacional. O NHS foi organizado em três níveis, com ausência de barreira de acesso ao atendimento (universalização) e predomínio do setor público na oferta dos serviços (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990).

Na 30ª reunião anual da Assembleia Mundial de Saúde em 1977, foi decidido por unanimidade que a meta principal dos governos participantes seria a obtenção de saúde para todos os cidadãos do mundo em 2000 (STARFIELD, 2002).

Segundo Ferreira e Buss (2002), a culminância desses encontros no fim da década de setenta se deu a partir de um amplo debate realizado em diversas partes do mundo, em que era enfatizada a determinação econômica e social da saúde, visando superar a orientação predominantemente centrada no controle da enfermidade.

Como exemplos desse processo de mudança, pré-Alma-Ata, os mesmos autores afirmam que a abertura da China Nacionalista ao mundo exterior, com a realização das duas primeiras missões de observação de especialistas ocidentais promovidas pela Organização

Mundial da Saúde (OMS), foi um evento importante, pois nesse momento ficou conhecido o trabalho dos médicos de pés descalços.

Historicamente, a atenção primária aparece num estudo sobre cuidados prestados e nos relatórios da Igreja Luterana. Segundo Mello, Fontanella e Demarzo (2009), em 1961 ficou evidenciado que o atendimento em hospitais universitários representava apenas uma pequena parcela dos cuidados prestados em relação àqueles da atenção médica primária nos EUA e no Reino Unido, num clássico estudo de White e colaboradores, e que o termo *Primary Health Care* apareceu pela primeira vez nas revistas da Comissão Médica Cristã ligadas ao Conselho Mundial de Igrejas e à Federação Mundial Luterana, no início dos anos setenta do século passado. Outro movimento internacional de destaque aconteceu no Canadá, com o Relatório Lalonde, de 1974.

A declaração fruto da Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde teve importância por: a) ampliar a visão do cuidado da saúde em sua dimensão multissetorial; b) abordar a necessidade do envolvimento da própria população; c) ressaltar os fatores necessários para assegurar a qualidade de vida e o direito ao bem-estar social; d) reforçar a promoção na direção da saúde ambiental que, embora não totalmente delineada, sem usar a terminologia de determinantes da saúde, já valorizava a saúde como componente central do desenvolvimento humano (FERREIRA; BUSS, 2002).

Como afirmam Giovanella e Mendonça (2008), essa declaração responsabiliza os governos sobre a saúde da população por meio de medidas sanitárias e sociais, afirmando a saúde como direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais.

Não se pode pensar que essas mudanças aconteceram de modo linear, apenas no âmbito da academia ou como total benfeitoria dos governos. Houve muita interferência dos atores que determinam a economia global através de agências internacionais de sustentação do capital financeiro, como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial, bem como

das agências internacionais de políticas de segurança e paz no mundo, como a Organização das Nações Unidas (ONU), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (GIL, 2006).

Para além dos aspectos geopolíticos, entre os quais a Guerra Fria entre USA e URSS, que interferiam nos modos de pensar e agir nas políticas governamentais dos países aliados a cada bloco comercial, com uma grande influência na ordem comercial mundial, os reflexos para o setor de saúde foram, como observado por Gil (2006), dificuldades decorrentes da crescente elevação dos investimentos. Isso levou à necessidade de reformas setoriais que abarcaram desde mudanças do modelo assistencial até a melhor alocação, racionalização e utilização dos recursos. O modelo médico hegemônico, apesar de altamente eficiente na elevação desses gastos, revelou-se insuficiente quanto ao impacto na melhoria da qualidade de vida e saúde da população.

Eis a definição de Atenção Primária à Saúde (APS) formulada pela Organização Mundial da Saúde:

A atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos, e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades e os países possam suportar, independentemente de seu estágio de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. Ela forma parte integral do sistema de serviços de saúde, do qual representa sua função central e o principal foco de desenvolvimento econômico e social da comunidade. Constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema nacional de saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978).

Outra proposta de APS, denominada de Atenção Primária Seletiva, foi formulada por agências internacionais, contra-argumentando que a proposta de Alma-Ata era demasiado abrangente e pouco propositiva.

Nos anos seguintes a 1978, num contexto internacional com baixo crescimento econômico e uma presença cada vez maior de governos conservadores, a APS seletiva foi ganhando força quando comparada com a de Alma-Ata (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). Em 1979, a Fundação *Rockefeller*, com a colaboração do Banco Mundial, da Fundação Ford e de centros de pesquisas canadenses, se reuniu na Itália para discutir uma nova perspectiva: atenção primária como estratégia para o controle de doenças em países em desenvolvimento (CUETO, 2004; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Como desdobramento desses encontros, nos anos seguintes a UNICEF difundiu o Gobi como estratégia a ser utilizada em países pobres: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (*Growth monitoring*), reidratação oral (*Oral rehydration*), aleitamento materno (*Breastfeeding*) e imunização (*Immunization*). Foram somadas a outros programas, como o FFF: suplementação alimentar (*Food supplementation*), alfabetização feminina (*Female literacy*) e planejamento familiar (*Family planning*).

Na América Latina, antes e após o encontro de Alma-Ata, alguns pensadores do meio acadêmico (através dos trabalhos de Juan Cesar Garcia, Cristina Laurell, Jaime Breilh, Cecilia Donangelo e Sergio Arouca) discutiam outra forma de se pensar e gerir saúde, a partir da expansão da pesquisa no campo das ciências sociais aplicadas à saúde (FERREIRA; BUSS, 2002).

Segundo Tejada de Rivero, diretor-geral da Conferência de Alma-Ata, a tradução de *care* por atenção, e não por cuidado nas línguas latinas, tornou a compreensão da proposta mais difícil. Isso porque cuidado teria um sentido mais abrangente e integral, de cunho horizontal e participativo. Ao contrário, atenção revela maior proximidade com imposição (MELLO, FONTANELLA E DEMARZO, 2009). Com o desenrolar desse processo nos países do Sul, destacavam-se as causas sociais; os do Norte discutiam possíveis abordagens sociais – como exemplo, o Relatório Lalonde (FERREIRA; BUSS, 2002).

Segundo Giovanella e Mendonça (2008):

Durante a década de 1980, a concepção de atenção primária como cesta restrita de serviços básicos selecionados, voltados à população em situação de maior pobreza, passou a ser hegemônica para diversas agências internacionais, como o Banco Mundial, e hoje é conhecida como atenção primária seletiva. Nesse contexto, pode-se dizer que, no Brasil, o uso do termo “atenção básica” para designar a atenção primária no SUS buscou diferenciar as políticas propostas pelo movimento sanitário, distanciando-as dos programas de APS seletivos e focalizados, difundidos pelas agências internacionais. (p. 582).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), agência ligada à OMS, lançou em 2005 uma resolução em que defende a necessidade de atenção universal e abrangente por meio de uma abordagem integrada e horizontal para o desenvolvimento dos sistemas de saúde, com cuidados orientados à qualidade, ênfase na promoção e prevenção, intersetorialidade, participação social e responsabilização dos governos, denominada de Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Conforme Giovanella e Mendonça (2008), a APS pode ser interpretada de três formas. A primeira, como um programa seletivo e focalizado, com uma cesta restrita de serviços; a segunda, como um nível de atenção que corresponde ao nível ambulatorial de primeiro contato, incluindo ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda população; e a terceira, como um modelo assistencial e de organização do sistema de saúde.

Ainda sobre a concepção de APS de Alma-Ata, as autoras (2008) afirmam que a APS representa o primeiro nível de contato com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde as pessoas residem e trabalham. Contudo, não se restringe ao primeiro nível, porquanto integra um processo permanente de assistência sanitária, que inclui a prevenção, a promoção, a cura e a reabilitação.

De acordo com Giovanella e Mendonça (2008), o entendimento da APS explicitado em Alma-Ata é abrangente, pois a considera como função central do sistema nacional de saúde e como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico das comunidades,

o que envolve a cooperação com outros setores de modo a promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde mais amplos de caráter socioeconômico.

Para Starfield (2002), existem quatro atributos essenciais para atingir as premissas contidas na declaração de Alma-Ata: Atenção ao Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação.

Diversos países implantaram em seus sistemas de saúde as orientações da APS. Em seu livro *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias*, Bárbara Starfield (2002) remete a uma pesquisa realizada por ela em 1994 sobre as consequências da APS para os indicadores de saúde. Esse estudo conclui que mesmo os países considerados ricos, e que têm baixa orientação para a APS, apresentam indicadores de saúde inferiores quando comparados aos países menos ricos.

Esses percalços no entendimento mais ampliado da APS chegam até os dias atuais, sendo corroborados pela ideologia neoliberal, encontrando em cada nação uma forma de desenvolvimento, geralmente seletiva em países tidos como subdesenvolvidos e em desenvolvimento, e algo que se assemelha ao Estado de Bem-Estar Social nos países conhecidos como de primeiro mundo.

## **2.2 Universalizações da saúde e ESF: limites e possibilidades para o seu estabelecimento**

A universalidade é um princípio finalístico, ou seja, é um ideal a ser alcançado e, portanto, uma das características do sistema que se pretende construir e um caminho para a sua construção (TEXEIRA, 2011).

Segundo Paim e Silva (2010), resumidamente, o entendimento de universalidade é interligado com sua historicidade e está relacionado ao princípio da igualdade que, por sua vez,

está associado à ideia de justiça, sendo a igualdade aquilo que é comum a todos, lema da Revolução Francesa e das promessas dos socialistas utópicos.

Na discussão sobre o conceito de universalização dos direitos sociais, há duas concepções: uma social-democrata e outra liberal. No primeiro caso, a universalização é entendida como o acesso à saúde como direito de todos, sendo de caráter público/estatal, e que garanta financiamento por meio da aplicação dos recursos públicos gerados por contribuições sociais, impostos, taxas e outras fontes de arrecadação estatal. Tal concepção é defendida pela Reforma Sanitária Brasileira (SOUSA, 2014).

A segunda concepção tem sido imposta desde a década de noventa pelos organismos financeiros internacionais. Considera que a cobertura da saúde pelo sistema público não comporta a totalidade da população, pois sobrecarrega financeiramente o Estado; deve apenas responsabilizar-se pelos mais pobres, e os demais devem ter o acesso proporcionado pelo mercado. Neste caso, uma política compensatória, focalizada, em total consonância com os princípios neoliberais.

O público-alvo dos programas universais geralmente é muito amplo, o que pode representar uma sobrecarga para os orçamentos dos programas sociais. Quando não é possível aumentar os orçamentos, uma das medidas para evitar essa sobrecarga é reduzir os custos dos serviços prestados, o que pode se traduzir em baixa qualidade (MEDEIROS, 1999).

Como apontam Faveret Filho e Oliveira (1990), no Brasil a discussão sobre a universalização da saúde tem início com a Reforma Sanitária Brasileira:

A Reforma Sanitária, não obstante suas marchas e contramarchas, configura uma ruptura pioneira no padrão de intervenção estatal no campo social moldado na década de 30 e desde então intocado em seus traços essenciais. É com a RSB que surge na política brasileira a noção de direito social universal, entendido como atributo da cidadania sem qualificações, ao que deve corresponder como direito, e não como concessão, uma ação estatal constituída da oferta dos serviços que lhe são inerentes. (p. 139).

No Brasil, a universalização da saúde constitui um dos ideários do movimento sanitário, estando presente na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) e na Constituição Federal (CF)

de 1988. No Relatório da VIII Conferência, a universalização aparece da seguinte forma

(BRASIL, 1986):

A adoção de políticas sociais e econômicas que propiciem melhores condições de vida, sobretudo para os segmentos mais carentes da população; definição, financiamento e administração de um sistema de saúde universal e igualitário. (p. 7).

Vale salientar que o sistema de saúde no Brasil durante a ditadura militar era orientado por um modelo de assistência médico-hospitalar e privatista (em detrimento da medicina preventiva), uma política clara do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), com crescimento da medicina de grupo, cooperativas médicas e seguros de saúde (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990). Essa realidade se repete até os dias, mesmo após a criação do SUS.

As adesões às proposições de atenção primária à saúde entraram na pauta da agenda brasileira, de forma institucional, na segunda metade da década de 1970, com base nas experiências relatadas e com a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). O PIASS, financiado com recursos do Fundo de Apoio Social administrado pela Caixa Econômica Federal, destinava recursos tanto à construção de unidades básicas de saúde quanto a convênios entre o Ministério da Saúde e o da Previdência Social, no âmbito federal, e às secretarias municipais de Saúde, visando implantar serviços de primeiro nível em cidades de pequeno porte, com instalação de saneamento básico e programas de desenvolvimento econômico. Tais serviços foram organizados em lógica similar à estratégia da APS nas regiões Nordeste e Sudeste, com vistas à expansão da cobertura (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, MACIEL FILHO, 2007).

As Ações Integradas de Saúde (AIS), tomadas como estratégicas em 1985, no primeiro governo da Nova República, estimularam a integração das instituições de atenção à saúde (Ministério da Saúde, Inamps, secretarias estaduais e municipais de Saúde), na definição de uma ação unificada em nível local. A organização de um primeiro nível de atenção, no qual as

unidades básicas de nível local eram responsáveis por ações de caráter preventivo e assistência médica, deveria integrar o sistema de saúde pública e de assistência à saúde previdenciário, de forma a prestar atenção integral a toda a população, independentemente de contribuição financeira à previdência social. A implementação das AISs propiciou importante ampliação da cobertura de serviços básicos de saúde com a criação de unidades municipais de saúde em grande parte dos municípios brasileiros (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008), com atendimentos aos previdenciários do interior e a pequenos municípios.

A universalidade foi reconhecida na CF 88 e compunha os princípios básicos do SUS: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, SOUZA, 2014).

A Carta Constitucional, ao tentar garantir a plena cidadania no país, acolhe os direitos sociais não apenas no campo dos direitos trabalhistas, mas também no campo dos direitos da cidadania. A Seguridade Social desempenha papel primordial, procurando garantir não apenas programas a grupos vulneráveis, como também criar um programa universal de saúde.

A CF 88 teve como base o princípio da gratuidade, inspirado nas premissas igualitaristas do Estado de Bem-Estar Social desenvolvidos na Europa. Embora a assistência à saúde seja considerada um direito social na CF 88, na prática, não há sistema público de saúde universal e integral na sua totalidade (PAIM, 2008, SOUSA, 2014).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) é um legado das crenças democráticas e socialistas que surgiram durante a redemocratização do Brasil, no final dos anos de 1980, com o apoio dos partidos políticos progressistas, dos movimentos sociais e de intelectuais da esquerda, inspirados nas experiências universalistas dos sistemas nacionais de saúde (PAIM, 2008, OCKÉ-REIS, 2009, PAIM et al., 2011, SOUSA, 2014).

A universalização, no caso brasileiro, confrontou-se com um avanço do sistema privado; houve uma expansão por baixo (inclusão de milhões de pobres e indigentes) e uma “exclusão por cima” (trabalhadores que renunciaram à assistência do SUS em busca dos planos de saúde) (OCKÉ-REIS, 2009, p. 9).

Diferentemente do que ocorreu na Inglaterra, no Brasil cada movimento de expansão universalizante (mesmo que erroneamente usando esse termo), como no caso das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e INPS, foi acompanhado por uma perda na qualidade dos serviços, com uma diminuta velocidade de expansão e racionamento de oferta de serviços, fazendo com que uma parcela da população buscasse um modelo privado de assistência, gerando assim uma “Universalização Excludente” (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990).

Esse processo acontece, segundo os mesmos autores, à medida que o Estado brasileiro não consegue abranger toda a população e opta pela redistributividade, garantindo seus serviços aos setores incapazes de obtê-los por mecanismos de mercado, excluindo do sistema privado aqueles que conseguem obtê-los.

Como explica Faveret Filho e Oliveira (1990):

Em resumo, a universalização, no caso brasileiro, torna-se eficiente para efetivar o direito social à saúde não por incluir sobre responsabilidade, como se subentende da formulação sanitária, a totalidade da população (paradigma inglês), mas por torná-lo apto, tendo-se em vista a limitação da sua oferta potencial de serviços, a atender os setores sociais de menor poder aquisitivo. (p. 155-156).

Em texto quase premonitório, de 1990, antes da criação do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), Faveret Filho e Oliveira apontam que a universalização vem sendo adotada numa conjuntura de diminuição de gastos públicos, concretizando o processo de expulsão dos segmentos sociais mais favorecidos. O crescimento da abrangência de clientelas não acompanharia um proporcional crescimento da rede e dos gastos públicos (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990).

Compreende-se então que durante os anos 1990 e nos anos 2000 houve um processo de negação dos direitos sociais e dos princípios do SUS, comandado pelo Banco Mundial (SOUSA, 2014, RIZZOTO, 2012).

No Brasil, após o SUS, buscou-se reestruturar os serviços para oferecer atenção integral e garantir que as ações básicas fossem acompanhadas pelo acesso universal à rede de serviços mais complexos, conforme as necessidades.

Entretanto, nos anos noventa, a disputa entre o avanço do projeto neoliberal (contrarreforma) e a preservação do SUS e suas diretrizes fez o Ministério da Saúde adotar ações indutoras da descentralização da gestão. Tais mecanismos transferiam a responsabilidade da atenção para o governo municipal, o que exigiu rever a lógica da “assistência básica”, organizando-a e expandindo-a como primeiro nível de atenção, segundo as necessidades da população (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Desta forma, surge em 1991, implantado pela Fundação Nacional de Saúde (FNS), o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), inicialmente em áreas periurbanas e rurais, das regiões Nordeste e Norte. Atende a demandas de combate e controle da epidemia de cólera e das demais formas de diarreia, com foco na reidratação oral e na orientação à vacinação. Essa implementação foi de caráter emergencial e visou dar suporte à assistência básica onde não houvesse condições de interiorização da assistência médica (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) foram treinados para realizar cadastro populacional, identificação de áreas de vulnerabilidade, diagnóstico da comunidade, promoção à saúde da mulher e criança, ampliando o escopo de atuação do PACS. Essa foi a base do que veio a definir o perfil do ACS, que tinha a supervisão dos enfermeiros. Posteriormente, as atividades desenvolvidas pelos agentes foram incorporadas à tabela de procedimentos

ambulatoriais do SUS, garantindo assim o repasse de verba do Governo Federal (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Ainda segundo as autoras, o PACS promoveu mudança das práticas/ações de saúde, espacial e técnico-administrativa, ao desenvolver ações de saúde extramuros, não mais centradas na figura do médico.

A experiência do PACS e as experiências de caráter preventivo de doenças e agravos e de promoção da saúde foram os antecedentes do lançamento do Programa Saúde da Família (PSF), em dezembro de 1993, pela Portaria MS 692/93. Nesse, a equipe é multiprofissional, com a presença de um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e cinco a seis ACSs.

No primeiro momento, o programa foi implantado principalmente em pequenos municípios e teve caráter restrito de APS, com condições de absorver a demanda reprimida de atenção primária, mas com baixa capacidade para garantir a continuidade da atenção. Em 1996, com a Norma Operacional Básica do SUS (NOB SUS 01/96), o programa tornou-se uma estratégia (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Esse ato normativo disciplinou o processo de organização dos serviços segundo campos de atenção assistenciais, de intervenções ambientais e de políticas extrassetoriais, numa concepção ampliada de atenção à saúde e de integralidade das ações, propondo a regionalização da atenção à saúde como uma macroestratégia para a estruturação de redes articuladas e cooperativas, em territórios delimitados, com populações definidas e mecanismos que garantiam o acesso dos usuários aos serviços nos níveis de complexidade necessários à resolução dos problemas de saúde (CAVALCANTE et al., 2006, GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A partir da NOB 96, a AB assumiu a caracterização de primeiro nível de atenção e estabeleceu um novo modelo de transferência de recursos financeiros federais para municípios e estados: o Piso de Atenção Básica (PAB), com duas variantes: fixo e variável.

A expansão do PSF e do PACS ocorreu no país quando o Ministério da Saúde deliberou sobre a forma de financiamento da Atenção Básica à Saúde, com um componente fixo e outras variáveis, através de repasses de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os fundos municipais de saúde, estipulando um valor fixo *per capita* para ser alocado pelos municípios na Atenção Básica (MARSIGLIA, 2012).

É nesse período que as contrarreformas de caráter neoliberal conduziram a mudanças regressivas nas políticas e direitos sociais, o que tornou visível a grande contradição entre a lógica universalista e a privatista no sistema de saúde (BEHRING, 2003, SOUSA, 2014). Intensificaram-se as flexibilizações da relação capital-trabalho, os planos de ajuste e de estabilização econômica desregulamentaram a economia, houve redução do Estado e contrarreformas voltadas para a privatização de estatais (SOUZA, 2014).

Com o objetivo de ampliar, organizar e fortalecer a Estratégia de Saúde da Família, o Ministério da Saúde lançou o PROESF (Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família) em municípios com mais de 100 mil habitantes, previsto para ter duração de sete anos, com financiamento internacional (BRASIL, 2003).

Pesquisas realizadas apontavam para uma maior dificuldade de implantação da Estratégia de Saúde da Família em municípios de grande porte, que se apresentava como programa focalizado para populações carentes (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Em 1998, o Ministério da Saúde assim definiu a Atenção Básica (BRASIL, 1998):

[...] é um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Essas ações não se limitam àqueles procedimentos incluídos no Grupo de Assistência Básica da tabela do SIA/SUS, quando da implantação do Piso da Atenção Básica. A ampliação desse conceito se torna necessária para avançar na direção de um

sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente.

Apenas em 2006, com a Portaria 648/GM, a Atenção Básica se aproxima do conceito de Atenção Primária à Saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, MARSIGLIA, 2012):

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2006, Capítulo I – Da Atenção Básica).

Dessa forma, a AB atinge uma concepção mais abrangente, que a coloca como porta de entrada preferencial do sistema e ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde, reconhecendo a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da atenção básica (GILVANILLA; MENDONÇA, 2008).

Andrade et al. (2005, p. 333) sintetizam a importância do Programa de Saúde da Família para o SUS:

A implementação do PSF no Brasil ocorreu claramente como uma estratégia de consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A breve existência do SUS e os conflitos filosóficos e pragmáticos advindos dos aspectos inovadores incorporados por esse sistema geraram um ambiente propício para a implementação de políticas de saúde que viessem melhor estruturar esses princípios organizativos e transformá-los em ação efetiva. O PSF veio essencialmente como uma oportunidade de se expandir o acesso à atenção básica para a população brasileira, de consolidar o processo de municipalização da organização da atenção à saúde, de facilitar o processo de regionalização pactuada entre municípios adjacentes e de se coordenar a integralidade de assistência à saúde.

Ocké-Reis corrobora esse entendimento (2009):

O Programa de Saúde da Família (PSF) é o principal esforço do governo brasileiro para melhorar a assistência básica, oferecendo uma variedade de serviços preventivos e curativos de assistência à saúde, prestados por equipe composta de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e diversos agentes de saúde comunitários. O principal objetivo do programa é alcançar o acesso universal à assistência primária para todos os cidadãos. (p. 10).

Desde a criação do PSF, a cesta de serviços da Atenção Básica foi aumentando e criando interfaces com outros sistemas, ampliando rearranjos institucionais mediante processos de gestão e planejamento. Entre outros pontos, destacam-se programas, sistemas, projetos e políticas, como visto no quadro abaixo:

Quadro 1 – Programas e Política da Atenção Básica, de 1998 a 2013

1998 – Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)
1999 – Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)
2001– Saúde Bucal
Gerência dos municípios do repasse para a Atenção Básica (NOAS/01)
2003 – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)
2004 – Programa Brasil Sorridente
2005 – Projeto de Avaliação e Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família (AMQ)
2006 – Regulamentação da profissão do ACS
Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)
Política Nacional de Práticas Integrativas
2007 – Programa Saúde nas Escolas (PSE)
2008 – Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)
2009 – Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família
PROESF 2
2010 – Saúde da Família para a População Ribeirinha
2011– Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)
Melhor em Casa
Academia da Saúde
Consultório na Rua
Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
Nova PNAB
2012 – Integração da Estratégia Amamenta Alimenta
2013 – e-SUS
Programa Mais Médicos

Fonte: O autor, 2019.

Em estudo de 2016, Costa menciona os entraves no desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família nas grandes cidades e metrópoles em três perspectivas. Na primeira linha, os municípios de grande porte que implantaram a estratégia privilegiaram a focalização nos grupos com grande risco social e de populações vulneráveis. Dessa forma, a alta cobertura populacional estaria diretamente associada e condicionada à prevalência de pobreza nos municípios.

Na segunda linha argumentativa, concluiu que os incentivos federais anteriores à EC-29 ainda eram insuficientes e a necessidade de contrapartida financeira municipal para o custeio da estratégia de saúde da família representou um fator de inibição da sua expansão nos grandes municípios, existindo assim uma transferência do ônus financeiro para o município (COSTA, 2016).

A terceira linha considerou que cidades com elevadas despesas com ações e serviços de saúde tenderiam a limitar os investimentos com a expansão da estratégia de saúde da família por força das restrições legais que impediriam o crescimento das despesas dos municípios como um todo. Essas dificuldades teriam sido acentuadas pelas restrições da Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101/2000) (COSTA, 2016).

A reforma de Estado, durante a década de noventa, seguia a lógica da administração gerencial, ampliando a privatização da saúde e retraindo a universalidade do sistema de saúde. Ocorreu assim a focalização dos gastos para populações pobres, a descentralização federal de gestão sem contrapartida aos municípios e a mudança da prestação de bens e serviços públicos para o setor privado, com a participação de entidades não governamentais, filantrópicas, comunitárias e de empresas privadas (SOUSA, 2014).

Esses e outros atos foram fatores determinantes para a focalização das ações no campo da saúde. A não universalização e a estagnação da cobertura da atenção básica deram-se por diversos fatores, entre eles:

a) Proporção insuficiente de médicos para as necessidades da população. A relação de médicos por mil habitantes no Brasil em 2011 era de 1,8. Quando comparado com outros países, ficava evidente essa escassez, como, por exemplo: Argentina (3,9), Espanha (3,5), Portugal (3,8), Reino Unido (2,7) e Uruguai (3,7) (BRASIL, 2015).

b) Má distribuição de médicos no território brasileiro. Em 2011, três estados tinham menos de um médico por mil habitantes – Amapá (0,95), Pará (0,84) e Maranhão (0,71) –, e apenas o Rio de Janeiro (3,62) e o Distrito Federal (4,09) apresentavam mais de três médicos por mil habitantes (BRASIL, 2015).

c) Insuficiente número de médicos formados. Um déficit de 50 mil médicos, apenas no SUS, no período de 2003 a 2012 (UFMG, 2011).

Já estudos sobre o índice de escassez de médicos no Brasil no âmbito da atenção primária revelaram que as regiões Norte e Nordeste apresentavam maior número de municípios, bem como população residente com escassez de médicos (UFMG, 2011).

No Brasil, em dezembro de 2010, cerca de 20% dos municípios apresentavam escassez de médicos, principalmente aqueles mais distantes, de menor porte e com dificuldade de acesso, localizados nas regiões Norte e Nordeste (EPSM, 2012).

De uma forma geral, o Brasil tem uma proporção de médicos por habitante significativamente inferior à necessidade da população e do SUS. Esses médicos estão mal distribuídos no território, de modo que as áreas e as populações mais pobres e vulneráveis são as mais penalizadas, como demonstra o estudo de Sales (2017).

Outros fatores macroestruturais também são apontados como necessários para a superação desse problema: financiamento insuficiente; infraestrutura inadequada das Unidades Básicas de Saúde; baixa informatização dos serviços, necessidade de melhorar a qualidade dos serviços, incluindo acolhimento, resolubilidade e longitudinalidade do cuidado; pouca atuação na promoção da saúde e no desenvolvimento de ações intersetoriais; mudança do modelo de

atenção e gestão; inadequadas condições e relações de trabalho; mercado de trabalho predatório (BRASIL, 2015).

### **2.3 O Programa Mais Médicos: estratégia de ampliação da cobertura da assistência**

De 2006 até 2012, a cobertura da ESF no Brasil cresceu em 1.141 equipes de Saúde da Família, o que representou um pequeno incremento de 1,5% a cada ano na cobertura da população, mesmo com o significativo aumento dos recursos e grandes esforços despendidos a partir de 2011 (BRASIL, 2015).

Em janeiro de 2011, o Governo Federal, através de pesquisa com mais de 56 mil entrevistados em todas as regiões do país, definiu que o problema prioritário a ser enfrentado era o déficit de provimento de profissionais de saúde. Para garantir acesso aos serviços de saúde e com qualidade para a população, o Ministério da Saúde promoveu uma série de debates e eventos que discutiram o tema da atração, provimento e fixação dos profissionais (BRASIL, 2015; SALES, 2017).

Em 2011, houve uma indução do governo brasileiro para melhorar o provimento de médicos na AB, com a Lei nº 12.202, de 14 de janeiro de 2010 (BRASIL, 2010), que trata da possibilidade de um médico que se formou com o apoio do Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) – que financia parcial ou integralmente a mensalidade de discentes que cursam graduação em instituições de ensino superior privadas – poder abatê-la em virtude do tempo de atuação nas equipes da Estratégia de Saúde da Família, nas áreas com maior necessidade de médicos, apontadas pelo Ministério da Saúde.

No mesmo ano, em setembro, houve o lançamento do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), que buscava qualificar a formação dos egressos de medicina para atuação na Atenção Básica e, ao mesmo tempo, motivar e atrair esses

profissionais para atuarem em áreas de maior necessidade, além de oferecer incentivos como: pós-graduação, pontuação adicional para concursos de residência médica, bolsa de estudos paga pelo Governo Federal e supervisão de profissionais (SALES, 2017).

O Programa Mais Médicos (PMM) foi criado em julho de 2013, inicialmente na forma de Medida Provisória (nº 621), posteriormente convertida em Lei (12.871/2013) (PINTO et al., 2014).

São objetivos do programa (BRASIL, 2013):

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.

No lançamento do PMM, havia três eixos: o primeiro era o Provimento Emergencial (Projeto Mais Médicos para o Brasil – PMMB), com objetivo de provimento de médicos na Atenção Básica em regiões prioritárias dos SUS, onde o profissional atua na equipe de Saúde da Família e faz aperfeiçoamento. Outro eixo, o Investimento na Infraestrutura da Rede de Serviços Básicos de Saúde, associado ao Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (REQUALIFICA-UBS), busca construir mais UBSs com um novo padrão de qualidade e reformar e ampliar as já existentes, com informatização e implantação do e-SUS. O terceiro eixo relaciona-se à formação médica, com autorização para a criação de cursos de Medicina, públicos e privados, com critérios de necessidade social; o mesmo acontece com as residências médicas, criando o Cadastro Nacional de Especialistas, além de medidas de qualificação da

formação médica tanto no âmbito da graduação quanto no das residências médicas (BRASIL, 2013; SALES, 2017).

Como principal ponto, o programa recruta profissionais graduados no Brasil e fora do País, brasileiros e estrangeiros, para atuar em locais com maior necessidade. O PMMB tem o objetivo de prover profissionais para a atuação, na perspectiva da integração ensino-serviço, na Atenção Básica em regiões com maior necessidade, mais vulnerabilidade e dificuldade de atrair e fixar profissionais (BRASIL, 2015).

Após o Termo de Compromisso assinado, os municípios solicitaram as vagas de acordo com as regras definidas pelo programa: necessidade da população, cobertura e ofertas de serviços já disponíveis no município na Atenção Básica, e composições de equipes e condições de infraestrutura da UBS para receber o profissional (BRASIL, 2015). Foi em função dessas normas combinadas com gradações de prioridades entre regiões, municípios e mesmo áreas dentro dos municípios que se estabeleceu o teto de vagas disponíveis para cada cidade.

Importante salientar que o município escolhia uma equipe já existente, mas que estava sem médico, ou poderia implantar uma nova equipe. Dessa forma, “[...] o programa proíbe que sejam substituídos médicos que já atuavam em equipes de Saúde da Família do município, uma vez que seu objetivo é garantir atenção permanente onde ela estava sendo irregular e expandir a cobertura da população” (BRASIL, 2015, p. 44).

Como deixa claro o Edital nº 38, de 8 de julho de 2013, no termo de adesão e compromisso entre o MS e os municípios/Distrito Federal:

- b) manter, durante a execução do Projeto, as equipes de atenção básica atualmente constituídas com médicos não participantes do Projeto; c) não substituir médicos que já compõem as equipes de atenção básica pelo médico participante do Projeto; d) priorizar a alocação dos médicos participantes do Projeto nas equipes de atenção básica que não estejam constituídas com médicos;

Com as inscrições dos municípios no programa, o número total de vagas solicitadas e a distribuição delas foram conhecidos pelo Ministério da Saúde; só depois se iniciou a etapa de chamamento dos médicos, feito também por meio de editais (BRASIL, 2013; SALES, 2017).

Priorizaram-se os médicos com registro no Brasil (profissionais de qualquer nacionalidade formados no Brasil e também de qualquer nacionalidade formados fora do Brasil, mas com diploma revalidado no País e registro no Conselho Regional de Medicina – CRM). Com as vagas ociosas, o segundo grupo de prioridades pôde inscrever-se; neste caso, médicos brasileiros formados no exterior e sem diploma revalidado e, conseqüentemente, sem registro no CRM (PINTO et al., 2014, BRASIL, 2015).

Havendo vagas, ainda, chamavam-se os médicos estrangeiros com habilitação para exercício da medicina no exterior, mas sem diploma revalidado e sem registro no CRM. Como houve vagas depois de três chamadas individuais, a lei autorizou o Ministério da Saúde a fazer acordo de cooperação com organismo internacional, a fim de trazer médicos para atuação específica no Programa (PINTO et al., 2014, BRASIL, 2015).

Ocorreu assim um acordo de cooperação com a OPAS e o governo cubano, que disponibilizou médicos com experiência e formação para atuação na Atenção Básica, funcionários de carreira do Ministério da Saúde Pública de Cuba e que já haviam atuado em missões internacionais (BRASIL, 2015).

A lei concedeu poderes ao Ministério da Saúde de criar o RMS para todos os médicos que não possuíam registro no Brasil, o que possibilitou ao médico exercer a medicina exclusivamente no âmbito das atividades do Programa e na localidade específica definida por este, ficando dispensado de revalidar o diploma somente no período em que participar do PMM (três anos, podendo ser renovado por mais três anos) (BRASIL, 2013, BRASIL 2015).

Todos os médicos passaram por um módulo de estudos com média de três semanas, que orientavam sobre legislação, língua portuguesa e perfil epidemiológico e cultural. Após esse

momento, eram acompanhados por um tutor (obrigatoriamente médicos ligados a instituições de ensino que coordenam a atuação de supervisores, que também são médicos e que deverão estar ligados a instituições de ensino, hospitais-escola, escolas do SUS, programas de residência etc.), que contribuem na formação e apoiam e orientam o processo de trabalho-aprendizagem no serviço, sob a lógica da educação permanente (BRASIL, 2013, PINTO et al., 2014).

Desde 2015, o PROVAB foi integrado ao Mais Médicos, de modo que, ao entrar no programa, o médico com registro no Brasil pode escolher se aceita ou não as regras e ofertas educacionais específicas do PROVAB. Caso conclua o período mínimo com aproveitamento, receberá ao fim de um ano o benefício de pontuação adicional de 10% que obtiver nos exames de seleção dos Programas de Residência Médica, de acordo com a resolução nº 3, de setembro de 2011, da regulamentação da Comissão Nacional de Residência Médica (ARAUJO, 2016; BRASIL, 2011).

Ficou proibida a inscrição de médicos, brasileiros ou estrangeiros, que se formaram ou atuam em países com proporção de médico por habitante menor que a do Brasil (BRASIL, 2015) – 1,8 por mil habitantes –, para cumprir o Código Global de Recrutamento de Recursos Humanos da OMS.

No balanço de dois anos do Programa Mais Médicos, o Ministério da Saúde apresentou uma adesão de 100% de todas as 27 capitais do Brasil, de 87% dos municípios de região metropolitana (de um total de 509, 441 foram aderiram), 95% dos municípios do G100, 82% dos municípios com 20% de pobreza extrema, 100% dos 34 Distritos Sanitários Indígenas e 66% de municípios de outras localidades, totalizando 81% de adesão em todo território nacional (BRASIL, 2015).

Foram mais de 63 milhões de brasileiros com atendimento médico nas unidades de saúde da família (BRASIL, 2015). Relatório do Tribunal de Contas da União (TCU) (BRASIL,

2017) constatou aumento de 33% nas consultas mensais da Atenção Básica e aumento de 32% nas visitas domiciliares dos médicos (BRASIL, 2017).

Apesar de pouco tempo, pesquisas, estudos e trabalhos foram realizados sobre o PMM. Estes apontam para a diminuição da escassez de profissional médico na Atenção Básica, diminuição das iniquidades, enfrentamento da violência estrutural e mudança em indicadores de saúde (SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2011, SALES, 2017, LIMA, 2016, UFRGS, 2015).

### **3 OBJETIVOS DA PESQUISA**

#### **3.1 Objetivo geral**

Compreender a variação da cobertura das Equipes de Saúde da Família após um ano do Programa Mais Médicos.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- 1) Descrever a variação de cobertura das ESFs dos municípios quanto à adesão ao Programa Mais Médicos;
- 2) Analisar a variação de cobertura das ESFs quanto às variáveis região, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e porte populacional, durante o primeiro ano do Programa Mais Médicos.

## 4 MÉTODO

### 4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de estudo descritivo e analítico, de abordagem quantitativa, do tipo agregado observacional de natureza ecológica.

Este estudo classifica-se como agregado, pois os municípios e Equipes de Saúde da Família são considerados agregados institucionais, no que se convencionou chamar de “epidemiologia dos serviços de saúde” (ALMEIDA FILHO E BARRETO, 2011).

Almeida Filho e Barreto (2011) classificam como observacionais as pesquisas em que o investigador tem posicionamento passivo de forma metódica e acurada, com o mínimo ou nenhuma interferência nos objetos concretos estudados.

### 4.2 População do Estudo

A população elegível deste estudo corresponde ao total de municípios brasileiros. São 5.570 municípios distribuídos nas regiões do país, conforme a tabela 1, a seguir:

**Tabela 1** – Número total de municípios por regiões

<b>Região</b>	<b>Número de Municípios</b>
Norte	450
Nordeste	1.794
Centro-Oeste	467
Sul	1.191
Sudeste	1.668
<b>Brasil</b>	<b>5.570</b>

Fonte: IBGE

### 4.3 Coleta de Dados

Os dados coletados foram provenientes de fonte de dados secundários contidos no anexo “Especificação de médicos solicitados e atendidos, por tipo de edital de chamada (nacional e internacional) por região, UF, município, perfil do município e perfil de vulnerabilidade”, em 23 de julho de 2014, após o quarto ciclo da dissertação de Sales (2017), intitulada “Programa Mais Médicos no Brasil: Análise de uma Política Pública sob a perspectiva da Violência Estrutural”, pela Universidade de Pernambuco. Há também dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, pela fonte e-Gestor Atenção Básica.

Inicialmente, foi feito um banco no *Microsoft Excel*, com dados do Relatório de Cobertura na Atenção Básica do Sistema e-Gestor Atenção Básica, oriundo do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), contendo duas variáveis disponíveis: Unidade Geográfica e Período.

A unidade geográfica é descrita como a “área geográfica delimitada, podendo ser município, região de saúde, estado, macrorregião ou Brasil” (BRASIL, 2017); e o período, o “intervalo de tempo composto por uma ou mais competências, cada uma iniciada no primeiro dia de determinado mês e finalizada no último dia desse mesmo mês” (BRASIL, 2017).

A unidade geográfica utilizada neste estudo foi o município (todos os municípios do país). Quanto ao período utilizado, escolheu-se junho de 2013, tendo em vista que foi o mês de promulgação do PMM, e outubro de 2014, dado o *delay* de três meses do SCNES para a atualização e as informações do Programa Mais Médicos disponíveis. Para a correção do banco de dados, foi utilizado o código IBGE dos municípios, nas três fontes de dados, bem como a correção/inclusão dos cinco municípios criados em 1º de janeiro de 2013 (MATO GROSSO DO SUL, 2003; PARÁ, 1999; RIO GRANDE DO SUL, 1999; SANTA CATARINA, 2003).

São eles: Pinto Bandeira, no Rio Grande do Sul, Pescaria Brava e Balneário Rincão, em Santa Catarina, Paraíso das Águas, em Mato Grosso, e Mojuí dos Campos, no Pará.

Quadro 2 – Operacionalização das variáveis do estudo

<b>Variáveis</b>	<b>Operacionalização</b>
Região	Centro-Oeste Norte Nordeste Sudeste Sul
Porte Populacional	Até 50.000 De 50.001 até 100.000 Mais de 100.000
IDH	Baixo (0,350-0,554) Médio (0,555-0,699) Elevado (0,7-0,799) Muito elevado (0,8-1)

Fonte: O autor, 2019.

Os critérios criados pelo MS para a adesão dos municípios e a posterior alocação de médicos no Projeto Mais Médicos para o Brasil foram: capacidade instalada, Equipes de Saúde na Família sem médicos, potencial de expansão da Atenção Básica e áreas do País com maior necessidade.

Para evitar a substituição de profissionais, o Ministério da Saúde adotou duas estratégias. A primeira foi a avaliação da demanda dos municípios por vagas, considerando critérios tais como: o teto populacional, a cobertura e a oferta de atenção básica já disponível e a necessidade de expansão, a capacidade dos serviços em receber mais médicos e equipes implantadas sem médicos. A segunda estratégia foi a apuração das denúncias de substituição de médicos, impondo o descredenciamento aos municípios que infringissem essa norma (BRASIL, 2015).

Para a estimativa da população coberta pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, considera-se o parâmetro de 3.450 indivíduos cobertos por equipe, a população brasileira de 2013 (193.979.140) e a de 2014 (201.062.784).

#### 4.4 Análise de dados

A análise de dados deu-se em duas etapas, a primeira descritiva e a segunda analítica. Na primeira etapa, os dados foram analisados a partir da estatística descritiva e expostos através tabelas geradas no *Microsoft Excel* versão 2010. Foi realizada a caracterização dos municípios com e sem adesão ao programa em outubro de 2014, por meio das três variáveis: IDH, região e porte populacional, que ampliaram, diminuíram ou mantiveram o número esperado de ESF.

A segunda etapa foi realizada através do programa estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS), tendo ocorrido inicialmente uma etapa descritiva com as distribuições de frequência das variáveis quantitativas; posteriormente, foram testadas as associações, utilizando-se o qui-quadrado de *Pearson*. Logo em seguida, dada a necessidade de se obter uma análise que permitisse o ajuste para o efeito de confundimento, as variáveis estatisticamente significantes na primeira etapa foram levadas a uma análise de regressão logística. Para todas as análises, foi considerado como significativo o nível de 5%.

#### 4.5 Aspectos éticos

O presente trabalho é parte integrante da Pesquisa EFETIVIDADE DO PROVIMENTO DO PROFISSIONAL MÉDICO NAS CONDIÇÕES DE SAÚDE POPULACIONAL, financiada pela Organização Pan-Americana de Saúde através de Carta-Acordo celebrada entre a OPAS e o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Foi aprovada pelo CEP-IMIP com o CAAE 69849517.3.0000.5201 (Anexo A).

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados da presente pesquisa serão apresentados em forma de artigo científico (Apêndice A). Devido à formatação solicitada pela revista, na seção “Instruções aos autores” – Anexo B, que difere do exigido pelo programa (ABNT), o artigo está no apêndice (elemento

pós-textual) e não na parte textual da dissertação. Os artigos serão submetidos à Revista Ciência e Saúde Coletiva.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fortalecer a Atenção Primária à Saúde é, entre outras coisas, solucionar seus problemas. O Programa Mais Médicos tentou superar uma lacuna: a oferta regular e especializada de médicos na Atenção Básica.

Como em diversos trabalhos anteriores, fica evidente a importância do PMM, principalmente no tocante ao Projeto Mais Médicos para o Brasil no provimento emergencial de médicos na Atenção Básica.

Este trabalho demonstrou as características dos municípios que não aderiram ao PMM, quase 1/3 do total de municípios brasileiros, em sua grande maioria da região Sudeste, deixando de ofertar médicos a 14% da população.

Também foi observado um crescimento da Cobertura da ESF a partir de perfis e características definidos como prioritários, e também uma cobertura real esperada de 8%. Evidencia-se a necessidade da construção de um instrumento de cobertura de ESF que consiga ponderar a carga horária trabalhada dos profissionais, os serviços disponíveis para uma população adscrita e definições de escopo de cuidado assistencial.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA F. N., BARRETO M. L. **Epidemiologia & saúde**: fundamentos, métodos e aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2011.

ANDRADE, L.O.M.; BEZERRA, R.C.R.; BARRETO, I.C.H.C.; O Programa Saúde da Família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros. **Rev. Adm. Publica** 2005; 39(2):327-349.

ARAÚJO C.A., MICHELOTTI F.C., RAMOS T.K.S. Programas governamentais de provisão: perfil e motivações dos médicos que migraram do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) para o Mais Médicos em 2016. **Interface** (Botucatu). 2017; 21 Supl1:1217-28. doi: 10.1590/1807-57622016.0607.

ALCÂNTARA, A. **Mais Médicos**. São Paulo: Terra Brasil, 1. ed. 2016.

BEHRING, E.R. **Brasil em contrarreforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde – relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para reorganização do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria do PROESF nº 2.437, de 24 de dezembro de 2003. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília.2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 648, de 28 de março de 2006. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 4 abr. 2006. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**: Ministério da Saúde, 2010. 144 p.: il. – (Série I. História da Saúde no Brasil).

BRASIL. LEI Nº 12.202, DE 14 DE JANEIRO DE 2010. Dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior - FIES (permite abatimento de saldo devedor do FIES aos profissionais do magistério público e médicos dos programas de saúde da família; utilização de débitos com o INSS como crédito do FIES pelas instituições de ensino; e dá outras providências). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2010.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Secretaria de Educação Superior. Resolução Nº 3, de 16 de setembro de 2011. Dispõe sobre o processo de seleção pública dos candidatos aos Programas de Residência Médica. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 23 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Ano 14, números 35-36, maio/dez. 2013b.

SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE. **Edital de Adesão do Distrito Federal e dos Municípios no Projeto Mais Médicos para o Brasil** nº 38/2013, de 8 de julho de 2013. Torna pública a realização de chamamento público do Distrito Federal e de Municípios para adesão ao Projeto Mais Médicos para o Brasil, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde: 2015. p. 129.

BRASIL. **Tribunal de Contas da União**. Acórdãos nº360/2017. Disponível em: <https://contas.tcu.gov.br/pesquisaJurisprudencia/#/detalhamento/11/%252aNUMACORDAO%253A360%2520ANOACORDAO%253A2017/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/false/1>. Acesso 8 maio 2018.

BVS. Portal Regional da BVS: **Informação e Conhecimento para a Saúde**. Sobre. Disponível em: <http://bvsalud.org/sobre-o-portal/>. Acesso em: 9 maio 2018.

CARDOSO, M.O.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). **Cad Saúde Pública** 2012; 28:1273-84

CAVALCANTE, M.G.S.; SAMICO, I.; FRIAS, P.G.; VIDAL, A.S. Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família em municípios de uma Região Metropolitana do Nordeste Brasileiro. **Rev. Bras. Saúde Matern Infant**. Recife: 2006; 6:437-45.

COSTA N.R. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. **Cien Saúde Colet** 2016; 21(5):1389-1398.

CUETO M. **The origins of primary health care and selective primary health care**. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003. [acessado em 5 jun. 2019]. Disponível em <http://www.globalhealthtrust.org/doc/Word%20Marcos%20Cueto.pdf>.

ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO (EPSM). **Identificação de Áreas de Escassez de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2012. [acessado 20 jul. 2019]. Disponível em: [Http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate\\_Pesquisa/Identifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20%C3%A1reas%20de%20escassez%20de%20RHS%20no%20Brasil.pdf](Http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Identifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20%C3%A1reas%20de%20escassez%20de%20RHS%20no%20Brasil.pdf)

FERREIRA, J.R.; BUSS, P. **Atenção primária e promoção da saúde**. In: Ministério da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília: 2002. p. 7-18.

FRENTE NACIONAL DE PREFEITOS. **Municípios populosos com baixa receita per capita e alta vulnerabilidade socioeconômica**. São Paulo: Aequus, 2012., 58 p.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad Saúde Pública**. 2006. 22(6):1171-1181.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro: **CEBES**, 2012.

HEIDMANN, I.T.S.B.; ALMEIDA, M.C.P.; BOEHS, A.E.; WOSNY, A.M.; MONTICELLI, M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. Texto **Contexto Enferm.** 2006 Abr.-Jun.;15 (2): 352-8.

LIMA, R. T. S. et al. A atenção básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2.685-2.696, 2016.

MACIEL FILHO, R. **Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde**: o caso brasileiro. 2007. 264 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

MARSIGLIA, R.M.G. Universalização do acesso ao Sistema Único de Saúde no Brasil: desafios para a Atenção Primária à Saúde. **Cad Ter Ocup.** 2012;20(3):317-25.

MEDEIROS, M. **Princípios de justiça na alocação de recursos em saúde**. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J.; DEMARZO, M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde – origens e diferenças conceituais. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 204-13, 2009.

MENDES, R; CAPINAM, J. C. **Yá Yá Massemba**. Intérprete: Maria Bethânia. In: *Brasileirinho*. [S.I]: Biscoito Fino, 2003. DVD Faixa 4

OCKÉ-REIS, C. O. **A constituição de um modelo de atenção à saúde universal**: uma promessa não cumprida pelo SUS? In: *Textos para discussão nº 1.376, Série Seguridade Social*. Rio de Janeiro: CNPq; MCT, 2009

PAIM, J.S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

PAIM, J.S.; SILVA, L.M.V. **Universalidade, integralidade, equidade e SUS**. *BolInst Saúde*. 2010; 12(2):109-14.

PAIM, J.S.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L. MACINKO, J. **O sistema de saúde brasileiro**: história, avanços e desafios. 2011 377(9779): 1778-97

PINTO, H.Á.; SALES, M.J.T.; OLIVEIRA, F.P.; BRIZOLARA, R.; FIGUEIREDO, A.M.; SANTOS, J.T. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. **Divulg. saúde debate** 2014; 51:105-120.

RIZZOTTO, M.L.F. **Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90**: as propostas do Banco Mundial e o desmonte do SUS. São Paulo: Hucitec, 2012.

SALES, M.J.T. **Programa Mais Médicos no Brasil**: Análise de uma Política Pública sob a perspectiva da Violência Estrutural. Dissertação de mestrado. FOP-UPE-2017

SANTOS, L.M.P.; COSTA, A.M.; GIRARDI, S.N. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Cien Saúde Colet** 2015; 20(11):3547-3552

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

SOUSA, A.M.C. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. **Revista Katálysis** [periódico na Internet]. 2014 Nov. [acessado 2017 Jul. 07]; 17(2):227-234.

TEIXEIRA, C. **Os Princípios do Sistema Único de Saúde**. Salvador: Secretaria da Saúde, 2011. Disponível em:  
[https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2016/encontro\\_internacional\\_saude/documentos/textos\\_referencia/07\\_principios\\_sistema\\_unico\\_saude.pdf](https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2016/encontro_internacional_saude/documentos/textos_referencia/07_principios_sistema_unico_saude.pdf) .  
Acesso em: 7 dez. 201.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina. **Sinais de mercado: admissões por 1º emprego formal (RAIS/TEM) e egressos de medicina**. Belo Horizonte, 2011. (Censo da Educação Superior do INEP).

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). **O Programa Mais Médicos e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**: analisando efeitos nas políticas e práticas no sistema de saúde brasileiro. Porto Alegre, 2015. (Relatório de Pesquisa).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary Health Care**. Geneva: World Health Organization, 1978.

## APÊNDICE A – CARACTERÍSTICAS DA COBERTURA DE ESF E O PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Carlos Nobre e Silva Filho  
Paulo Sávio Angeiras Góes  
Mozart Júlio Tabosa Sales  
Petrônio José de Lima Martelli

### INTRODUÇÃO

No mundo, diversos países, em todos os continentes, enfrentam dificuldades na assistência à saúde devido à carência do profissional médico e sua má distribuição, principalmente nos locais mais isolados e mais pobres<sup>1,2</sup>. Muitos deles vêm buscando solucionar esse problema de provimento e retenção com políticas públicas, a exemplo de Canadá, Austrália, Espanha, Inglaterra e USA<sup>3</sup>.

No Brasil, a quantidade insuficiente de médicos para as necessidades da população é um problema antigo. Em 2011, a relação de médicos por mil habitantes era de 1,8<sup>4</sup>. Quando comparado com outros países, como Argentina (3,9), Espanha (3,5), Portugal (3,8), Reino Unido (2,7) e Uruguai (3,7) essa escassez ficava ainda mais evidente<sup>5</sup>. No período de 2003 a 2012, havia déficit de 50 mil médicos para suprir a necessidade do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>5</sup>.

Não bastasse a escassez, ainda existia no mesmo período a má distribuição de médicos no território brasileiro. Três estados tinham menos de um médico por mil habitantes: Amapá (0,95), Pará (0,84) e Maranhão (0,71); em contraposição, Rio de Janeiro (3,62) e Distrito Federal (4,09) possuíam mais de três médicos por mil habitantes<sup>5</sup>. Em estudo realizado em

2017, foi observada grande concentração de profissionais nas regiões mais desenvolvidas, nas capitais e no litoral<sup>6</sup>.

Iniciativas para solucionar a má distribuição e a escassez de médicos existem desde a década de sessenta no Brasil. Maciel Filho<sup>7</sup> aponta dois momentos dessas experiências de fomento: antes da ditadura civil-militar, com o Projeto Rondon e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), e depois, com o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS) e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS).

O Projeto Rondon teve caráter extensionista, durou 22 anos e não apresentava um vínculo formal de trabalho. Caracterizava-se por ser um programa de integração nacional. Teve seu início em 1968 e contou com mais de 350 mil estudantes de graduação e 13 mil professores.

Já o (PIASS), de 1976, previsto para quatro anos de duração, durou nove e foi uma articulação entre diversos Ministérios com o objetivo de levar profissionais de saúde a locais desassistidos,

implantar unidades básicas de saúde, instalar saneamento básico e efetivar programas de desenvolvimento socioeconômico. Outros programas foram o PISUS, de 1993, e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), implantado em 2001, que teve duração de três anos, conseguindo nesse tempo lotar apenas 469 médicos em todo o Brasil<sup>7</sup>.

Desde que a Atenção Básica foi instituída em 1996, ou desde o lançamento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, o Brasil encontra dificuldades na contratação de médicos para a Atenção Primária. Apesar dos esforços citados anteriormente, apenas no início da década de 2010 o País teve uma iniciativa para a solução desse problema.

Demonstra-se a necessidade de médicos na Atenção Básica, em junho de 2013, por três marcos: acadêmico, político e gestor.

O marco acadêmico foi o estudo de Sábado Nicolau Girardi<sup>1</sup>, da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva – NESCON/ UFMG, de 2011, que evidencia a escassez de médicos na

Atenção Primária em municípios não metropolitanos. A pesquisa revelou que 1.280 municípios sofriam de escassez de médicos, afetando uma população de 28.030.615 pessoas em todo o país.

O segundo, a campanha intitulada “cadê o médico”, da Frente Nacional de Prefeitos (FNP), lançada no encontro de prefeitos em 2013, que elaborou uma petição por mais médicos no SUS e entregou uma carta com abaixo-assinado ao então ministro Alexandre Padilha, solicitando a contratação de médicos estrangeiros pelo Governo Federal para trabalhar na Atenção Básica<sup>9,10</sup>.

O terceiro marco foi a criação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), em 2011, que buscava qualificar a formação dos egressos de medicina para atuação na Atenção Básica e, ao mesmo tempo, motivar e atrair esses profissionais para atuarem em áreas de maior necessidade. Oferecia supervisão de profissionais e incentivos como pós graduação, pontuação adicional para concursos de residência médica (10% do aumento na nota da prova de residência no primeiro ano, e até 20% no segundo ano) e bolsa de estudos paga pelo Governo Federal<sup>8,10</sup>. No segundo semestre de 2014, contava com 3.509 médicos distribuídos em 1.114 municípios. Em janeiro de 2015, os profissionais do PROVAB foram incorporados ao PMM1<sup>10,16</sup>.

O Programa Mais Médicos, criado inicialmente na forma de Medida Provisória (nº 621), posteriormente convertida em Lei (nº 12.871/2013), apresentava três eixos: 1) ampliação e melhoria da infraestrutura dos serviços; 2) formação para o SUS, tanto a nível de graduação quanto de pós-graduação; 3) provimento emergencial de médicos<sup>10</sup>. Em apenas um ano, mais de 14 mil profissionais médicos foram lotados em todas as regiões do país, tendo como prioridade as regiões mais vulneráveis e com dificuldade de fixação desses profissionais<sup>5</sup>.

Na criação do Programa Mais Médicos (PMM) em 2013, o PROVAB contava com 3.451 médicos, segundo dados do relatório mensal do programa. No segundo semestre de 2014,

contava com 3.509 médicos, distribuídos em 1.114 municípios<sup>9</sup>. Em janeiro de 2015, os profissionais do PROVAB foram incorporados ao PMM<sup>9, 11</sup>.

Antes da criação desses programas, o crescimento da cobertura das equipes de saúde da família se dava de forma lenta<sup>5,12</sup>. Em junho de 2013, a cobertura nacional da atenção básica era de 69,04%.

Quanto ao Programa Mais Médicos, diversos estudos apontam a diminuição da escassez do profissional médico na Atenção Básica<sup>13</sup>, a melhoria da assistência à saúde<sup>14, 15</sup>, a tentativa de superação da violência estrutural<sup>9</sup> e a diminuição das internações por condições sensíveis à Atenção Primária.

Este trabalho buscou compreender a variação da cobertura das Equipes de Saúde da Família após um ano do Programa Mais Médicos, caracterizando a cobertura das ESFs dos municípios quanto à adesão ao programa e analisando a variação de cobertura das ESFs quanto a região, Índice de Desenvolvimento Humano e porte populacional.

## **MÉTODOS**

Trata-se de estudo descritivo e analítico, de abordagem quantitativa do tipo agregado observacional de natureza ecológica.

Os dados coletados foram provenientes de fonte de dados secundários contidos no anexo “Especificação de médicos solicitados e atendidos, por tipo de edital de chamada (nacional e internacional) por região, UF, município, perfil do município e perfil de vulnerabilidade”, em 23/7/2014, após o quarto ciclo da dissertação de Sales (2017), intitulada “Programa Mais Médicos no Brasil: Análise de uma Política Pública sob a perspectiva da Violência Estrutural”,

pela Universidade de Pernambuco. Há também dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, pela fonte e-Gestor Atenção Básica.

Inicialmente foi feito um banco no *Microsoft Excel*, com dados do Relatório de Cobertura na Atenção Básica do Sistema e-Gestor Atenção Básica, oriundo do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), contendo duas variáveis disponíveis: Unidade Geográfica e Período.

A unidade geográfica é descrita como a “área geográfica delimitada, podendo ser município, região de saúde, estado, macrorregião ou Brasil” (BRASIL, 2017); o período é o “intervalo de tempo composto por uma ou mais competências, cada uma iniciada no primeiro dia de determinado mês e finalizada no último dia desse mesmo mês”.

A unidade geográfica utilizada neste estudo foi o município (todos os municípios do país). Quanto ao período utilizado, escolheu-se junho de 2013, tendo em vista que foi o mês de promulgação do PMM, e outubro de 2014, dado o *delay* de três meses do SCNES para a atualização e as informações do Programa Mais Médicos disponíveis. Para a correção do banco de dados, foi utilizado o código IBGE dos municípios nas três fontes de dados, bem como a correção/inclusão dos cinco municípios criados em 1º de janeiro de 2013. São eles: Pinto Bandeira, no Rio Grande do Sul, Pescaria Brava e Balneário Rincão, em Santa Catarina, Paraíso das Águas, em Mato Grosso, e Mojuí dos Campos, no Pará.

Os critérios criados pelo MS para a adesão dos municípios e a posterior alocação de médicos no Projeto Mais Médicos para o Brasil foram: capacidade instalada, Equipes de Saúde na Família sem médicos, potencial de expansão da Atenção Básica e áreas do país com maior necessidade.

Para evitar a substituição de profissionais, o Ministério da Saúde adotou duas estratégias. A primeira foi a avaliação da demanda dos municípios por vagas, considerando

critérios tais como: o teto populacional, a cobertura e a oferta de atenção básica já disponível e a necessidade de expansão, a capacidade dos serviços em receber mais médicos e equipes implantadas sem médicos. A segunda estratégia foi a apuração das denúncias de substituição de médicos, impondo o descredenciamento aos municípios que infringissem essa norma.

Para a estimativa da população coberta pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, considera-se o parâmetro de 3.450 indivíduos cobertos por equipe, a população brasileira de 2013 (193.979.140) e a de 2014 (201.062.784).

A análise de dados se deu em duas etapas, a primeira descritiva e a segunda analítica. Na primeira etapa, os dados foram analisados a partir da estatística descritiva e expostos através tabelas geradas no *Microsoft Excel* versão 2010. Foi realizada a caracterização dos municípios com e sem adesão ao programa em outubro de 2014, por meio das três variáveis: IDH, região e porte populacional, que ampliaram, diminuíram ou mantiveram o número esperado de ESF.

A segunda etapa foi realizada através do programa estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS-21), tendo ocorrido inicialmente uma etapa descritiva com as distribuições de frequência das variáveis quantitativas. Posteriormente, foram testadas as associações, utilizando-se o qui-quadrado de *Pearson*. Logo em seguida, dada a necessidade de se obter uma análise que permitisse o ajuste para o efeito de confundimento, as variáveis estatisticamente significantes na primeira etapa foram levadas a uma análise de regressão logística. Para todas as análises, foi considerado como significativo o nível de 5%.

O presente trabalho é parte integrante da Pesquisa EFETIVIDADE DO PROVIMENTO DO PROFISSIONAL MÉDICO NAS CONDIÇÕES DE SAÚDE POPULACIONAL, financiada pela Organização Pan-Americana de Saúde através de Carta-Acordo celebrada entre a OPAS e o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Foi aprovada pelo CEP-IMIP, com o CAAE 69849517.3.0000.5201 (Anexo A).

## RESULTADO

Em junho de 2013, antes do PMM, o Brasil apresentava 34.669 ESF, com estimativa da população coberta pelas equipes da Estratégia Saúde da Família de 119.608.050 pessoas e cobertura populacional estimada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família de 61,66%. No primeiro ano do programa, 68% (3,785) dos municípios brasileiros solicitaram médicos.

Em outubro de 2014, um ano após a entrada dos médicos do PMM nas equipes de saúde da família, essa cobertura era de 67,42%, com 39.289 equipes funcionando, numa cobertura populacional de 135.547.050 (tabela 1).

**Tabela 1** – Cobertura da ESF após um ano da implementação do PMM em números absolutos e percentuais, Brasil, 2014.

	População brasileira	Nº ESF Cob.	Estimativa população coberta pela ESF	Cobertura da ESF
Junho de 2013	193.979.108	34.669	119.608.050	61,66%
Outubro de 2014	201.062.784	39.289	135.547.050	67,42%
Crescimento real em um ano	201.062.784	4.620	15.939.000	8%
Incremento de ESF pelo PMM	201.062.784	14.168	48.879.600	24,31%
Nº total de equipes, com o PMM, esperado em um ano	201.062.784	48.837	168.487.650	84%

Fonte: Elaboração própria.

Apesar do incremento de 14.168 médicos, a ampliação de ESF foi de apenas 4.620. Desta forma, houve uma diferença de 9.548 ESF, o que representa 16,38% da cobertura da ESF. O crescimento da cobertura da ESF não foi de 24,31%, como esperado, mas de 8%.

Dos 3.785 municípios que aderiram ao PMM, 295 (63,5%) estavam na região Centro-Oeste, 1.318 (73,5%) no Nordeste, 363 (80,7%) no Norte, 933 (55,9%) no Sudeste e 876 (73,6%) na região Sul.

**Tabela 2** – Municípios com 100% de cobertura em outubro de 2014, por região.

Região	Mantiveram o número de ESF	Diminuíram o número de ESF	Aumentaram o número de ESF
--------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

	Centro-Oeste	20	131	4
Municípios que	Nordeste	147	852	17
aderiram ao PMM com	Norte	31	141	4
100% de cobertura de	Sudeste	87	356	14
ESF	Sul	82	393	14
	Total	367	1873	53
	Centro-Oeste	91	0	17
Municípios que <b>não</b>	Nordeste	338	10	74
aderiram ao PMM com	Norte	64	0	7
100% de cobertura de	Sudeste	347	3	64
ESF	Sul	189	2	16
	Total	1029	15	178

Fonte: Elaboração própria.

Dos 3.785 municípios que pertenciam ao Programa em outubro de 2014, 2.293 tinham cobertura de ESF em 100%. Desses, 397 mantiveram essa cobertura do ano anterior e 53 chegaram a essa cobertura com o PMM. Entretanto, 1.873 que aderiram ao Programa recebendo médicos e que diminuíram o número de ESF existente anteriormente tiveram cobertura de ESF em 100% no mesmo período.

Quando analisados os 1.785 municípios que não aderiram ao PMM, 1.222 tinham cobertura de 100% de ESF em outubro de 2014. Desses, 1.029 já tinham essa cobertura no lançamento do Programa. Observa-se ainda que 178 municípios aumentaram o número de ESF e tinham cobertura máxima em outubro de 2014, mesmo sem aderir ao PMM.

Ao aferir a diferença entre o número de ESF em outubro de 2014 e junho de 2013, dos municípios que aderiram ao PMM, ficou evidente que apenas 13% dos municípios tinham a quantidade esperada de ESF. Isto é, 496 municípios apresentavam o número de ESF em 2013 acrescida do total de médicos solicitados em 2014.

Em 99 cidades, houve um aumento além do esperado pelo incremento de médicos pelo PMM – 3% das cidades que aderiram ao programa. Entretanto, em 3.190 municípios que aderiram ao Programa Mais Médicos não ocorreu o aumento esperado de cobertura da ESF com a chegada do médico, como descrito na tabela 3, evidenciando uma diminuição do

número de equipes em relação ao ano anterior.

**Tabela 3** – Variação do quantitativo de ESF após inserção do PMM nos municípios que aderiram e não aderiram ao programa por região, entre junho de 2013 e outubro de 2014, Brasil

Região	Município		Mantiveram o número de ESF		Diminuíram o número de ESF		Aumentaram o número de ESF		
			Município	% em relação à região	Município	% em relação à região	Município	% em relação à região	
Adesão ao PMM	Centro-Oeste	295	63,5%	28	9%	259	88%	8	3%
	Nordeste	1.318	73,5%	164	12%	1.131	86%	23	2%
	Norte	363	80,7%	42	12%	314	87%	7	2%
	Sudeste	933	55,9%	147	16%	749	80%	37	4%
	Sul	876	73,6%	115	13%	737	84%	24	3%
	<b>Total</b>	<b>3.785</b>	<b>68%</b>	<b>496</b>	<b>13%</b>	<b>3.190</b>	<b>84%</b>	<b>99</b>	<b>3%</b>
Não Adesão ao PMM	Centro-Oeste	172	36,5%	144	84%	6	3%	22	13%
	Nordeste	476	26,5%	374	79%	16	3%	86	18%
	Norte	87	19,3%	75	86%	2	2%	10	11%
	Sudeste	735	44,1%	596	81%	30	4%	109	15%
	Sul	315	26,4%	269	85%	17	5%	23	7%
	<b>Total</b>	<b>1.785</b>	<b>32%</b>	<b>1458</b>	<b>82%</b>	<b>71</b>	<b>4%</b>	<b>256</b>	<b>14%</b>

Fonte: Elaboração própria.

Entre os 1.785 (32%) municípios que não aderiram ao programa, 36,8% estavam na região Centro-Oeste, 26,5% na região Nordeste, 19,3% na região Norte, 44,1% na região Sudeste e 26,4% na região Sul.

Em média, 80% dos municípios de todas as regiões do país que não aderiram ao PMM mantiveram o mesmo número de ESF. Houve variação de 2% (Norte) a 5% (Sul) nas regiões, quando observada a diminuição do número de ESF em relação ao ano anterior. O inverso, o aumento de ESF nos municípios que não aderiram ao programa, ocorreu em 256 cidades (14%), sendo a região Sul a que menos cresceu (7%) e a região Nordeste a que mais cresceu (18%).

Ainda sobre os municípios que não aderiram ao programa, em relação ao IDH, observa-se que 25% possuem baixo IDH, 29% IDH médio, 39% elevado IDH e 23% IDH muito elevado (Tabela 4).

**Tabela 4** – Variação do quantitativo de ESF após inserção do PMM nos municípios que aderiram e não aderiram ao programa por IDH, entre junho de 2013 e outubro de 2014, Brasil.

IDH	Município	%	Mantiveram o número de ESF		Diminuíram o número de ESF		Aumentaram o número de ESF		
			Município	% em relação ao IDH	Município	% em relação ao IDH	Município	% em relação ao IDH	
Adesão ao PMM	Baixo	320	75%	38	12%	278	87%	4	1%
	Médio	2.272	71%	308	14%	1.923	85%	41	2%
	Elevado	1.159	61%	148	13%	962	83%	49	4%
	Muito elevado	34	77%	2	6%	27	79%	5	15%
	<b>Total</b>	<b>3.785</b>	<b>68%</b>	<b>496</b>	<b>13%</b>	<b>3.190</b>	<b>84%</b>	<b>99</b>	<b>3%</b>
Não Adesão ao PMM	Baixo	105	25%	82	78%	5	5%	18	17%
	Médio	940	29%	771	82%	30	3%	139	15%
	Elevado	730	39%	598	82%	35	5%	91	12%
	Muito elevado	10	23%	7	70%	1	10%	2	20%
	<b>Total</b>	<b>1.785</b>	<b>32%</b>	<b>1.458</b>	<b>82%</b>	<b>71</b>	<b>4%</b>	<b>256</b>	<b>14%</b>

Fonte: Elaboração própria.

Quando analisado o IDH dos municípios que aderiram ao PMM, é observado que os municípios com IDH muito elevado conseguiram ampliar o número de ESF quando comparados com os demais municípios e que as cidades com baixo IDH tiveram retração no número de ESF.

Ao caracterizar os municípios por porte populacional, em relação à adesão do Programa Mais Médicos, aqueles com maior porte populacional aderiram mais, comparados com os de menor porte populacional. O inverso ocorre quando se observam os municípios que não aderiram, ou seja, quanto menor a população, maior a quantidade de cidades que não aderiram ao Programa Mais Médicos. O número de municípios que ampliaram ESF foi maior nos que tinham maior porte populacional.

Os municípios que não aderiram ao programa conseguiram ampliar o número de ESF, comparados com os que aderiram, e a diminuição foi bem maior nos municípios que aderiram (Tabela 5).

**Tabela 5** – Variação do quantitativo de ESF após inserção do PMM nos municípios que aderiram e não aderiram ao programa por porte populacional, entre junho de 2013 e outubro de 2014, Brasil

Porte populacional	Município	%	Mantiveram o número de ESF		Diminuíram o número de ESF		Aumentaram o número de ESF		
			Município	% em relação ao porte populacional	Município	% em relação ao porte populacional	Município	% em relação ao porte populacional	
Adesão ao PMM	Até 50.000	3.246	66%	467	14%	2.716	84%	63	2%
	Entre 50.001 e 100.000	272	80%	18	7%	238	88%	16	6%
	Mais de 100.000	267	90%	11	4%	236	88%	20	7%
	<b>Total</b>	<b>3.785</b>	<b>68%</b>	<b>496</b>	<b>13%</b>	<b>3.190</b>	<b>84%</b>	<b>99</b>	<b>3%</b>
Não Adesão ao PMM	Até 50.000	1.686	34%	1406	83%	56	3%	224	13%
	Entre 50.001 e 100.000	68	20%	42	62%	8	12%	18	26%
	Mais de 100.000	31	10%	10	32%	7	23%	14	45%
	<b>Total</b>	<b>1.785</b>	<b>32%</b>	<b>1.458</b>	<b>82%</b>	<b>71</b>	<b>4%</b>	<b>256</b>	<b>14%</b>

Fonte: Elaboração própria.

Ao analisar estatisticamente todos os municípios brasileiros após um ano do Programa Mais Médicos, ficou evidente que as regiões Nordeste e Sul apresentaram mais municípios com aumento do número de ESF além do esperado (63,9% e 62,3%, respectivamente). O mesmo foi observado nos municípios com baixo IDH e com porte populacional entre 50.001 e 100 mil habitantes.

**Tabela 6** – Frequência, percentual e valor de  $p$  das variáveis dependentes

Variáveis	Municípios sem aumento de ESF (diminuiu ou manteve-se estável)	Municípios com aumento de ESF	$\chi^2$ (valor de $p$ )
	n (%)	n (%)	
Região			
Centro-Oeste	202 (43,3%)	265 (56,7%)	154,902 (0,000)
Nordeste	647 (36,1%)	1.147 (63,9%)	
Norte	134 (29,8%)	316 (70,2%)	
Sudeste	889 (53,3%)	779 (46,7%)	
Sul	437 (36,7%)	754 (63,3%)	
IDH			
Baixo	142 (33,4%)	283 (66,6%)	44,423 (0,000)
Médio	1.259 (39,2%)	1.953 (60,8%)	
Elevado	892 (47,2%)	997 (52,8%)	
Muito Elevado	16 (36,4%)	28 (63,6%)	
Porte Populacional			

Até 50.000	2.077 (42,0%)	2.874 (58,0%)	5,738 (0,057)
Entre 50.000 e 100.000	116 (35,5%)	211 (64,5%)	
Mais de 100.000	114 (39,6%)	174 (60,4%)	

Fonte: Elaboração própria.

**Tabela 7** – Resultado da regressão logística das variáveis explanatórias e a variação de ESF

Variáveis	Odds Ratio* (IC 95%)	Valor de p
Região		
Centro-Oeste	1	0,000
Nordeste	1,2 (0,975 – 1,509)	0,082
Norte	1,6 (1,225 – 2,149)	0,001
Sudeste	0,6 (0,544 – 0,826)	0,000
Sul	1,3 (1,120 – 1,745)	0,003
IDH		
Baixo	1	0,003
Médio	0,8 (0,716 – 1,119)	0,330
Elevado	0,7 (0,547 – 0,918)	0,009
Muito Elevado	1,2 (0,629 – 2,422)	
Porte Populacional		0,002
Até 50.000	1	0,002
Entre 50.000 e 100.000	1,4 (1,158 – 1,873)	0,077
Mais de 100.000	1,2 (0,975 – 1,626)	0,002

Fonte: Elaboração própria

\*Odds ajustada por todas as variáveis.

A partir da análise estatística, evidencia-se o denominado efeito da regressão à média.

## DISCUSSÃO

Ao avaliar os dados do banco do CNES sobre a cobertura da Atenção Básica com os dados sobre o Programa Mais Médicos nos anos de 2013 e 2014, esperava-se um crescimento real de 14.168 Equipes de Saúde da Família, o que representaria quase 25% de aumento na cobertura, tendo em vista que não poderia haver substituição de profissionais nas ESFs por profissionais do Programa<sup>15</sup>.

Ao contrário do previsto, ocorreu um crescimento três vezes inferior. A cobertura da ESF em 2013 estava em 61,66%, com o incremento de médicos pelo Programa; esperava-se atingir uma cobertura de ESF de 84%, o que não ocorreu. A marca atingida foi de 67,42%.

Apesar desse crescimento, a eficiência e a qualidade do PMMB foram avaliadas por diversos estudos de forma positiva<sup>17,24,25,26,27,28,29,30</sup>. Não se deve negar o impacto no aumento da cobertura da ESF: um crescimento de quase 8% em apenas um ano, quando a média de

crescimento dos seis anos anteriores era de 1,5% ao ano<sup>15</sup>.

Como a ampliação de ESF foi de apenas 4.620 equipes, evidenciou-se uma diferença de 9.548 equipes, o que representa 16,38% da cobertura. Estima-se que 30% da cobertura da ESF no Brasil seja intermitente<sup>13</sup>. Assim, esperava-se um crescimento de 9.918 equipes, ou seja, apenas 46,5% do total esperado de ESF, com a diferença de 30% de equipes intermitentes, foram realmente acrescentadas. Uma diferença de 5.298 equipes, segundo um estudo que corrobora tais resultados<sup>26</sup>.

O mesmo estudo aponta um possível cenário hipotético que considera o provimento de médicos nas equipes de saúde da família apenas pelos municípios, sem o PMM, com aumento de 13,8% de municípios com escassez de médicos, chegando a um total de 2.021 cidades<sup>26</sup>.

Ainda que 84% dos municípios que aderiram ao PMM não tivessem o crescimento esperado com o incremento de médicos, ou seja, diminuiu a quantidade de ESFs já existentes nos municípios fica evidenciado que 59% (1.873 municípios) estavam com cobertura máxima de ESF (100% de cobertura), o que representa 49% de todas as cidades que aderiam ao PMM e 34% de todas as cidades brasileiras.

Vale ressaltar que diversos estudos afirmam que as regiões com maior escassez de médicos foram as mais privilegiadas, principalmente cidades de pequeno porte<sup>26</sup>, independentemente de partido político<sup>24,26,28,31,32</sup>.

A região Nordeste foi a que mais substituiu médicos: diminuiu o número de ESFs existentes, entretanto foi a região que apresentou mais municípios (100%) com cobertura de ESF após um ano de Programa. Isso reforça a ideia de que essa região apresentava grandes números de ESFs com médicos intermitentes, mas que foram priorizadas pelo PMM. A presença desse profissional de forma frequente possibilita melhor assistência, ratificando as pesquisas anteriores<sup>14,15</sup>.

Ainda em relação aos municípios com cobertura de ESF de 100%, houve um aumento de 5,31% em um ano, com crescimento real devido ao PMM. Em 2013, dos 1.785 municípios que não aderiram ao programa, 1.217 tinham cobertura de ESF de 100%; esse número praticamente manteve-se em 2014, 1.222. Fica claro que os municípios que não aderiram ao PMM tinham alta cobertura de ESF, e que o incremento de médicos nas cidades com escassez de profissionais diminuiu a flexibilização da carga horária dos profissionais que só trabalhavam dois ou três dias por semana<sup>33</sup>.

Essa flexibilização ilegal da carga de trabalho fica evidente em alguns documentos de órgãos de controle do Estado, como Tribunais de Contas Estaduais, Ministério Público e também pelos próprios conselheiros de Saúde através dos conselhos locais de saúde. Como exemplificação, o Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais<sup>38</sup>, em relatório de auditoria operacional do Programa Saúde da Família, afirma que a jornada de trabalho estabelecida de quarenta horas semanais não estava sendo observada por parte das secretarias municipais; a jornada contratada e cumprida apresentou média inferior a quarenta horas semanais para todos os profissionais da equipe mínima, sobretudo para os médicos. Isso também foi observado pelo Ministério Público Federal em Alagoas<sup>39,41</sup>.

Sobre a substituição de médicos do Programa Mais Médicos nas equipes já existentes, deve-se levar em consideração que a obrigatoriedade de manutenção do médico na equipe era do gestor do município e não do profissional. Dessa forma, os médicos puderam pedir desligamento de seu vínculo com o município e fazer sua adesão ao Programa, tendo em vista que o valor da bolsa pago era extremamente atrativo. Assim, existe a necessidade de investigação do impacto da migração de profissionais que já atuavam na Atenção Básica, mas que resolveram receber os benefícios do programa federal. O médico continuava na AB e possivelmente com uma carga horária de trabalho semanal maior que a do vínculo anterior.

Outro ponto que corrobora a ideia de permuta de profissionais na Atenção Básica é

a questão política que estava posta na época, entre o Conselho Federal de Medicina e o Ministério da Saúde. Além do corporativismo, os discursos dos conselhos regionais foram discriminatórios, havendo uma exaltação dos médicos brasileiros e a desqualificação dos profissionais estrangeiros, especialmente os cubanos<sup>19</sup>, mediante uma mudança na narrativa em relação à aceitação desses médicos à medida que o programa se consolidava, tendo em vista que a população atendida defendia e aprovava a permanência desses profissionais<sup>34</sup>.

Pode-se mencionar ainda a prática dos gestores que não atualizavam os dados do CNES e, em alguns casos, até forjavam informações para a obtenção de financiamento<sup>39</sup> a fim de garantir a manutenção da transferência dos recursos do Bloco da Atenção Básica, devido à necessidade do cumprimento da carga horária exigida, equipe completa e envio de informações referentes à Atenção Básica<sup>40</sup>.

Ainda que os mais de 9 mil médicos brasileiros perdessem seus postos de trabalhos, não haveria uma mobilização maior, dada a “total desmoralização e incapacidade dos profissionais, e de suas entidades representativas, de realizar qualquer forma de reclamação para manter o tipo de vínculo, antes por uma condição direta da relação oferta/demanda”<sup>33</sup>.

Segundo Sales<sup>33</sup>, os médicos brasileiros emparedavam os gestores e impunham uma jornada de dois, três dias de trabalho nas Equipes de Saúde da Família. A possibilidade de cumprimento adequado da carga horária de 40h semanais e a consequente continuidade do Médico na ESF não representavam uma condição atraente pela modalidade majoritária de vinculação do médico brasileiro.

Esse descumprimento da carga horária gerou realocação de profissionais médicos brasileiros para policlínicas ou centros médicos especializados onde pudessem realizar o atendimento em especialidades que não a medicina de família, saindo da modalidade de 40h, refutada pelos médicos de forma geral, permitindo assim uma ampliação de cobertura em várias especialidades médicas<sup>33</sup>.

Pesquisa anterior demonstrou também que os valores de cobertura da Diretoria de Atenção Básica do Ministério da Saúde e os valores apresentados pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 (na qual foi realizada uma entrevista pelo IBGE com um grupo amostral representativo) são semelhantes, e aponta a consistência dos dados do MS<sup>12</sup>.

Ao cruzar as informações da intermitência em 30% das equipes e a resposta positiva na cobertura da ESF pelo entrevistado na PNS, é de se esperar que o usuário se sinta coberto com a presença do médico na unidade, ainda que de forma descontinuada.

Outro estudo que analisou indicadores de produção observou que nos municípios mais pobres, a produção e a produtividade de consultas pelos médicos do PMM foram mais elevadas, comparadas com as demais, e o volume de atividades educativas e procedimentos da equipe com profissionais do programa foi maior nas capitais brasileiras<sup>35</sup>.

Através da estatística de análise de regressão, ajustando as variáveis uma pela outra, concluiu-se que o aumento da variação esperada de ESF, entre junho de 2013 e outubro de 2014, está associado ao porte populacional e ao IDH dos municípios.

Ser município da região Sudeste foi um fator protetivo para aumentar a cobertura de ESF. Comparando com o Centro-Oeste, tiveram aumento de cobertura as regiões Norte e Sul, nos municípios de IDH elevado e muito elevado e com mais de 100 mil habitantes – em sua maioria, capitais e municípios de grande porte da região metropolitana.

O aumento da expansão da cobertura não é independente do porte populacional, do IDH e das regiões onde se está inserido. Através da análise estatística ficou evidenciado o que se denomina estatisticamente de “regressão à média”: municípios com piores coberturas de ESF tiveram os maiores aumentos de cobertura.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao se observar os municípios que não aderiram ao PMM, fica claro que o Brasil

carece de políticas públicas para diminuir as desigualdades na oferta de médicos. Evidencia-se a carência de médicos nas ESFs nos municípios com maior perfil de vulnerabilidade e nas regiões com maior desassistência de médicos.

Constatou-se que o Programa Mais Médicos atingiu seu objetivo de garantir a equidade desse profissional nas regiões que mais precisavam, havendo uma grande substituição de médicos brasileiros pelos profissionais do Programa. Isso pode ter possibilitado uma oferta regular de médicos, com cumprimento real da carga horária.

O provimento emergencial é apenas uma das estratégias para melhorar a escassez de médicos. O Programa Mais Médicos objetivava a melhoria do processo de formação, tanto na graduação como na pós-graduação, com foco na Atenção Básica, além da criação de novos cursos de graduação e pós-graduação.

Este estudo efetuou a descrição do perfil dos municípios que não aderiram ao primeiro chamamento do programa. Para uma análise mais profunda, fazem-se necessárias outras perguntas e discussões e análises mais detalhadas.

## **REFERÊNCIAS**

1- Girardi SN, Carvalho CL, Araújo JF, Farah JM, Wan der Maas L, Campos LAB. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. Pierantoni CR, Dal Poz MR, França T, Organizadores. O trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ, ObservaRH; 2011. p. 171-86.

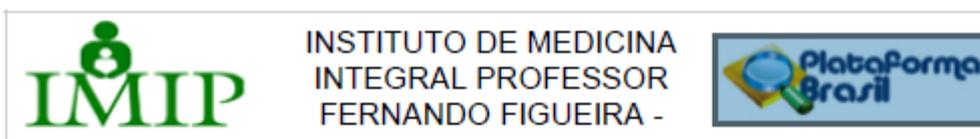
- 2- Organização Mundial da Saúde. (2010). Relatório Mundial da Saúde. Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. [publicação online]; 2010 [acesso em 7 abr. 2019]. Disponível em: <[www.who.int/whr/2010/whr10\\_pt.pdf](http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf)>.
- 3- Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. Interface (Botucatu); 2015; vol. 19, n. 54, pp. 623-634.
- 4- UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina. Sinais de mercado: admissões por 1º emprego formal (RAIS/TEM) e egressos de medicina). Belo Horizonte, 2011. (Censo da Educação Superior do INEP).
- 5- Brasil. Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros, DF: Ministério da Saúde, Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde; 2015.
- 6- Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AGA, Biancarelli A, Miotto BA, Mainardi GM. Demografia Médica no Brasil 2018. FMUSP, CFM, Cremesp. 2018; 286p.
- 7- Maciel Filho, R. Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro. 2007. 264 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- 8-Frente Nacional de Prefeitos. G100 – Municípios Populosos com Baixa Receita per Capita e Alta Vulnerabilidade Social. Vitória: 2013.
- 9- Sales M. Programa Mais Médicos no Brasil: Análise de uma Política Pública sob a perspectiva da Violência Estrutural (Tese de doutorado). Recife: UPE; 2017.
- 10- Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização da Atenção Básica. Diário Oficial da União. 2 set 2011.
- 11- Brasil. Lei n. 12.871, de 22 de outubro. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 out. 2013.

- 12- Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciênc. saúde coletiva*; 2018, vol. 23, n. 6, pp. 1.751-1.762.
- 13- Girardi SN, Stralen ACSV, Cella JN, Wan DML, Carvalho CL, Faria EO. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*; 2016.
- 14- Lima RTS, Tiotrefis GF, Balieiro AAS, Costa FS, Scharrm JMA, Schweickardt JC, Ferla AA. A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. *Ciênc. Saúde Coletiva*; 2016, vol. 21, nº 9.
- 15- Nedel FB, Mendonça, CS, Cristina M., Calvo M. O Programa Mais Médicos e internações evitáveis pela Atenção Primária. *Cadernos de Saúde Pública*, 2017.
- 16- Castro TF. Reflexões sobre a prática de supervisão no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e no Programa Mais Médicos [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2015.
- 17- Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica. Nota Técnica – Relatório de Cobertura da Atenção Básica. [publicação online]. Brasília; 2017 [acessado em 4 jul. 2019]. Disponível em [https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/nota\\_tecnica/nota\\_tecnica\\_relatorio\\_de\\_cobertura\\_AB.pdf](https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/nota_tecnica/nota_tecnica_relatorio_de_cobertura_AB.pdf)
- 18- Mato Grosso do Sul. Lei Estadual n. 2.679, de 29 de setembro de 2003. Cria o município de Paraíso das Águas e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado*. 30 set 2003.
- 19- Pará. Lei Estadual n. 6.268, de 27 de dezembro de 1999. Cria o município de Mojuí dos Campos e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado*. 28 dez 1999.
- 20- Rio Grande do Sul. Lei Estadual n. 11.375, de 28 de setembro de 1999. Cria o município de Pinto Bandeira. *Diário Oficial do Estado*. 29 set 1999.

- 21- Santa Catarina. Lei Estadual n. 12.668, de 3 de outubro de 2003. Cria o município de Balneário Rincão e dá outras providências. Diário Oficial do Estado. 03 out 2003.
- 22- Santa Catarina. Lei Estadual n. 12.690, de 25 de outubro de 2003. Cria o município de Pescaria Brava e dá outras providências. Diário Oficial do Estado. 25 out 2003.
- 23- Machado MH. Trabalho e emprego em saúde. *In*: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, Organizadores. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Editora Fiocruz; 2012. p. 259- 2786.
- 24- Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciênc. Saúde Coletiva*; 2018, n. 6, vol. 23.
- 25- Malta Deborah Carvalho, Santos Maria Aline Siqueira, Stopa Sheila Rizzato, Vieira José Eudes Barroso, Melo Eduardo Alves, Reis Ademar Arthur Chioro dos. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013; vol. 21, n. 2, p. 327-338.
- 26- Costa NR. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. *Ciênc. saúde coletiva*; 2013.
- 27- Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão crítica. EDUFBA, Editora Fiocruz; 2008. 356 p.
- 28- Paim JS. Sistema único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência e saúde coletiva*; 2018, vol. 23, n. 6, pp. 1723-1728.
- 29- Fundação Ulysses Guimarães, Partido do Movimento Democrático Brasileiro. Uma Ponte Para o Futuro. Brasília: 2015.
- 30- Barros BTS, Brito AEC. A política de saúde sob o governo Temer: aspectos ideológicos do acirramento do discurso privatista. *O Social em Questão*; 2019, n. 44, pp. 67-86.

- 31- Brasil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o ato das dispensações constitucionais transitórias, para instituir o novo regime fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 16 dez 2016.
- 32- Mathias M. A crise por trás da nova PNAB: como as controversas mudanças na atenção básica se ligam ao contexto econômico e político do país. Revista Poli: saúde, educação e trabalho. set/out. 2017; nº 53, pp. 6-14.
- 33- Mathias M. A queda de braço por trás da PNAB: política representa o novo capítulo em embate entre gestores e agentes comunitários de saúde. Revista Poli: saúde, educação e trabalho. set/out 2017; nº 53, pp. 14-17.
- 34- Sá RMPF, Schmaller VPV, Vasconcelos KEL, Xavier AB. O novo patamar da contrarreforma da política de saúde no Brasil e os desafios para a Política Nacional de Promoção da Saúde. O Social em Questão; 2019, n. 44.

## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** EFETIVIDADE DO PROVIMENTO DO PROFISSIONAL MÉDICO NAS CONDIÇÕES DE SAÚDE POPULACIONAL

**Pesquisador:** Suely Arruda Vidal

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 09849517.3.0000.5201

**Instituição Proponente:** Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP/PE

**Patrocinador Principal:** ORGANIZACAO PAN-AMERICANA DA SAUDE/ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAUDE - OPAS/OMS

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.179.854

#### Apresentação do Projeto:

Embora não sejam recentes as iniciativas do Brasil, em tentativas de interiorização e fixação de profissionais de saúde desde a década de 70, poucos lograram êxito suficiente para reverter o quadro de distribuição dos profissionais de saúde em especial os médicos. Mas recentemente, o governo federal assumiu através do PMM pela primeira vez de forma institucionalizada e com aparente sustentabilidade a provisão de profissionais médicos com o foco na atenção básica. Os resultados iniciais de avaliações normativas vêm demonstrando resultados positivos tais como: uma distribuição equânime destes profissionais por perfil de renda dos municípios; incremento na cobertura da ESF e incremento destes profissionais no SUS quando comparados ao período inicial.

No entanto, são requeridos estudos avaliativos com graus distintos de complexidade de modo a esclarecer e auxiliar a proposição de novos ajustes ou ampliação de escopo por formuladores de políticas neste campo.

De acordo com recente revisão sistemática organizada pela OMS, demonstra que há um vazio teórico considerável de estudos que tentam avaliar programas que cujo objetivo seja o incentivo financeiro; programas suporte pessoal e/ou profissional; ou oriundos de países não desenvolvidos e que não tenham o inglês como língua mãe.

Deve-se ainda considerar que para além da provisão do profissional médico e a possibilidade de

<b>Endereço:</b> Rua dos Coelhos, 300		
<b>Bairro:</b> Boa Vista		<b>CEP:</b> 50.070-550
<b>UF:</b> PE	<b>Município:</b> RECIFE	
<b>Telefone:</b> (81)2122-4756	<b>Fax:</b> (81)2122-4762	<b>E-mail:</b> comitedeetica@imip.org.br



INSTITUTO DE MEDICINA  
INTEGRAL PROFESSOR  
FERNANDO FIGUEIRA -



Continuação do Parecer: 2.179.854

compor as equipes da ESF, é também a importância da implementação do modelo assistencial voltado para a vigilância à saúde (promoção de saúde), no qual deve haver em conjunto com as atividades de assistência para as ações voltadas para o enfrentamento dos riscos, determinantes e danos. De modo à empoderar os indivíduos a lidar com seus contextos de modo a propiciá-los a adotar escolhas saudáveis e a construção de ambientes saudáveis para suas famílias, ambientes de trabalhos e cidades de modo a transformá-los em ambientes saudáveis.

Neste sentido, o PMM, implantado pelo governo brasileiro em 2014, tomado no eixo de provisão do profissional médico se constituirá como objeto de avaliação a partir de duas perguntas condutoras: Qual o impacto da provisão do profissional médico em unidades da ESF proporcionado pelo Programa Mais Médicos sobre as condições de saúde da população coberta com ênfase na lista Doenças Sensíveis a Atenção Primária? E a partir desta perspectiva avaliar se estas unidades a apresentam um perfil mais voltado à vigilância a saúde (ou ações de promoção de saúde)?

**Objetivo da Pesquisa:**

Avaliar a efetividade do Programa Mais Médicos nas condições de saúde da população e como esta efetividade varia em função do modelo assistencial adotado pelas equipes.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

O estudo não apresenta maiores riscos aos respondentes que tomarão parte do estudo, pois não há nenhuma forma de intervenção. O pequeno risco de constrangimento aos participantes pode acontecer por existirem questões assistenciais e pessoais a serem abordadas. Para minimizar os riscos, as entrevistas serão realizadas em suas residências e sem a presença de membros da equipe assistencial. Também serão assegurados o sigilo e a confidencialidade dos dados.

**Benefícios**

A presente pesquisa possibilitará conhecimentos relevantes para formulação das políticas públicas que tenham o foco no efeito do provimento do profissional médico nas Unidades Básicas de Saúde que resultará em melhoria da qualidade da assistência.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa de extrema relevância.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Adequados

Endereço: Rua dos Coelhos, 300  
 Bairro: Boa Vista CEP: 50.070-550  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2122-4756 Fax: (81)2122-4782 E-mail: comitedeetica@imip.org.br



INSTITUTO DE MEDICINA  
INTEGRAL PROFESSOR  
FERNANDO FIGUEIRA -



Continuação do Parecer: 2.179.854

**Recomendações:**

Não há recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Após a pesquisadora atender as recomendações solicitadas pelo colegiado o protocolo está aprovado.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_938021.pdf	18/07/2017 15:33:47		Aceito
Outros	Carta_De_Encaminhamento.pdf	18/07/2017 15:31:47	Suely Arruda Vidal	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Carta_Acordo_para_CEP_Equip_e_OPAS_IMIP_sugestoes_CEP.doc	18/07/2017 15:30:00	Suely Arruda Vidal	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_aos_Usuarios.docx	18/07/2017 15:28:31	Suely Arruda Vidal	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_aos_Profissionais_De_Saude.docx	18/07/2017 15:28:10	Suely Arruda Vidal	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	16/06/2017 08:26:29	Suely Arruda Vidal	Aceito
Outros	Carta_de_Compromisso_e_Confidencialidade.pdf	12/06/2017 10:49:50	Suely Arruda Vidal	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Tacilene_Luzia_da_Silva.pdf	09/06/2017 11:08:19	Suely Arruda Vidal	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Fernanda_Paula_de_Carvalho.pdf	09/06/2017 11:07:54	Suely Arruda Vidal	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Carlos_Nobre_e_Silva_Filho.pdf	09/06/2017 11:06:46	Suely Arruda Vidal	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Carolina_Thaiza_Costa_Pazos.pdf	09/06/2017 11:06:22	Suely Arruda Vidal	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Mozart_Julio_Tabosa_Sales.pdf	09/06/2017 11:05:49	Suely Arruda Vidal	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Paulo_Savio_Angeiras_de_Goes.pdf	09/06/2017 11:05:13	Suely Arruda Vidal	Aceito

Endereço: Rua dos Coelhos, 300

Bairro: Boa Vista

CEP: 50.070-550

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2122-4756

Fax: (81)2122-4782

E-mail: comitedeetica@imip.org.br



INSTITUTO DE MEDICINA  
INTEGRAL PROFESSOR  
FERNANDO FIGUEIRA -



Continuação do Parecer: 2.179.854

Outros	Curriculo_Lattes_Suely_Aruda_Vidal.pdf	09/06/2017 11:04:37	Suely Arruda Vidal	Aceito
Outros	Carta_De_Anuencia_PMM.pdf	09/06/2017 10:52:15	Suely Arruda Vidal	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RECIFE, 20 de Julho de 2017

Assinado por:

Gláucia Virgínia de Queiroz Lins Guerra  
(Coordenador)

Endereço: Rua dos Coelhos, 300

Bairro: Boa Vista

CEP: 50.070-550

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2122-4756

Fax: (81)2122-4782

E-mail: comitedeetica@imp.org.br

## ANEXO B – INSTRUÇÕES AOS AUTORES – CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA



**ISSN 1413-8123 versão  
impressa ISSN 1678-4561  
versão online**

### INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Instruções para colaboradores](#)
- [Diretrizes para a organização de questões temáticas](#)
- [Recomendações para a submissão de artigos](#)
- [Apresentação de manuscritos](#)

#### Instruções para colaboradores

*Ciência & Saúde Coletiva* publica debates, análises e pesquisas sobre temas específicos considerados de relevância para a saúde pública, além de artigos para discussão e análise dos temas de ponta da área e subáreas, mesmo que não diretamente relacionados com o tema central sob escrutínio. A revista é publicada mensalmente e se propõe a enfrentar os desafios, buscando consolidar e promover uma atualização permanente das tendências de pensamento e práticas em saúde pública, em diálogo com a agenda contemporânea de Ciência & Tecnologia.

*A Política de Acesso Aberto – Ciência & Saúde Coletiva é publicada sob o modelo de Acesso Aberto e, portanto, é gratuita para qualquer pessoa ler e baixar e para copiar e divulgar para fins educacionais.*

#### Diretrizes para a organização de questões temáticas

Dentro da diversidade de revistas da área, a marca da revista *Ciência & Saúde Coletiva* é seu foco temático, alinhado à vocação da ABRASCO de realizar um estudo aprofundado, além de promover e disseminar debates acadêmicos e discussões entre pares sobre temas considerados importantes e relevantes. e destacar o desenvolvimento histórico da saúde pública no Brasil.

As edições temáticas estão programadas em torno de quatro modos de submissão:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde pública (espontaneamente ou sugerido pelos Editores-chefes) quando considerarem relevante examinar um determinado assunto em maior profundidade.
- Por Termo de Referência enviado pelos coordenadores de pesquisa inédita e abrangente pertinente à área, nos resultados apresentados na forma de artigos dentro das diretrizes descritas acima. Nessas duas primeiras abordagens, os Termos de Referência são avaliados em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública de trabalhos anunciados em uma página na revista, e coordenada por Editores Convidados. Neste caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos de acordo com seu escopo para serem julgados por seus méritos pelos árbitros.

- Por Organização Interna de Editores Internos, reunindo artigos não solicitados sob um título relevante dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência conterà: (1) título (mesmo provisório) da edição temática proposta; (2) o nome (ou nomes) do (s) Editor (es) Convidado (s); (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Pública; (4) uma lista dos dez artigos já propostos com os nomes dos autores convidados; (5) a proposta com o texto consistindo de uma opinião ou entrevista com alguém que tenha autoridade na discussão do assunto; e (6) proposta de uma ou duas sinopses de livros que abordem o tema.

Por decisão editorial, o número máximo de artigos escritos pelo mesmo autor em uma edição temática não deve exceder três, seja como primeiro autor ou coautor.

É enfaticamente sugerido aos organizadores que enviem contribuições de autores de várias instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Quanto a qualquer outra forma de apresentação, estas edições aceitam textos em espanhol, inglês e francês.

### **Recomendações para a submissão de artigos**

Recomenda-se que os artigos submetidos não abordem apenas questões de interesse local, ou restrinjam-se ao plano descritivo. As discussões deverão apresentar uma análise ampliada que situará a especificidade da pesquisa ou revisará os achados no cenário da literatura nacional e internacional sobre o tema, evidenciando a natureza original da contribuição que o artigo proporciona.

Especificamente em relação aos artigos qualitativos, deve-se notar no texto – explicitamente – interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica inseridas no diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva.

A revista *C & SC* adota as "Regras para submissão de artigos propostos para publicação em revistas médicas", do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão em português é publicada no *RevPortClin Geral* 1997; 14: 159-174. O documento está disponível em vários sites na World Wide Web, tais como a título de exemplo, [www.icmje.org](http://www.icmje.org) ou [www.apmcq.pt/document/71479/450062.pdf](http://www.apmcq.pt/document/71479/450062.pdf). O escrutínio cuidadoso do texto pelos autores é recomendado.

### **Seções da publicação**

**Editorial** esta é de responsabilidade dos editores-chefes ou dos editores convidados e não deve conter mais de 4 mil caracteres com espaços.

**Artigos Temáticos:** devem conter resultados empíricos, experimentais e conceituais de pesquisas e revisões sobre o tema em questão. Os textos de pesquisa não devem exceder 4 mil caracteres com espaços.

**Artigos Temáticos Livres:** devem ser de interesse para a saúde pública através da livre submissão dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos, nomeadamente até 40 mil caracteres com espaços, com os resultados da investigação e apresentar análises e avaliações de tendências teóricas, metodológicas e conceituais da área.

**Artigos de Revisão:** devem consistir em textos exclusivamente baseados em fontes secundárias, submetidos a métodos de análise temática ou não solicitada teoricamente pelo tempo, não ultrapassando 45 mil caracteres com espaços.

**Opinião:** textos que expressam uma posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas sobre o assunto em discussão na revista; eles não devem exceder 20 mil caracteres com espaços.

**Sinopses:** análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde pública, publicados nos dois anos anteriores, cujo texto não deve exceder 10 mil caracteres, incluindo espaços. Os autores da sinopse deverão incluir os detalhes completos de referência do livro no início do texto. As referências citadas ao longo do texto obedecerão às mesmas regras que os artigos. No momento da apresentação da sinopse, os autores deverão inserir uma reprodução de alta resolução da capa do livro no formato jpeg como um anexo no sistema.

**Cartas:** com depoimentos e sugestões sobre o que é publicado em edições anteriores da revista (não mais de 4 mil caracteres com espaços).

**Nota:** O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e se estende da palavra "introdução" até a última referência bibliográfica. O resumo e ilustrações (figuras e tabelas) são considerados separadamente.

## **Apresentação de manuscritos**

### ***Sem encargos e chands de submissão***

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol deverão conter o título, resumo e palavras-chave no idioma original e em inglês. Os textos em francês e inglês terão o título, resumo e palavras-chave no idioma original e em português. Notas de rodapé ou notas no final do artigo não serão aceitas.
2. Os textos serão em espaço duplo, em Times New Roman, com tamanho de fonte de 12, com margens de 2,5 cm, em formato MS Word e enviados somente por correio eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) de acordo com as diretrizes do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C & SC*, cuja reprodução total ou parcial é proibida em qualquer meio, impresso ou eletrônico, sem a prévia autorização do redator-chefe da revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C & SC* não devem ser oferecidos simultaneamente a outras revistas.
5. As questões éticas relativas às publicações de pesquisa envolvendo seres humanos são de responsabilidade exclusiva dos autores e devem estar de acordo com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da World Medical Association (1964, revisada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos deverão ser submetidos com autorização para reproduzir material previamente publicado, utilizar ilustrações que possam identificar pessoas e transferir direitos autorais e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e validade das citações, são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são geralmente (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos dos títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, com a inclusão de subtítulos dentro de algumas seções às vezes sendo necessárias. Os títulos e subtítulos das seções não devem ser organizados com numeração progressiva, mas com características gráficas (maiúsculas, diminuição na margem, etc.).

9. O título não deve ter mais de 120 caracteres com espaços e um resumo com no máximo 1400 caracteres incluindo espaços (desde a palavra "resumo" até a última palavra-chave), que devem especificar o escopo, objetivos, metodologia, abordagem teórica e os resultados da pesquisa ou investigação. Imediatamente abaixo do resumo, os autores devem indicar no máximo cinco palavras-chave. Chamamos a atenção para a importância da clareza e da objetividade na redação do resumo, o que certamente provocará o interesse do leitor pelo artigo, e as palavras-chave que auxiliarão na indexação múltipla do artigo. As palavras-chave no idioma original e em inglês devem ser obrigatoriamente incluídas no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> e <http://decs.bvs.br/>).

10. Agora é obrigatório incluir o ID ORCID ao enviar o artigo. Para criar um ID ORCID, acesse: <http://orcid.org/content/initiative>

### **Autoria**

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado da redação dos artigos, de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve assumir: a) a concepção e desenho ou análise e interpretação de dados; b) redigir o artigo ou revisá-lo criticamente; e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser especificadas no final do texto (por exemplo, LMF trabalhou no design e texto final e CMG trabalhou na pesquisa e metodologia).

2. O artigo terá até oito autores no cabeçalho. Os outros serão incluídos no final do artigo.

### **Nomenclatura**

1. As regras para a nomenclatura de saúde pública / saúde da comunidade, assim como as abreviaturas e convenções adotadas nas disciplinas especializadas, serão rigidamente observadas. Abreviaturas devem ser evitadas no título e resumo.

2. A designação completa à qual uma abreviação se refere deve preceder sua primeira aparição no texto, a menos que seja uma unidade de medida padrão.

### **Ilustrações e escalas**

1. O material ilustrativo do periódico C & SC inclui tabelas (elementos demonstrativos como números, medidas, porcentagens, etc.), gráficos (elementos demonstrativos com informação textual), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figuras (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, bem como por meio de desenhos ou fotografias). Deve-se ter em mente que

o magazine é impresso em uma única cor, ou seja, preto, e se o material ilustrativo é colorido, ele será convertido em escala de cinza.

2. O número de materiais ilustrativos não deve exceder cinco por artigo, com exceção de artigos de sistematização de áreas específicas de um campo temático. Nesse caso, os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo material ilustrativo deve ser produzido em formatos Word ou Excel e enviado com títulos e fontes. Nota: O link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) contém as diretrizes para o desenvolvimento de tabelas. As tabelas devem ser definidas em linhas e colunas, sem espaços extras e sem "quebras de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Nota importante: Tabelas e gráficos devem conter uma breve informação. Tabelas e tabelas não devem ter mais de 15 cm de largura x 18 cm de altura e não devem exceder duas páginas (tamanho A4, espaçamento simples e tamanho de fonte 9).

4. As tabelas e gráficos devem ser produzidos em formatos Word ou Excel e submetidos com títulos e fontes. Nota: O link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) contém as diretrizes para o desenvolvimento de tabelas. As tabelas devem ser definidas em linhas e colunas, sem espaços extras e sem "quebras de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Nota importante: Tabelas e gráficos devem conter uma breve informação. Tabelas e tabelas não devem ter mais de 15 cm de largura x 18 cm de altura e não devem exceder duas páginas (tamanho A4, espaçamento simples e tamanho de fonte 9).

5. Gráficos e figuras podem ser produzidos em Excel, Word ou PPT. Os autores devem enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso "copiar e colar") e nos formatos PDF ou JPEG, GRAY SHADES. Gráficos gerados em programas de imagens devem ser enviados em JPEG, GRAY TONES, com resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15cm de largura. A imagem original deve ser de boa qualidade, já que não há sentido em aumentar a resolução se a figura original estiver comprometida. Gráficos e figuras também devem ser submetidos com títulos e fontes. Figuras e gráficos devem caber no máximo uma página (tamanho A4, 15cm de largura x 20cm de altura, tamanho de fonte 9).

6. Arquivos de imagens, como mapas ou fotos, devem ser salvos em (ou exportados para) os formatos JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer caso, o material deve ser gerado e salvo na resolução mais alta (300 DPI ou mais) e o maior tamanho possível (dentro da altura de 21cm x 15cm de largura). Qualquer texto na figura deve ser formatado em Times New Roman, tamanho 9. As fontes e as legendas também devem ser enviadas em um formato editável que permita o recurso "copiar/colar". Esse tipo de figura também deve ser enviado com títulos e fontes.

7. Os autores que inserem escalas em suas obras devem declarar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se eles são de domínio público ou se lhes foi concedida permissão para usá-los.

### **Mensagens de agradecimento**

1. Quando estes estão incluídos, eles devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores serão responsáveis por obter permissão por escrito das pessoas mencionadas nas mensagens de agradecimento, uma vez que os leitores podem inferir que tais pessoas concordam com os dados e as conclusões alcançadas.

3. As mensagens de agradecimento pelo suporte técnico devem estar em um parágrafo separado de outros tipos de contribuição.

## **Referências**

1. As referências serão numeradas consecutivamente de acordo com a ordem em que aparecem no texto. Caso as referências sejam de mais de dois autores, apenas o nome do primeiro autor será citado no texto seguido de *et al*.

2. As referências devem ser identificadas por algarismos arábicos sobrescritos, conforme os exemplos abaixo:

Exemplo 1: "Outro indicador analisado foi o vencimento do PSF" 11 ...

Exemplo 2: "Como avisa Maria Adélia de Souza<sup>4</sup>, a cidade ..."

As referências citadas apenas em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do último número de referência citado no texto.

3. As referências devem ser listadas no final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *requisitos uniformes para manuscritos submetidos a revistas biomédicas* ([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).

4. Os nomes dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. Os nomes dos indivíduos, cidades e países devem ser citados no idioma original de publicação.

Exemplos de como citar referências

## **Artigos em revistas**

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *CienSaudeColet* 2005; 10 (2): 275-286. Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho, CE. Uso de drogas veterinárias, pesticidas e substâncias químicas relacionadas em ambientes aquáticos: demandas, considerações regulatórias e riscos à saúde humana e ambiental. *CienSaudeColet* 2005; 10 (2): 483-491.

2. Instituição como autor

A Sociedade Cardíaca da Austrália e Nova Zelândia. Teste de esforço clínico. Diretrizes de segurança e desempenho. *Med J Aust* 1996; 164 (5): 282-284

3. Sem indicação de autoria

Câncer na África do Sul [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

## 4. Emitir com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão da literatura com especial atenção às crianças brasileiras. *Cad Saúde Pública* 1993; 9 (Supl. 1): 71-84.

## 5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metrônomo na doença de Parkinson [carta]. *Lancet* 1996; 347: 1337.

**Livros e outras monografias**

## 6. Individual como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

## 7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, compiladores. *Pesquisa qualitativa em serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

## 8. Instituição como autor

do Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de pesticidas e produtos químicos relacionados*. Brasília: DILIQ / IBAMA; 2001.

## 9. Livro do capítulo

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a pesticidas. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É remédio ou veneno*. Pesticidas, saúde e meio ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

## 10. Resumo em anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Avanços recentes na neurofisiologia clínica. *Anais do 10º Congresso Internacional de EMG e Neurofisiologia Clínica*, 1995 15-19 de outubro, Kyoto, Japão. Amsterdã: Elsevier; 1996.

## 11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 gestantes adolescentes em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro da Adolescência*, 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

## 12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988- 2001* [tese]. Londres: Escola de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade* : nível de informação de adolescentes e professores de escolas municipais de Feira de Santana - BA [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

### **Outros trabalhos publicados**

Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida permitem a maternidade após os 40 anos de idade. *Jornal do Brasil*, 2004 31 de janeiro; p. 12

Lee G. Hospitalizações ligadas à poluição por ozônio: o estudo estima 50.000 internações anualmente. *O Washington Post* 1996 21 de junho; Seita A: 3 (col. 5).

14. Material audiovisual

*HIV +/AIDS: os fatos e o futuro* [videocassete]. St. Louis (MO): Livro Mosby-Year, 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços relevantes e outros assuntos. *Diário Oficial da União* 1990; 19 de setembro.

### **Material iminente ou não publicado**

Leshner AI. Mecanismos moleculares da dependência de cocaína. *N Engl J Med* Forthcoming 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *ArqBras Oftalmol*. Em breve 2004.

### **Material eletrônico**

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Fatores no surgimento de doenças infecciosas. *EmergInfectDis* [revista na Internet] 1995 Jan-Mar [citado 1996 Jun5]; 1 (1): [cerca de 24 p.]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma na comunidade de Chapada do Araripe – PE – Brasil. *ArqBrasOftalmol* [serial na Internet]. 2004 mar-abr [acessado em 2004 jul 12]; 67 (2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

*CDI, dermatologia clínica ilustrada* [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, produtores. 2ª ed. Versão 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodinâmica III: os altos e baixos da hemodinâmica [programa de computador]. Versão 2.2. Orlando (FL): Sistemas Educacionais Informatizados; 1993

O processo de revisão do manuscrito é a revisão por pares.

Os artigos serão revisados por três pares reconhecidos por sua produção científica e pesquisa, de instituições superiores no Brasil e no exterior. Após as correções necessárias e possíveis sugestões, o trabalho será aceito se dois pares derem uma declaração favorável; o artigo será rejeitado se duas revisões por pares forem desfavoráveis.

[ [Home](#) ] [ [Sobre a revista](#) ] [ [Conselho editorial](#) ] [ [Assinatura](#) ]

---



Todo o conteúdo da revista, salvo indicação em contrário, está licenciado sob uma [licença Creative Commons License](#)

**Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)**  
**Av. Brasil, 4036 - sala 700 Manguinhos**  
**21040-361 Rio de Janeiro RJ - Brasil**  
**Tel .: +55 21 3882-9153/3882-9151**



[cienciasaudecoletiva@fiocruz.br](mailto:cienciasaudecoletiva@fiocruz.br)