



Informe Estratégico sobre o Programa Mais Médicos e Saúde Universal



Organização
Pan-Americana
da Saúde



ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS

Organização
Mundial da Saúde
Américas

INFORME ESTRATÉGICO SOBRE O PROGRAMA MAIS MÉDICOS E SAÚDE UNIVERSAL



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**



ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS

**Organização
Mundial da Saúde**
Américas

© Organização Pan-Americana da Saúde 2018

Todos os direitos reservados. As publicações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) estão disponíveis em sua página web (www.paho.org/bra). As solicitações de autorização para reproduzir ou traduzir alguma de suas publicações, integralmente ou em parte, deverão ser feitas ao Programa de Publicações por meio da página web: www.paho.org/permissions.

Citação sugerida. Organização Pan-Americana da Saúde. Informe Estratégico sobre o Programa Mais Médicos e Saúde Universal. Brasília, D.F.: OPAS; 2018

Dados da catalogação na fonte (CIP). Os dados da CIP estão disponíveis em <http://iris.paho.org>.

As publicações da Organização Pan-Americana da Saúde contam com a proteção de direitos autorais segundo os dispositivos do Protocolo 2 da Convenção Universal de Direitos Autorais.

As designações empregadas e a apresentação do material na presente publicação não implicam a expressão de uma opinião por parte da Organização Pan-Americana da Saúde no que se refere à situação de um país, território, cidade ou área ou de suas autoridades ou no que se refere à delimitação de seus limites ou fronteiras.

A menção de companhias específicas ou dos produtos de determinados fabricantes não significa que sejam apoiados ou recomendados pela Organização Pan-Americana da Saúde em detrimento de outros de natureza semelhante que não tenham sido mencionados. Salvo erros e omissões, o nome dos produtos patenteados é distinguido pela inicial maiúscula.

Todas as precauções razoáveis foram tomadas pela Organização Pan-Americana da Saúde para confirmar as informações contidas na presente publicação. No entanto, o material publicado é distribuído sem garantias de qualquer tipo, sejam elas explícitas ou implícitas. A responsabilidade pela interpretação e uso do material cabe ao leitor. Em nenhuma hipótese a Organização Pan-Americana da Saúde deverá ser responsabilizada por danos resultantes do uso do referido material.



FICHA TÉCNICA

Série Técnica Saúde Universal e Programa Mais Médicos - Informe Estratégico sobre o Programa Mais Médicos e Saúde Universal • Este estudo foi realizado com o apoio do Termo de Cooperação n.º 80, celebrado entre Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde.

AUTORES

Elisandréa Sguario Kemper

Renato Tasca

REVISORES

Carlos Rosales

Gisele Almeida

Gabriel Vivas

COLABORADORES

Jorge Haddad

Julio Suarez

EDITORES

Ermenegylto Munhoz Junior

Janine Giuberti Coutinho

DIAGRAMAÇÃO

All Type Assessoria Editorial EIRELI



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	8
INTRODUÇÃO	10
Contexto histórico dos sistemas de saúde	12
Sistemas de saúde na América Latina	13
Saúde Universal para orientar as reformas nos sistemas de saúde	14
Atenção Primária à Saúde e Saúde Universal	15
Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde	16
Programa Mais Médicos e algumas evidências – resultados dos <i>working papers</i>	18
CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS	23



Foto: Luis Oliveira/Sesai-MS

APRESENTAÇÃO



“Cada país tem que seguir seu próprio caminho rumo à cobertura universal em saúde, de acordo com o seu contexto histórico, social e econômico, promovendo um diálogo social. Cada país pode fazer algo para avançar na cobertura universal em saúde.”

Carissa F. Etienne

Diretora da Organização Pan-Americana da Saúde

Este Informe Estratégico sobre o Programa Mais Médicos (PMM) e Saúde Universal, uma inédita análise reflexiva sobre as contribuições do PMM para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS), tem o propósito de contribuir para o avanço no acesso e cobertura universal da Saúde no Brasil.

Em total consonância com a Estratégia de Acesso e Cobertura Universal da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde – OPAS/OMS –, pactuada pelo Brasil e demais países membros da Região das Américas, este documento configura um conjunto de estratégias e esforços realizados pelos países no sentido da cobertura e o acesso à saúde universal, fortalecimento dos sistemas de saúde da região e melhora das condições de saúde da população, no sentido do desenvolvimento de uma sociedade mais justa, equânime e solidária.

O caminho a percorrer no sentido da cobertura e do acesso universal depende da realidade e do contexto de cada país. Porém, deve-se reconhecer que há quase 40 anos, a APS é apontada como a melhor estratégia para se alcançar a saúde para todos. O PMM, como uma política de fortalecimento da APS, pode ajudar a ampliar o acesso e a cobertura dos serviços de APS no SUS, mediante a inserção e a qualificação de médicos nas equipes de APS, até então incompletas sem esse profissional.

Além da estratégia de acesso e cobertura universal, o PMM se alinha ao conjunto de recomendações da OMS sobre recursos humanos em saúde. Força de trabalho suficiente, acessível e de qualidade é de fundamental importância para a consecução de um sistema integrado de saúde. Em termos de política pública, o PMM incide no marco da governança da Educação e da Saúde no país, no processo de transformação da educação dos profissionais e na ampliação do acesso aos serviços, componentes da Estratégia Global de Desenvolvimento de Recursos Humanos para as Américas, no caminho da Saúde Universal.¹ O PMM viabiliza um processo de Cooperação Sul-Sul, enquanto um mecanismo de cooperação, intensificação e expansão de vínculos solidários, produção de benefícios mútuos, reforço às capacidades locais e institucionais, e aos sistemas nacionais de saúde, no respeito à soberania nacional, independência e igualdade entre os países em desenvolvimento. No Brasil, a Cooperação Sul-Sul na área da Saúde tem grande relevância, pelos mandatos globais e regionais e o próprio compromisso assumido pelo país. A OPAS/OMS tem dispensado esforços contínuos para fortalecer essa cooperação como um poderoso instrumento de promoção da solidariedade e fortalecimento da capacidade

¹ (i) Organização Pan-Americana da Saúde. Resolução CD53.R14: Estratégia para o Acesso e a Cobertura Universal em Saúde. 2014; (ii) Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention – Global Policy Recommendation –; e (iii) Estratégia Global de Desenvolvimento de Recursos Humanos para as Américas.

institucional dos países, no sentido de responder às necessidades locais em saúde.

O legado que o PMM deixa para o país, em termos de troca de conhecimento e integração cultural entre os profissionais envolvidos e a população, é retribuído pela bagagem de conhecimentos e experiência que o profissional estrangeiro leva do Brasil ao término de sua missão. Esses valores, o legado e o conhecimento transferido, embora de difícil mensuração, são indicativos do êxito de uma estratégia de recrutamento internacional visando fortalecer um sistema de saúde regional.

Um dos compromissos da OPAS/OMS com o PMM é monitorar e avaliar resultados, contribuindo para a

gestão do conhecimento e produção de evidências do impacto do Mais Médicos no aprimoramento, consolidação e sustentabilidade do Sistema Único de Saúde e, por conseguinte, melhoria da qualidade de vida da população brasileira.

O presente Informe e o conjunto de *working papers* que o subsidiam têm por objetivo descrever e analisar um *case* para a Região das Américas. *Working papers* abordam diferentes temas e reúnem estudos com distintos enfoques metodológicos e resultados, para compor uma série de conhecimentos técnicos, científicos e inovações sobre o PMM que dialogam com o tema da Atenção Primária e a Saúde Universal, temas principais desta publicação.

Joaquín Molina

Representante da OPAS/OMS no Brasil



INTRODUÇÃO

O direito à saúde no Brasil foi incorporado à Constituição Federal de 1988 em seu Art. 196, como *'um direito e um dever do Estado'*. Para viabilizar esse direito, foi criado o Sistema Único de Saúde, SUS. Com base no direito à saúde, optou-se por um modelo de sistema de saúde público, único e integrado, financiado por fontes fiscais e provedor de serviços públicos, podendo ser complementado com serviços prestados pelo setor privado.

Essa configuração do sistema de saúde brasileiro difere do modelo predominante na América Latina, o Seguro Social, composto de subsistemas com distintas regras de financiamento, afiliação aos serviços, acesso e prestações de acordo com o *status* laboral, social ou capacidade de pagamento.

O SUS prevê, como um de seus princípios fundamentais, a universalidade do sistema. Todo cidadão brasileiro, sem qualquer discriminação, tem direito de acesso às ações e serviços de saúde. Antes do SUS, nem todos se beneficiavam dos serviços públicos de saúde de forma igualitária. Esse direito era restrito às pessoas com vínculo formal de trabalho ou inscritas na Previdência Social.

Apesar dos avanços conquistados e da universalidade no atendimento, um dos princípios constitucionais do sistema, o SUS enfrenta dificuldades para sua implementação, especialmente no contexto de um país de inequidades regionais e sociais, dimensões continentais e um quadro sanitário complexo. Universalizar o acesso e oferecer serviços de qualidade são objetivos de diversos sistemas de saúde no mundo, dedicados à busca de estratégias e políticas de saúde capazes de responder às necessidades de suas populações.

Um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, em termos de estrutura e produção, o SUS conta, atualmente, com milhares de estabelecimentos e mais de 40 mil equipes de Saúde da Família. O sistema responde por mais de um bilhão de consultas médicas e procedimentos ambulatoriais, milhões de internações hospitalares, movimenta mais de 90% do mercado de vacinas, realiza transplantes, além de implementar programas de ação em saúde que são referências mundiais, como os programas de prevenção e assistência ao HIV/aids e de controle do tabaco, atividades universais de vigilância em saúde e vigilância epidemiológica.^{1,2} Esse gigante e complexo sistema de saúde representa uma conquista democrática da população



brasileira. Ele traduz a ousadia de um país que, em pleno período de redemocratização e reestruturação econômica, propôs um sistema público e universal fundamentado na garantia constitucional do direito à saúde.

Passados 30 anos desde a promulgação da Constituição de 1988 e todas as transições demográficas e epidemiológica que o país vem enfrentando, além da emergência de novos contextos políticos e econômicos, cabe refletir sobre as dificuldades encontradas para a sustentabilidade do SUS, a universalização do acesso e da cobertura, além da proposição de novas políticas enraizadas nos princípios e diretrizes constitucionais do sistema. Estes são os desafios para que o SUS, em seu processo de construção e consolidação, continue a ser uma referência de sistema de saúde – público e universal – para a Região das Américas.

Em 2013, o governo brasileiro lançou uma ousada política de recursos humanos em saúde no âmbito do SUS, o Programa Mais Médicos (PMM). A iniciativa foi pensada para um sistema de saúde nacional que prevê a Saúde da Família como modelo de Atenção Primária e, como a maioria dos sistemas de saúde do mundo, tem como principal desafio enfrentar as transições demográficas e epidemiológicas vivenciadas nos últimos anos, ampliando o acesso e a oferta de serviços de qualidade que atendam às novas demandas de saúde.

O PMM foi implantado como uma estratégia para fortalecer o primeiro nível de atenção do Sistema Único de Saúde. O Programa se inscreve em um marco legal importante dentro do arcabouço jurídico da Saúde no Brasil. Todos seus objetivos, definidos na Lei Federal de sua criação, dependem do desenvolvimento de uma Atenção Primária integral e de qualidade, fortalecedora do SUS. Para tanto, investiu-se no provimento de profissionais, melhoria de infraestrutura e formação em saúde.

A estratégia de ação que o PMM representa pode parecer ousada nos objetivos a que se propõe, grandes dimensões territoriais a cobrir e complexidade logística a realizar, custos implicados, necessidade de incorporação de médicos às equipes de APS e presença dessas equipes em comunidades vulneráveis.³ Coube analisar o Programa sob a perspectiva de fortalecimento da APS no SUS e em que medida as ações propostas contribuem para a universalização do acesso e da cobertura em saúde.

Este informe se apresenta como material para reflexão crítica sobre o Programa Mais Médicos, o papel da Atenção Primária à Saúde e da Saúde Universal enquanto fundações da sustentabilidade do SUS, um sistema de serviços de saúde de caráter público pelo direito à saúde para todos.





Foto: Alejandro Zambrana

CONTEXTO HISTÓRICO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

Os antecedentes dos sistemas de saúde remontam às primeiras preocupações do homem quando se propôs atender e curar doenças; inicialmente, em centros de cura eminentemente caritativos e pautados em práticas tradicionais, dedicados a pessoas necessitadas. Foi no final do século XIX, com o desenvolvimento industrial na Europa, que os serviços de saúde foram organizados para prestar a atenção necessária, introduzindo conceitos e práticas preventivas com o propósito de preservar e melhorar a saúde da população.⁴

Em 1883, Bismarck, chanceler da Alemanha, inaugurou o primeiro modelo de seguridade social imposto pelo Estado, segundo o qual os empregadores cobriam a atenção à saúde dos empregados. O êxito desse sistema fez com que o modelo alemão se difundisse por muitos outros países europeus.⁵

O modelo europeu foi estendido para as Américas, Japão e Nova Zelândia. Após a segunda Grande Guerra, em 1948, a Grã-Bretanha criou um sistema de saúde universal, abrangente e gratuito que se consolidou como uma referência internacional. Outros países europeus aderiram a esse movimento e criaram seus sistemas nacionais de saúde.⁶

A Rússia, que iniciara uma experiência com serviços gratuitos, financiados por receitas fiscais, constituiu, a partir da revolução bolchevique de 1917, o primeiro sistema de saúde universal, gratuito e totalmente estatal, que durou quase 80 anos.

Os atuais sistemas de saúde, em maior ou menor grau, basearam-se nesses dois modelos, o europeu e o russo, ambos voltados à cobertura universal ou da maior parte da população, mantidos por diferentes formas de financiamento e de prestação. Cada sistema de saúde constitui um mosaico de cobertura, organização, financiamento e benefícios, com predomínio de alguns desses esquemas e determinadas características:⁷

UNIVERSAL – deve garantir a cobertura de toda a população, com financiamento, prestação de serviços, organização e gestão exclusivamente estatal; a principal fonte de financiamento reside no recolhimento de impostos gerais.

SEGURO SOCIAL – seguro social ou misto, em que a cobertura é limitada ao segurado e sua família de acordo com a categoria laboral, nível de renda ou residência, embora tenha-se estendido, cada vez mais, a mais pessoas; de financiamento obrigatório, mediante um seguro social constituído por contribuições de beneficiários, patrões e Estado; a prestação de serviços é variada, uma vez que os provedores podem ser estatais, do próprio seguro, do segmento privado, ou uma combinação deles; a gestão é descentralizada, e o Estado funciona como instituição reguladora.

SEGURO PRIVADO – cobertura limitada, restrita ao segurado; o financiamento se dá por meio de pré-pagamentos, ou no momento quando se acessa o serviço; os provedores são privados, sem participação de serviços públicos, e a capacidade regulatória do Estado é limitada.

ASSISTENCIALISTA – o Estado presta assistência à saúde exclusivamente de grupos vulneráveis e desprotegidos, sem participar de outros esquemas de atenção.

Os países da Região das Américas se utilizaram de diferentes abordagens e formas de organização para responder aos desafios políticos, econômicos, sociais, técnicos e de gestão de seus sistemas de saúde. Essas experiências e as evidências disponíveis permitem identificar elementos indicadores de avanço no acesso universal à saúde e na cobertura de saúde universal. Cada país deve definir, em seus planos nacionais, de acordo com seu histórico econômico e social, a maneira mais eficiente de organizar seu sistema de saúde e utilizar seus recursos,

para garantir que todas as pessoas tenham igual direito de acesso a serviços de saúde abrangentes e de qualidade quando os necessitem.

Sistemas de saúde, em geral, não seguem apenas um modelo. São mistos, o que determina o alto nível de fragmentação e segmentação observado na Região das Américas, constituindo, dessa forma, obstáculos no caminho à Cobertura Universal em Saúde no continente.

SISTEMAS DE SAÚDE NA AMÉRICA LATINA

A maioria dos países da Região da América Latina tem mantido o sistema de Seguro de Saúde, com dois modelos de prestação de serviços: um para as pessoas empregadas no setor formal; e outro, proporcionado pelo Ministério da Saúde, para as pessoas sem vínculo formal de trabalho ou consideradas pobres.⁸ A presença de subsistemas, com distintas regras de financiamento, afiliação aos serviços, acesso e prestações de acordo com o *status* laboral, social ou capacidade de pagamento, representa uma importante segmentação da proteção social em saúde. Para cada segmento de seguro social, os serviços cobertos e as prestações são diferentes e conformam subsistemas de saúde de distintas classes, guardando importantes inequidades. Outra consequência da segmentação é a fragmentação do sistema, ausente de coordenação entre as instituições públicas, de seguro social e privadas, ademais da falta de coordenação dentro de cada subsistema.⁹

Poucos países da América Latina adotaram o caminho da integração dos serviços mediante a criação de um sistema único. Dois exemplos de países que fizeram a integração das contribuições obrigatórias, seja pela tributação sobre a folha de pagamento, seja pelas receitas gerais, são Costa Rica e Brasil.⁸

Nas décadas de 1980 e 1990, as reformas realizadas nos sistemas de saúde tiveram o sentido de materializar o direito à saúde, previsto nas constituições federais, e minimizar a fragmentação dos serviços resultante da adoção de diferentes modelos de prestação.¹⁰

Além da busca por superar a fragmentação, as reformas nos sistemas de saúde da América Latina envolveram mudanças políticas, preocupadas em melhorar os incentivos e a estrutura de governança com o objetivo de ampliar o acesso à assistência de saúde, especialmente entre as pessoas de baixa renda.

Na perspectiva do financiamento, as reformas procuraram reduzir os gastos diretos das famílias com despesas de saúde.⁸ A cobertura em saúde

na América Sul é fortemente privatizada. Na maioria dos países, a participação dos gastos públicos no total dos gastos em saúde não alcança 60%. Observa-se, entretanto, aumento da participação pública nesses gastos, no período de 2000 a 2010, sinalizando uma tendência proporcional maior da cobertura pública da saúde na Região.⁹

Nas últimas décadas, têm-se referido às reformas nos sistemas de saúde como a 'terceira geração de reformas',^{11,12} uma gama de intervenções e políticas destinadas a superar velhos problemas, desigualdades e inequidades em saúde, e garantir que todas as pessoas possam acessar os serviços de saúde que necessitem, além de adequar esses serviços às rápidas transições demográficas e epidemiológicas em curso.

Quando se fala de 'terceira geração de sistemas de saúde', deve-se ter em mente a complexidade do contexto que desafia as agendas de saúde dos países pela realização dessas reformas, demandando transformações nas respostas sociais, inclusive na maneira como o sistema de saúde se organiza para ofertar serviços no novo contexto de transição.

As mudanças demográficas e epidemiológicas têm gerado pressões e afetado o desempenho dos sistemas de saúde, obrigando os países a adequar os modelos de atenção predominantes. Previstos para enfrentar, principalmente, doenças agudas e episódicas, os sistemas de saúde agora devem lidar com a tripla carga de doenças:¹³ (i) doenças infecciosas persistentes, (ii) causas externas e (iii) doenças crônicas.

Para avançar sobre essas questões, primeiramente há que considerar a Saúde Universal como um direito, um componente do desenvolvimento humano. A resposta se encontra na Atenção Primária à Saúde, uma estratégia declarada há quase 40 anos como a melhor solução para alcançar 'Saúde para Todos no Ano 2000'. Até hoje, não há qualquer evidência ou registro de fracasso da APS se implementada da forma mais ampla, com todos os atributos necessários a sua efetivação.

SAÚDE UNIVERSAL PARA ORIENTAR AS REFORMAS NOS SISTEMAS DE SAÚDE

Nos últimos anos, a Cobertura Universal em Saúde tem ganhado importância como resposta-chave à necessidade de orientar reformas nos sistemas de saúde. Inserida no centro da agenda pública global, como parte dos esforços para diminuir a pobreza e as desigualdades, ela fortalece os sistemas de saúde, ampliando o acesso e protegendo as pessoas de riscos ou abusos financeiros. As principais medidas adotadas pelos países para avaliar o alcance da Cobertura Universal podem ser reunidas em três dimensões: (i) direito à saúde; (ii) proteção financeira de seguros de saúde; e (iii) utilização dos serviços.¹⁴

As estratégias para incorporar a Cobertura Universal são condicionadas pela estrutura dos sistemas de saúde e por fatores econômicos, sociais, políticos e culturais dos diversos países, e estão frequentemente dirigidas à diminuição da pobreza e das desigualdades, ampliação do acesso e redução das iniquidades em saúde. Na América Latina, por exemplo, é possível citar ao menos três caminhos percorridos pelos países para implementar a Cobertura Universal.

O primeiro desse caminhos se caracteriza pelo agrupamento do financiamento de diferentes fontes, integrado a uma rede de serviços para criar um sistema único de saúde, caso do Brasil, Cuba e Costa Rica. A segunda via passa pela criação de subsistemas paralelos de seguros e de prestação de serviços para grupos populacionais distintos, segundo a situação de trabalho, a exemplo da Argentina, Chile, Colômbia, México, Peru, Uruguai e Venezuela. Por fim, a terceira via engloba quase todos os países citados (à exceção da Venezuela), segundo o qual o direito universal à saúde está explícito nos serviços prestados.¹⁵

As reformas para implementar a Cobertura Universal envolvem mudanças importantes nos sistemas de saúde, exigindo a mobilização de recursos adicionais e a reformulação das estruturas financeiras e

organizacionais.¹¹ Volumes maiores de financiamento conjunto e enfoque na equidade são as condições necessárias para progredir rumo à Cobertura Universal da Saúde.⁸

Os desafios dos países da América Latina no caminho por melhorar a efetividade e eficiência dos sistemas de saúde devem ser enfocados de um ponto de vista mais abrangente, incluir as desigualdades socioeconômicas, as debilidades na conformação dos sistemas, como a fragmentação da organização e da prestação de serviços, a segmentação do financiamento e a falta de regulação do setor privado. É preciso ampliar o financiamento e reduzir os custos privados – que seguem altos, sobretudo aqueles com desembolso direto. Os serviços de saúde devem ter seus modelos de atenção voltados para as novas situações epidemiológicas e demográficas colocadas, de transição social, a exemplo da urbanização acelerada que, enquanto cria aglomerados urbanos, deixa de incluir populações rurais em regiões de difícil acesso.¹⁵

A Cobertura Universal ganha espaço nas discussões sobre sistemas e serviços de saúde. Porém, um componente fundamental tem sido negligenciado nesse debate: a Atenção Primária à Saúde. Tema essencial e abrangente, a APS é a “espinha dorsal” de um sistema de saúde que se propõe efetivo na melhora dos resultados, redução nos custos e promoção da equidade em saúde.¹⁶

O fortalecimento da APS não pode ser visto apenas como mais uma estratégia para alcançar a Cobertura Universal e sim como o caminho para ampliar o acesso e efetivar o direito à saúde. A APS têm contribuído para aumentar o alcance das políticas, a participação e a inclusão dos cidadãos em suas ações, maior equidade na definição das bases legais para a proteção e garantia do direito e, por conseguinte, da Cobertura Universal em Saúde.^{15,16}



ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SAÚDE UNIVERSAL

A Declaração de Alma-Ata, ao qualificar a APS como a estratégia mais apropriada para alcançar a 'Saúde para Todos no Ano 2000', difundiu para o mundo uma concepção de Atenção Primária como parte de um sistema integrado de cuidados, de um desenvolvimento econômico-social que reduza as iniquidades, promova a participação social e assim, contribua para a garantia do direito à saúde.

Não obstante os esforços dos países – sob forte influência de Alma-Ata – em produzir reformas na APS, não se alcançou a meta de Saúde para Todos, e a universalização da saúde continua na pauta dos debates. A explicação possível para o não cumprimento dessa meta decorreria do fato da APS não ter sido conduzida como deveria, senão implementada em sua versão seletiva, principalmente nos países em desenvolvimento, de forma a designar um pacote de intervenções de baixo custo para o controle de determinados agravos, e não para uma atenção integral como fora previsto nos termos de sua regulamentação.

Nos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento, em geral, observa-se um tensionamento entre duas alternativas: (i) estender a cobertura da APS exclusivamente para os cuidados básicos e restritos; ou (ii) garantir serviços irrestritos, definidos pelas necessidades em saúde. Na América Latina, prevaleceram os modelos seletivos, focalizados na implementação de pacotes mínimos de serviços de saúde, para grupos populacionais marginalizados. Foram reforçados os programas verticais, dirigidos a populações com problemas de saúde específicos, acentuando a segmentação dos sistemas de saúde e as inequidades sociais.¹⁷

Na década de 1990, os modelos de APS evoluíram em direção à APS integral. A abordagem biopsicossocial se expandia, contribuindo para alavancar os sistemas de saúde como um todo, incorporando ações coletivas, de promoção da saúde e preventivas, que, ao contar com a participação social, desempenhavam seu papel no empoderamento da sociedade e, sobretudo, no exercício do direito à saúde, elevando a APS como a plataforma ideal para a consecução da Cobertura Universal.^{12,15}

A partir dos anos 2000, no esteio das mudanças políticas e do desenvolvimento de alguns países, fruto da redemocratização da política e de governos mais comprometidos com a justiça social, observou-se maior avanço na Atenção Primária com a emergência de um movimento chamado de Revitalização ou Renovação da APS. Fundado em alguns documentos norteadores – que, cumpre destacar, não continham em seu bojo mudanças importantes se comparados a Alma-Ata –, o conceito de Renovação da APS despertou o interesse por conhecer em que consistiam essas mudanças e suas possibilidades.

Os exemplos mais emblemáticas desse movimento foram as publicações 'Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posição da Organização Pan-Americana da Saúde em 2007' e 'Atenção Primária à Saúde: Mais Necessária que Nunca', esta de 2008, lançada pela OMS. Estas publicações tornaram-se referências para os países e reforçaram a ideia de implantar sistemas de saúde baseados em uma APS forte e de qualidade. De forma bastante explícita, elas reconhecem que a APS vem sendo interpretada erroneamente, como prestação de serviços "pobres" a populações pobres, e convocam os países a produzirem mudanças nos sistemas de saúde capazes de viabilizar uma APS integral, coordenadora de uma rede de cuidados e serviços integrada, para promover a saúde, reduzir as inequidades e garantir o direito universal de acesso aos serviços.

Sistemas universais públicos, financiados por impostos, organizados a partir de um território e com a Atenção Primária integrada aos demais níveis de especialização e trabalho em equipe multiprofissional, são vistos como mais qualificados em termos de resultados em saúde, ademais de proporcionarem menos gastos desnecessários. Portugal e Espanha, países que adotaram sistemas universais, têm obtido melhores resultados nos indicadores de saúde, comparados a países cujos gastos com a Saúde são mais elevados. A Península Ibérica inovou justamente por mostrar que um serviço nacional público, orientado pela Atenção Primária, pode auferir bons resultados e grande aprovação social.¹⁰

Até este momento, a Atenção Primária à Saúde que se busca implementar nos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento é aquela que funciona como estratégia de organização do sistema, compreendida como uma forma singular de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população. Isto implica a inserção da APS em redes de atenção à saúde. Entretanto, cabe lembrar e ressaltar: no SUS, apesar de o discurso oficial ser o da APS como estratégia, persistem na prática social as vertentes de uma APS seletiva ou destinada tão-somente ao papel limitado de porta de entrada no sistema.¹⁹

Os esforços dos países no sentido de fortalecer os sistemas de saúde ao adotar a Cobertura Universal, com o intuito de melhorar as condições de vida e o acesso a seus serviços para grupos vulneráveis, são potencializados quando baseados em uma APS de qualidade, que garanta oportunidade de acesso a seus bens e serviços para todas as pessoas, sem distinção, de acordo com suas necessidades; que se mostre eficiente, na coordenação de cuidados integrais, e eficaz na promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde.^{12, 15}

PROGRAMA MAIS MÉDICOS E O FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Instituído pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, o Programa Mais Médicos, entre seus objetivos, propõe-se a diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, reduzir as desigualdades regionais na Saúde, fortalecer a Atenção Primária no país, a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da Saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras, e implementar uma política de educação permanente e a integração do ensino com o serviço.²⁰

O PMM nasceu da preocupação do governo federal em responder aos apelos dos prefeitos e gestores municipais em saúde, nos relatos de suas dificuldades para contratar e fixar médicos na APS, especialmente nas localidades ou regiões mais vulneráveis. Tratavam-se de municípios com um histórico de prioridades a serem consideradas pelas políticas do SUS, tais como alto percentual de população em extrema pobreza, baixo Índice de desenvolvimento Humano (IDH), populações de semiárido em condições de subsistência e populações indígenas em baixas condições de vida. A demanda chegou a mais de 13 mil médicos, para quase 4 mil municípios contemplados pelos critérios de elegibilidade do Ministério da Saúde como aptos a solicitar adesão ao Programa.²¹

A contratação dos médicos para a APS constituiu o eixo de provimento emergencial do PMM. No entanto, o Mais Médicos contempla outros dois eixos, referentes a mudanças na formação médica no país, e um terceiro eixo, sobre o investimento em infraestrutura nas unidades básicas de saúde (UBS) do SUS.

O PMM recrutou e alocou mais de 18 mil médicos nos serviços de APS do SUS. Dentro desse contingente, encontravam-se médicos brasileiros, formados no Brasil ou no exterior, e médicos estrangeiros, oriundos de países cuja razão de médicos por habitantes era maior que a do Brasil. Desses estrangeiros, a maioria era de cubanos. A vinda dos médicos cubanos para o PMM, prevista em acordo de cooperação firmado entre os governos do Brasil e de Cuba, conta com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde.

No sentido de contribuir para a concretização dessa importante estratégia política do SUS, a OPAS liderou uma iniciativa singular e inovadora de cooperação técnica, ao pôr em prática um programa da magnitude e complexidade do PMM em sinergia com o

cumprimento dos mandatos internacionais dos países membros da Região das Américas.

Desenvolver o Projeto de Cooperação Mais Médicos exigiu intensa articulação técnica e política, envolvimento de múltiplos atores institucionais e da sociedade civil, e um acordo de cooperação bilateral entre Brasil e Cuba, forte o suficiente para garantir a cooperação solidária entre dois países da Região com sistemas de saúde universais e públicos, comprometidos com o direito de suas populações à saúde. Preocupada com a redução das desigualdades em saúde, o acesso e a cobertura universal desses serviços, a OPAS atuou triangulando acordos, mobilizando, recrutando e administrando milhares de profissionais médicos cubanos que, em 2013, aderiram ao eixo do provimento emergencial do Programa Mais Médicos no Brasil.

O PMM é a maior iniciativa da Saúde no Brasil para responder a um conjunto de problemas e avançar no provimento e na formação de médicos habilitados para atuar nos serviços de APS, especificamente nas áreas de maior necessidade. O Programa busca intervir – de forma quantitativa e qualitativa – na formação em Medicina com medidas que incluem desde a abertura de novas vagas na graduação e residência médica até a reorientação da formação de médicos e especialistas, adequando-as às necessidades do SUS.²¹

A falta de médicos nos serviços também contribuiu para a baixa valorização da APS, fazendo com que os usuários procurem pela solução de suas demandas em serviços de pronto-atendimento, focados no atendimento por queixa-conduta. Justamente, é a ausência de médicos, uma das principais razões para a adesão do cidadão a um plano de Saúde Suplementar. A escassez de profissionais com perfil adequado ao cuidado integral, sua insuficiência e má distribuição no território, constituem as principais barreiras à universalização do acesso à saúde, exigindo medidas de fortalecimento de habilidades e competências, além de uma distribuição equitativa dos profissionais entre os serviços.²²

Os resultados das avaliações do PMM, apesar da recente implantação do Programa, indicam resultados positivos para o eixo do provimento emergencial. Em síntese, esses resultados apontam para a ampliação do acesso, equidade, satisfação dos usuários e humanização do cuidado. Foram identificadas práticas inovadoras e mudanças nos processos de

trabalho, troca de conhecimentos entre médicos e equipe de saúde na produção do cuidado, contribuindo para o aperfeiçoamento das práticas e da formação em serviço, com destaque para a integralidade e a longitudinalidade no cuidado.²²

O Programa Mais Médicos é uma estratégia a avançar e impulsionar o desenvolvimento da APS integral, ao prever a presença e extensão dos atributos da APS como elemento central das redes de atenção. Finalmente, dado o caráter provisório do provimento emergencial desses profissionais, especialmente no contexto do modelo de atenção adotado para a APS no SUS, fica o legado de que investir em equipes completas da Estratégia Saúde da Família (ESF), dotadas de Médico de Família, é um dos caminhos para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde sobre as bases da Atenção Primária.²⁶



PROGRAMA MAIS MÉDICOS E ALGUMAS EVIDÊNCIAS – RESULTADOS DOS WORKING PAPERS

Neste capítulo, apresenta-se a síntese de alguns estudos e pesquisas sobre o Programa Mais Médicos de que se incumbiu a representação da OPAS/OMS no Brasil, em parceria com pesquisadores e instituições de ensino. São os denominados *working papers* (WP) da série 'Saúde Universal e Programa Mais Médicos', um conjunto significativo de evidências sobre os resultados positivos alcançados pelo PMM.

O Mais Médicos surge no contexto de um país que prevê, em sua Constituição Federal, a saúde como direito, centrado em um modelo de Saúde da Família dedicado à Atenção Primária, no contexto de um sistema de saúde integrado, público e universal, o SUS. Este, como a maioria dos sistemas de saúde do mundo, tem como principal desafio superar as desigualdades em saúde e enfrentar as transições demográficas e epidemiológicas experimentadas nos últimos anos.

O PMM foi implantado como uma estratégia para fortalecer o primeiro nível de atenção do SUS, ampliando o acesso da população a ações e serviços de qualidade prestados na APS. Para tanto, investiu-se no provimento de profissionais, infraestrutura e formação em saúde. O Programa é respaldado por uma Lei Federal, um marco legal importante no arcabouço jurídico da Saúde no Brasil.

Diante da escassez mundial de força de trabalho suficiente, acessível e de qualidade, é fundamental para um sistema integrado de saúde, comprometido em cumprir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, dar uma resposta nacional efetiva à questão de recursos humanos em saúde.

Em se tratando de um tema complexo como é o recrutamento internacional, no qual, geralmente, os fluxos tradicionais de migração acontecessem de países com maior desenvolvimento para os menos desenvolvidos socioeconomicamente – com remuneração profissional inferior –, o PMM apontou para outra direção ao propor a migração temporária, para o Brasil, de profissionais oriundos de países onde a relação médicos/habitantes é superior.

A OPAS/OMS tem-se empenhado em fortalecer essa cooperação como um poderoso instrumento de promoção da solidariedade e fortalecimento da instituição Saúde nos países em desenvolvimento, com destaque para a criação de mecanismos específicos de cooperação técnica em saúde, com o objetivo de atender às necessidades locais. No Brasil, particular-

mente, a Cooperação Sul-Sul na área da Saúde é de grande relevância, pelos mandatos globais e regionais e pelo próprio compromisso do país.

O PMM traz uma contribuição importante para o desenvolvimento da Cooperação Sul-Sul, tendo em vista a natureza complexa do Programa e os esforços por ele exigidos para desenvolver uma estratégia de cooperação suficientemente ampla e robusta, destinada a promover a equidade, enfrentar os problemas de saúde e melhorar a qualidade de vida da população. A Cooperação Sul-Sul se reflete, no PMM, como um projeto dotado de mecanismos de construção, intensificação e expansão de vínculos solidários entre os países envolvidos, respeito à soberania nacional, independência, igualdade e produção de benefícios mútuos, reforçando as capacidades locais, institucionais e dos sistemas de saúde.

O *working paper* 'Cooperação Sul-Sul no âmbito do PMM', estudo de campo cujo objetivo foi identificar práticas inovadoras e transferência de conhecimento no âmbito do Mais Médicos com foco nos médicos cubanos, pôs a nu alguns mitos e preconceitos sobre o trabalho dos médicos cubanos no Brasil. O estudo apresenta uma avaliação bastante positiva do Programa pelos usuários, bem como pelos gestores ao constatarem que o médico cubano faz o que se recomenda ser feito nos serviços de APS. Uma das principais razões pelas quais o médico cubano do PMM é tão apreciado reside no fato de ele estar presente e disponível, cumprindo sua carga horária de trabalho em UBS de localidades remotas, de difícil acesso, algumas até perigosas para sua segurança pessoal. Nessas comunidades, contar com uma equipe de Saúde da Família significa um passo fundamental no caminho da cidadania efetiva, reduzindo desigualdades próximas de um *apartheid* social – evidente ou sublimado –, observado em tantas regiões do Brasil.

Com base nos resultados do estudo, é possível afirmar que os médicos cubanos contribuem concretamente para o fortalecimento da APS no Brasil. Tal contribuição se concentra em três áreas principais, (i) resolutividade da atenção, (ii) criação de vínculo com os usuários e (iii) atuação sobre os determinantes sociais da saúde, sobre as quais, coerentemente com outras pesquisas, o estudo citado indica que os médicos cubanos do PMM têm praticado uma APS resolutiva e efetiva.

Quanto às dificuldades identificadas entre as equipes das UBS às quais se integraram médicos cuba-

nos, fica evidente que a maioria se deve a problemas históricos da APS no SUS. Nem sempre os profissionais dos serviços da Atenção Primária contam com as condições necessárias para o fazer como sabem, seja por falta de equipamentos, materiais ou outras debilidades de cunho estrutural ou logístico.

Além de precariedades na capacidade instalada e nas dotações orçamentárias das unidades básicas de saúde, outros problemas estruturais do SUS limitam a eficácia da ação dos médicos cubanos. Em muitas localidades, a rede de serviços do SUS, dada sua fragmentação, encontra-se despreparada para responder às demandas de saúde do primeiro nível de atenção, abrindo fissuras na coordenação do cuidado. Outro fator crítico reside na fragilidade da gestão municipal, nem sempre dotada de condições e competências suficientes para aproveitar todo o potencial dos profissionais disponíveis. Limitações de ordem logística e de recursos restringem a mobilidade dos médicos, especialmente para as localidades mais distantes, justamente as que mais demandam sua atenção. Vale também observar a insuficiência no emprego de instrumentos tecnológicos – telessaúde e telemedicina – que poderiam aumentar o acesso, a resolutividade e a qualidade da atenção prestada ao usuário.

Sobre a qualidade da APS, outro *working paper*, ao apresentar os resultados de dois estudos de aplicação do Instrumento para Avaliação da APS (PCATool-Brasil) pelos médicos cubanos e usuários dos serviços – ‘Qualidade da APS no PMM’ – evidenciou avanços na APS e na Estratégia Saúde da Família, no país. De acordo com o estudo, o grau de orientação para a APS foi alto em todas as regiões do país. A presença do Programa Mais Médicos parece ter contribuído decisivamente nesse sentido, ao garantir a presença do profissional médico no serviço, na promoção de cuidados integrais em saúde entre comunidades mais vulneráveis ou com dificuldade de alocação desses profissionais.

A estratégia nacional de alocação emergencial de médicos mostrou-se efetiva na melhora do acesso da população, particularmente na região do Nordeste brasileiro. Contudo, é necessário identificar outros fatores, além da presença ou não de médicos, a dificultar o acesso às unidades de saúde, visto que o escore desse atributo – escore de acesso – é baixo em todas as regiões do país, conforme avaliação dos usuários e dos médicos cubanos.

A despeito das diferenças culturais e de língua, o mesmo estudo mostrou que o estabelecimento de um vínculo das pessoas atendidas com os médicos cubanos não encontrou maiores empecilhos do que

o enfrentado para o vínculo das pessoas atendidas por médicos brasileiros, fato revelado pelo escore de longitudinalidade. O grau de satisfação dos usuários da APS com os médicos mostrou-se alto. Entretanto, o provimento emergencial com intercambistas, de duração limitada, não resolve de maneira definitiva o problema de fixação de profissionais nas unidades de saúde mais difíceis de alcançar, ou sem a segurança esperada para desenvolver seu trabalho.

Quanto à série de estudos de caso sobre o PMM desenvolvidos pela OPAS/OMS Brasil, foi elaborada uma metassíntese dos seis primeiros estudos de caso, referente a 18 experiências municipais em seis estados. A partir da ‘Metassíntese dos Estudos de Caso sobre o PMM’, outro *working paper* dessa série, conclui-se, em suma, a riqueza de experiências e a singularidade do PMM, consubstanciadas no vínculo estabelecido entre equipe de saúde e população, no sucesso do valor público que o PMM agrega à vida de milhões de brasileiros.

Entre os municípios estudados, a motivação para adesão ao PMM reúne, como características comuns, os vazios assistenciais, a necessidade de cobertura de populações em áreas remotas, a dificuldade de fixação e alta rotatividade do profissional médico. Tais características são produzidas por situações de violência, precariedade das condições de trabalho e dificuldade de acesso, além da distância entre esses municípios e os grandes centros urbanos. Tais condições, associadas a outras de ordem socioeconômica, transformam esses municípios, ou parte deles, em áreas de extrema vulnerabilidade, onde a política pública do PMM, de fato, impacta positivamente a saúde de áreas antes desassistidas, agora contempladas com a presença do médico. Não resta dúvida sobre o potencial do Mais Médicos para reduzir desigualdades no acesso à Atenção Primária à Saúde.

Aspectos da atenção à saúde como acesso e primeiro contato, vínculo, longitudinalidade, coordenação da atenção, trabalho em equipe, resolutividade e integralidade, apresentaram efeitos positivos advindos da implantação do PMM, com benefícios diretos para as populações residentes no território de UBS contempladas por profissionais médicos cooperados. Mesmo em situações de descontinuidade do cuidado, causadas por insuficiência ou deficiência da retaguarda assistencial nos demais níveis de atenção, a relação de vínculo estabelecida entre o usuário e o profissional não se desfaz.

Também há evidências de manutenção da atenção centrada na pessoa, dentro e fora da unidade de saúde, conferindo humanidade ao cuidado. No que concerne às relações intersubjetivas no cotidiano

dos municípios atendidos pelo PMM, os efeitos produzidos foram mais expressivos em processos micropolíticos, no âmbito do trabalho – e governabilidade – da equipe de saúde. Profissionais e usuários têm maior grau de autonomia para negociar e encontrar respostas a desafios próprios do trabalho da equipe, que interferem na qualidade e continuidade do cuidado: por exemplo, questões relacionadas às boas práticas, traduzidas em maior vínculo e confiança do usuário e da comunidade no atendimento médico.

Para compreender a dimensão da produção científica do PMM, o grande número de estudos do Programa como objeto de análise, seu foco e resultados, desenvolveu-se mais um *working paper*, 'Produção Científica do PMM', abrangendo artigos produzidos entre os anos de 2013 a 2016.

A pujança dessa produção, envolvendo estudiosos das mais diversas instituições de pesquisa do país, significou um indicativo a mais da importância do PMM como política nacional. Seus achados conduzem para importantes conclusões sobre as contribuições do Programa, seja no desenvolvimento de novas práticas, seja na satisfação dos usuários e melhoria de alguns indicadores de saúde. Tais efeitos, percebidos pelos atores sociais, tiveram como consequência a crescente aprovação do Mais Médicos, conforme demonstrou a análise dos artigos de opinião.

Cabe ainda destacar o fortalecimento das ações de APS nos contextos de implantação do PMM, refletido na própria experiência do Programa e seu potencial de implementação e consolidação de formas inovadoras de produção da saúde e do cuidado, reforçando modelos de atenção alternativos como os de vigilância da saúde ou de clínica ampliada. Várias atividades sob a égide do Mais Médicos permitiram o incremento e impulso ao desenvolvimento de práticas de promoção e prevenção recomendadas – algumas inéditas, percebidas como uma nova forma de cuidado em saúde. Contribuições muito bem-vindas, na medida em que reforçam princípios e diretrizes da Estratégia Saúde da Família, modelo de organização da APS no Brasil.

Alguns estudos também apontaram tendências que, no médio prazo, podem levar a conflitos e um processo mais radical de reorganização do sistema de saúde no país. Os esforços pela privatização do Ensino Médico, a centralidade assumida pelo médico e a perpetuação de alocação de médicos do PMM em áreas de difícil acesso podem significar o ajuste do PMM a um sistema fragmentado, o qual, ao mesmo tempo que não se integra às redes de aten-

ção, reforça o modelo biomédico e a medicalização e, portanto, abre brechas para uma conformação diferente da perspectiva de um sistema de saúde universal e público. Tais questões precisam ser consideradas no acompanhamento da política, em seu processo de reformulação e na agenda de pesquisa a ser implementada.

Outro *working paper* da série, 'Contribuições do PMM para o desempenho da Atenção Básica no SUS', traz os resultados de uma análise dos efeitos do PMM no desempenho das equipes da Estratégia Saúde da Família, mediante observação de tendências e padrões nos indicadores de acesso e utilização dos serviços por algumas condições e ciclos de vida, no período 2012-2017. Neste *working paper*, foi analisada a tendência temporal e comparado o padrão de consultas médicas prestadas – a mulheres, crianças, casos de hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, por demanda espontânea e agendada –, encaminhamentos a serviço especializado e/ou hospitalar e solicitação de exames, por equipes com e sem profissionais do Programa Mais Médicos, antes e depois de sua implantação.

Constatou-se a capacidade do Programa para melhorar o padrão de consultas médicas nas equipes da ESF em que se encontravam profissionais do PMM, alcançando e/ou superando o das melhores equipes do país que não contavam com médicos do PMM. O estudo confirma evidências de que o PMM amplia a efetividade do SUS e da Atenção Básica, garantindo acesso a expressivas parcelas da população.

As equipes da ESF alcançaram um padrão de consultas bastante satisfatório. A análise dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e do e-SUS/Atenção Básica sobre a amostra estudada aponta para um efeito sistemático do PMM na melhoria dos indicadores considerados, apesar de os profissionais médicos cooperados trabalharem em equipes localizadas nas áreas mais pobres, mais remotas e com populações mais vulneráveis. Embora pequenas, as diferenças favoráveis ao PMM mostraram-se regulares. A ação de seus profissionais foi determinante na ampliação do acesso e da cobertura em saúde. A presença de médicos sob regime de dedicação exclusiva em 36,2% das equipes estudadas aumenta – expressivamente – a proporção de consultas continuadas, garantindo acesso e longitudinalidade do cuidado prestado a 36 milhões de pessoas, inadequadamente assistidas até o advento do Programa. Este achado é crucial para o entendimento do efeito sistêmico do PMM no SUS e sua contribuição para reduzir as desigualdades na atenção à saúde.

Em um outro *working paper* apresenta-se a síntese de um estudo exploratório sobre os Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) referentes aos cursos de Especialização em Saúde da Família do Programa Mais Médicos, divulgados no *working paper* 'Caracterização das ofertas formativas do PMM', cujo objetivo foi analisar e extrair conhecimentos dos conteúdos de uma amostra desses TCC. A proposta é utilizar-se dessa informação como material de apoio à construção das bases teórico-metodológicas de um Programa de Educação Permanente para o Programa Mais Médicos, dirigido aos profissionais da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde.

A análise de mais de dois mil TCC torna possível conhecer os conteúdos e aportes à melhoria da Atenção Básica no SUS, levantando questões importantes a partir da prática e da produção teórica dos profissionais médicos. Ela também serve para refletir e concluir se as características e a experiência do PMM contribuem com a instrumentação de profissionais para uma Atenção Primária à Saúde inovadora, com maior acesso e qualidade, preparada para responder às transições demográficas e epidemiológicas e diminuir as desigualdades em saúde.

A partir da análise dos TCC, percebe-se o impacto positivo dos cursos de Especialização do PMM sobre os médicos cooperados, na produção do conhecimento e do pensamento sobre a prática cotidiana nos serviços de APS a que se integraram. A experiência educativa tem-se mostrado proveitosa no aprimoramento da prática clínica e na ampliação do conhecimento da organização do processo de trabalho e do serviço pelos médicos cubanos, além de capacitá-los na superação das eventuais barreiras de

aprendizagem colocadas pela diferença do idioma, via educação *online* e a distância.

A análise dos temas ou problemas selecionados como objeto de estudo dos TCC permite afirmar que, embora esses trabalhos não se baseiem em uma análise de situação de saúde mais ampla, apresentam precisão e coerência no reconhecimento dos principais temas e da carga de doenças no Brasil. Nos temas escolhido, é possível identificar o reflexo das transições epidemiológicas da população no claro predomínio das condições crônicas, degenerativas, e dos problemas de saúde mental.

Os TCC também apontam para problemas conjunturais e estruturais do sistema, a exemplo da dificuldade ou ausência de referências a serviços especializados ou hospitalares, evidenciando a fragmentação do cuidado e a falta de redes integradas de atenção à saúde.

Finalmente, encerrando os primeiros *working papers* da Série Técnica Saúde Universal e Programa Mais Médicos são apresentadas as súmulas executivas sobre os resultados do PMM encontrados em artigos publicados nas bases científicas. Os temas analisados foram atração e fixação dos médicos no PMM; PMM e criação de vínculos; PMM e Internações sensíveis a Atenção primária à Saúde; PMM e suas contribuições para a saúde indígena; e PMM e a formação médica. Esse trabalho foi realizado em parceria entre a OPAS/OMS Brasil e a Rede de Pesquisas em APS da Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco – com o intuito de apoiar a gestão para a tomada de decisão e compartilhar os resultados positivos do PMM no fortalecimento da APS e do SUS.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa Mais Médicos surge no contexto de um país que prevê em sua Constituição Federal a saúde como um direito a ser alcançado e garantido por um sistema de saúde público e universal, centrado em um modelo de Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde e que, como a maioria dos sistemas de saúde do mundo, tem como principal desafio superar as desigualdades em saúde e enfrentar as transições demográficas e epidemiológicas vivenciadas nos últimos anos.

O PMM foi implantado como uma grande estratégia da Saúde Pública em nível nacional, com o objetivo de fortalecer o primeiro nível de atenção do SUS, ampliando o acesso da população às ações e serviços de qualidade da APS. Para tanto, investiu-se em estratégias de ação específicas: provimento de profissionais, melhoria de infraestrutura e da formação em saúde.

Para dar uma resposta ao direito à saúde individual e coletiva, e uma vez definida a Cobertura Universal como meta dos sistemas de saúde, a APS se afirma como o melhor caminho para a universalização do acesso, prestação de um cuidado integral e coordenado e organização do sistema com base nas necessidades locais. A aproximação da Atenção Primária à Saúde das pessoas, inserida nas comunidades, com maior competência para decodificar e pactuar essas necessidades, consegue ser mais resolutiva, trazer maior satisfação aos usuários e atender aos aspectos organizacionais do sistema.

O Programa Mais Médicos, reconhecido como “mola” propulsora do desenvolvimento da APS, prevê a presença e extensão dos atributos da APS como condição central para a efetividade das redes de atenção. O caráter, ainda que provisório, do provimento emergencial de médicos cooperados, afirma seu legado: investir no modelo de atenção adotado para a Atenção Primária à Saúde no SUS, qual seja, a Estratégia Saúde da Família, é o melhor caminho para fortalecer o sistema de saúde em direção a Saúde Universal, e assim cumprir o direito constitucional à saúde para todos.²³

O objetivo final das políticas de saúde deve ser melhorar a saúde e a qualidade de vida das pessoas. Os modelos de atenção da saúde devem basear-se em sistemas eficazes de atenção primária, ser orientados para a família e a comunidade, incorporar a abordagem do ciclo de vida, ser sensíveis ao gênero e às culturas e trabalhar para o estabelecimento de redes de atenção da saúde e coordenação social que assegurem a continuidade adequada do atendimento.²⁴

O PMM representa uma resposta do setor saúde a um complexo problema social, com ações complementares e catalizadoras, que permitem gerar sinergias positivas com estratégias e programas de sucesso que já vinham sendo implementados, a exemplo da Estratégia Saúde da Família. O incremento e a presença do profissional médico nas equipes de saúde promove o acesso, produz vínculos e a integração com as comunidades, desenvolve ações baseadas no território e de promoção da saúde, com respeito às diferentes culturas.

Pode-se afirmar que o maior legado transmitido pelo Programa Mais Médicos é outorgar o direito à saúde da população, levando acesso e equidade em saúde a pessoas vivendo em lugares remotos, vulneráveis, muitas vezes excluídas e totalmente dependentes de uma ação do Estado, o qual deve estar presente por meio de políticas públicas que melhoram a qualidade de vida e reduzem as desigualdades sociais.



REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde, sobre 2015 e 2016 (<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/06/grandes-numeros-do-sus/view>); e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sobre 2016 (<http://www.iess.org.br/?p=setor&grupo=Numeros>)
2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra. OMS. 2000
3. Kemper ES, Mendonça AVM, Sousa MF. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. Ciênc Saúde Coletiva. 2016; 21(9):2785-96.
4. Organización Mundial de la Salud. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud; Rio de Janeiro, Brasil. Ginebra: OMS; 2011. Disponible en:
5. Taylor ASP. Bismarck – The man and the statesman. London: Penguin; 1995:204
6. Gorsky, M. The British National Health Service 1948-2008: A Review of the Historiography. Soc Hist Med. 2008; 21(3):437-60.
7. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. Health Policy. 1997 Jul; 41(1):1-36.
8. Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento/Banco Mundial. Dmytraczenko T, Almeida G (org). Rumo a uma cobertura universal de saúde e equidade na América Latina e no Caribe. Evidências de países selecionados 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0920-0>.
9. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS). Atención primaria de salud en Suramérica. Giovanella L (org.). Rio de Janeiro: Isags/Unasur, 2015.
10. Conill Portal Sistema ou cobertura universal em saúde?Entrevista concedida ao Portal da Inovação em Saúde. Disponível em: <http://apsredes.org/sistema-ou-cobertura-universal-em-saude-leia-a-entrevista-com-a-pesquisadora-eleanor-conill/>
11. Frenk J. Leading the way towards universal health coverage: a call to action. Lancet. 2015;385(9975):1352-58.
12. Anderson MIP, Armadillo MLR, Días NT, Fuentes SC. Cobertura Universal en Salud, Atención Primaria y Medicina Familiar. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;12(l):4-30.
13. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. As redes de atenção à saúde. Brasília DF: Eugenio Vilaça Mendes; 2011.
14. Savedoff WD, de Ferranti D, Smith AL, Fan V. Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. Lancet. 2012 Sep 8;380(9845):924-32.
15. Atun R, de Andrade LO, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frenk P, et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. Lancet. 2015;385(9974):1230-47.
16. Stigler FL, Macinko J, Pettigrew LM, Kumar R, Van Well C. No universal health coverage without primary health care. Lancet. 2016;387(10030):1811.
17. Giovanella L, Almeida PF, Vega Romero R, Oliveira S, Tejerina Silva H. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. Saúde Debate. 2015;39(105):300-22.

18. Anderson MIP, Armadillo MLR, Días NT, Fuentes SC. Cobertura Universal en Salud, Atención Primaria y Medicina Familiar. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016; 11(Supl1):4-30.
19. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.: il.
20. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745 de 9 de dezembro de 1993 e nº 6.932 de 7 de julho de 1981 e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2013 out 23.
21. Pinto HA, Sales MJT, Oliveira FP, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos JT. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. Divulg Saúde Debate. 2014; 51:105- 120.
22. Kemper, ES. Programa Mais Médicos: Contribuições para o fortalecimento da Atenção Primária à saúde. Tese de Doutorado apresentando a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, 2016.
23. Kemper ES, Tasca R, Harzheim JMS, Hadad J, Sousa MF. Cobertura universal em saúde e o Programa Mais Médicos no Brasil. Ver Panam Salud Publica. 2018;42:e1.
24. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. A renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Washington DC: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde; 2007.





