



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE ALTOS ESTUDOS AMAZÔNICOS (NAEA)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE MESTRADO
PROFISSIONAL EM GESTÃO PÚBLICA PARA O DESENVOLVIMENTO

DANIEL SILVA GUIMARÃES

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO MUNICÍPIO
DE BREVES - ESTADO DO PARÁ**

Breves, PA
2016

Dados Internacionais de Catalogação de Publicação (CIP)
Biblioteca do NAEA

Guimarães, Daniel Silva

Análise da Implantação do programa mais médicos no município de Breves – Estado do Pará / Daniel Silva Guimarães; Orientador, Adagenor Lobato Ribeiro. – 2016.

107 f.: il.; 29 cm.

Inclui bibliografias

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Programa de Pós-graduação em Gestão Pública, Belém, 2016.

1. Programa Mais Médicos– Breves (PA). 2. Saúde básica. 3. Sistema único de Saúde – Breves (PA). I. Ribeiro, Adagenor Lobato, Orientador. II. Título

CDD615. 1098115

DANIEL SILVA GUIMARÃES

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO MUNICÍPIO
DE BREVES - ESTADO DO PARÁ**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Núcleo de Altos Estudos Amazônicos (NAEA) da Universidade Federal do Pará (UFPA), como requisito para Qualificação do Título de Mestre em Gestão Pública.

Orientador: Prof. Dr. Adagenor Lobato Ribeiro

Breves, PA
2016

DANIEL SILVA GUIMARÃES

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO MUNICÍPIO
DE BREVES - ESTADO DO PARÁ**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Núcleo de Altos Estudos Amazônicos (NAEA) da Universidade Federal do Pará (UFPA), como requisito para Qualificação do Título de Mestre em Gestão Pública.

Aprovação em: 01 de junho de 2016

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Adagenor Lobato Ribeiro
Orientador – NAEA / UFPA)

Prof. Dr. Índio Campos
Examinador Interno – NAEA/UFPA

Profa. Dra. Voyner Ravena-Cañete
Examinadora Externa

Dedico este trabalho a toda minha família que sempre acreditou na minha capacidade e no esforço empreendido em busca dos objetivos acadêmicos.

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus por ter me dado todas as condições necessárias para a concretização de mais esta etapa acadêmica em minha vida.

E a todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente neste processo educacional.

Em especial meus filhos Eduarda e Daniel Júnior e a todos os membros de minha família.

A meritocracia (Competência e técnica) na gestão pública e o progresso andam de mãos dadas.

Pimenta, André Luiz

RESUMO

O trabalho trata da avaliação da implantação do programa do Governo Federal “Mais médicos” no Município de Breves, Estado do Pará. O objetivo da dissertação é analisar os impactos causados pelo PMM nas unidades Básicas de Saúde do Município de Breves e o desenvolvimento local no setor de saúde. Destacam-se três eixos: i) Estratégia de contratação emergencial de médicos, ii) Expansão do número de vagas para os cursos de Medicina e residência médica e iii) Infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde. Utilizou-se na abordagem metodológica as pesquisas quantitativa e qualitativa e a revisão bibliográfica. Os instrumentos de coleta de dados foram o questionário aberto e a consulta a bancos de dados secundários, meios eletrônicos e impressos, livros, revistas, artigos. Os resultados apontam a melhoria no SUS considerando dados quantitativos, o aumento do número de médicos, investimento significativo em construção e ampliação de UBS e elevação de vagas nos cursos de medicina e residência médica. Contudo, ainda são evidentes problemas no setor da saúde. De acordo com a proposta do PMM as mudanças estruturais devem concretizar melhorias cada vez mais abrangentes a médio e longo prazo, estabelecendo como meta uma proporção de 2.7 médicos para cada mil habitantes, garantindo insumos para um atendimento com maior qualidade no serviço público em saúde.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos. Atenção Básica. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The work deals with the evaluation of the implementation of the Federal Government's program "More doctors" in the municipality of Breves, State of Para. The aim of the dissertation is to analyze the impacts caused by the PMM in Basic Health Units of the municipality of Breves and local development health sector. Highlights three areas: i.) Strategy emergency hiring doctors, ii) number of places Expansion for medical courses and residency and iii) Infrastructure of Basic Health Units used in the methodological approach to quantitative research and qualitative and literature review. The data collection instruments were open questionnaire and consultation with secondary databases, electronic and printed media, books, magazines, papers. The results show the improvement in the SUS considering quantitative data, the increase in the number of doctors, significant investment in construction and UBS expansion and rising vacancies in medicine and medical residency programs. However, problems are still evident in the health sector. According to the proposal of the PMM structural changes must implement increasingly comprehensive improvements in the medium and long term, setting the goal of a ratio of 2.7 doctors per thousand inhabitants, providing inputs for a service with higher quality in public service in health.

Key words: More medical program. Primary Care. Health Unic System

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 -	Distribuição de médicos no Brasil.....	20
Gráfico 2 -	Elevação no número de consultas nos municípios brasileiros no período de 2013 a 2014.....	58
Gráfico 3 -	Número de vagas nos cursos de medicina oferecidos nas capitais e nos interiores brasileiros.....	61
Mapa 2-	Resultados das ações Programa Mais médicos no Brasil.....	64
Figura 1-	Quantidade de médicos do PMM autorizados para o município de Breves	69
Fotografia 1 -	Médico do PMM do posto da unidade de saúde da família do Riacho Doce.....	71
Gráfico 4 -	Número de UBS no Município de Breves.....	76
Gráfico 5-	Número de equipes de saúde da família no Município de Breves.....	77
Gráfico 6-	Número de médicos nas UBS do Município de Breves.....	78

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Quadro de resultados das ações de contratação de médicos no Brasil através do programa mais médicos.....	57
Quadro 2-	Quadro de resultados das ações em educação do programa mais médicos.....	60
Quadro 3-	Quadro de resultados das ações em infraestrutura do programa mais médicos.....	63
Quadro 4-	Expansão de vagas em residência médica no Estado do Pará.....	65
Quadro 5-	Lista nominal de médicos cadastrados no site do ministério da saúde com atuação no município de Breves.....	70
Quadro 6 -	Evolução dos dados da atenção básica do município de breves – período 2013 à 2016.....	72
Quadro 7 -	Espaços físicos das Unidades de Saúde do município de Breves.....	79
Quadro 8 -	Equipamentos existentes nas unidades de saúde do município de breves.....	80

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ART.	Artigo
CAGED	Cadastro Geral de Empregados e Desempregados
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CELPA	Centrais Elétricas do Pará
CFM	Conselho Federal de Medicina
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
ESF	Equipe de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDESP	Instituto de Desenvolvimento Econômico, Social e Ambiental do Pará
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MEC	Ministério da Educação
MP	Medida Provisória
MS	Ministério da Saúde
PMM	Programa Mais Médicos
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde do Município de Breves
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	Contexto.....	14
1.2	Questão de pesquisa.....	17
1.3	Hipótese.....	17
1.4	Objetivos.....	18
1.5	Justificativa.....	18
1.6	Organização da dissertação.....	18
2	REFERÊNCIAL TEÓRICO.....	20
2.1	Considerações Iniciais.....	20
2.1.1	Promoção em saúde e Prevenção em Saúde.....	23
2.1.2	Atenção Integral à Saúde.....	26
2.1.3	Programa Mais Médicos.....	27
2.2	Insumos para o setor da saúde.....	29
2.2.1	Investimentos.....	32
2.2.2	Infraestrutura.....	33
2.2.3	Qualificação.....	35
2.3	Processo de atendimento de pacientes.....	37
2.3.1	Hospitais.....	39
2.3.2	Unidades básicas de saúde – UBS.....	40
2.4	Mensuração da política pública em saúde.....	42
2.4.1	Indicadores de insumos para saúde pública.....	47
2.4.2	Indicadores de processo para saúde pública.....	48
2.4.3	Indicadores de resultados para saúde pública.....	49
2.5	Considerações Finais.....	50

3	ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	51
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	56
4.1	Programa mais médicos no Brasil.....	56
4.1.1	Mudanças no curso de medicina: Novas vagas e mudanças no currículo.....	59
4.1.2	Investimentos na estrutura das UBS's no Brasil.....	62
4.2	O Estado do Pará: Contribuições do programa mais médicos.....	63
4.3	Atenção básica em saúde no município de Breves.....	67
4.3.1	Programa mais médicos: Mudanças no Sistema único de saúde do município de Breve.....	68
4.3.2	Vagas de medicina para o município de Breves.....	73
4.3.3	Estrutura das unidades básicas de saúde de Breves.....	75
5	CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES.....	83
	REFERÊNCIAS.....	86
	APÊNDICE	91
	ANEXO	94

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contexto

O propósito desta investigação é analisar a implantação do programa mais médicos no Município de Breves – Estado do Pará. O Estado do Pará tem grandes dificuldades no setor de saúde, onde a proporção de médicos para cada mil habitantes é muito baixa. Isso de certa forma caracteriza a grande desigualdade na distribuição de médicos pelas regiões brasileiras. No âmbito municipal do país vários municípios não tem sequer um médico residindo para atendimento da população.

A importância de trabalhar essa questão, reside no fato de que a saúde pública no Brasil, ao longo dos últimos anos vem sofrendo muitas críticas com relação à falta de capacidade de atendimento nas unidades de saúde e aos usuários que procuram os serviços médicos. Dentre inúmeras dificuldades apontadas pelos usuários, a falta de médicos é sempre destacada. Essa realidade gera inúmeras dificuldades para os usuários que buscam atendimento médico, os quais muitas vezes voltam para casa sem atendimento. Todo esse cenário, levou o Governo Federal a estabelecer uma Política Pública para o setor de saúde, onde se estruturou o Programa Mais Médicos através do Ministério da Saúde. Tal fato ocorreu pela edição da Medida Provisória 621 datada de 8 de julho de 2013. O objetivo de tal iniciativa é realizar a contratação de um número de médicos maior para atendimento da população.

A efetivação do programa foi feita pela contratação de médicos brasileiros formados no Brasil e no exterior além de médicos estrangeiros formados em outros países. Dessa forma esse corpo foi direcionado para trabalhar na assistência básica do SUS em pontos estratégicos do território nacional. Assim, pretende-se que o programa em tela possa minimizar os problemas decorrentes da falta de médicos no Brasil.

Na essência, o Programa Mais Médicos está estruturado em três eixos principais: i) Estratégia de contratação emergencial de médicos, ii) Expansão do número de vagas para os cursos de medicina e residência médica em várias regiões do país e iii) Infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde”.

O município de Breves, no Arquipélago do Marajó pertence a microrregião do Furos de Breves. A sede Municipal, localiza-se nas coordenadas geográficas: 01° 40’ 57” de latitude Sul e 50° 28’ 48” de longitude a Oeste de Greenwich. Ao Norte limita-se com os Municípios

de Afuá e Anajás; ao Sul com os Municípios de Melgaço e Bagre, ao Leste com os Municípios de Anajás, Melgaço e São Sebastião da Boa Vista e a Oeste com os Municípios de Melgaço e Gurupá. O Município foi criado em 30 de novembro de 1850 sendo a sede municipal considerada a maior e principal cidade do Arquipélago do Marajó. Isso se deve ao seu grau de desenvolvimento econômico. A população estimada do município atualmente supera 95.000 habitantes com densidade demográfica da ordem de 9,72 hab/Km².

A economia do município é baseada no extrativismo, destacando-se o açaí, o palmito e a madeira. A agricultura é outro segmento com alguma representatividade socioeconômica além do artesanato. Atualmente, o movimento do comércio, juntamente com a construção civil, colaboram relevantemente para o fortalecimento da economia do município, além dos empregadores públicos.

A infraestrutura de saneamento básico é precária no que se refere o esgotamento sanitário e ao abastecimento e a qualidade da água. A energia consumida no município provém do Linhão do Marajó, que é transportada por linhas de transmissão a partir da hidrelétrica de Tucuruí.

O setor de saúde do município conta com um Hospital Municipal, com atendimento médico e ambulatorial, o Hospital Regional do Marajó sob a gestão do Governo do Estado do Pará, com atendimento em UTI para adulto, Neonatal e pediátrico. E conta com aproximadamente 12 Unidades básicas de saúde para atenção primária. Também dispõe de uma diversificada estrutura para exames e diagnóstico. Esse conjunto de condições possibilitou ao município aderir ao Programa Mais Médicos.

A saúde pública gerenciada através do Sistema Único de Saúde (SUS) integra ações dos Governos Federal, Estadual e Municipal de forma descentralizada. Possui como um dos seus princípios primordiais estabelecer a saúde preventiva a toda sociedade brasileira através da atenção básica, executada principalmente pelas Unidades Básicas de Saúde da Família. A importância de se possuir uma equipe com médicos disponíveis para atender a população é critério essencial para o oferecimento de um serviço em saúde com qualidade. Os problemas enfrentados no SUS em todo país, ocasionam um descontentamento da população relacionado aos serviços oferecidos pelos agentes de saúde. Verifica-se uma demanda na procura de atendimento muito maior do que a capacidade de resposta. Esses problemas vão da falta de infraestrutura nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos municípios brasileiros (VANDERLEI, 2005), permeando a qualificação (falta de capacitação continuada) dos profissionais (BODSTEIN, 2002). Grande parcela dos médicos brasileiros, além de

possuírem seus empregos no setor público, possuem consultórios particulares, o que acaba sobrecarregando o dia a dia dos médicos e prejudicando o atendimento nas unidades básicas de saúde pública. Essa realidade é uma característica também do município de Breves.

As unidades básicas de saúde possuem como foco a Atenção Básica e a medicina preventiva e são os setores da saúde mais prejudicados pela carência de médicos. Consequentemente ocasionam problemas no atendimento aos usuários, que muitas vezes, são atendidos por enfermeiros ou técnicos de enfermagem, que não teriam essa função, mas que pela falta de médicos atendem pacientes, sem condição para tal, como forma de colaborar com os usuários que necessitam dos serviços em saúde.

Para minimizar esse problema, foi implantado pelo Governo Federal o Programa “Mais Médicos” que enfatiza a Atenção Básica e objetiva a contratação emergencial de médicos. Além disso, propugna uma melhor estrutura física e expansão dos cursos de medicina e residência médica. Espera-se desenvolver uma medicina preventiva aos usuários, com impactos positivos, visando um atendimento mais humanizado, como também a diminuição das demandas em filas de espera, a prevenção e a diminuição de doenças e fornecer estruturas com espaços e equipamentos e outros benefícios decorrentes da efetivação do programa.

No município de Breves, a área de concentração dos poucos médicos existentes em tempo pretérito ao PMM era o Hospital Municipal de Breves e o Hospital Regional do Marajó. A implantação do Programa Mais Médicos objetivou fortalecer as unidades Básicas de Saúde e garantir atendimento à população em locais onde existe a escassez de médicos e nos lugares mais distantes e de difícil acesso.

Com a implementação do programa, ocorreu à chegada de muitos médicos estrangeiros no País, principalmente de nacionalidade Cubana. Todos portando habilitação para exercer a medicina no exterior, sendo este um dos critérios estabelecidos no inciso III da Lei Federal do Artigo 3º da Lei 12.871/2013, para que um médico possa participar do programa (BRASIL, 2013). O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em pesquisa realizada no ano de 2011, aponta que 58,1% da população brasileira sofre com a falta de médicos que é o principal problema no Sistema Único de Saúde (O GLOBO, 2011). Esses dados indicam que a quantidade de médicos é insuficientes no Brasil para atender com qualidade os usuários que procuram as UBS.

O PMM é uma política pública em saúde, portanto é necessário o acompanhamento das ações. Além de médicos brasileiros selecionados pelo programa, também foram

selecionados médicos estrangeiros para desenvolver suas funções na Atenção Básica denominados de médicos intercambistas.

1.2 Questão de pesquisa

Diante do exposto, delinea-se como questão de pesquisa central para esta investigação seguinte:

Em que medida o Programa Mais Médicos (PMM) altera a realidade das condições em saúde no Município de Breves - Pará, no período de 2013 a 2015?

Estudar essa questão é altamente relevante se for considerado o levantamento feito pelo IBGE em 2009 (IBGE 2009), onde constata-se que existiam somente 06 estabelecimentos de saúde no município com atendimento ambulatorial e com médico em especialidades básicas. No total o município de Breves contava com 29 estabelecimentos de saúde. Esses dados já mostravam uma realidade vivenciada por muitos municípios brasileiros dentre os quais se configura Breves: a falta de médicos para atender os usuários do serviço público em saúde.

Na questão dos leitos para internação em estabelecimentos de Saúde público municipal, hoje o município conta com somente 174 (cento e setenta e quatro) leitos para atender uma população de 96.444 habitantes (IDESP, 2015), ou seja, uma média aproximada de 554 usuários para cada leito disponível.

Dessa forma, na dissertação investiga-se questões pertinentes a implantação do PMM em Breves, que de alguma forma possa traduzir-se em melhorias no setor de saúde local.

- a) De que forma os insumos para o setor de saúde (no caso em estudo médicos) forma adaptados ao contexto da saúde no município?
- b) Qual foi a mudança verificada no processo de atendimento aos pacientes?
- c) Que resultados efetivos podem ser obtidos com a adesão do município ao Programa Mais Médicos?

1.3 Hipótese

Para trabalhar a investigação em tela, adota-se a seguinte hipótese:

O Programa Mais Médicos no município de Breves impacta no atendimento da população pelas Unidades Básicas de Saúde, considerando os investimentos do Governo Federal em infraestrutura (prédio, equipamentos), a qualificação dos agentes de saúde (equipe de enfermagem, agentes de saúde, técnicos de enfermagem, pessoal de apoio e Médicos), a contratação emergencial de médicos e a expansão nos cursos de medicina e residência médica.

1.4 Objetivos

Portanto, objetivamente pesquisa analisou a implantação do Programa Mais Médicos no Município de Breves – Pará, compreendendo os rebatimentos no que se refere a insumos, atendimento e infraestrutura. Assim pode-se elencar como objetivos secundários:

- 1) Identificar os insumos incrementados no sistema de saúde do município no período de 2013 a 2015.
- 2) Explicar a evolução no processo de atendimento (ambulatorial e hospitalar) no âmbito municipal.
- 3) Mensurar os resultados da implantação do Programa Mais Médicos no Município de Breves.

1. 5 Justificativa

A justificativa para a realização desta pesquisa advém do fato de que ela é importante por tratar de um setor fundamental para o desenvolvimento social e econômico de um município que é a saúde. Por outro lado, apresenta-se oportuna considerando que se pretende avaliar a inserção do município de Breves no Programa Mais Médicos e verificar os resultados relevantes nos diversos aspectos pertinentes a questão. Também, a pesquisa é viável considerando a vivência do autor no lócus da ocorrência do objeto de estudo, bem como pela disponibilidade de informações e dados inerentes a questão.

1.6 Organização da dissertação

A dissertação está estruturada da seguinte forma: O presente capítulo apresentou a contextualização para a realização da investigação. No capítulo II descreve-se a

fundamentação teórica, com ênfase na avaliação de políticas públicas, a importância dos Indicadores sociais, conceituando indicador de insumos, de processos, de produto, indicadores de resultado e de impacto. No capítulo III, aborda-se a metodologia de trabalho utilizada na dissertação. No capítulo IV, traz-se os resultados obtidos e a discussão referente a problemática estudada. No capítulo V estão as conclusões e considerações finais.

2 REFERÊNCIAL TEÓRICO

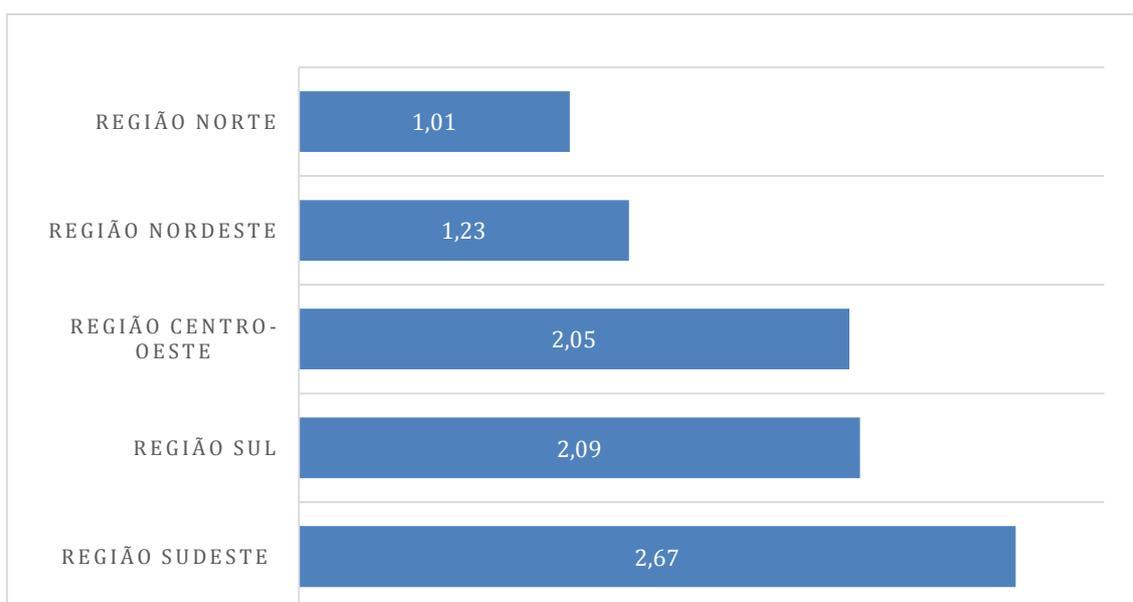
2.1 Considerações Iniciais

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído no Brasil a partir da constituição de 1988. Foi registrado em tal constituição que a saúde é direito de todos e dever do Estado, o mesmo deve garantir, mediante políticas sociais e econômicas, a 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). Na Definição de (TEIXEIRA, 2011. p. 2).

[...] o SUS é um projeto que assume e consagra os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população brasileira, o que implica conceber como “imagem-objetivo” de um processo de reforma do sistema de saúde “herdado” do período anterior, um “sistema de saúde”, capaz de garantir o acesso universal da população a bens e serviços que garantam sua saúde e bem-estar, de forma equitativa e integral.

Essa percepção sobre o SUS demonstra o seu caráter universal e a busca do bem-estar de toda a população. No entanto, para que tais premissas possam ser estabelecidas, muitos são os percalços que configuram o sistema de saúde brasileiro. A distribuição de médicos, por exemplo, é significativamente desigual entre as regiões brasileiras.

Gráfico 1 - Distribuição de médicos no Brasil



Fonte:Elaboração próprio.Com base no CFM (Demografia Médica no Brasil (2013)).

Nota-se no que há preferência dos médicos pelas Regiões Sul e Sudeste, seguidas pelo Centro Oeste. Observa-se que a escolha dos médicos pelos locais de trabalho é influenciada pelo desenvolvimento das Regiões brasileiras, prejudicando regiões como Norte e Nordeste que, levando em consideração o desenvolvimento econômico, acabam sendo pouco atrativas para os médicos.

Essa realidade também é configurada dentro dos limites dos próprios estados brasileiros. Os médicos têm preferência por desenvolver suas funções nas Capitais, o que prejudica as regiões localizadas no interior dos estados onde a carência desses profissionais é maior. O quadro dessa disparidade publicado pelo TCU (TCU, 2014, p.8), cita como as piores proporções de médicos por mil habitantes, os estados do Maranhão com índice 0,71 e o Pará registrando 0,84. Em cujas capitais os índices são muito superiores aos estaduais: São Luís com índice 2,88 e Belém com índice 3,44.

A distribuição geográfica dos médicos influencia o bem-estar social uma vez que estes são os principais provedores dos serviços de saúde (POVOA; ANDRADE, 2006, p. 1555). É importante frisar que em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), para que se tenha uma equipe de saúde da família completa, é necessário ao menos um médico desenvolvendo suas funções. A distribuição desigual no espaço geográfico prejudica grande parcela dos municípios brasileiros, principalmente os que mais necessitam do serviço público em saúde, para aqueles que possuem maiores determinantes o que implicam na vulnerabilidade social.

Insumos insuficientes no SUS geram uma série de problemas para os usuários do serviço público, e a principal área atingida é a Atenção Básica: Filas frequentes de pacientes no serviço público, falta de leitos hospitalares para atender a demanda da população, escassez de recursos financeiros, materiais e humanos para manter os serviços de saúde operando com eficácia e eficiência, atraso no repasse dos pagamentos do Ministério da Saúde para os serviços conveniados, baixos valores pagos pelo SUS aos diversos procedimentos médicos hospitalares, aumento de incidência e o ressurgimento de diversas doenças transmissíveis (POLIGNANO, 2008, p. 1).

Estudos realizados pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCOM) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em 2010 apontam que 7% dos municípios brasileiros não contavam com médicos residindo em seus limites e em torno de 25% contam com a razão de um médico para mais de 3.000 habitantes. (LEÔNIDAS, 2014, p. 18).

A necessidade de equalização entre a oferta dos serviços em saúde pública e a demanda dos usuários é condição necessária para um processo eficaz. Há várias décadas os

problemas na saúde são sentidos pela população. Em contrapartida os governos através de uma gama expressiva de programas e projetos sociais na área da saúde buscaram estruturar o SUS e garantir um serviço público em saúde com qualidade.

O Governo Federal desenvolve várias ações para a melhoria do SUS no Brasil os Projetos RONDON, Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS), Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), Programa de Apoio Social Especial Integrado (PASEI), Programa de Saúde da Família (PSF), Programa de Financiamento Estudantil (FIES), Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB).

Nota-se que são inúmeras as ações realizadas pelo Governo Federal ao longo de décadas com o objetivo de melhoria na área da saúde pública. Número expressivo de programas e projetos concentram seus esforços no fortalecimento do SUS em áreas localizadas no interior do país com maior vulnerabilidade social. Um exemplo é o PROJETO RONDON instituído pelo decreto 62.927, de 28 de junho de 1968 (BRASIL, 1968).

O Decreto de criação do Projeto Rondon estabelece que suas regiões prioritárias de atuação sejam aquelas com maiores índices de pobreza e exclusão social, bem como áreas isoladas do território nacional que necessitem de maior aporte de bens e serviços. Por essa razão, a Diretriz Estratégica do Projeto Rondon prioriza as regiões Norte e Nordeste do país. (LOPES, 2013, p.15).

Essas políticas em saúde demonstram a fragilidade do SUS nas regiões mais distantes do território brasileiro. Existe, portanto, a necessidade de mudança dessa realidade. É necessário o fortalecimento do SUS através da realização de projetos que contribuam para uma distribuição de serviços médicos mais equânime em todo o país.

O Governo Federal, embasado nos indicadores que demonstram um déficit significativo de médicos e a disparidade na distribuição de médicos nas regiões brasileiras, implementou o Programa Mais Médicos (PMM), projetando mudanças na área da saúde pública no Brasil. Com o PMM espera-se uma mudança na realidade do SUS e a melhoria de atendimento com um novo cenário na área de saúde para o futuro.

Entende-se que com a criação do programa e o fortalecimento da Atenção Básica, os serviços oferecidos pelo SUS possam obter melhoras significativas na elevação do atendimento médico, infraestrutura e criação e expansão de vagas em cursos de medicina e residência médica, impactando diretamente na vida dos usuários.

A presença do profissional médico nas Equipes de Saúde da Família (ESF) em todas as regiões do País é necessária para que possa ser oferecida a toda a população os serviços continuados em saúde, que impactam na melhoria e no bem estar de todos os usuários do SUS.

2.1.1 Promoção em Saúde e Prevenção em Saúde

De acordo com a definição do termo “promoção em saúde”, citado na 10ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ através de um material de apoio, pode-se perceber que esse termo não está ligado diretamente com as doenças na área da saúde, mas sim com a questão do bem estar e com a qualidade da saúde.¹

A Carta de Ottawa originada da I Conferência Internacional de promoção da Saúde, em 1986, ressalta que a concepção de promoção em saúde está ligada “ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo.” (carta de Ottawa, 1986, apud, Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2009, p. 18;19) Entretanto, ao longo dos tempos, e na medida que foram sendo realizadas outras Conferências Internacionais sobre a promoção da saúde essa concepção foi mudando e de acordo com o Manual técnico de Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar, a concepção de promoção da saúde “associa-se a valores como: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria.” (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2009, p. 19)

Além disso, está relacionado à ideia de “responsabilização múltipla”, uma vez que envolve as ações do Estado (políticas públicas saudáveis), dos indivíduos e coletividades (desenvolvimento de habilidades pessoais e coletivas), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e das parcerias intersetoriais, na definição de prioridades, planejamento e implementação de estratégias para promover saúde. (BUSS, 2003, apud Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2009, p. 19)

Percebe-se, pois, que a promoção em saúde perpassa por momentos históricos que definem seu papel e importância na vida de todos os indivíduos que necessitam de uma saúde de qualidade bem como de meios que os possibilitem viverem bem em sociedade.

¹ 10ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ – Material de Apoio
Oficina: Vigilância em Saúde: Promoção da Saúde – Prevenção a Doenças e Outros Agravos

Tendo em vista a importância da saúde na vida de todo e qualquer ser humano é que a promoção da saúde passou a ser vislumbrada como política de saúde, conhecida atualmente como Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), aprovada através da portaria nº 687, de 30 de março de 2006.

[...] a elaboração da Política Nacional de Promoção da Saúde é oportuna, posto que seu processo de construção e de implantação/implementação – nas várias esferas de gestão do SUS e na interação entre o setor sanitário e os demais setores das políticas públicas e da sociedade – provoca a mudança no modo de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2010, p. 15)

A Política Nacional de Promoção da saúde é uma realização e um avanço na saúde brasileira, tendo em vista que ela está ligada a objetivos, tanto geral quanto específicos, bem como a estratégias, diretrizes e também aponta responsabilidades a serem assumidas em todas as esferas de gestão (federal, estadual e municipal).

Dentro da política Nacional de Promoção da saúde foram priorizadas sete ações para o biênio 2006-2007: 1. Alimentação Saudável 2. Prática Corporal/Atividade Física 3. Prevenção e Controle do Tabagismo 4. Redução da morbidade e mortalidade em decorrência uso abusivo de álcool e outras drogas 5. Redução da morbidade e mortalidade por acidentes de trânsito 6. Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz 7. Promoção do desenvolvimento sustentável.

Portanto, o Plano Nacional de Promoção da Saúde, busca através de suas ações alcançar diversas áreas não somente da saúde, mas também no que se refere ao bem estar do individuo em vários aspectos. E ainda, torna o estado responsável no que diz respeito à qualidade na saúde dos brasileiros bem como na busca de meios que possibilite responder as reais necessidades sociais na área da saúde e também, através da chamada gestão compartilhada fazer com que essa responsabilidade seja atribuída também aos usuários, movimentos sociais, trabalhadores do setor sanitário e de outros setores, e assim buscar com eficácia a qualidade de vida do individuo.

Após destacado a questão da promoção em saúde, coloca-se em destaque outro também de suma importância que é “prevenção em saúde”, que está relacionada com o fato de impedir com que doenças venham afetar as pessoas. Para isto, surgiram vários programas de

prevenção em saúde e também ações de conscientização das pessoas em relação à busca dessa prevenção, haja vista, que de nada adianta haver programas se as pessoas não buscam meios de prevenção.

O desenvolvimento de programas e prevenção de riscos e doenças tem como objetivo a mudança do modelo assistencial vigente no sistema de saúde e a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários de planos de saúde, visto que grande parte das doenças que acomete a população é passível de prevenção (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2009, p. 20; 21).

De acordo com BUSS (2003 apud, RODRIGUES, 2013, p.28) “[...] A prevenção de doenças é baseada na epidemiologia e destina-se à detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco de enfermidades”. As ações de prevenção se apresentam de maneira importantíssima na saúde, tendo em vista que elas usam meios que identifique as doenças de forma que alcance o controle da mesma.

As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. (CZERESNIA, 2003, p 4)

Dessa forma, as ações de prevenção buscam através do conhecimento epidemiológico o controle de doenças evitando que elas afetem o mínimo possível a vida da população. Esse controle parte de um estudo em cima das doenças, a fim de que esta não obtenha o progresso indesejado, podendo, desta forma, atingir fatalmente a vida da população. A prevenção em saúde "exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença." (LEAVELL & CLARCK, 1976:17, apud, CZERESNIA, 2003, p.4)

Ambos os aspectos, promoção em saúde e prevenção em saúde, são de grande relevância na vida humana. Dessa forma, analisar de que forma essas questões estão sendo direcionadas e disseminadas na sociedade é também um aspecto muito louvável, tendo em vista que ambas possuem projetos e programas de alcance a sociedade.

Um programa deve garantir o acompanhamento específico de sua clientela, bem como a avaliação e o monitoramento por meio de indicadores de saúde. Entende-se por indicadores de saúde, parâmetros utilizados, aceitos universalmente, com o

objetivo de direcionar o planejamento das ações programáticas, avaliar e monitorar o estado de saúde da população coberta pelo programa em um período definido. (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2009, p.25)

Todo e qualquer programa direcionado a área da saúde e também em todas as áreas, deve garantir uma avaliação contínua, assim como também um acompanhamento considerável, para que assim, o público alvo seja detectado e as ações promovidas pelo programa obtenha um êxito em seus resultados, garantir assim, a melhoria na qualidade de vida da população bem como da prevenção nos riscos de doenças que afetam a sociedade de maneira repentina e excessiva sem que as pessoas ao menos tenham a chance de buscar a prevenção contra tais males.

2.1.2 Atenção Integral à Saúde

Muitos autores nomeiam essa questão como “integralidade em saúde”. Na qual, é considerada como um dos princípios doutrinários da política do Estado brasileiro para a saúde – o Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo Pinheiro²

A ‘integralidade’ está presente no encontro, na conversa em que a atitude do médico busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde. A ‘integralidade’ está presente também na preocupação desse profissional com o uso das técnicas de prevenção, tentando não expandir o consumo de bens e serviços de saúde, nem dirigir a regulação dos corpos.

A integralidade em saúde trata-se da relação médico paciente, do profissionalismo com que os médicos se revestem a fim de buscar reconhecer nos paciente a real necessidade deste em relação a saúde, e através de uma boa relação entre paciente médico e também no profissionalismo do médico em relação ao atendimento, possa resultar no paciente a satisfação necessária a sua saúde.

Este tema nos remete abordarmos sobre algo de grande importância que é o Programa de Atenção Integral à Saúde – PAIS. Este programa é conhecido por realizar atividades na área da saúde que visam o crescimento e a consolidação nos serviços de saúde que buscar garantir mudanças na qualidade de vida da população. O PAIS iniciou suas

² Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>

atividades em São Paulo em 2001, abrangendo outros municípios através de uma parceria com os gestores locais de cada um. O PAIS juntamente com os gestores criam condições para implementação de programas de saúde e capacitação dos profissionais da área.³

É notória a importância da Atenção Integral à Saúde na vida das pessoas, visto que é um meio pelo qual elas conseguem de maneira um pouco mais acessível buscar um direito que é legítimo, direito à saúde. Porém, mesmo diante de tantos programas direcionados a esta área ainda é perceptível ainda a inacessibilidade à saúde. Muitos programas ainda não funcionam de uma maneira satisfatória, muitos deles ainda marginalizam parte da população que necessita ser alcançado com mais intensidade.

2.1.3 Programa Mais Médicos

A medida provisória 621/2013, que instituiu o Programa Mais Médico, transformada na Lei 12.871/2013, destaca a preferência pela contratação de médicos brasileiros formados nos cursos de medicina no país para trabalhar na Atenção Básica em locais com déficit de médicos. Depois de esgotado o prazo para que esses profissionais possam se inscrever no projeto e restando vagas ociosas não preenchidas pelos brasileiros, as vagas disponíveis são abertas para médicos brasileiros formados em outros países.

É estabelecida uma série de regras para que as contratações sejam realizadas e preenchidas por profissionais capacitados, sejam eles médicos brasileiros ou estrangeiros. Estes devem estar aptos a atender os usuários da Atenção Básica. Aos médicos estrangeiros, um fator importante contido na Lei, é a exigência de participação no módulo de acolhimento.

O módulo de acolhimento já faz parte das medidas que objetivam a capacitação dos médicos participantes do programa. O médico é inscrito no projeto mais médicos e ao chegar ao Brasil já é instruído de acordo com as leis brasileiras e principalmente esclarecidos sobre a Atenção Básica que é a área de trabalho desses profissionais.

Outra condicionante para que os médicos estrangeiros possam participar do PMM é a relação médico paciente em seus países. Só podem ser candidatos aos postos médicos disponíveis no Brasil estrangeiros em que o país de origem possui uma relação médico paciente maior que 1,8 por mil habitantes.

A preocupação do PMM não é somente com a elevação do número de médicos, mas também, com a melhoria das condições de trabalho para toda a equipe de saúde. São

³ Disponível em: <http://www.spdmpais.org.br/site/institucional/pais.html>

contempladas ações a curto, médio e longo prazo que objetivam a oferta de um serviço de qualidade nas UBS.

As dificuldades contidas no SUS ocasionam problemas significativos no atendimento aos usuários. Existe necessidade de mudanças impactantes, que contemplem os principais eixos do PMM direcionando as ações principalmente a população de áreas de difícil acesso localizadas no interior dos municípios brasileiros e em áreas suburbanas dos grandes centros que em sua maioria não possuem atendimento médico disponível nessas localidades, além de dispor de estruturas físicas precárias para o atendimento dos usuários.

O Mais Médicos atua em várias frentes. Sobressai, entre elas, a garantia do atendimento contínuo às pessoas que não tinham assistência médica na periferia das grandes cidades, nos municípios do interior do País e nas regiões isoladas. Nessas áreas, a carência de médicos era muito acentuada. Em muitos municípios não havia sequer um médico. (BRASIL, 2015, p. 9).

“Em geral, as regiões geográficas mais isoladas e remotas e os segmentos mais pobres e desprotegidos das populações, são mais vulneráveis à insegurança assistencial acarretada pela falta ou escassez de profissionais de saúde.” (GIRARDI, 2011, p. 1) Os médicos brasileiros que exercem a medicina no sistema público, têm preferência por atuar nos centros urbanos ou em cidades mais próximas das capitais brasileiras, ocasionando uma aglomeração de médicos em poucas regiões brasileiras, enquanto a grande maioria dos estados e municípios possuem carência de médicos.

O Programa Mais Médico direciona os novos médicos para as regiões com maior carência dos profissionais, a fim de garantir uma melhor equidade na distribuição de médicos no Brasil. Sendo assim, pode-se garantir que os usuários que antes não possuíam nenhum médico para atendimento ambulatorial, tenham acesso a esse serviço público em saúde.

A principal área da saúde a ser beneficiada com a contratação de novos médicos é a Atenção Básica, pois esta é responsável pelo primeiro atendimento aos usuários do serviço público em saúde, trabalhando também nas ações de prevenção junto às famílias na sua área de abrangência.

Justificando ainda mais a opção pelo direcionamento dos médicos do PMM, a Atenção Básica, através da estratégia de saúde da família é responsável pela resolução de 80% dos problemas de saúde da população (BRASIL, 2015). Fortalecendo a Atenção Básica com a contratação de mais médicos e outras ações, busca-se diminuir gastos públicos nos setores de

alta e média complexidade da saúde, garantindo já na sua base um atendimento eficaz e de qualidade ao usuário.

Com relação à necessidade de fortalecimento da formação de novos médicos para atuar no SUS, o Governo Federal, através do Ministério da Educação, atendendo a um dos objetivos do Programa Mais Médicos, busca fortalecer através de novas diretrizes curriculares os Cursos de Medicina em todo o Brasil, aumentando o número de vagas nos cursos de graduação e elevando as oportunidades para as formações específicas na residência médica. De 2002 a 2012, o total de médicos formados em todas as escolas do Brasil conseguiu formar apenas 65% da demanda do mercado de trabalho: o déficit, neste período, atingiu o índice de 53 mil médicos (BRASIL, 2015, p. 16).

Observa-se, portanto, a necessidade de melhoria dos cursos de medicina no Brasil com a expansão do número de vagas. O número de médicos formados no Brasil ao longo dos últimos anos é insuficiente para atender a demanda de usuários que procuram os serviços públicos. O Programa Mais Médicos objetiva equacionar o número de médicos para a demanda de usuários, com o aumento da oferta de vagas e a formação de novos médicos, garantindo assim atendimento contínuo a todos os cidadãos brasileiros.

É importante frisar que a criação de novos cursos de medicina no Brasil possui áreas prioritárias, ou seja, aquelas em que a escassez de médicos é mais acentuada. Essa ação visa garantir uma distribuição mais equânime no território nacional, o que garante médicos em todas as localidades, e em número suficiente para atender a população.

Com esse direcionamento do Ministério da Educação, pretende-se sanar a carência de médicos no Brasil, retraindo ou mesmo eliminando o significativo déficit que existe nesta área. Como se observa de 2002 a 2012, o déficit de médicos para atendimento da demanda de usuários no Brasil foi de cinquenta e três mil médicos, número bastante expressivo, causando assim a falta de médicos no Sistema Único de Saúde. “O Ministério da Educação traçou metas para ampliar a quantidade de profissionais, visando chegar ao patamar de 2,7 por mil habitantes em 2026” (BRASIL, 2015, p. 16).

2.2 Insumos para o setor de saúde

A Necessidade de se possuir nas UBS insumos suficientes para a realização dos atendimentos clínicos é essencial para que os serviços possam ser oferecidos de forma

adequada. Sem os materiais necessários, improvisos e outras ações dessa natureza são realizadas pelos profissionais da saúde, prejudicando assim os atendimentos nas UBS.

Conforme O manual de estrutura física das unidades básicas de saúde, a União, os Estado e os Municípios, colocam a estratégia de saúde da família como área prioritária, devendo garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das UBS, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços (BRASIL, 2006, p. 11).

A contratação dos médicos pelo PMM é uma ação emergencial que deve ser acompanhada de ações de médio e longo prazo que garantam insumos suficientes e uma estrutura adequada para o desenvolvimento das ESF nas UBS. Sem as ações proposta o programa dificilmente terá o resultado esperado pelos usuários.

A falta ou deficiência dos serviços de saúde prestados pelo Estado – incluídos nessa prestação a assistência farmacêutica e o fornecimento de insumos terapêuticos, sem dúvida nenhuma ameaça o direito à vida e, em muitos casos, é capaz de produzir lesão irreparável a esse direito. (SILVA [ca.2002], p. 40).

É necessário que os insumos necessários, de todas as ordens, sejam eles farmacêuticos, estruturais, humanos e outros, sejam garantidos nas UBS, criando um ambiente propício e suporte adequado de trabalho ao desenvolvimento das ações em saúde. O médico em suas consultas e todos os outros profissionais que compõem a ESF devem possuir condições materiais de trabalho, pois sem estas, as ações desses profissionais se fragilizam e impactam negativamente na vida dos usuários.

Como elucida (SILVA [ca.2002]). Sem os insumos necessários nas UBS o atendimento pode se tornar inadequado e dessa formar gerar danos irreparáveis aos usuários. Desta forma, mesmo que o médico e outros profissionais em saúde sejam essenciais para o funcionamento da UBS, dificilmente se observará impactos significativos na saúde sem que se ofereça os insumos necessários a esses profissionais.

Estas questões constroem algumas opiniões adversas à implantação do PMM, o qual recebe críticas, pois leva-se em consideração que a ação única de contratação de médicos não resolverá o problema da saúde no Brasil, como nos mostra.

O Programa Mais Médicos recebe muitas críticas como: a de que o programa é uma iniciativa com interesse político, o qual não leva em consideração a qualidade do atendimento médico prestado à população; de modo que a proposta foi feita por quem não conhece a realidade do SUS; assim como o programa é um desperdício de dinheiro público, o certo seria investir em infraestrutura e políticas públicas de

saúde; além de que o médico, por si só, não resolve o problema do sistema, que não se baseia apenas na falta do profissional, mas sim na precariedade da estrutura, falta de tecnologias e insumos, tanto quanto, de equipes multidisciplinares; ainda que os profissionais do programa são mal preparados por isso podem oferecer risco à população; o programa degrada a residência médica, pelos residentes serem obrigados a prestarem serviço durante dois anos, não havendo a garantia de supervisão apta (CARAMELLI, 2013, p. ; LOPES,2013.Apud BRITO, 2014, p. 18).

Observa-se muita desconfiança com a implantação do PMM, principalmente com relação aos insumos oferecidos. É necessário, porém, compreender que o programa não leva em consideração apenas a contratação emergencial de médicos, mas ainda mudanças nas diretrizes dos cursos de graduação e residência médica e ainda, um maior investimento da infraestrutura das UBS.

Destacam-se os eixos principais do PMM, os quais se concretizados, trazem melhoras significativas a saúde, principalmente na área da atenção básica. Importa frisar, que como uma política pública em saúde, as falhas ao longo do processo surgirão. Cabe assim a equipe gestora do PMM, com todos os envolvidos buscar soluções para os possíveis óbices do programa.

Assim os investimentos em infraestrutura física, equipamentos e outros insumos, são fundamentais para que o PMM possa impactar positivamente nos serviços em saúde e garantir qualidade no atendimento aos usuários.

Considerando que a distribuição de médicos nos estados e municípios brasileiros é desigual é que existe a necessidade de se criar novos cursos na área de medicina, o PMM objetiva levar os novos cursos a área prioritária, em que existe déficit acentuado de médicos no SUS.

O local onde o médico realizou os seus estudos influencia a sua escolha de onde morar pelo fato deste, provavelmente, já ter estabelecido no local laços sociais e profissionais importantes na carreira médica, na qual o sucesso profissional depende da formação de uma rede de pacientes. Este é um elemento passível de controle por órgãos reguladores. (POVOA; ANDRADE, 2006, p. 1557- 1558).

Evidencia-se, portanto que é salutar a escolha do local pelo Ministério da Educação dos novos cursos de medicina em áreas em que a relação médico/usuário é significativamente baixa. Como indicado por (POVOA; ANDRADE, 2006) a probabilidade dos graduando desenvolverem suas funções no local onde terminam seus estudos é relativamente grande.

Considera-se importante, ainda, o local onde o médico cursa a sua residência médica. Estudo de Pinto e outros (Pinto & Machado; et al, Povoia & Andrade, p. 1556) aponta que

evidências de que os médicos tendem a permanecer no local onde realizaram sua residência médica, independentemente de serem ou não naturais do local.

2.2.1 Investimentos

A saúde pública no Brasil se universaliza a partir da constituição de 1988 com a criação do SUS. Assim, através da colaboração entre as esferas governamentais e a descentralização das ações em saúde contemplando os recursos financeiros, objetiva-se oferecer uma saúde pública de qualidade a todos os brasileiros.

Os investimentos no setor de saúde são necessários, principalmente os de ordem econômica que resultaram em melhorias neste setor. No entanto, muitos são ainda os óbices que configuram o SUS no Brasil e que devem ser superados. É preciso que os investimentos em saúde pública sejam aplicados de modo que contribuam para o desenvolvimento do setor de saúde.

A partir de 1988, o sistema de Saúde brasileiro experimentou diversos mecanismos de financiamento, entretanto ainda persistem as dificuldades para atingir o volume de recursos necessários à melhoria dos serviços ofertados à população. Nesse período, o sistema conviveu com perda de recursos e graves crises. (BRASIL, 2013, p.7).

Observa-se a necessidade dos gestores governamentais de se estabelecer meios eficazes para a garantia de investimentos suficientes para o setor da saúde. Os recursos destinados ao SUS ainda são insuficientes para que se possa cumprir o que se preceitua a constituição federal. É imperioso, portanto que os investimentos sejam aplicados corretamente, destinados principalmente para atender prioritariamente localidades mais vulneráveis.

Destaca-se também a necessidade de se investir em outras áreas que impactem diretamente na condição de saúde da população como o saneamento básico. São ações que devem garantir o bem estar de vida da população.

O SUS no município de Breves é gerenciado pela Secretaria Municipal de Saúde. Quase que a totalidade dos recursos financeiros para a realização de investimentos no setor da saúde possui como fonte o governo federal. O município portanto depende exclusivamente de convênios com o governo federal para a realização de novos investimentos no setor da saúde.

É necessário, portanto, mudanças no cenário local quanto ao financiamento da saúde pública. Devem-se criar meios que garantam além dos investimentos Federais e estaduais,

maiores investimentos municipais para que assim o município também possa contribuir de forma mais efetiva com subsídios para o setor da saúde.

As transferências realizadas pelo Ministério da Saúde para os entes federados, que representam a contrapartida da esfera federal no financiamento do SUS, não desobrigam os estados e municípios de aplicar 12% e 15%, respectivamente, de receitas próprias em Saúde. (BRASIL, 2013, p. 75).

Observa-se, portanto que o financiamento do SUS é responsabilidade das três esferas governamentais. Das receitas de contribuições estaduais repassadas ao município, 12% devem ser investidos em saúde. E da arrecadação de receitas na esfera municipal, 15% devem também ser destinados a saúde.

No entanto as fontes de arrecadação municipal são mínimas, o que acaba resultando em diminuto investimento local para o setor da saúde. Fica assim o município a depender de repasses de outras esferas governamentais, causando um sub financiamento do SUS e prejudicando o desenvolvimento do atendimento nas unidades básicas de saúde e hospitais.

É notória a necessidade de maiores investimentos no setor da saúde e em outras áreas que impactem na saúde da população. Um maior investimento no setor da saúde no município contribuiu para oferecer todos os insumos necessários para o setor da saúde. Sem essas ações o SUS porta e continuará portando inúmeras dificuldades para atendimento ao usuário. Portanto maiores investimentos com otimização dos gastos públicos em saúde contribuem para que os serviços do SUS possam ser oferecidos de forma satisfatória.

2.2.2 Infraestrutura

O acesso a uma infraestrutura adequada no setor de saúde é fundamental para que se ofereçam tanto as condições necessárias para o desenvolvimento das funções dos profissionais da saúde, quanto o acolhimento dos usuários que procuram atendimento das unidades básicas de saúde e também nos hospitais públicos.

Existe o manual de estrutura física das unidades básicas de saúde que serve como um modelo que pode ser seguido pelos municípios na estruturação desses espaços. São contemplados aspectos físicos e equipamentos básicos, necessários ao desenvolvimento dos serviços em saúde.

É importante salientar que nada impede que os municípios estejam ampliando as perspectivas estruturais trazidas, até porque, não se objetiva a padronização das estruturas físicas das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para o trabalho das equipes Saúde da Família (ESF), mas, sim, auxiliar municípios com dificuldades na definição das questões estruturais. (BRASIL, 2006, p.6).

Assim, o manual elaborado pelo Ministério da Saúde, não se trata de um modelo padrão a ser seguido, mas sim como um material de auxílio para que os municípios possam se adequar as necessidades dos usuários, realizando em seus projetos estruturais físicos e de pessoal as adaptações necessárias, de acordo com o local da unidade de saúde e as necessidades da população.

A infraestrutura das unidades básicas de saúde do município de Breves ainda está muito distante daquilo que se sugere pelo Ministério da Saúde. Além do mais os espaços, mesmo possuindo condições de atendimento ainda necessitam de adaptações para melhor atender a população.

No município a cobertura populacional das UBS ainda está abaixo de 50%. Evidencia-se, portanto, que melhoras em infraestrutura e equipamentos devem ser realizadas. Para tanto como já vimos, é necessário investimento suficiente para que os espaços e infraestrutura necessária possam ser adquiridos e beneficiar a população.

Com a cobertura populacional que o município de Breves possui, minimamente deveria ser duplicado o número de unidades básicas de saúde, para ocorrer um atendimento de 100% da população. Mostra-se que os espaços físicos ainda são insuficientes na atenção básica.

Investimentos e concretização de espaços físicos desencadeiam conseqüentemente a aquisição de um número maior de equipamentos, um aumento no número de equipes de saúde da família, o que rebate diretamente em maiores investimentos. Portanto, para a melhoria da infraestrutura da saúde no município são necessárias medidas de planejamento, políticas e econômicas que possa estruturar por completo espaços físicos suficientes e adequados ao atendimento em saúde.

Assim indicadores que embasem ações nesse sentido, quantificando a infraestrutura necessária para a melhoria do atendimento, são essenciais para que se possa planejar um sistema de saúde mais eficiente. Investimento em infraestrutura é uma das necessidades para que possa se cumprir os princípios da equidade, da integralidade e da universalidade na saúde pública.

2.2.3 Qualificação

A partir da aprovação do Programa Mais médicos, novas diretrizes curriculares foram estabelecidas pelo Ministério da Educação para os ingressantes dos cursos de medicina a partir do dia 1^a de janeiro de 2015. As ações do governo federal além de modificar o modelo de formação dos integrantes de medicina objetiva equalizar o número de vagas oferecidas nos cursos de medicina e o número de postos de emprego abertos.

Paim afirma: a crise da saúde pública no País é também uma crise de formação, pois os cursos na área de saúde, sobretudo de medicina, não conseguem formar profissionais capazes de compreender o SUS em toda a sua complexidade; o SUS passou a ser o espaço desprestigiado – não me refiro aqui aos seus problemas, que são graves – mas a um juízo prévio por parte dos alunos e seus professores. (SANTOS, et al., 2015, p. 3549).

As mudanças na formação dos profissionais da saúde motivadas pela crise da falta de médicos em várias regiões brasileiras direcionam os novos discentes a desenvolver suas funções na Atenção Básica. A Lei 12.871 torna-se obrigatório que ao menos 30% (trinta por cento) da carga horária do internato médico na graduação serão desenvolvidos na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o tempo mínimo de 2 (dois) anos de internato, a ser disciplinado nas diretrizes curriculares nacionais. Percebe-se assim, maior preocupação com a formação do profissional em saúde, voltada para a Atenção Básica. Além dessa nova obrigatoriedade nos cursos de medicina e levando em consideração as desigualdades na distribuição de médicos no território brasileiro, a oferta de novos cursos será realizada de acordo com o grau de necessidade de cada região brasileira.

Segundo a Lei, estes cursos serão localizados de acordo com os vazios de médicos no território nacional, em municípios nos quais haja redes de atenção à saúde do SUS adequadas para a oferta do curso de Medicina, incluindo: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde. O governo federal estabeleceu como meta criar, até 2018, 11,5 mil novas vagas de graduação em medicina e 12,4 mil de residência médica, com o foco nas áreas prioritárias para o SUS. (SANTOS, et al., 2015, p. 3550).

Com essa medida, espera-se diminuir as desigualdades na distribuição de médicos dentro do território brasileiro. Com uma distribuição equânime e alcançada a meta de 2,7 médicos para cada mil habitantes, chega-se a uma relação médico/paciente satisfatória. Neste cenário, todas as regiões brasileiras estariam assistidas por profissionais médicos, desenvolvendo suas funções em todas as áreas e prioritariamente na Atenção Básica.

Na área educacional, existe a necessidade de investimentos além dos cursos de graduação em medicina, na residência médica, com a expansão do número de vagas. Este processo educacional corresponde a uma especialização em uma determinada área médica, dando continuidade ao seu processo de formação.

É exatamente por dar continuidade a esse processo de formação iniciado no internato, por combinar a aquisição de conhecimentos especializados mediante um treinamento prático em serviço, que a Residência Médica adquire relevância na educação dos médicos. A diversidade de experiências práticas que a Residência propicia (em relação a casos, cenários, exames, condutas, procedimentos), associada a uma atividade teórica de sistematização e a níveis crescentes de autonomia (sem estar abandonado à própria sorte) parece compor um estágio eficaz (e insubstituível no momento) do treinamento profissional do médico. (FEUERWERKER, 1998, p. 61).

São objetivos do PMM, criar vagas em residência médica nas áreas de Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade e Programas de Residência Médica de acesso direto, nas seguintes especialidades: Genética Médica; Medicina do Tráfego; Medicina do Trabalho; Medicina Esportiva; Medicina Física e Reabilitação; Medicina Legal; Medicina Nuclear; Patologia e Radioterapia.

Importa frisar que em grande parcela das residências médicas é obrigatório que o ingressante nos cursos de pós-graduação que optarem por programa de residência médica de acesso direto, devem cursar ao menos um ano de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade.

Com relação a localidade das ofertas das vagas dos cursos de medicina e residência médica, é priorizado as áreas de maior vulnerabilidade que possuam menor relação de vagas e médicos por habitante.

Reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos (BRASIL, Lei 12.871/2013, Art. 2º § 1º, não paginado).

Observa-se que existe a preocupação com a localidade das ofertas das vagas em cursos de medicina e residência médica. Além de criar novos cursos e expandir vagas é necessário que essas ofertas sejam implementadas em locais estratégicos que garantam melhorias nos locais de maior vulnerabilidade e maior equidade entre as regiões brasileiras.

2.3 Processo de atendimento de pacientes

O atendimento no SUS considera três princípios fundamentais: O princípio da universalidade, princípio da integralidade e princípio da equidade. Levando-se em consideração o princípio da universalidade podemos destacar que o atendimento do SUS deve ser um pressuposto garantido a todos os que dele necessitarem. É dever do Estado garantir meios para que esse atendimento possa ser oferecido de forma adequada aos usuários. Pelo princípio da integralidade, a organização da ‘atenção à saúde’ implica a produção de serviços, ações e práticas de saúde que possam garantir a toda a população o atendimento mais abrangente de suas necessidades. É necessário que o estado possa consolidar ações que se concretizem em resultados benéficos aos usuários. Nesse sentido o atendimento deve ser integral, englobando ações nos níveis primários, secundários e terciários. Relacionado ao princípio da equidade, é necessário que o Estado através do SUS possa oferecer em condições equânimes, os serviços oferecidos pelas unidade básicas de saúde. Dever-se garantir, portanto que todas as regiões brasileiras possuam insumos necessários para desenvolver um atendimento com qualidade aos usuários. (MATTA; MOROSINI, [2005]).

É necessário que a União, Os estados e os municípios possam garantir através de suas ações, embasados nestes princípios, um atendimento humanizado no SUS, que seja resolutivo, e que ofereça aos usuários um serviço em saúde pública satisfatório.

Assim, para que o atendimento na área da saúde não seja oferecido de uma forma mecânica, sem nenhum interesse do profissional da saúde com a situação do usuário, o gestor em saúde deve construir junto aos profissionais das ESF, meios de motivar os servidores, para que assim o atendimento possa ocorrer ser eficaz. .

[...] pessoas obrigadas a realizar um trabalho mecânico e que somente será cumprido à custa ou de vigilância controladora ou de estímulos econômicos no estilo pagamento por produtividade. Nunca se garantirá atenção de qualidade exclusivamente a partir destes instrumentos de gestão (CAMPOS, 1997, p. 236).

Existe a necessidade que o profissional em saúde atenda aos usuários de forma humanizada. Que exista uma relação entre atendente/paciente. Dessa forma o atendimento tende a ser realizado com maior eficácia, tendo maior resolutividade e correspondendo as expectativas dos usuários. O que não deve ocorrer são atendimentos viciados em descaso com o usuário ou que o profissional realize os serviços somente como uma obrigação. Dessa forma o atendimento tende a ser inadequado, gerando grande insatisfação nos usuários.

Neste contexto quando, eventualmente, um usuário se vê prejudicado e reclama de dificuldades no atendimento, não é incomum que se estabeleça um conflito pessoal, em que o desejo do trabalhador é que não haja reclamação por parte do usuário. (BRASIL, 2010, p. 40). No entanto é necessário que o usuário possa expor suas angústias para que os gestores possam conhecer a realidade dos usuários e planejar um atendimento adequado. Os profissionais em saúde necessitam de condições para oferecer serviços com qualidade. Os usuários necessitam de serviços de qualidade para seu bem-estar. Deve-se, portanto, se conhecer a realidade do SUS, para que se possa garantir os meios pelos quais a universalidade, a integralidade e a equidade serão os pilares do atendimento nas unidades básicas de saúde.

É importante frisar que um atendimento de qualidade e alicerçado por condições mínimas para o desenvolvimento das funções médicas. Sem estas condições o atendimento é prejudicado, causando insatisfação nos usuários e trazendo prejuízos a saúde da população.

O município de Breves possui uma série de problemas gerados por vários fatores na área de saúde como: número insuficiente de médicos, estruturas físicas insatisfatórias para o atendimento aos usuários, número de equipes de saúde da família pequeno para atender toda a população, quantidade de medicamentos de farmácia básica inexpressivos, dentre outros.

Com estes problemas o atendimento aos usuários é prejudicado, pois a falta de médicos gera extensas filas e tempo de consulta inadequado. Estruturas físicas insatisfatórias e ausência de equipamentos prejudicam o trabalho do médico e resultam diretamente no atendimento ao usuário. Muitas vezes o usuário é obrigado a esperar em locais insalubres por falta de atendimento médico e de espaços adequados para receber a população.

O número insuficiente de equipes de ESF também é deletério aos serviços em saúde, pois não consegue a cobertura de 100% da população, contrastando com o princípio da universalidade. Desta forma muitos usuários ficam sem atendimento dessas equipes. Todos esses fatores são óbices para o desenvolvimento dos processos em saúde pública adequados. Aponta-se com isso que apesar do surgimento de inúmeras políticas em saúde, o atendimento ainda é deficitário.

As políticas de saúde definidas no Sistema Único de Saúde ainda não conseguem suprir a maioria das necessidades e carências na Área da saúde, devido a muitas fraudes, corrupção no sistema, entre outros aspectos, que acarretam na morosidade dos atendimentos médicos e hospitalares, na insuficiência de medicamentos entre outras peculiaridades do sistema; caracterizados por inúmeras questões como a falta de investimentos e emprego correto dos recursos na área. (NOGUEIRA, 2001, p. 102).

Referindo-se ao atendimento em saúde oferecido pelo Estado, verifica-se ainda que a população convive com a falta de recursos, acarretando na morosidade do atendimento, dentre outros aspectos. (ANJOS, 2002, p. 22).

Observa-se uma gama expressiva de fatores que contribuem para o insucesso das políticas públicas em saúde e resultam negativamente na qualidade do atendimento do SUS. É necessário, portanto uma mudança não somente econômica, mas também políticas na implementação dessas políticas. Sem esses ajustes o atendimento público do SUS continuará caracterizado como: precário, sem resolutividades, parcial e desigual.

2.3.1 Hospitais

Os hospitais são os espaços de saúde que os usuários procuram atendimento geralmente quando são encaminhados das unidades básicas de saúde. São serviços mais complexos que requerem profissionais de várias especialidades, além daquelas atribuídas ao médico geral ou de saúde da família. E ainda uma estrutura mais complexa.

Além do mais, quando os usuários são encaminhados aos hospitais é porque nas UBS não se possui mais suporte para atendimento daquele usuário necessitando assim de encaminhamento para atendimento de referência.

Os hospitais geralmente contam com o serviço de urgência e emergência para os usuários que necessitam em casos excepcionais de atendimento prioritário. Além dos serviços de urgência e emergência os hospitais possuem também consultas ambulatoriais em especialidades diversas. É responsável ainda, quando necessário, pela internação de pacientes que devem ter acompanhamento médico por um tempo mais prolongado. Além disso, é responsável pela realização de diversos exames, possuindo.

Percebe-se que os hospitais devem possuir uma estrutura mais complexa que as unidades básicas de saúde. Sendo então o local que deve receber os usuários das UBS quando os esforços das equipes de saúde da família não forem mais suficientes para o atendimento dos pacientes nas UBS.

Nesse caso, fala-se de serviços mais especializados, de complexidade secundária e terciária ou média e alta complexidade. Assim, não se trata mais de saúde preventiva, mas sim de um tratamento baseado na saúde curativa.

Contudo, a realidade dos hospitais brasileiros é em sua maioria precária, necessitando de melhores infraestruturas, diversos insumos e espaços adequados. Nestas circunstâncias o atendimento é prejudicado.

No ambiente dos serviços de saúde essa realidade se soma à sobrecarga de horas trabalhadas por parte dos profissionais de saúde, que em virtude dos baixos salários são obrigados a trabalhar em vários locais para sobreviver. As condições de trabalho também são relevantes nesse cenário. As gestões dos serviços têm demonstrado que ainda falta muito para um atendimento que seja universal e com equidade. (VIANA, 2004, p. 8).

No município de Breves a realidade não é diferente. Existe apenas um hospital municipal para atender a demanda de toda a população que é de quase 100 mil habitantes. Como já mencionado as UBS não comportam toda a cobertura populacional do município. O resultado é uma demanda de usuários muito maior que a capacidade de atendimento deste espaço em saúde.

A realidade também é de uma estrutura física inadequada para o atendimento, pois a demanda da população é bem maior que a capacidade de atendimento do hospital. Em quase totalidade de tempo, o espaço de emergência encontra-se lotado. Os leitos disponíveis são insuficientes para comportar a totalidade de usuários que deles necessitam. Esses fatores acabam impactando diretamente na qualidade do atendimento.

Aliado a estes problemas está a falta de médicos especialistas para atender a população. Em geral são somente clínicos que atendem no hospital municipal sendo que outras especialidades de atendimento são necessárias. Além do mais o número dos médicos é insuficiente para atender a demanda de usuários. O atendimento assim torna-se precário.

Estes e outros problemas retratam a realidade de atendimento do hospital público do município de Breves. Investimentos insuficientes, estruturas físicas inadequadas, falta de insumos medicamentosos e outros e profissionais em quantidade insuficiente para atender a grande demanda populacional retratam a realidade de atendimento vivenciada pelos usuários.

2.3.2 Unidades Básicas de Saúde – UBS

As UBS são os espaços de saúde responsáveis pela atenção primária do paciente. São compostas por equipes de saúde da família que cobre a população localizada nas proximidades da unidade de saúde, facilitando o acesso do usuário.

As unidades de saúde deve possuir de uma a três equipes de saúde da família que são responsáveis pelo atendimento dos usuários. Uma ESF é responsável pela cobertura de no máximo quatro mil usuários.

As Unidades Básicas de Saúde – instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem – desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade (BRASIL, 2012, p.9).

As UBS funcionam como uma estratégia de saúde da família. Objetiva através de seu atendimento reduzir os casos de doenças e consolidar o bem-estar da população. É composta por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde da família.

No município de Breves, existem diversas UBS distribuídas pelos bairros da cidade. No entanto, mesmo com os avanços, estas unidades realizam a cobertura de apenas 47% da população do município. Além as UBS localizadas na zona urbana do município, existe também um número significativo de unidades na zona rural.

Na zona rural as unidades não possuem médicos para atendimento, e nem equipes de saúde da família. São realizados nesses setores somente procedimentos básicos como curativo, sutura, acompanhamentos clínicos e outros. Geralmente existe para atendimento nas UBS somente o Agente comunitário de saúde e auxiliares de enfermagem.

Quando é necessário atendimento médico, os usuários ribeirinhos são encaminhados a Unidade Básica de saúde, localizada na sede do município que atende exclusivamente usuários da zona rural.

O Objetivo do atendimento nas UBS e diminuir a demanda dos hospitais públicos, impactando na diminuição de número de leitos e de outros procedimentos que passam a ser desnecessários se o problema de saúde é resolvido na UBS.

Os agentes comunitários de saúde visitam, as residências dos usuários localizados na zona de cobertura da UBS. Assim podem verificar a situação de pacientes que muitas vezes deixam de procurar o serviço público em saúde. Realiza também orientações quanto aos cuidados que se deve adquirir para prevenir doenças. Ao final é apresentado relatório com as demandas e necessitates, por exemplo, de visita médica em alguns locais.

Como já mencionado neste trabalho, a atenção primária, estruturada pelas UBS devem possuir alta resolutividade nos problemas de saúde da população e um papel estratégico na prevenção de doenças.

Essas unidades dependem de investimentos, infraestrutura adequada e profissionais suficientes e capacitados para atender a população. Em Breves essa realidade ainda é caracterizada pela ausência de insumos suficientes para atendimento da população.

Nota-se com a chegada dos médicos do PMM uma expansão das Equipes de saúde da família e do número de UBS, mas que ainda são insuficientes para se equiparar a demanda dos usuários.

2.4 Mensuração da política pública em saúde

O cenário que se evidencia no espaço geográfico brasileiro e em outros países do mundo é de uma crescente demanda pela melhoria dos serviços públicos que beneficiem a sociedade, seja na área da educação, transporte, saúde, infraestrutura, saneamento básico e outras. No entanto, em muitos momentos da história os governantes que representam a sociedade estão limitados à formulação e implementação de políticas públicas pelo momento econômico do país em diferentes espaços de tempo. Em muitos momentos as demandas emanadas da população geralmente são maiores que a capacidade que o Estado possui de responder a essas demandas. Além do mais, a falta de profissionais com conhecimentos técnicos e em áreas específicas é outro fator que agrega problemas na formulação das políticas públicas, sendo intensificada essa problemática na esfera municipal.

Desta forma, a falta de médicos e outros profissionais da saúde geram uma série de problemas para o SUS. De acordo com a política pública em saúde implantada através do PMM, objetiva-se melhoras no atendimento na área da Atenção Básica.

Para que as políticas públicas possam ser implementadas com efetividade é necessário primordialmente possuir um processo de avaliação eficaz

A avaliação pode subsidiar: o planejamento e formulação das intervenções governamentais, o acompanhamento de sua implementação, suas reformulações e ajustes, assim como as decisões sobre a manutenção ou interrupção das ações. É um instrumento importante para a melhoria da eficiência do gasto público, da qualidade da gestão e do controle sobre a efetividade da ação do Estado, bem como para a divulgação de resultados de governo. (CUNHA, 2006, p. 1).

Elucida-se a importância da avaliação não somente para o planejamento e formulação das intervenções governamentais, mas também para acompanhar todo o processo de tomadas de decisões que contribuem para a qualidade na gestão, tanto em relação aos gastos como na divulgação dos resultados obtidos pelo governo através de suas intervenções,

notando-se assim, que todo e qualquer projeto ou programa implementado através das ações em políticas públicas devem aderir a esse instrumento eficaz para seu melhor desenvolvimento.

Faz-se necessário que o PMM tenha sua avaliação ao longo de seu processo de implementação, para que assim verifique-se o alcance dos objetivos e metas do programa e as dificuldades enfrentadas ao longo do tempo.

Avaliação é uma operação na qual é julgado o valor de uma iniciativa organizacional, a partir de um quadro referencial ou padrão comparativo previamente definido. Pode ser considerada, também, como a operação de constatar a presença ou a quantidade de um valor desejado nos resultados de uma ação empreendida para obtê-lo, tendo como base um quadro referencial ou critérios de aceitabilidade pretendidos. (GARCIA 2001, p. 31 apud TREVISAN; BELLEN 2008, p. 535-536).

Na formulação de uma política pública são traçados objetivos e metas a serem alcançados e a avaliação, no seu início, meio e fim, dirá se os processos planejados através das ações implementadas estão em seu percurso normal no tempo e no espaço. Esse processo de avaliação se efetivará com sua devida importância a ponto de ser um instrumento que direcionará as ações de uma política pública. (retroalimentação, novas ações, inter rompimento do projeto[...]).

Ocorre então, que a primeira avaliação governamental de políticas públicas é realizada quando no momento da seleção dentre as inúmeras necessidades de uma determinada sociedade, se escolhe aquela que no momento se evidencia como prioritária e que terá o melhor resultado possível, beneficiando com mais significância a população alvo. Nesse sentido, as tomadas de decisões são importantes e necessárias, pois garantirão em tese as melhores escolhas para um cenário que demanda a necessidade de formulação, implementação e avaliação de políticas públicas para que estas possam ter sua efetividade garantida.

Uma das primeiras etapas de uma política pública está no seu processo de formulação, no entanto, antes dessa fase é necessário identificar o problema social (AGENDA21COMPERJ, 2016, não paginado). A partir deste momento torna-se necessário com muita cautela verificar a realidade em que se encontra o local para objetivar através da proposta da política pública condições futuras, melhores para aquele espaço. Neste sentido, é importante que se leve em consideração a cultura local que descreverá as particularidades de cada espaço geográfico em que as políticas públicas serão implantadas. Para tanto, é

necessário um conhecimento prévio do ambiente, que só poderá ser retratado através da pesquisa. Essas pesquisas evidenciarão as peculiaridades da área de abrangência onde cada política pública será implementada, verificando cada aspecto relevante, e criando uma identidade local, essencial para que a política pública possa ter sucesso e alcançar os objetivos. Silva e Costa (2002, p. 18 apud CUNHA 2006, p.7),

define a fase de formulação de políticas como sendo o estágio onde as propostas ganham forma e estatuto, recebendo tratamentos formais mínimos, ao serem definidos metas, objetivos e recursos. As políticas transformam-se em programas quando é explicitada a estratégia de implementação e, por uma ação de autoridade, são criadas as condições iniciais para sua implementação.

Desta forma, também se faz necessária à busca de indicadores sociais e econômicos locais que possam subsidiar as ações governamentais na tomada de decisões e no processo de formulação das políticas públicas. Neste sentido, através dos dados já coletados, o Estado, em conjunto com os demais atores envolvidos no processo de implementação de programas e projetos, terão suporte para direcionar suas ações através da elaboração de políticas públicas para as áreas prioritárias.

É importante ressaltar que na formulação de uma política pública todo e qualquer ator social, seja ele da esfera governamental, da equipe de suporte técnico do programa ou projeto proposto, da sociedade civil organizada e mesmo da própria população alvo deve ser consultado, levando em consideração cada contribuição significativa para o projeto. Isso garantirá que a política pública, ao final de sua formulação e, futuramente sua implementação, alcance um relativo consenso de todas as partes envolvidas, mesmos que de certa forma exista interesses conflitantes no processo, evitando prejuízos de uma parte ou de outra, garantido desta forma uma política pública baseada no direito democrático, onde todos os atores sociais são importantes e fazem parte de todo processo.

As avaliações podem ser discutidas em uma arena pública, onde os cidadãos têm pleno acesso às informações, à metodologia empregada e aos resultados alcançados. A avaliação torna-se, assim, um verdadeiro instrumento democrático de controle sobre a ação dos governos (ARRETCHE, 1998 apud TREVISAN; BELLEN, 2008, p.542).

Percebe-se assim que todo o processo pelo qual uma política pública passa, desde a formulação do problema, até sua avaliação, deve ser realizado de forma democrática, ouvindo todas as pessoas envolvidas, sejam elas as que participaram diretamente na implementação

das políticas públicas através das ações nos programas ou projetos, sejam elas as beneficiárias. Esse processo democrático constitui a sociedade civil e cada cidadão como coprodutor nas tomadas de decisões, desde a formulação de políticas públicas, implementação e em todo esse processo a avaliação, demonstrando transparência nas ações públicas.

Portanto, é necessário que desde a tomada de decisão e da formulação de uma política pública cada ponto seja avaliado, pois é a avaliação do processo da política pública que poderá elucidar os caminhos apontados desde a tomada de decisões (seleção da política pública) até a implementação da política e que estão sendo concretizados de forma adequada aos objetivos do projeto. A avaliação deve ser vista como um mecanismo de melhoria no processo de tomada de decisão, a fim de garantir melhores informações, sobre as quais eles possam fundamentar suas decisões e melhor prestar contas sobre as políticas públicas (ALAHARJA; HELGASON, 2000).

Após o processo de tomada de decisão e a formulação das políticas públicas, esta deve passar para o processo de implementação, que será neste caso a efetivação dos meios pelo qual se buscará alcançar os objetivos desejados que vise a mudança de uma dada realidade. É importante evidenciar que a implementação de uma política pública se faz necessária a partir do momento em que exista um problema social, econômico ou político, seja ele em que área ocorra, para que assim a política pública possa resolver o problema inicial trazendo uma mudança benéfica à população alvo.

Na fase de implementação de uma política pública (programa ou projeto), é necessário haver avaliações periódicas para que se possa verificar se os caminhos planejados no momento da formulação da política pública estão sendo seguidos de forma a garantir o alcance do objetivo final do programa ou projeto.

De importância imensurável para o sucesso da política pública, a avaliação é fator que direcionará e/ou reorganizará os caminhos e as ações de programas ou projetos governamentais. Ao elaborar uma proposta são discutidas inúmeras variáveis que podem interferir direto ou indiretamente na execução das ações dentro do processo de implementação. Uma das variáveis de significativa importância, por exemplo, é a disponibilidade de recursos financeiros.

Desta forma, com a avaliação periódica das ações propostas pela política pública, os atores envolvidos no programa ou projeto, poderão verificar se a implementação das ações estão de acordo com o planejado inicial [...] a própria realização da avaliação pode ser pensada como assegurando uma aura de legitimidade para o programa ou sugerir que algo não

vai bem em sua gestão ou que há problemas no seu desenho. (FARIA, 2005, p. 104). A partir da avaliação, poderão ocorrer mudanças no projeto inicial, tais como: Mudanças nas ações da política pública visando à diminuição de gastos desnecessários, continuidade das ações se verificado a similaridade das propostas iniciais com a execução da política pública, retroalimentação da política pública de acordo com o proposto pela avaliação da política pública, dentre outros caminhos que poderão ser tomados.

A avaliação pode ser realizada tanto antes ou durante a implementação como ao concluir a mesma ou mesmo algum tempo depois, para quando se prevê que o projeto provocou todo o seu impacto. Por outro lado, a avaliação tanto interna como externa se ocupa com o modo, em que medidas e porque tais pessoas foram beneficiadas. (COHEN; FRANCO, 1993, p. 77).

Portanto, é imprescindível em qualquer política pública, evidenciando-se as de cunho social, que exista um processo de avaliação eficaz que possa direcionar os rumos que as políticas públicas tomarão, indicando qual a população que será beneficiada naquele momento, elencando cada motivo relevante dentro do processo, realizando a avaliação em todos os momentos de implementação e mesmo ao seu final, verificando se todos os objetivos pretendidos foram alcançados, podendo ainda servir de parâmetros para a implementação de novas políticas públicas se assim obtiver uma avaliação positiva.

Porém, para que a avaliação das políticas públicas possa servir de mecanismo de monitoramento e correção, estas devem ser realizadas de forma imparcial, sem o caráter tendencioso, pois sem essa imparcialidade as avaliações de política pública se tornam mera burocracia que irão apenas satisfazer as exigências da Lei.

Neste sentido, pode-se apontar como um dos meios para que possa existir a imparcialidade nas avaliações de políticas públicas, aquelas realizadas por empresas externas, sem nenhum vínculo com os atores locais em que a política pública é implementada. Desta forma se efetiva a garantia de que os resultados da política sejam legítimos e sirvam como mecanismos para retroalimentar e direcionar novos caminhos para a política pública avaliada. Assim se garantirá a utilização eficiente dos recursos públicos sem desperdícios, garantindo ainda a prestação de contas do governo responsável pelas obras com a sociedade beneficiária, primando pela transparência das ações governamentais.

Para Schneider (2014, p. 321), dois problemas perpassam pelo processo de avaliação das políticas públicas, dos quais, um deles é de as avaliações serem tratadas como irrelevantes não tendo sua devida utilidade nos programas ou projetos públicos. Outro grande problema

apontado pela mesma autora é que na maioria das vezes as políticas públicas são formuladas sem o conhecimento de informações locais que são necessárias para subsidiar a tomada de decisões, e assim garantir confiabilidade e eficácia. Sendo assim, se as avaliações não forem tratadas como um mecanismo importante para o projeto, possuindo sua devida utilização, e se as políticas públicas não forem formuladas baseadas em indicadores locais, a política pública terá grande probabilidade de insucesso.

Como se pode perceber, as problemáticas enfrentadas pela sociedade são inúmeras e muitas vezes de difícil solução e o poder público deve se responsabilizar juntamente com toda a sociedade pela resolução ou minimização desses problemas. Avaliar o cenário social no espaço e no tempo, para que se possa tomar decisões e formular políticas públicas, se torna uma rotina necessária dos atores públicos, pois é nesse processo, por exemplo, que se direcionará investimentos para demandas prioritárias dentro da sociedade e para uma determinada demanda. Neste sentido é preciso avaliar com cautela cada passo a ser realizado. Formular e implementar políticas públicas através de ações nos programas ou projetos sem uma avaliação prévia e ao longo de todo o processo, certamente haverá desperdício de verbas públicas. Porém, se a avaliação dos programas e projetos públicos nas diversas áreas de intervenção governamental for realizada com eficácia, o sucesso e a garantia do bom investimento das verbas públicas se consolidará em ações de melhoria de vida da população e do bem-estar de toda a sociedade primando pela transparência das ações realizadas pelo poder público e com o contributo de toda a sociedade.

Contudo, é importante destacar que o processo de avaliação das políticas públicas só será eficaz quando realmente utilizados o resultados pelo poder público para redirecionar suas ações, pois do contrário, se os resultados das avaliações servirem apenas para aumentar a quantidade de documentos arquivados em prefeituras ou outros órgãos públicos se perderá a essência das avaliações dos programas e projetos que é o de ser o mecanismo que norteará todo o processo de uma política pública, desde a tomada de decisões até a sua implementação e avaliação final.

2.4.1 Indicadores de insumos para a saúde pública

Os indicadores de insumo são compostos por todos os recursos necessários para o desenvolvimento do projeto para que se possa chegar ao objetivo pretendido no modelo de referência. Portanto, para que todas as etapas de um determinado programa possam ser

desenvolvidas com sucesso é necessário que se possua todos os insumos fundamentais para a consecução dos resultados finais.

Os indicadores de Insumo correspondem às medidas associadas à disponibilidade de recursos humanos, financeiros ou equipamentos alocados para um processo ou programa que afeta uma das dimensões da realidade social (JANUZZI, 2001, p. 23).

No caso do Programa Mais médicos que pretende um melhor quadro do cenário da área da saúde pública, indicadores de insumos utilizados para a busca dos objetivos pretendidos pelo programa são:

- a) Recursos financeiros para as unidades básicas de saúde;
- b) Reformas e ampliação nas Unidades Básicas de Saúde;
- c) Equipamentos para realização de exames;
- d) Profissionais de saúde capacitados;
- e) Médicos suficientes para atendimento nos estabelecimento de saúde pública;
- f) Leitos para internação.

Insumo (*input indicators*): são indicadores *ex-ante facto* que têm relação direta com os recursos a serem alocados, ou seja, com a disponibilidade dos recursos humanos, materiais, financeiros e outros a serem utilizados pelas ações de governo. Pode-se citar como exemplos médicos/mil habitantes e gasto *per capita* com educação. (JANUZZI; BONNEFOY, 2005 apud BRASIL, 2010, p. 30).

É importante evidenciar quem fornece os insumos do programa. No caso do Programa Mais médicos, os maiores investimentos ficam às custas do governo federal, porém, para que a política possa alcançar os objetivos mensurados deve ocorrer esforços nas três esferas governamentais, todos colaborando mutuamente para o sucesso do programa, cada um com sua responsabilidade.

2.4.2 Indicadores de processo para a saúde pública

Outro indicador de importância ímpar para que uma política pública possa ser avaliada com êxito é o indicador Ação/processo. Esse indicador irá analisar todas as atividades em curso ao longo de um projeto ou programa e indicará por exemplo se as ações que estão sendo executadas durante a implementação do projeto estão produzindo os efeitos

almeçados na fase de planejamento, bem como se os insumos alocados para o programa estão sendo suficientes.

Processo (*throughput indicators*): são medidas *in curso* ou intermediárias que traduzem o esforço empreendido na obtenção dos resultados, ou seja, medem o nível de utilização dos insumos alocados como, por exemplo, o percentual de atendimento de um público-alvo e o percentual de liberação dos recursos financeiros; (JANUZZI; BONNEFOY, 2005 Apud BRASIL, 2010, p. 30).

Neste caso todas as ações e atividades desenvolvidas pelo Programa Mais Médicos fazem parte do processo desta política pública em saúde, dentre elas estão presentes, por exemplo, indicadores que apontam para:

- a) Número de consultas médicas por mês;
- b) Distribuição de medicamentos;
- c) Palestras sobre hábitos alimentares;
- d) Número de internações
- e) Percentagem de óbitos

2.4.3 Indicadores de resultados para a saúde pública

Para Januzzi, (2005) os indicadores-produtos são aqueles mais propriamente vinculados às dimensões empíricas da realidade social, referidos as variáveis resultantes de processos sociais complexos. [...] Enquanto os indicadores-insumo quantificam os recursos disponibilizados nas diversas políticas sociais, os indicadores produto retratam os resultados efetivos dessa política.

Produto (*output indicators*): medem o alcance das metas físicas. São medidas *ex-post facto* que expressam as entregas de produtos ou serviços ao público-alvo do Programa. São exemplos o percentual de quilômetros de estrada entregues, de armazéns construídos e de crianças vacinadas em relação às metas físicas estabelecidas; (JANUZZI; BONNEFOY (2005) Apud BRASIL, 2010, p. 30).

Portando, para que a gestão pública possa chegar a um produto ou resultado final, ela precisará de disponibilidades de insumos, de ações e atividades que façam com que o processo ocorra como o planejado e assim possa oferecer através dos serviços um produto que seja satisfatório à melhoria de vida e bem-estar do público alvo.

Resultado (*outcomeindicators*): essas medidas expressam, direta ou indiretamente, os benefícios no público-alvo decorrentes das ações empreendidas no contexto do Programa e têm particular importância no contexto de gestão pública orientada a resultados.; (JANUZZI; BONNEFOY, (2005) apud BRASIL, 2010, p. 30).

São exemplos de produtos ou resultados:

- a) Situação das obras do eixo infraestrutura
- b) Taxa de mortalidade infantil
- c) Índice de desnutrição
- d) Índice de doenças causadas por mosquitos

2.5 Considerações Finais

O capítulo apresentou o referencial teórico utilizado que embasou este trabalho de pesquisa. Os principais pontos destacados foram: considerações iniciais sobre o sistema único de saúde; O programa mais médicos; insumos para o setor de saúde rebatendo em investimentos infraestrutura e qualificação; O processo de atendimento dos pacientes em hospitais e unidades básicas de saúde e a mensuração da política pública em saúde, rebatendo diretamente em indicadores de insumo, indicadores de processo e indicadores de resultado.

No próximo capítulo será abordada a metodologia utilizada neste trabalho de pesquisa como tipo de pesquisa, instrumento de coleta de dados, fonte de coleta de dados, análise dos dados coletados e limitações da pesquisa.

3 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Esta dissertação avalia os impactos do Programa do governo federal Mais Médicos, na área da saúde pública, especificamente no setor de Atenção Básica, a qual o PMM é direcionado, utilizando como *locus* de pesquisa o Município de Breves – Estado do Pará.

O trabalho de pesquisa foi embasado em uma proposta quantitativa, utilizando dados estatísticos coletados através dos instrumentos caracterizados nos parágrafos seguintes. Também foi proposta a pesquisa qualitativa, entendendo-se que os dados quantitativos dispostos geraram uma mudança no cenário do setor de saúde do município de Breves.

De um modo geral, pesquisas de cunho qualitativo exigem a realização de entrevistas, quase sempre longas e semiestruturadas. Nesses casos, a definição de critérios segundo os quais serão selecionados os sujeitos que vão compor o universo de investigação é algo primordial, pois interfere diretamente na qualidade das informações a partir das quais será possível construir a análise e chegar à compreensão mais ampla do problema delineado. (DUARTE, 2002, 141).

Conceituada a pesquisa qualitativa, descreve-se a seguir a pesquisa quantitativa:

Diferentemente da pesquisa qualitativa, os resultados da pesquisa quantitativa podem ser quantificados. Como as amostras geralmente são grandes e consideradas representativas da população, os resultados são tomados como se constituíssem um retrato real de toda a população alvo da pesquisa. A pesquisa quantitativa se centra na objetividade. Influenciada pelo positivismo, considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos como auxílio de instrumentos padronizados e neutros. A pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, etc. A utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa permite recolher mais informações do que se poderia conseguir isoladamente. (FONSECA, 2002, p. 20 apud GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p. 33).

O trabalho foi produzido utilizando-se inicialmente como suporte a pesquisa bibliográfica. A pesquisa bibliográfica em um trabalho científico possui importância imensurável, pois os estudos e dados levantados pelo pesquisador, sejam eles através forma impressa ou eletrônica, oferecem suporte teórico a pesquisa, colaborando para a consecução dos objetivos finais.

Portanto, foi realizada uma revisão bibliográfica relacionada ao tema proposto para este trabalho, embasando esta pesquisa com estudos similares e autores que trabalhem os assuntos pertinentes a temática desta pesquisa os quais deram suporte ao trabalho. Tal

procedimento utilizou como meios de fontes para análise, livros, revistas, internet, jornais e outras que possam colaborar com o desenvolvimento deste trabalho.

A pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem, porém, pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta (FONSECA, 2002, p. 32 apud GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p. 33).

Os dados obtidos nesta pesquisa são os que caracterizam o PMM quanto aos aspectos relacionados à contratação emergência de médicos para atender os usuários do serviço público em saúde, dados que descrevem as mudanças em relação à infraestrutura das UBS e também aqueles que indicam os impactos na área educacional que configuram mudanças nos cursos de medicina após a aprovação da Lei 12.71/2013 que institui o PMM no Brasil.

Os dados obtidos possuem como espaço geográfico o território brasileiro, mas enfatiza como *locus* desta pesquisa o município de Breves. Foram utilizados ao longo da pesquisa dados quantitativos e qualitativos que deram suporte a este trabalho.

O tempo destinado a esta pesquisa coincidiu com o período de implantação do Programa Mais Médicos no município de Breves, os dados coletados em sua grande maioria foram àqueles compreendidos no período de 2013 a 2015 e alguns pretéritos a este período. Foram coletados ainda dados que caracterizam a Atenção Básica no município de Breves. Desta forma, pode-se verificar os impactos da implantação do Programa Mais Médicos no município.

Levando em consideração que o Programa Mais Médicos inicialmente é direcionado exclusivamente a Atenção Básica do Sistema Único de Saúde, a pesquisa será realizada nas Unidades Básicas de Saúde do município de Breves, que por estarem enquadradas nos requisitos solicitados em edital pelo governo federal aderiram ao referido programa, recebendo assim, nas UBS, médicos estrangeiros regidos pelo contrato de trabalho do PMM.

Ressalta-se que as UBS devem estar capacitadas estruturalmente (possuindo os insumos necessários para o desenvolvimento dos processos médicos) para receber os médicos do programa. Desta forma a contratação de médicos não se torna uma ação isolada do programa, mas investimentos em infraestrutura também são metas desta política em saúde. Associando o crescimento da demanda de médicos para atender os usuários a uma estrutura

adequada das UBS, se objetiva desenvolver atividades no serviço público em saúde com qualidade aos usuários.

Segundo as normas do Ministério da Saúde as UBSs devem ser compostas por:

[...] pelo menos uma equipe de saúde da família, compostas por no mínimo um médico da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Poderão ser ampliadas contando com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. (LOPES, 2013, p. 21).

Todas essas características que fundamentam e consolidam uma estrutura de básica de UBS foram objeto de estudo para que desta forma se pudesse descrever as condições de trabalho que os médicos do programa possuem para desenvolverem suas atividades dentro do município.

Existem dentro do município de Breves doze unidades de saúde da família. Estas são divididas por bairros que possuem delimitados a sua área de abrangência para o atendimento aos usuários. Existe ainda uma unidade básica de saúde destinada exclusivamente a atender moradores ribeirinhos vindos do interior do município.

As principais fontes que foram utilizados para a coleta de dados estatísticos foram as agências responsáveis pela criação de informações na área de saúde. Assim pode-se citar o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), O DATASUS, o IDESP, o portal do Ministério da Saúde dentre outros.

Neste caso, utilizar-se-á fontes de dados secundários produzidos e publicados por um número expressivo de autores e pelos entes federal, estadual (Pará) e municipal (Breves) do território brasileiro através de fontes de dados pertinentes ao tema.

A metodologia de dados Secundários consiste na utilização de informações já existentes em diversas fontes como IBGE, IPEA, outras instituições e fundações governamentais de várias instâncias, relatórios internos de empresas, entre outros. As informações pertinentes ao objeto de estudo são coletadas, tabuladas e analisadas com o objetivo de produzir conhecimento a partir da conexão de dados antes dispersos nessas fontes. Estes dados, em especial demográficos, auxiliam na realização de outros tipos de pesquisa, ao oferecer um quadro de informações ainda maior sobre o ambiente investigado. (CP2, 2016, não paginado).

Foi aplicado ainda, questionário aberto com a Secretária Municipal de Saúde do município de Breves. Essa coleta de dados teve o objetivo de analisar quais as mudanças ocorreram após a implantação do Programa Mais Médicos, em espaços de tempo anterior e durante a implantação do programa, o que sugere uma visão comparativa entre duas

realidades, o que melhorou com relação à infraestrutura, qualidade no atendimento, espera pelo atendimento. Ainda verificou-se dificuldades que acabaram sendo adquiridas ou permanecidas após a implantação desta política pública em saúde.

Questionário é um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador. Em geral, o pesquisador envia o questionário ao informante, pelo correio ou um portador; depois de preenchido e devolvido o questionário dentro de um prazo razoável. (MARCONE; LAKATOS, 2008, p. 208).

Esta pesquisa teve como objeto de estudo os usuários do serviço público em saúde do município de Breves, especificamente aqueles ligados a Atenção Básica, pois de acordo com a Lei 12.871/2013, o PMM é destinado a esta área de abrangência da saúde pública.

Sendo assim o trabalho objetivou identificar as mudanças ocorridas na área da saúde do município de Breves e os impactos que essas mudanças causaram na vida dos usuários do serviço público tendo como local de pesquisa nas UBS da zona urbana.

Ao final de toda a coleta de dados foi realizado o tratamento e análise das informações obtidas, na qual se objetivou inferir os resultados da pesquisa. A partir desta análise, se evidenciou através de todos os dados as respostas para os principais pontos desta pesquisa, o que culminou na criação de gráficos e tabelas. Desta forma, este trabalho colabora no sentido de oferecer resultados que mostram uma realidade através de indicadores dos serviços de Atenção Básica em saúde. De posse desses dados os gestores municipais podem estabelecer prioridades e prestar os serviços em saúde pública de forma a satisfazer as necessidades da comunidade da área assistida pelas UBS do município de Breves.

Na tabulação e análise dos dados foram primeiramente disponibilizados os números primários ou brutos. Esses dados numéricos se transformaram em gráficos e tabelas, possuindo análise realizada a cada dado compreendido.

Nesta pesquisa, utilizou-se os procedimentos estatísticos descritivos. Sua estrutura foi sequenciada pelas seguintes ações: inicialmente foi realizada a coleta de dados de acordo com os instrumentos já destacados neste trabalho, após essa fase realizou-se a organização dos dados coletados buscando de forma cautelosa ordená-los da melhor forma para que os mesmos pudessem colaborar com a consecução dos objetivos desta pesquisa.

Sequentemente, foi realizada a representação de todos os dados coletados através de tabelas, gráficos, mapas e outros, para que o leitor tenha a percepção e o entendimento claro

das características que descrevem os processos de implantação do PMM e os impactos causados pela implantação do Programa Mais Médicos no município de Breves.

De acordo com os dados coletados nesta pesquisa, esta delineou a estrutura da Atenção Básica de saúde no município de Breves no período de 2013 a 2015, enfatizando as estruturas físicas e de pessoal, como a contratação emergencial de médicos e os impactos que essa ação causou, estimando ainda a cobertura das Unidades de Saúde da Família e os avanços ou retrocessos na formação de médicos para o município.

Levando em consideração toda a motivação e as necessidades do governo federal que culminaram na implantação do programa Mais Médicos no Brasil; considerando os aspectos estruturais (espaços físicos e corpo funcional); considerando a necessidade da contratação de um maior número de médicos para os municípios que possuem características identificadas como a do município de Breves, e ainda considerando as ações educacionais que visam a médio e longo prazo eliminar ou minimizar o déficit de médicos no país e distribuir de forma equânime esses profissionais em todos os estados e municípios brasileiros; buscou-se realizar a avaliação do programa mais médicos, especificamente no município de Breves, para que se pudesse assim compreender seus reais resultados nesta localidade, com o suporte de todos os dados coletados ao final desta pesquisa.

As limitações da pesquisa ocorreram devido à disponibilidade muito diminuta de dados estatísticos relacionados ao *locus* da pesquisa, ou seja, ao município de Breves. As principais agências governamentais responsáveis pela criação desses dados estatísticos limitam a disponibilidade dos mesmos em sua maioria a nível nacional, abrangendo muito pouco o nível mais local.

Contudo, poucas são as produções a nível local o que causa problemas para pesquisadores nessa área. Indicadores municipais produzidos são quase que inexistentes em Breves. Assim, a pesquisa se embasa muito tecnicamente em legislações e os poucos trabalhos já produzidos.

Outro fator que dificultou a nossa pesquisa foi o fato de o PMM ser um programa ainda recente. Este fato acaba colaborando com o primeiro aspecto negativo que é a carência de informações. Sendo que as informações no site do ministério da saúde, principal fonte de dados quantitativos do programa, possui quase que exclusivamente dados a nível nacional.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 O programa mais médicos no Brasil

O Programa Mais Médicos do governo federal foi implantado com o intuito de melhoria das condições de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde da Família. Essa política pública destinada a área da saúde possui em seu bojo três eixos principais a serem seguidos: Eixo provimento emergencial, eixo infraestrutura e eixo educação.

Como discorrido ao longo deste trabalho, o sistema de saúde público brasileiro enfrenta grandes dificuldades no seu processo, o que acaba culminando em um atendimento muitas vezes inadequado, com grande espera em filas, precarização dos espaços físicos e corpo funcional insuficiente para atender a demanda de usuários que procuram o serviço público em saúde.

Seguindo esta linha de pensamento, um dos principais eixos do Programa Mais Médicos é a contratação emergencial de médicos que se desloquem aos locais em que a carência desses profissionais é um fator constante. Portanto, objetiva-se com esta ação garantir atendimento médico aos usuários desassistidos por esses serviços e ainda realizar uma melhor distribuição dos médicos no território brasileiro, elevando o número de médicos disponíveis para atendimento aos usuários.

As contratações imediatas são orientadas por normas que estabelecem que os médicos contratados desempenharão suas atividades em locais de vulnerabilidade em que muitas vezes inexistem médicos para atendimentos ou que a dificuldade de fixar médicos é significativa nestes locais. São municípios localizados no interior dos estados, lugares de difícil acesso e regiões de subúrbio, localizados nos grandes centros urbanos.

A seguir, apresenta-se no quadro dados disponibilizados pelo ministério da saúde, que informa o avanço do quantitativo de médicos que foram contratados no Brasil após as ações realizadas em função da implantação do Programa Mais Médicos no Brasil.

Quadro 1 – Quadro de resultados das ações de contratação de médicos no Brasil através do programa mais médicos.



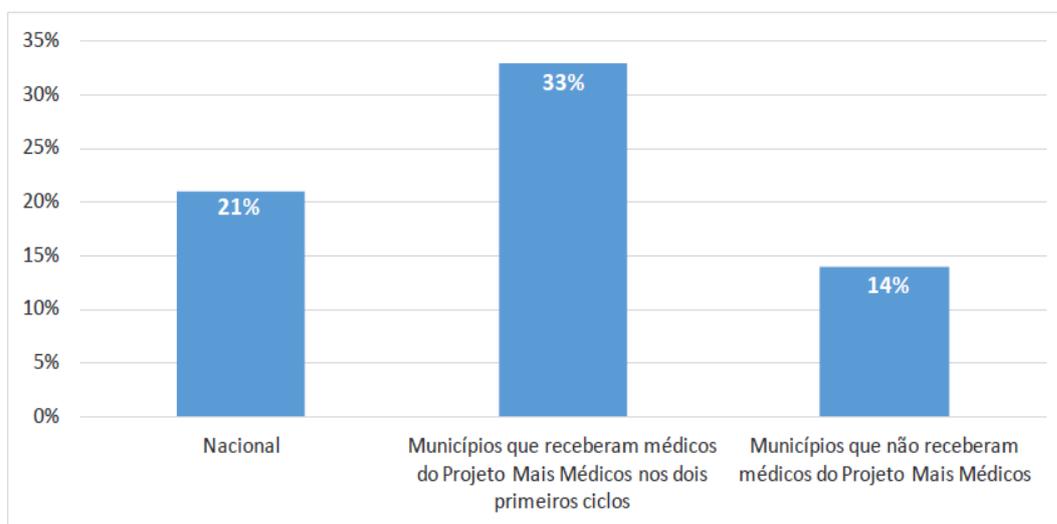
Fonte: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/>>

Como podemos perceber, com a contratação de mais médicos para o Brasil, houve um aumento significativo na cobertura dos municípios brasileiros. Os 18.240 médicos contratados com a implantação do programa distribuídos em 4,058 municípios brasileiros e outras localidades de difícil acesso, garantem o atendimento segundo o Ministério da Saúde de mais 63 milhões de pessoas que antes não contavam com atendimento médico.

Nota-se, portanto, um aumento significativo no quadro funcional de médicos que atuam no território brasileiro, contudo, prioriza-se localidades em que existe um déficit elevado de médicos e não os grandes centros urbanos. Ademais, é importante salientar que a distribuição de médicos pelo território brasileiro também foi alterada. Se antes a concentração de médicos era mantida nas grandes capitais e centros urbanos, com a distribuição dos novos médicos contratados pelo programa, se busca diminuir essa desigualdade e assim universalizar o atendimento dos serviços médicos no Brasil.

Dados de significativa importância construídos a partir de auditoria do programa Mais Médicos, realizada pelo Tribunal de Contas da União nos municípios brasileiros, mostram um crescimento no número de consultas mensais nesses municípios como podemos ver no gráfico 2 elaborado por esta instituição governamental.

Gráfico 2 -Elevação no número de consultas nos municípios brasileiros no período de 2013 a 2014



Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica – Siab.

Nota: Comparação realizada entre os períodos de dezembro de 2012 a abril de 2013 (período anterior ao Projeto Mais Médicos para o Brasil) e dezembro de 2013 a abril de 2014 (período após a entrada de médicos do 1º e 2º ciclo do Projeto Mais Médicos para o Brasil).

Nota-se que os municípios brasileiros foram divididos em três grupos: o primeiro grupo mostra o aumento de 21% do número de consultas, considerando todos os municípios brasileiros, tanto aqueles que receberam os médicos do programa, quanto aqueles que não os receberam.

Já no segundo grupo, se observa os impactos nos municípios que receberam médicos do PMM nos dois primeiros ciclos. Para esses municípios, o aumento no número de consultas mensais é de 33%, ou seja, maior que a média alcançada entre todos os municípios brasileiros.

Contudo, o terceiro grupo de municípios brasileiros, conta com aqueles que não receberam nos dois primeiros ciclos médicos do Programa Mais Médicos. Nestes municípios, observa-se um aumento no número de consultas de apenas 14%, inferior aos dois primeiros grupos.

Com esses dados podemos observar que o resultado demonstrado no gráfico 2, com relação ao número de consultas nos municípios brasileiros é mais significativo naqueles municípios que receberam os médicos do programa Mais Médicos do que naqueles que não receberam. Isso demonstra que o programa de certo modo traz uma melhora para o atendimento aos usuários em saúde de acordo com o aumento na produtividade e dos indicadores em saúde nos municípios.

4.1.1 Mudanças no curso de medicina: Novas vagas e mudanças no currículo

Dados significativos que se faz necessário destacar nesta pesquisa é com relação ao eixo educacional. Apontado com um dos problemas para a carência de médicos no sistema público de saúde brasileiro, a formação de médicos nos cursos de medicina é insuficiente para atender a demanda de usuários. Esse fator acaba trazendo sérias consequências nocivas aos usuários que necessitam do serviço público em saúde, pois devido essa carência, muitos municípios até então, ficavam desassistidos de atendimento médico nas UBS.

Essa problemática se evidencia nos dados apontados pelo Ministério da Saúde no trabalho de Lopes, (2013, p. 10):

O MS, tendo por base dados do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED), do Ministério do Trabalho e Emprego, informou em seu Portal da Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013a) que no período de 2003 a 2011, o Brasil criou 147 mil postos de emprego formal para médicos em contrapartida à graduação de 93 mil profissionais, portanto, resultando em déficit de 54 mil médicos.

Como se observa nos dados do Ministério da Saúde, a capacidade de formação de médicos nos cursos de graduação das universidades brasileiras se mostra insuficiente para preencher os postos de empregos criados pela necessidade de atendimento à população. Esse fator traz consequências deletérias para o SUS, pois o déficit de médicos colabora para que a concentração desses profissionais se estabeleça em locais com maior infraestrutura, prejudicando assim aos lugares localizados em interiores e de difícil acesso.

Sendo assim, o eixo educacional também é um dos pilares do Programa Mais Médicos. Através do programa e em parceria com o Ministério da Educação, objetiva-se aumentar as vagas nos cursos de graduação por todo o Brasil, garantindo assim o preenchimento dos postos de trabalhos criados para esses profissionais. Importante frisar que a oferta de novos cursos de medicina, também obedecem às normas estabelecidas pelo Programa Mais Médico que priorizam cidades que possuem um déficit de médicos elevado. Cria-se assim um precedente para que as novas vagas dos cursos de medicina sejam destinadas em tese a candidatos que têm maior probabilidade de desenvolver seus serviços no local onde os cursos serão ofertados.

Segundo os dados disponibilizados no portal do Ministério da Saúde, no ano de 2013, ano de lançamento do programa, a proporção de médicos no território brasileiro era de 1,8 médicos por mil habitantes. A meta do governo federal com as ações desenvolvidas na

área da saúde e principalmente com aquelas desenvolvidas pelo Programa Mais Médicos é chegar à casa de 2,7 profissionais médicos para cada mil habitantes em 2026. (MAISMEDICOS, 2016, não paginado).

Quadro 2 - Quadro de resultados das ações em educação do programa mais médicos.



Fonte: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/>>.

Observando o quadro 2, percebemos um aumento significativo no número de vagas de graduação em medicina. São mais 5.306 vagas de graduação ofertadas, sendo que destas 1.620 são ofertadas em universidades públicas e 3.616 em instituições de ensino privadas. Essa ação do Programa Mais médicos tem por objetivo diminuir o déficit de médicos no Brasil, equacionando com o passar do tempo o número de postos de trabalho criados em relação a demanda de usuário que necessitam desses serviços médicos.

É importante ressaltar que existem metas a serem alcançadas pelo PMM, e como também podemos observar no quadro, até em 2017 objetiva-se criar 11.500 vagas nos cursos de medicina por todo o Brasil.

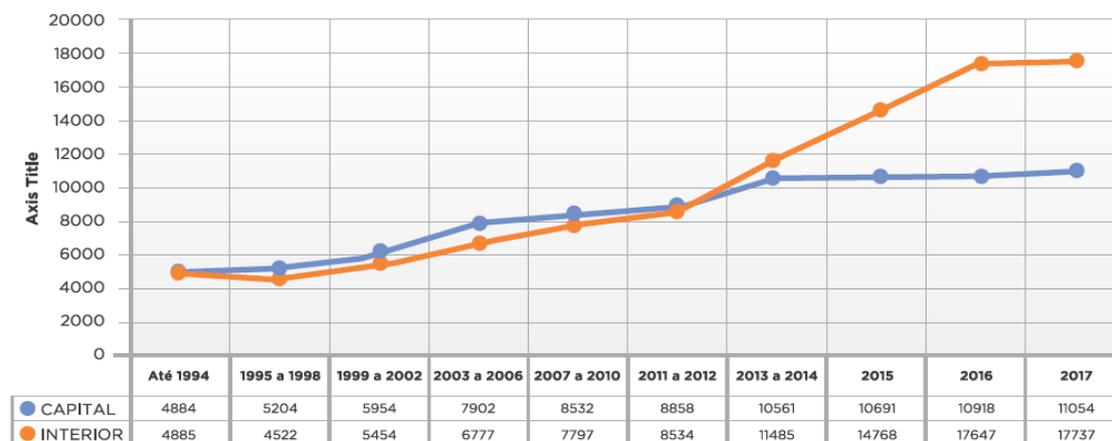
Em se tratando de residência médica, etapa fundamental para a formação dos profissionais médicos em saúde, observa-se a criação de 4.742 novas vagas no território brasileiro, com meta progressiva de se chegar no ano de 2018 a 12.400 vagas.

A importância das vagas de residência médica é evidente, pois se trata da especialização dos médicos que concluíram os cursos de graduação. Importante frisar que essa

etapa de formação tem o objetivo de habilitar médicos a desenvolver suas funções em várias especialidades, como: Genética Médica; Medicina do Tráfego; Medicina do Trabalho; Medicina Esportiva; Medicina Física e Reabilitação; Medicina Legal; Medicina Nuclear; Patologia; e Radioterapia. Medicina Geral de Família e Comunidade.

Se antes do programa as vagas nos cursos de medicina eram oferecidas principalmente nas capitais brasileiras, com as ações do programa Mais médicos, apoiadas pelo Ministério da Educação, aumenta consideravelmente a oferta de vagas para as cidades localizadas no interior dos estados brasileiros. Observa-se nos dados disponibilizados pelo MS, o número de vagas abertas no território brasileiro é expressivo. Esse número se torna mais significativo ainda quando se observa que as vagas se destinam principalmente a municípios em que a carência de médicos é maior, onde a vulnerabilidade da população é significativamente elevada.

Gráfico 3- Número de vagas nos cursos de medicina oferecidos nas capitais e nos interiores brasileiros.



Fonte: SERES/SESU/MEC.

Portanto, as ações desenvolvidas pelo Ministério da Educação, com a atual metodologia de distribuição dos cursos de medicina, objetiva ampliar o número de médicos para atendimento na Atenção Básica, melhorar a distribuição dos médicos no desenvolvimento de suas atividades profissionais em todo o território, além de ter como proposição uma formação alicerçada em um novo currículo para os cursos de medicina no Brasil.

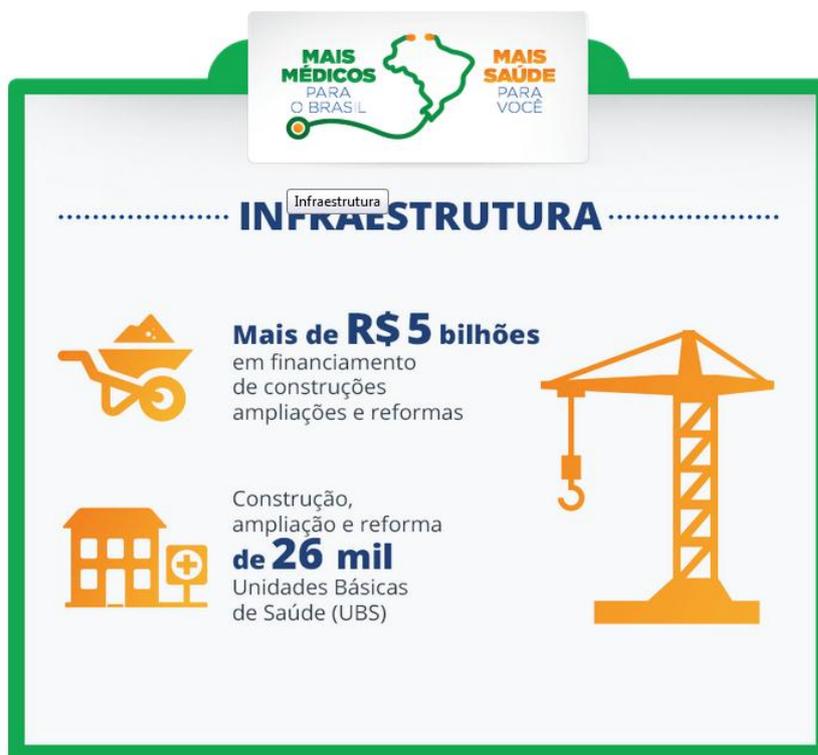
4.1.2 Investimentos na estrutura das UBS's no Brasil

Não obstante da falta de médicos no SUS, a estrutura física das UBS muitas vezes inadequada para os desenvolvimentos das atividades, se configuram como óbices para que os serviços em saúde possam ser oferecidos de forma adequada. É com esta preocupação que o governo federal possui como um dos eixos centrais do programa Mais Médicos o investimento na infraestrutura nas UBS para que se possa oferecer aos profissionais que atuam nessas unidades e aos médicos do programa, insumos necessários de suporte aos trabalhos em saúde.

A contratação de médicos pelo programa é necessária. Os investimentos em educação com criação de novas vagas nos cursos de medicina e mudanças no currículo também são ações imprescindíveis para a melhoria do serviço básico de saúde no Brasil. Porém, se essas ações não forem acompanhadas dos insumos necessários no que concerne a espaços físicos adequados das unidades básicas de saúde, instrumentos de trabalho (equipamentos e medicamentos), e outros materiais necessários ao desenvolvimento das atividades médicas, dificilmente poderá se observar impactos positivos e significativos no atendimento ao usuário em saúde.

Neste sentido o governo federal através do programa mais médicos, além das ações já realizadas em contratação de médicos e melhoria nos cursos de medicina, também realizou investimentos na infraestrutura das unidades básicas de saúde por todo o Brasil. São reformas, aplicações e construções de novas unidades básicas de saúde. Segundo os dados do Ministério da Saúde já são mais de 5 bilhões de reais investidos em infraestrutura destinadas a 26 mil UBS. (MAISMÉDICOS, 2016, não paginado).

Quadro 3-Quadro de resultados das ações em infraestrutura do programa mais médicos.



Fonte: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/>>.

Os dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde que indicam ações concomitantes entre os três principais eixos do Programa Mais Médicos, sugerem impactos a curto, médio e longo prazo no SUS. Emergencialmente é minimizada a carência e a distribuição de médicos com a contratação desses profissionais. As ações direcionadas aos cursos de medicina e de residência médica, visam a médio e longo prazos, suprir a demanda de profissionais em número necessário para atendimento dos serviços de saúde no Brasil, além de formar profissionais com formação adequada para trabalhar na Atenção Básica de saúde. E por fim, o eixo de infraestrutura, busca oferecer os insumos necessários ao desenvolvimento dos trabalhos do profissional em saúde para que desta forma os serviços possam ser oferecidos de forma adequada aos usuários.

4.2 O Estado do Pará: contribuições do programa mais médicos

O Pará, estado da região norte do Brasil, possui em seu território 144 Municípios. Sendo este estado parte integrante da federação brasileira, possui características comuns ao território nacional quando a referência é a Atenção Básica em saúde, ou seja, é necessário o

fortalecimento das instituições da área de saúde no estado do Pará para a melhoria do atendimento aos usuários.

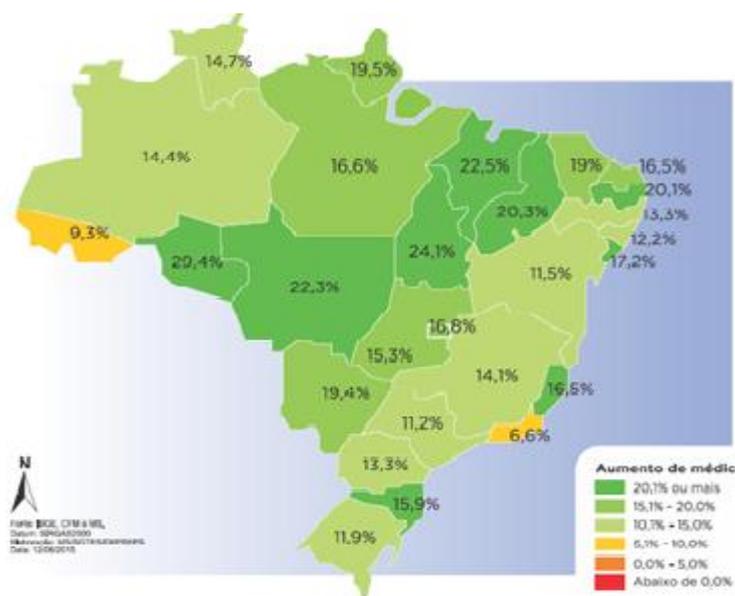
No entanto, suas particularidades caracterizadas pela heterogeneidade dos estados brasileiros e sua economia diferenciada são características que influenciam diretamente nas ações relacionadas a saúde e a Atenção Básica no Estado do Pará. Muitas vezes essas diferenças acabam intensificando características deletérias no estado.

Assim, o estado do Pará, é mais um que necessita das ações do Programa Mais Médicos, pela necessidade de elevação imediata do número desses profissionais em saúde que possam atender os usuários do SUS. A melhoria em infraestrutura e a expansão das vagas do curso de medicina também são ações imprescindíveis para a melhoria da qualidade de atendimento na área da saúde nesta região brasileira.

Entende-se, portanto, que o estado do Pará se enquadra, assim como vários outros, nos critérios que ensejam ações do Programa Mais Médicos para a melhoria do atendimento público em saúde em todos os seus municípios.

Observa-se com as ações do programa mais médicos um aumento significativo do número desses profissionais em todos os municípios paraenses, inclusive em reservas indígenas que antes da implementação deste programa não era atendida por serviços médicos. Em termos gerais, o número de médicos teve um aumento de 16,6% como mostra o mapa a seguir.

Mapa 2- Resultados das ações Programa Mais médicos no Brasil



Fonte: DEPRES P et al. (2015).

Importa destacar, que as ações que ocorrem no estado com a elevação do número de médicos não são isoladas. Acompanhadas da contratação do número de médicos, o estado do Pará também foi beneficiado com a expansão das vagas nos cursos de medicina e ainda com a autorização para a criação de novos cursos em três municípios paraenses em que o município de Breves é beneficiário. Segundo os dados disponibilizados no portal do MS, foram criadas em universidade privadas 116 vagas nos cursos de medicina, todos na cidade de Belém, capital do Estado.

Ainda se destaca na observação dessas ações o aumento das vagas nos cursos de residência médica no estado, objetivando o aperfeiçoamento e aumento nas especialidades médicas dentro do Pará. Quatro municípios receberam expansão no número de vagas.

Quadro 4- Expansão de vagas em residência médica no Estado do Pará

MUNICÍPIO	Especialidades	Número de vagas
Ananindeua	CIRURGIA GERAL	2
	ORTOPEDIA E	2
	TRAUMATOLOGIA	
BELÉM	ANESTESIOLOGIA	6
	CANCEROLOGIA/C	3
	LÍNICA	2
	CARDIOLOGIA	1
	CIRURGIA	2
	CARDIOVASCULAR	5
	CIRURGIA DA MÃO	2
	CIRURGIA GERAL	
	CIRURGIA GERAL –	1
	PROGRAMA AVANÇADO	1
	CIRURGIA	2
	PEDIÁTRICA	
	DERMATOLOGIA	2
ENDOCRINOLOGIA		
E METABOLOGIA	5	

	ENDOSCOPIA	3
	MEDICINA DE	2
	FAMILIA E COMUNIDADE	1
	MEDICINA	5
	INTENSIVA	2
	NEFROLOGIA	1
	NEUROLOGIA	2
	OBSTETRÍCIA E	
	GINECOLOGIA	
	PEDIATRIA	
	REUMATOLOGIA	
	UROLOGIA	
BRAGANÇA	CLÍNICA MÉDICA	5
	PEDIATRIA	5
SANTARÉM	ANESTESIOLOGIA	2
	CANCEROLOGIA	2
	CIRURGIA GERAL -	
	PROGRAMA AVANÇADO	2
	GINECOLOGIA E	4
	OBSTETRÍCIA	2
	INFECTOLOGIA	2
	MEDICINA	1
	INTENSIVA	2
	NEUROCIRURGIA	
	PEDIATRIA	
TOTAL DE VAGAS		79

Fonte: Elaboração própria (2016) Com base nas informações do Ministério da Saúde

O Quadro 4 apresenta a distribuição da expansão de vagas em residência médica nos municípios selecionados. Embora Breves não figure na tabela, o resultado dessa expansão prevista, rebate diretamente nas necessidades do município. Considerando que o interesse desta pesquisa é avaliar a implementação do programa Mais Médicos no município de Breves, esses números apontam para possíveis melhorias. Em (FEUERWERKER, 1998, p. 61) trata-

se a questão da importância do processo de continuidade do processo de formação, apontando que esse é o insumo fundamental para a melhoria do tratamento e atendimento em saúde pública. Dessa forma, o programa não tem possibilidades muito concretas de avançar no município, se for considerando que o atual corpo de médicos atuando no local tem data de chegada e de partida.

Em relação a implantação de novos cursos de medicina, importa frisar que segundo o MS, no Estado do Pará não foi criado nenhum curso até o presente momento. No entanto, de acordo com o edital 001 de 1 de abril de 2015, foram selecionados para receber novos cursos de medicina quatro municípios paraenses: Bragança, Breves, Cametá e Castanhal.

Portanto, pode-se evidenciar que melhorias nos insumos da área da saúde foram observadas no Estado do Pará, assim como em todo o Brasil. Porém não cabe aqui aprofundar essas ações a nível estadual, sendo necessário que se efetive um estudo mais detalhado para que possa se verificar se os insumos alocados foram capazes de no decorrer do processo gerar resultados que impactam significativamente o atendimento em saúde do estado do Pará.

4.3 Atenção básica em saúde no município de Breves

O município de Breves possui uma população de aproximadamente 97 mil habitantes segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (Censo 2010). O Atendimento em saúde pública é concentrado em um Hospital Municipal, localizado no centro urbano da cidade de Breves, que é responsável por atender exclusivamente moradores do município de Breves, atendendo prioritariamente usuários do bairro denominado Centro e acolhendo as demandas encaminhadas das UBS localizados nos demais bairros da cidade. Possui também um Hospital Regional que atende serviços de média e alta complexidade, porém este hospital é referência para todos os municípios do Marajó, sendo que consultas ou solicitações de leitos são realizados pela Central de Regulação, localizado na estrutura da Secretaria Municipal de Saúde do município de Breves.

A Atenção Básica é gerenciada pela Secretaria de Saúde do município de Breves, que possui dentro de sua estrutura administrativa, a Divisão de Atenção Básica para gerenciar e planejar ações direcionadas ao atendimento primário dos usuários do serviço público de saúde que são atendidos nas UBS. Dentro da estrutura de Atenção Básica do município de Breves, existe ainda uma unidade de saúde de referência que atende exclusivamente usuários vindos do interior do município de Breves.

Tendo o município sido selecionado para receber médicos formados no Brasil e médicos intercambistas do programa Mais Médicos do governo federal, as UBS que atendem a Atenção Básica, passaram a conter em seus quadros de funcionários com médicos estrangeiros (cubanos em sua maioria) que a partir do ano de 2014 integram as equipes das UBS do município de Breves.

Podemos observar em números quantitativos, dados que demonstram a evolução da Atenção Básica de saúde do município de Breves no período de 2013 a 2015. Este período é concomitante com a implantação do programa Mais Médicos no município de Breves, que, portanto, possui contribuição significativa.

4.3.1 Programa mais médicos: Mudanças no Sistema único de saúde do município de Breves

O município de Breves, localizado no Estado do Pará, foi um dos mais de quatro mil municípios brasileiros que receberam médicos do PMM. Existe, portanto, necessidade de contratação desses profissionais para atendimento na Atenção Básica direcionados às UBS. O município se enquadra nas normas estabelecidas pela lei 12.871/2013, que estabelece as formas de adesão dos municípios brasileiros ao programa.

É um município que demonstra ao longo do tempo que a fixação de médicos para desenvolver suas atividades no sistema de saúde pública é um óbice aos preceitos da Constituição Federal Brasileira, que estabelece um serviço de saúde pública universalizado e com qualidade mínima aos usuários.

O programa Mais Médicos, que objetiva a melhoria do atendimento na Atenção Básica através do Governo Federal, autorizou, segundo dados disponibilizados pelo ministério da saúde, 11 vagas médicas para o município de Breves.

Figura 1-Quantidade de médicos do PMM autorizados para o município de Breves



Fonte: Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/consulta-por-cidade#>>.

Esses profissionais em saúde trabalham exclusivamente na Atenção Básica, nas UBS localizadas em pontos estratégicos da cidade, sendo vedado aos médicos intercambistas qualquer atividade em consultórios particulares e outras atividades médicas remuneradas. Esses impedimentos, normatizados pela Lei 12.871/13, tem por objetivo a disponibilidade total do médico de atender no SUS, sem prejuízo dos atendimentos aos usuários desse serviço público em saúde.

Assim, a integralidade no desenvolvimento das atividades médicas nas UBS, garantem um maior tempo destinado a atender os usuários, o que teoricamente impacta diretamente na qualidade e na produtividade dos serviços em saúde, como: número de consultas, o tempo de atendimento destinado a cada usuário, a diminuição em filas de espera, a disponibilidade de visitas médicas domiciliares dentre outros.

Como já discorrido ao longo deste trabalho, grande parte dos médicos participantes do programa possuem formação médica em outros países, denominados pela legislação brasileira de médicos intercambistas. No município de Breves, a maior parte dos médicos possui essa característica.

No quadro 5, observam-se nominalmente os médicos do Programa que desenvolvem suas atividades nas UBS do município. É importante salientar que estes dados são disponibilizados pelo Ministério da Saúde em seu portal, Porém, de acordo com esta mesma fonte, a responsabilidade de repasse de informações ao Ministério da Saúde quanto à lista nominal de médicos é exclusiva dos gestores municipais.

Quadro 5- Lista nominal de médicos cadastrados no site do Ministério da Saúde com atuação no município de Breves.

Nome do médico intercambistas	Situação	Estado	Município de Lotação	RMS
ANGEL ANDREU ABRIL	Ativo	PA	BREVES	1500244
ANGEL BATALLA DOMINGUEZ	Ativo	PA	BREVES	1500245
MILIAN PEREZ HERNANDES	Ativo	PA	BREVES	1500175
MILVIA MARGARITA BUENO FIGUEREDO	Ativo	PA	BREVES	1500176
MIRCEL PALMA OZÓRIO	Ativo	PA	BREVES	1500108
MIRELIA MATA MENSONZA	Ativo	PA	BREVES	1500177
MIRELYS RODRIGUES ARIAS	Ativo	PA	BREVES	1500162

Fonte: Elaboração Própria Disponível em:
<<http://maismedicos.saude.gov.br/new/web/app.php/maismedicos/rms>>.

Observa-se que o número de médicos que desenvolvem suas atividades nessa localidade, informados pelo gestor municipal de Breves, é inferior ao número de vagas autorizadas pelo Ministério da Saúde. Na figura 1, são autorizadas 11 vagas, enquanto na tabela, verifica-se nominalmente apenas 07 médicos.

De acordo com a secretária de saúde, o município possui nove médicos do PMM em exercício nas UBS. Dois médicos intercambistas selecionados acabaram retornando ao seu país de origem por motivos de saúde. A falta de dois médicos na lista ocorre pelo atraso no repasse das informações ao MS.

A carência de médicos no município de Breves é um fator que acarretava uma série de problemas a população, que muitas vezes ficavam sem atendimento médico e que eram atendidos por outros profissionais (enfermeiros, técnicos de enfermagem). Com a chegada dos médicos cubanos, segundo as palavras da secretária municipal de saúde, essa realidade mudou: “Os médicos trouxeram avanço, melhoria do acesso à saúde para a população e a certeza de que as pessoas vão procurar o serviço e vão encontrar um médico para atendê-las”⁴

⁴Jucineide Alves Barbosa: Secretária Municipal de Saúde de Breves

Fotografia 1 - Médico do PMM do posto da unidade de saúde da família do Riacho Doce



Fonte: Disponível em: <<https://www.flickr.com/photos/pahowho/16804088900/in/album72157649353592293/>>.

Observa-se, portanto, que o PMM com a ação emergencial de contratação de médicos, um de seus principais eixos, causa impactos positivos em curto prazo no atendimento público em saúde, na área da Atenção Básica, pois se antes não se possuía médicos para atendimento aos usuários nas Unidades Básicas de Saúde essa realidade após a contratação de médicos intercambistas é outra.

Quando nós avaliamos os indicadores, vemos que as consultas de pré-natal aumentaram muito, que aumentou a cobertura dos exames de prevenção de câncer de colo de útero e que diminuiu a mortalidade infantil, além das consultas em geral. Então a gente torce muito para que o Programa siga adiante, para que a gente possa continuar avançando na saúde da população aqui em Breves⁵ (informação verbal).

O número de consultas no município de Breves no ano de 2015 foi de 4.292 (quatro mil duzentos e noventa e dois). Segundo a SEMSA, não existe dados referente aos anos de 2013 e 2014, pois o sistema de informação estava em fase de mudança pelo ministério da saúde. (SEMSA, 2016).

As ações do PMM não devem ser implementadas isoladamente, pois somente a contratação de médicos não é ação suficiente para resolução dos problemas do SUS. Nesse sentido, para que o sucesso da política pública em saúde ocorra, é necessário que os municípios através de colaboração com outros entes federados possam oferecer suporte aos

⁵Jucineide Alves Barbosa: Secretária Municipal de Saúde de Breves

Fonte: <<https://nacoesunidas.org/opas-na-ilha-de-marajo-populacao-ribeirinha-e-atendida-por-cubanos-do-mais-medicos/>>.

profissionais médicos contratados. Para tanto, é imprescindível que as UBS possuam equipes de saúde da família completas e capacitadas para contribuir com a ação dos médicos.

A seguir, podemos observar a evolução das equipes de suporte das unidades básicas de saúde da família do município de Breves, que acompanhando a contratação dos médicos intercambistas, obteve aumento progressivo, fortalecendo assim as ações da medicina preventiva na atenção básica.

Quadro 6- Evolução dos dados da Atenção Básica do município de Breves – Período 2013 à 2016.

ANO	AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO COBERTA	EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO COBERTA	EQUIPES DE SAÚDE BUCAL
2013	251	93.835	7	24.150	5
2014	251	67.275	7	24.150	5
2015	285	94.779	14	48.300	6
2016	285	94.779	14	48.300	6

Fonte: Elaboração próprio (2016). Com base MS/SAS/Departamento de Atenção Básica (DAB)⁶.

Observa-se no quadro 6 que no período de 2013 a 2016, houve um aumento significativo das equipes de saúde da família das UBS do município de Breves. Estes dados traduzem investimentos em corpo técnico das UBS, oferecendo suporte aos serviços médicos. Portanto, em concomitância à chegada dos médicos intercambistas no município de Breves vinculados ao Programa Mais Médicos, houve também ação progressiva no número de funcionários dos postos de saúde. Esses funcionários configuram-se como importantes insumos para o desenvolvimento do atendimento em saúde que ofereçam qualidade aos usuários.

Contudo, é necessário frisar que a simples contratação e a formação de ESF não garantem a melhoria da atenção básica. É necessário, que além dessa ação ocorra continuamente capacitações e treinamentos para que o profissional possa sempre estar preparado para exercer suas funções de maneira a contribuir com o usuário do SUS.

Observa-se ainda um aumento no número de agentes comunitários de saúde. No ano de 2013 o quadro funcional era composto por 215 agentes e no ano de 2016 esse número foi elevado para 285. Esses profissionais em saúde que compõem as equipes de saúde da família possuem funções estratégicas nas UBS. Seus trabalhos são desenvolvidos na comunidade que

⁶<http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>.

é coberta pela o UBS, produzindo informações necessárias ao desenvolvimento de estratégias e de prevenção a saúde. É importante frisar que a cobertura da população no ano de 2016 pelos ACS é de 100% da população. (DAB.SAUDE, 2016, não paginado)

Observa-se que a cobertura da população pelas equipes de saúde da família também teve um aumento de 100%. Esse dado significa um aumento expressivo no número de atendimentos dentro das unidades básicas de saúde é realizado por esses profissionais.

É importante frisar que cada equipe de saúde da família segundo as orientações da Divisão de Atenção Básica do Ministério da Saúde deve contar no mínimo com: médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) (DAB.SAUDE, 2016, não paginado).

No que se refere as equipes de saúde bucal pouco se tem avançado nesta modalidade de atendimento. São apenas 06 equipes de saúde bucal para atender uma população expressiva dentro do município de Breves.

Contudo, preocupa o fato do município de Breves possuir na Atenção Básica, quase que na sua totalidade médicos do PMM, pois com o fim do Projeto esses profissionais da saúde retornarão aos seus respectivos países. Esse desdobramento pode ocasionar o retorno dos mesmos problemas evidenciados em tempo pretérito ao PMM. Mesmo com o aumento temporal do número de profissionais nas equipes de saúde da família, não se consubstanciará melhora significativa na Atenção Básica sem a presença de um médico nas ESF. As ações de médio e longo prazo do PMM são necessárias para o alcance dos objetivos, pois se não ocorrer a elevação do número de vagas nos cursos de medicina, uma melhor distribuição no território nacional, um maior investimento em infraestrutura física, certamente os impactos positivos terão duração inexpressiva no tempo.

4.3.2 Vagas de medicina para o município de Breves

Observado anteriormente neste trabalho, a expansão no número de vagas nos cursos de graduação em medicina é um dos eixos do Programa Mais Médicos. Essas ações visam criar ainda novos cursos de medicina em locais prioritários onde exista um déficit elevado no número de médicos afixados nestas regiões.

De acordo com o edital elaborado pelo Ministério da Educação, para que municípios brasileiros possam receber um curso de graduação em medicina é necessário que o mesmo

além de adesão ao curso, se enquadrar nos critérios estabelecidos pelo ministério da educação que são os seguintes:

I – Não se constituem como Capital de Estado;

II – Não possui oferta do curso de medicina em seu território ou na região de saúde;

III – Possui mais de 50.000 (cinquenta mil) habitantes de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, estimativas do IBGE 2014.

IV – Estão localizados na região Norte, Nordeste e Centro-Oeste do território brasileiro;

V – Estão Localizados nas unidades da Federação – UFs que:

a) Possui relação vaga em curso de medicina por dez mil habitantes inferior a 1,34 considerando os cursos de medicina previstos no plano de expansão pública do Programa Mais Médicos ou de municípios constantes dos anexos I e II da portaria SERES nº543, de 4 de setembro de 2004 e de acordo com dados da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES), do MS.

b) Possuem relação médicos por mil habitantes inferior a 2,7, de acordos com dados da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES), do MS.

VI – Estão distantes, pelo menos, setenta e cinco quilômetros de local de curso de medicina pré-existente; de curso de medicina previstos no plano de expansão pública do Programa Mais Médicos ou de municípios constantes dos anexos I e II da portaria SERES nº543, de 4 de setembro de 2004.

VII – Estão localizados em região de saúde que apresenta estrutura de equipamentos públicos, cenários de atenção na rede e programas de saúde adequados para comportar a oferta de curso de graduação em medicina, conforme os critérios previstos no art. 3º deste Edital.

Atendendo as normativas da lei, o município de Breves foi selecionado para receber in loco o curso de graduação em medicina. De acordo com informações da Secretaria Municipal de Saúde, o município de Breves já se encontra na terceira fase do processo de instalação do curso de graduação em medicina, aguardando a liberação do Ministério da Educação para que o curso de graduação possa ser implantado.

A Secretária Municipal de Saúde também informou que o MEC realizou visita técnica ao município para verificar in loco se as condições mínimas exigidas para o funcionamento do curso de graduação em medicina estão atendidas, sendo que após esta etapa o MEC já elaborou parecer favorável a implantação do curso no Município.

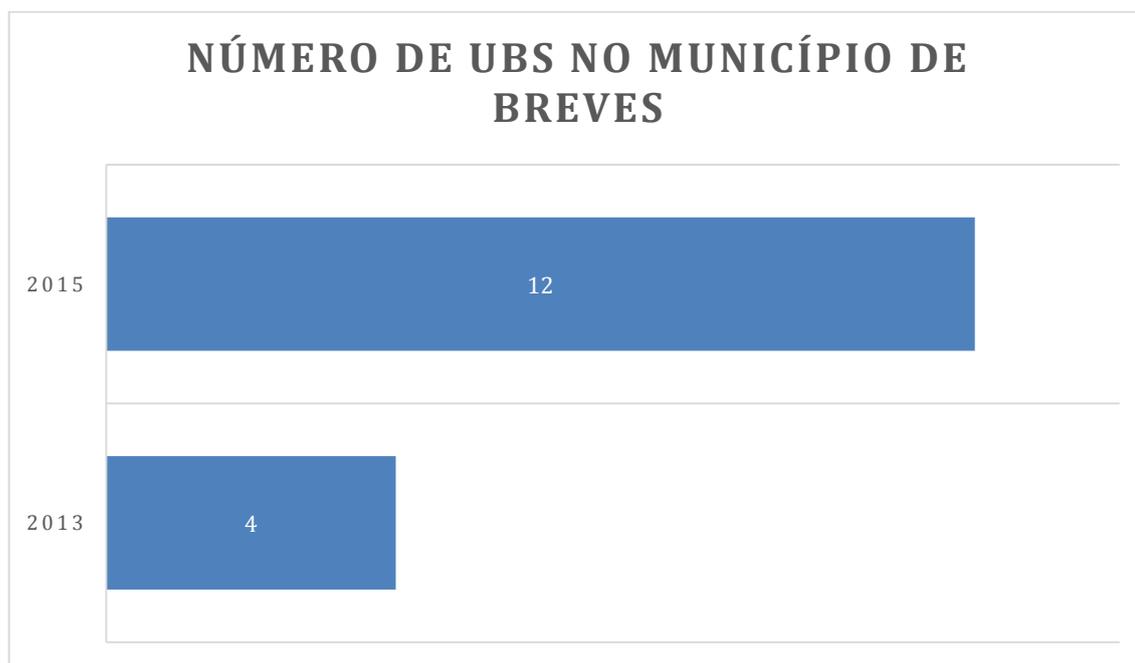
Entende-se que esta ação na área educacional oportuniza aos munícipes não somente de Breves, mas de toda a região do Marajó chances reais de possuir um curso de medicina próximo de seu local de residência, não tendo, portanto que disponibilizar de vultoso gasto financeiro para realizar o curso.

A criação de vagas em cursos de medicina e áreas prioritárias, tem por objetivo superar a carência de médicos nessas regiões e assim equacionar no território brasileiro a distribuição de médicos.

Em função do Mais Médicos, a SEMSA, ofereceu aos médicos do programa e a todas as equipes de saúde da família, vários cursos de capacitação com temas relacionados a: hanseníase, doença de chagas, dengue, saúde mental, entre outros. Segundo a secretária municipal de saúde do município de Breves, as capacitações são oferecidas de acordo com a necessidade observada pela Coordenação das ESF's, juntamente com os médicos das UBS.

4.3.3 Estrutura das unidades básicas de saúde de Breves

Em relação à infraestrutura da Atenção Básica direcionada as Unidades Básicas de Saúde da Família, observa-se após a implantação do Mais médicos, vários investimentos do governo federal. Segundo a secretária municipal de saúde do município de Breves, no período de 2013 a 2015, quatro UBS receberam reformas e ampliações para melhor atender aos usuários. Foram construídas oito novas Unidades de Saúde da Família no Município de Breves, isso indica numericamente que cerca de quarenta e oito mil usuários passam a ser atendidos pela Atenção Básica, já que a capacidade de cada equipe de saúde da família é de atender até quatro mil usuários.

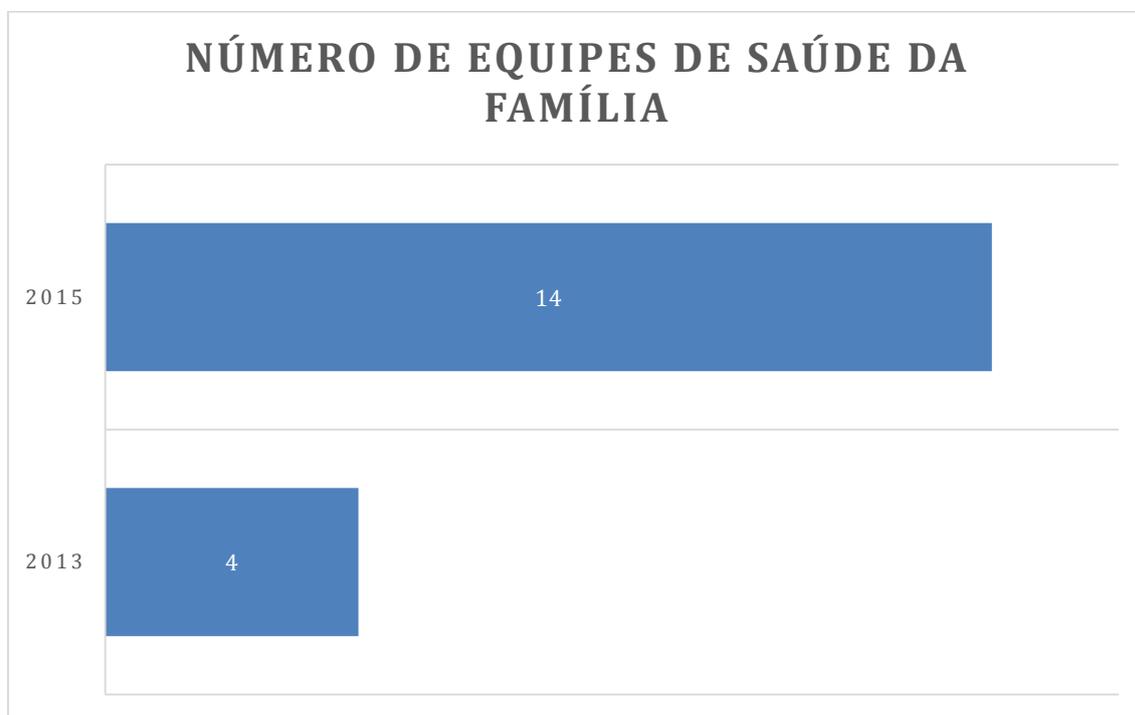
Gráfico 4 -Número de UBS no Município de Breves

Fonte: Elaboração própria (2016) Com base na SEMSA

Neste período foram adquiridos também novos equipamentos para as UBS, dando suporte assim aos serviços médicos. Porém, o que se observa com relação a medicação é que não ocorreram novos investimentos pelo Ministério da Saúde. O custeio é o mesmo antes do programa Mais Médicos e do Requalifica UBS.

Com a reforma, ampliação e construção de novas UBS, também aumentou o número de funcionários desses estabelecimentos de saúde. No período pretérito ao PMM o município de Breves contava com apenas quatro Equipes de Saúde da Família para atender uma população de quase cem mil habitantes, ou seja, insuficiente para que se pudesse oferecer um serviço de qualidade aos usuários. Após a implantação do programa esse número de ESF cresceu. Atualmente o município possui quatorze ESF, e todas as UBS possuem ao menos uma ESF completa para atender a população.

Gráfico 5- Número de equipes de saúde da família no Município de Breves.



Fonte: Elaboração próprio (2016). Com base na SEMSA

Observa-se, portanto, que após a implantação do programa Mais Médicos no município de Breves os avanços em infraestrutura são visíveis. Essa concomitância entre contratação de médicos e melhoria das estruturas das unidades básicas de saúde causam efeitos positivos aos usuários do serviço público em saúde.

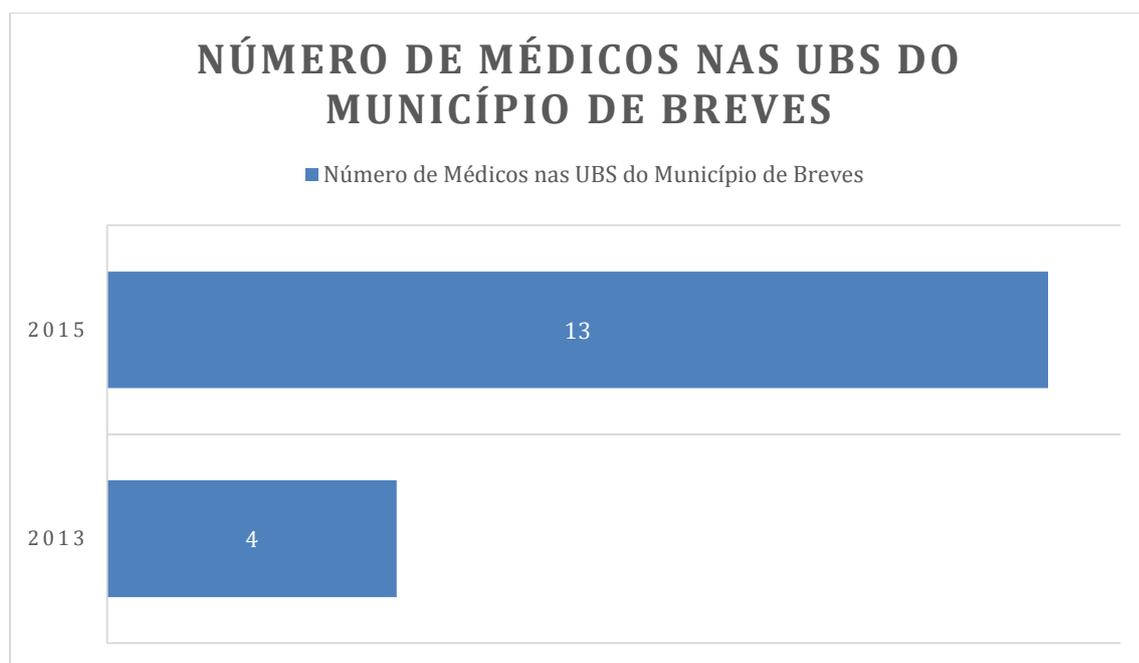
Porém, verifica-se ainda que alguns problemas ainda são óbices para oferecer um serviço de melhor qualidade, tais como a falta de mais investimento para a aquisição de medicamentos básicos, fundamental para o usuário, que muitas vezes não disponibiliza de recursos financeiros para custear as medicações prescritas para seu tratamento, necessitando assim das farmácias públicas localizadas nas UBS. Esses e outros problemas ainda são empecilhos para a garantia de melhores serviços públicos em saúde.

É importante salientar que os indicadores de insumo na área de saúde são essenciais para que o processo dos serviços destinados aos usuários possa ser satisfatório e corresponder com os anseios da população. É salutar também compreender que a Atenção Básica é a porta de entrada do SUS, ou seja, é o primeiro local que o usuário deve procurar ao sentir que sua saúde por algum fator externo encontra-se ameaçada.

Portanto, entende-se que quanto mais investimentos houver no setor da saúde, poderão obter melhores resultados, o que sugere menores gastos nos serviços de média e alta complexidade e uma resolução com maior rapidez das problemáticas em saúde dos usuários.

Como resultado das ações do programa Mais Médicos no município de Breves, observa-se que o número de médicos ligados as UBS tiveram um aumento quantitativo significativo. Antes do programa Mais médicos existiam apenas quatro médicos nas UBS. Com a chegada dos médicos ligados ao programa esse número saltou para 13 médicos, já que o município possui atualmente nove médicos ligados ao programa Mais Médicos. Desse quantitativo de médicos vinculados ao PMM, um é brasileiro do PROVAB, dois são brasileiros formados em Cuba e o restante constituem-se de médicos cubanos.

Gráfico 6- Número de médicos nas UBS do Município de Breves.



Fonte: Elaboração próprio (2016). Com base na SEMSA

A chegada de novos médicos ao município, acompanhada de outras ações na área da saúde, resultam em uma capacidade maior no oferecimento dos serviços médicos aos usuários. Assim, a capacidade de atender a demanda de usuários é expandida, gerando uma gama significativa de impactos positivos. Se antes os problemas condicionados a falta de médicos no município acarretavam óbices a uma oferta dos serviços em saúde com qualidade, com a contratação de mais médicos essa realidade passa a ser modificada.

Entende-se, portanto, que as ações vinculadas ao PMM, impactem na diminuição de filas de espera, em uma maior agilidade para a marcação de consultas, em serviços mais humanizados nas UBS e outros benefícios que garantam ao usuário do serviço público um atendimento resolutivo e satisfatório.

A diminuição na mortalidade infantil é outro indicador que demonstra os impactos do PMM na melhoria da saúde no município de Breves. No ano de 2013 houve um índice de mortalidade infantil de 21,5% a cada 1000 nascidos vivos. Em 2014 esse número chegou a 18,09% diminuiu quase 3% e em 2015 o índice foi de 18.03%. (SEMSA, 2016).

Para que o serviço possa ser realizado de acordo com a necessidade dos usuários, é necessário que os insumos oferecidos no SUS sejam suficientes, capazes de oferecer o suporte adequado ao desenvolvimento das atividades médicas nas UBS. Portanto é necessário que as ESF possuam estrutura e equipamentos adequados para que os serviços em saúde possam ser desenvolvidos com eficácia.

A estrutura das UBS do município de Breves com relação a espaços e equipamentos, é composta da seguinte forma:

Quadro 7 - Espaços físicos das unidades de saúde do Município de Breves.

1. CONSULTÓRIO MÉDICO
2. CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO
3. SALA DE ENFERMAGEM
4. SALA DE VACINA
5. SALA DE TRIAGEM
6. SALA PARA TESTE DO PEZINHO
7. COPA
8. BANHEIROS
9. EXPURGO
10. ARQUIVO

Fonte: Elaboração própria (2016). Com base na SEMSA

Quadro 8- Equipamentos existentes nas UBS do município de Breves

1. AUTOCLAVE
2. ESTUFA
3. MACAS
4. COMPUTADOR
5. CADEIRAS
6. MESAS
7. GELADEIRAS
8. KITS DE SUTURA
9. APARELHOS DE PA
10. SONAR
11. OUTROS

Fonte: Elaboração próprio (2016). Com base na SEMSA

Percebe-se que as UBS do Município de Breves são estruturadas com elementos básicos que oferecem suporte ao desenvolvimento dos trabalhos das equipes de ESF. É necessário, porém, que através da parceria entre os entes federados, que o município de Breves, como outros, possa estar sempre ensejando o aumento quantitativo de seus equipamentos e a modernização dos mesmos de acordo com os avanços que decorrem no espaço de um determinado tempo. Assim, os serviços oferecidos aos usuários deverão corresponder a necessidade de demandas requisitadas pelo público.

Outro aspecto fundamental notado com as ações do PMM foi o aumento no número de médicos no município de Breves. Segundo a SEMSA o número de médicos após a implantação aumentou significativamente em relação ao que se possuía em momento pretérito ao PMM. Nota-se, portanto que os médicos não chegaram com o intuito de substituir outros que já estavam trabalhando, mas sim para ocupar postos ociosos até aquele momento. Destaca-se ainda que com o aumento do número de médicos também ocorreram avanços quantitativos com outros profissionais da saúde como enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes administrativos, auxiliares de serviços gerais e odontólogos. Como frisado pela secretária municipal de saúde de Breves, o número de ESF triplicou.

a) CONDIÇÕES DESFAVORÁVEIS PARA O SUS NO MUNICÍPIO DE BREVES.

Entende-se que com as ações do programa Mais Médicos, obtiveram vários avanços na área da saúde, no entanto importa frisar que várias também são as dificuldades ainda enfrentadas pelo município que acabam prejudicando o desenvolvimento dos trabalhos no serviço público em saúde.

Com relação aos recursos destinados ao município de Breves, a secretária de saúde destaca que os municípios de pequeno e médio porte, onde se enquadra Breves, dependem basicamente, quase que exclusivamente de recursos repassados pelo governo federal. Apesar dos investimentos financeiros na área da saúde sofrerem uma ampliação no que se refere a investimentos ao longo do tempo, o montante, segundo a secretária, ainda é insuficiente para atender toda a demanda gerada pela população.

Sendo assim, o maior montante de recursos acaba trazendo prejuízos para o desenvolvimento dos serviços em saúde, já que os serviços ofertados requerem constantemente investimentos em espaços e equipamentos e qualificação dos profissionais da área da saúde. Porém, sem os investimentos financeiros necessários, acaba-se tendo que priorizar algumas áreas em detrimento de outras.

Outro problema apontado pela secretária municipal de saúde indica que há mais de dez anos, não se configurou nenhum aumento de recursos reais na tabela do SUS. No entanto, considera-se que as necessidades dos usuários do serviço público em saúde possuem demanda progressiva ao longo do tempo.

Portanto, fazendo uma análise em que pese a inércia do aumento real dos recursos destinados a saúde e a progressividade na demanda dos serviços, podemos compreender que ao longo do tempo a capacidade de financiamento em saúde é cada vez menor em relação à necessidade da população, o que pode causar vários prejuízos ao atendimento no SUS.

Outra questão a ser considerada quanto a capacidade de atendimento na Atenção Básica, relaciona-se a gestão dos recursos financeiros e de insumos disponíveis. Cada vez mais, há necessidade que se possua nas instituições públicas, gestores mais qualificados e com uma equipe de suporte técnica apta a desenvolver suas funções de forma a aperfeiçoar ações e buscar cada vez mais a utilização adequada dos recursos e insumos disponibilizados para a área da saúde.

Não é objetivo deste trabalho culpar os gestores públicos pelos problemas na área da saúde, mas sim de esclarecer a importância fundamental de uma boa gestão pública para que

os processos possam ocorrer de forma adequada e assim contribuir da melhor forma para o atendimento ao usuário dos serviços públicos, gerando satisfação dos usuários e contribuindo para o bem coletivo.

Assim, mesmo que os recursos não estejam disponibilizados em quantitativo suficiente para o município de Breves dentro de seus limites, é necessário que exista uma gestão competente, para diante das ações de tomada de decisões e de escolhas necessárias dentro de um processo, possam ser buscadas as melhores soluções sempre almejando o bem comum.

5 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES

Ao longo deste trabalho, pode-se perceber que as ações vinculadas ao PMM em todo o Brasil, no período de 2013 a 2015, demonstraram avanços no atendimento referente à atenção básica do SUS. No que pese os pontos fortes e fracos destacados neste trabalho, é evidente a necessidade de buscar soluções para as dificuldades enfrentadas pelos SUS. Portanto, o PMM pensado como uma política de estado, é compreendido como um programa de melhorias para a área da saúde pública, porém não sendo uma solução.

Contudo, devem-se observar com cautela os processos desenvolvidos pelo PMM para que eles não possam levar o programa ao insucesso, pois lembramos que muitas foram às desconfianças e os pontos negativos. Portanto os óbices que interfiram nos objetivos do PMM devem ser sanados a tempo.

Houve um aumento significativo no número de médicos, investimentos em infraestrutura e mudanças nos parâmetros dos cursos de medicina com expansão do número de vagas em medicina e residência médica e criação de novos cursos.

Essas ações não devem se limitar somente ao espaço de tempo do PMM. Deve-se considerar que a necessidade dos usuários é contínua e que a busca de melhorias no atendimento público em saúde assim deve ser.

Importa destacar que uma das principais ações do programa no cenário educacional é a obrigatoriedade do graduando em medicina possuir o vínculo por no mínimo um ano com o serviço público. Esse dispositivo colabora no sentido do médico conhecer a realidade do SUS, capacitando-o para desenvolver suas funções nesta área.

Não adianta apenas impor ao graduando o conhecimento sobre a atenção básica e a saúde da família, deve-se estimular os médicos recém-formados a desenvolverem suas funções na rede pública de saúde e garantir infraestrutura adequada valorizando o trabalho médico nestes locais.

Nota-se também uma maior preocupação em oferecer os serviços médicos nos locais em que a carência desses profissionais é mais acentuada. Portanto, as ações do PMM são direcionadas principalmente às áreas de vulnerabilidade social.

É importante expor que as ações desenvolvidas pelo programa demandam ajustes ao longo do tempo, como qualquer outra política pública. Ela também possui os seus óbices que se transformam em ações deletérias aos usuários e ao próprio sistema público em saúde.

Neste sentido, é preciso entender que esta política em saúde deve ser entendida como uma política de estado que tenha suas ações continuadas ao longo do tempo; que as ações que englobam os três eixos principais do programa devem ocorrer harmoniosamente e em concomitância, para que assim os problemas vivenciados há décadas no SUS possam ser sanados.

A contratação de médicos neste programa, como o próprio nome aponta é emergencial. Entende-se que existe uma carência de médicos brasileiros para atender a população, desta forma o governo federal cria mecanismos para que médicos estrangeiros possam desenvolver suas atividades na área de Atenção Básica dos municípios brasileiros.

Entende-se que essa ação tem efeito imediato, pois é no ato da contratação de mais médicos que se garantem profissionais para compor as equipes de saúde da família a fim de atender a populações vulneráveis, que possuíam um atendimento médico precário ou que muitas vezes nem possuíam esse atendimento.

Porém, é preciso compreender que existem ações de médio e longo prazos, como as mudanças no processo educacional dos cursos de medicina que objetivam criar vagas suficientes atendendo a necessidade e a demanda da população brasileira.

Sendo concretizado esse planejamento educacional ao longo dos anos seguintes, além de gerar empregos médicos a profissionais exclusivamente brasileiros, será elevado quantitativamente o número desses profissionais que na proporcionalidade médico/usuários seja capaz de oferecer no SUS um atendimento humanizado e realmente universal a toda população.

Intrínseco a esse processo, está a melhoria das estruturas físicas das Unidades Básicas de Saúde. Sendo um dos principais eixos do PMM, a necessidade de melhoria nos insumos estruturais das UBS dos municípios brasileiros é essencial para que os profissionais em saúde possam condições propícias para desenvolver suas atividades.

Portanto, é com a contratação emergencial de médicos, com investimentos e mudanças na área educacional e com investimentos em infraestrutura nas UBS que os serviços públicos em saúde poderão sofrer melhorias impactantes a médio e longo prazo. O PMM está em processo, com impactos já concretizados, mas ainda inacabado em suas metas.

No município de Breves, o PMM trouxe avanços significativos para a Atenção Básica, aumento significativo no número de profissionais médicos, impactando com isso na contratação de outros profissionais da saúde, elevando assim também o número de ESF.

Os avanços em infraestrutura foram perceptíveis, sendo realizados através de reformas, ampliações e construções de UBS e aquisição de equipamentos para suporte nas UBS.

Uma das principais conquistas do município, porém em processo de concretização, é a implantação de um curso de medicina no município. Sendo efetivado, este proporcionará condições para que munícipes locais possam cursar medicina e posteriormente contribuir com o município desenvolvendo suas atividades nesta região.

É importante frisar que o PMM é um projeto que possui prazo, ou seja, suas ações serão desenvolvidas durante três anos, prorrogáveis por mais três. Então, é necessário que as ações que objetivam garantir quantidade de médicos brasileiros suficientes para atender a todas as regiões brasileiras sejam contínuas, pois se assim não ocorrer, o PMM será apenas um programa temporário sem impactos de médio e longo prazo.

Conclui-se que o PMM ocasionou benefícios significativos a população do município de Breves e de outras regiões brasileiras, que em tempo pretérito possuíam quantitativo insuficiente de médicos para atendimento.

Contudo, preocupa o tocante da continuidade dessa política pública. Se as ações ocorrerem como o planejado, alcançar-se-á os objetivos pretendidos, porém se motivos levarem à quebra deste processo que objetivam impactos de médio e longo prazo, o programa será apenas mais um, que trouxe esperanças de um SUS melhor, mas que beneficiou apenas momentaneamente a população.

Entende-se que o PMM não deve ser concebido como a solução para o SUS, que este possui inúmeros problemas, conceituais, estruturais, econômicos. Mas o PMM deve ser em sua essência compreendido como uma política pública que em seu contexto objetiva a melhoria do SUS, e que prioriza principalmente os usuários que mais necessitam do serviço público em saúde.

REFERÊNCIAS

- AGENDA21COMPERJ. Disponível em: <<http://www.agenda21comperj.com.br/noticias/cinco-fases-das-politicas-publicas>>. Acesso em: fev. 2016.
- ALA-HARJA, Marjukka; HELGASON, Sigurdur. Em direção às melhores práticas de avaliação, **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 51, n. 4, p. 5-59, out./dez. 2000.
- ANDRÉS, Aparecida; CARVALHO, Cláudio Viveiro. **Medida Provisória nº 621, de 2013**: nota descritiva. Consultoria Legislativa. Brasília- DF, 2013. Disponível em:<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwicu8e4ucjMAhWELyYKHR5LDpAQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fwww2.camara.leg.br%2Fdocumentos-e-pesquisa%2Fpublicacoes%2Festnottec%2Fnotas-descritivas-sobre-medidas-provisorias%2F2013%2Fnota-descritiva-da-medida-provisoria-no-621-de-2013-pela-consultora-legislativa-aparecida-andres-e-pelo-consultor-claudio-viveiros-de-carvalho%2Fat_download%2Farquivo&usg=AFQjCNHtZ7jd3VkGZ3MWIThZ1oMNdCxiA&bvm=bv.121421273,d.cWw&cad=rja>. Acesso em: fev. 2016.
- ANJOS, Elisandra dos, **A humanização e a qualidade no atendimento hospitalar através da ótica da parceria**: uma proposta a Unimed Florianópolis 2002. 84 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social)– Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002. Disponível em: <<http://tcc.bu.ufsc.br/Ssocial289172.PDF>>_. Acesso em: 15 fev. 2016.
- AVELAR, Paulo Ricardo de, et al. **Crescimento econômico e desenvolvimento social no Brasil**. [ca.2013]. Disponível em:<http://abresbrasil.org.br/sites/default/files/trabalho_11.pdf>. Acesso em: jan. 2016.
- BODSTEIN, R. **Atenção Básica na agenda da saúde**. Ciências & saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde**: saúde da família . Brasília, DF, 2006.
- _____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar** / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – 3. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro : ANS, 2009. Disponível em:<http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdE_ditorialANS_Manual_Tecnico_de_Promocao_da_saude_no_setor_de_SS.pdf>. Acesso em: jan. 2016.
- _____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos - SPI. **Indicadores de programas**: guia metodológico. Brasília, DF 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:<
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf >. Acesso em jan. 2016.

BRASIL. (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos Humaniza SUS, v. 2)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

_____. Presidência da República. **Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: fev. 2016.

_____. Presidência da República. Médida Provisória nº 621 de 08 de julho de 2013, disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/mpv/mpv621.htm. Acesso em: Fev. 2016.

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

_____. Tribunal de Contas da União. **Relatório de Auditoria**. Disponível em:<http://portal3.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/imprensa/noticias/noticias_arquivos/005.391-2014-8%20Mais%20M%C3%A9dicos.pdf>. Acesso em: mar. 2016.

BRITO, Lusmair Martins de. **Programa Mais Médicos**: satisfação dos usuários das unidades básicas de saúde de Ceilândia/DF quanto ao atendimento médico - Faculdade de Ceilândia. Brasília, DF. 2014.

CAMPOS, G.W.S. **Subjetividade e administração de pessoal**: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Agir em Saúde um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

CARAMELLI, Bruno. Os médicos estrangeiros: a questão da língua. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 59, n. 5, p. 407 – 408, set./out. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302013000500001&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 fev. 2015.

COHEN, de Ernesto; FRANCO, Rolando. **Avaliação de projetos sociais**. Vozes, RJ, 1993.

COSTA, João Batista Ferreira da. **Terra dos Breves**. Belém: Smith Produções Gráficas, 2000.

CP2. Disponível em: <<http://www.cp2.com.br/servicos-metodologias-de-coleta-de-dados.php>>. Acesso em: jan. 2016.

CUNHA, Carla Giane Soares da. **Avaliação de políticas públicas e programas governamentais: tendências recentes e experiências no Brasil**. Rio Grande do Sul, 2006.

CZERESNIA, Dina. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção**. Esse texto é uma versão revisada e atualizada do artigo "The concept of health and the difference between promotion and prevention", publicado nos Cadernos de Saúde Pública (Czeresnia, 1999). In: Czeresnia D, Freitas CM (org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p.39-53.

DAB.SAUDE. <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: jan. 2016.

DAB.SAUDE. <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf>. Acesso em: 12 out. 2013.

DUARTE, Rosália. **Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo**. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/n115/a05n115.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2013.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. A política da avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 20, n. 59, 2005.

FEUERWERKER, L. M. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface. Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 2, n. 3, p. 51-71, 1998.

GERHARDT; Tatiana Engel; SILVEIRA Denise Tolfo, (Org.). **Métodos de pesquisa**. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. Porto Alegre: EdUFRGS, 2009.

GIRARDI, Sábado Nicolau, et al. **Índice de escassez de médicos no brasil: Estudo exploratório no âmbito da Atenção primária**. 2011. Disponível em: <http://www.observatoriorh.org/uruguay/sites/observatoriorh.org.uruguay/files/webfiles/fulltext/publicaciones/indice_de_escassez_de_medicos_no_brasil_estudo_exploratorio_noambito_da.pdf>. Acesso em: fev. 2016.

IBGE. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=15&dados=8>>. Acesso em: fev. 2016.

IDESP. **Estatística Municipal de Breves**. Belém: [s.n], 2014. Disponível em: <<http://www.idesp.pa.gov.br/pdf/estatisticaMunicipal/pdf/Breves.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2015.

JANUZZI, Paulo de Martino. **Indicadores Socioeconômicos na Gestão Pública**. Brasília, DF: CAPES, 2005.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONE, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 6. ed. reimp. São Paula. Atlas 2008.

LEÔNIDAS, Florentino Júnior Araújo. **Mais médicos e mais cobertura? Efeitos iniciais do Projeto Mais Médicos na Cobertura da Atenção Básica no Brasil**. 2014. 76 f. Trabalho de Conclusão de Curso. (Especialização) - Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/10855/1/2014_FlorentinoJunioAraujoLeonidas.pdf>. Acesso em: 9 mar. 2016.

LOPES, Lucas Ramão dos Santos. **Demografia médica: provimento e fixação de médicos em áreas de maior vulnerabilidade**. 2013. 61f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização)- Escola Superior de Guerra, Rio de Janeiro. 2013. Disponível em: <<http://www.esg.br/images/Monografias/2013/LOPES.pdf>> Acesso em: 13 jan. 2016.

MAISMEDICO. Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/resultados-para-o-pais>>. Acesso em: 12 mar. 2016.

MANZINI, E. J. A entrevista na pesquisa social. **Didática**, São Paulo, v. 26-27, p. 149-158, 1990/1991.

MATTA, Gustavo Corrêa, MOROSINE, Márcia Valéria Guimarães, **Atenção à saúde**. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>>. Acesso em: 22 maio, 2016.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Assimetrias e tendências da seguridade social brasileira. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, ano 22, n. 65, mar. 2001.

PALVARINI, Bruno. Guia referencial de mensuração do desempenho na administração pública. In: CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 3., 2010, Brasília, DF. **Anais...** Brasília, DF: CONSAD. Disponível em: <http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/Material_%20CONSAD/paineis_III_congresso_consad/painel_12/guia_referencial_de_mensuracao_do_desempenho_na_administracao_publica.pdf>. Acesso em: dez. 2015.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. [s.l], 2008. Disponível em: <<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&qesrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCs2sQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.saude.mt.gov.br%2Farquivo%2F22226&ei=BXh6UqmCJdSskAeTX4HgCw&usq=AFQjCNEyGRyF-18WWjymIAPH4ZJ-uhFTDQ&bvm=bv.55980276,d.eW0>>. Acesso em: out. 2015.

PÓVOA, Luciano; ANDRADE, Mônica Viegas. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de

Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1555-1564, ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/04.pdf>>. Acesso em: mar. 2016.

RODRIGUES, Andreza Trevenzoli. **Promoção da saúde e prevenção de Doenças na saúde suplementar**: uma proposta de reorientação do modelo assistencial? Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

SANTOS, Leonor Maria Pacheco et al. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Revista Ciênc. saúde coletiva [online]**, v.20, n.11. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n11/1413-8123-csc-20-11-3547.pdf>>. Acesso em: fev. 2016.

SCHNEIDER, A. L. Orientação política para a pesquisa de avaliação: evolução histórica e guia prático [mais dois comentários]. In: HEIDEMANN, F. G.; SALM, J. F. (Org.). **Políticas públicas e desenvolvimento**: bases epistemológicas e modelos de análise. Brasília: Ed. da UnB, 2014. p. 321-347.

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BREVES– SEMSA. **Aplicação do questionário**, Breves, 2016.

SILVA, Pedro L. B.; COSTA, Nilson R. **A avaliação de Programas Público**: reflexões sobre a experiência brasileira. Relatório Técnico. Cooperação Técnica BID-IPEA. Brasília, DF: IPEA, 2002.

TEIXEIRA, Carmen. **Os princípios do Sistema Único de Saúde**. Salvador, Bahia, 2011. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf>. Acesso em: Jan. 2016.

TREVISAN, Andrei Pittol; BELLEN, Hans Michael Van. **Avaliação de políticas públicas**: uma revisão teórica de um campo em construção. Rio de Janeiro; [s.n.], 2008.

VIANA, Rejane Vieira, **A humanização no atendimento**: construindo uma nova cultura. 2014. 112 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública, Brasília, DF, 2014..

VANDERLEY, M.I.G. **O gerenciamento na estratégia da Saúde da Família**: o processo de trabalho dos gestores e dos gerentes municipais de Saúde em municípios do estado do Maranhão. 2005. 245 f. Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2005. 245 p.

WIKIPÉDIA, Mapa do Estado do Pará. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Breves#/media/File:Para_Municip_Breves.svg>. Acesso em; 13 fev. 2016.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Questionários

1. Qual o Número de Unidades de Saúde da Família da zona urbana?
2. Todos possuem médicos do programa Mais médicos?
3. O município aderiu ao curso de medicina disponibilizado para Breves?
4. Se resposta positiva na questão 4, em que fase encontra-se o processo de instalação do curso
5. Houve investimentos de 2013 a 2015 quanto á:
 - a) Reforma
 - b) Construção de novos postos
 - c) Equipamentos (aquisição)
 - d) Medicamentos (remédios nas farmácias)
 - e) Número de funcionários por UBS (enfermeiros, auxiliares de enfermagem...)
6. Quantos médicos atuam no município que são ligados ao programa Mais médicos?
7. Qual nacionalidade?
8. Quantos médicos trabalham em cada Unidade de saúde?
9. Qual o número de médicos que trabalhavam antes da implantação do programa nas unidades de saúde?
10. Existem equipes de saúde completa em todas as unidades de saúde (médicos, agentes comunitários de saúde, enfermeiro, técnicos e dentistas)?
11. Qual a maior dificuldade para a gestão para a fixação de médicos no município?
12. O quantitativo de médicos oferecidos para o município pelo programa é o suficiente para atender a demanda de usuários ou são necessários mais médicos?
13. Em contrapartida a contratação de médicos pelo governo federal, o município investiu em contratação e capacitação do corpo funcional das unidades de saúde no período de 2013 a 2015?
14. Qual o número de consultas (produtividade) realizadas mensalmente no período de 2013 a 2015?
15. Qual a taxa de mortalidade infantil nos anos de 2013, 2014 e 2015? (Para verificar o impacto do programa)
16. Como é estruturado as Unidades Básicas de Saúde da Família de Breves? Descrição da estrutura, dos espaços e equipamentos.

17. Existe uma estimativa de cobertura de cada unidade básica de saúde? (usuários por unidade)
18. Quais são ainda as maiores dificuldades encontradas nas UBS (falta de estrutura? Falta de funcionários? Falta de capacitação? Falta de recursos financeiros?)
19. Dois problemas foram encontrados no município de Breves em auditoria do Tribunal de Contas da União no ano de 2014 com relação ao Programa mais médicos. Esses problemas foram regularizados pelo município?

155.3) no município de Breves - PA, um médico do projeto relatou para a equipe de auditoria que recebia um crédito de R\$ 600,00 (seiscentos reais) para ser utilizado em um supermercado indicado pelo Prefeitura. Essa modalidade de auxílio, além de não estar prevista na Portaria SGTES/MS nº 30/2014, impede que o médico participante escolha livremente onde adquirirá e pode ser um indicativo de direcionamento de despesa;

155.7) em Breves - PA, a equipe de auditoria colheu relatos de médicos do projeto que informaram habitar de forma improvisada na sede do Conselho Municipal de Saúde, imóvel no qual não havia cozinha. No município de Apodi - RN, médicas contaram à equipe de auditoria que o apartamento disponibilizado pelo município foi inundado durante uma chuva;

20. Para o município de Breves segundo dados do ministério da saúde foram disponibilizadas 11 vagas de médicos. Todas as vagas foram preenchidas?
21. Existe médico supervisor e ou médico tutor para os médicos do Programa no município de Breves?
22. Até a presente data os médicos que atuam no município de Breves receberam algum curso de capacitação?
23. Com a chegada de médicos do programa no município, o número de médicos que atendem no município na atenção básica, aumentou, se manteve estável ou diminuiu?

Obs: colocar outras informações que achar necessário com relação aos impactos do programa no município de Breves.

ANEXO

ANEXO A- LEI Nº 12.871, DE 22 DE OUTUBRO DE 2013.

2013 Conversão da Medida Provisória nº 621, de 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.

Mensagem de veto

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

CAPÍTULO I**DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 1º É instituído o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS) e com os seguintes objetivos:

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

II - fortalecer a prestação de serviços de Atenção Básica em saúde no País;

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

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

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

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

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

VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

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

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

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

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

CAPÍTULO II

DA AUTORIZAÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DE CURSOS DE MEDICINA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a) atenção básica;

b) urgência e emergência;

c) atenção psicossocial;

d) atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e

e) vigilância em saúde.

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

§ 3º O edital previsto no inciso IV do caput deste artigo observará, no que couber, a legislação sobre licitações e contratos administrativos e exigirá garantia de proposta do participante e multa por inexecução total ou parcial do contrato, conforme previsto, respectivamente, no art. 56 e no inciso II do caput do art. 87 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

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

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

I - possuam certificação como hospitais de ensino;

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

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

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

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

I - os seguintes critérios de qualidade:

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO III

DA FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I - Medicina Interna (Clínica Médica);

II - Pediatria;

III - Ginecologia e Obstetrícia;

IV - Cirurgia Geral;

V - Psiquiatria;

VI - Medicina Preventiva e Social.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Seção Única

Do Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde

Art. 12. As instituições de educação superior responsáveis pela oferta dos cursos de Medicina e dos Programas de Residência Médica poderão firmar Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde com os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde, na qualidade de gestores, com a finalidade de viabilizar a reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas de Residência Médica e a estrutura de serviços de saúde

em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade, além de permitir a integração ensino-serviço na área da Atenção Básica.

§ 1º O Contrato Organizativo poderá estabelecer:

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

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

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

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

CAPÍTULO IV

DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 3º A coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil ficará a cargo dos Ministérios da Educação e da Saúde, que disciplinarão, por meio de ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde, a forma

de participação das instituições públicas de educação superior e as regras de funcionamento do Projeto, incluindo a carga horária, as hipóteses de afastamento e os recessos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I - apresentar diploma expedido por instituição de educação superior estrangeira;

II - apresentar habilitação para o exercício da Medicina no país de sua formação; e

III - possuir conhecimento em língua portuguesa, regras de organização do SUS e protocolos e diretrizes clínicas no âmbito da Atenção Básica.

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

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

Art. 16. O médico intercambista exercerá a Medicina exclusivamente no âmbito das atividades de ensino, pesquisa e extensão do Projeto Mais Médicos para o Brasil, dispensada, para tal fim, nos 3 (três) primeiros anos

de participação, a revalidação de seu diploma nos termos do § 2º do art. 48 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. (Vide Decreto nº 8.126, de 2013)

§ 1º (VETADO).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I - bolsa-formação;

II - bolsa-supervisão; e

III - bolsa-tutoria.

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

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

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

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

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

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

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

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

I - advertência;

II - suspensão; e

III - desligamento das ações de aperfeiçoamento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO V

DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

“Art. 2º

.....

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

.....” (NR)

“Art. 4º

.....

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

.....

Parágrafo único.

.....

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

.....” (NR)

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

“Art. 1º

.....

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

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

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

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

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

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

DILMA ROUSSEFF

Aloizio Mercadante

Alexandre Rocha Santos Padilha

Miriam Belchior

Luís Inácio Lucena Adams

Este texto não substitui o publicado no DOU de 23.10.2013