

**Boletim Informativo do PROADESS, nº 6, abril/2020.**

Francisco Viacava  
Mônica Martins  
Carolina de Campos Carvalho  
Ricardo Antunes Dantas de Oliveira  
Caio de Paula Peixoto  
Josué Laguardia

**Panorama do Programa Mais Médicos (PMM) a partir do desempenho dos serviços de saúde no período 2013-2017**

Tendo em vista a baixa disponibilidade de médicos no país, e principalmente as desigualdades na distribuição dos profissionais, assim como uma formação médica pouco voltada para a atenção básica, o Programa Mais Médicos<sup>1</sup> foi criado com a proposta de atender as necessidades de saúde da população, de modo imediato e emergencial, através da formação e do provimento de médicos aos serviços de atenção básica em áreas com maior vulnerabilidade. Buscando consolidar um padrão de qualidade adequado nos serviços locais da atenção básica, o programa também previu o investimento na qualificação da estrutura, melhoria das condições de atuação dos profissionais e funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Implantado em 2013, sofreu grandes alterações a partir de 2018, com a saída de médicos cubanos, e ainda encontra dificuldades para substituir esses profissionais que trabalhavam nas áreas mais remotas e carentes do país.

Neste Boletim Temático do Programa de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS)<sup>1</sup>, procura-se analisar os possíveis efeitos do Programa Mais Médicos no desempenho dos serviços de saúde dos municípios nos quais foi implantado, considerando o período entre 2013 e 2017. Trataremos inicialmente de apresentar a caracterização do Programa, considerando todos os municípios, e em seguida analisaremos a evolução por grupos de municípios mais vulneráveis a partir da metodologia proposta pelo PROADESS.

## 1. Características dos municípios aderidos ao Programa Mais Médicos

Conforme dados obtidos pelo portal do PMM<sup>2</sup>, em 2017, cerca de 72% dos municípios brasileiros haviam aderido ao Programa, sendo que, segundo informações do então Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS), 97% deles já estavam no Programa desde 2013. A estimativa da população coberta, calculada a partir do número de equipes da ESF em cada município alcançava cerca de 62% da população, em 2017 (Tabela 1).

Tabela 1 – Número de municípios aderidos ao PMM e população coberta, 2017

	Municípios	%	População total	População coberta	% Aderidos
Aderidos	3.995	71,7%	187.518.751	128.894.241	62,1%
Não aderidos	1.575	28,3%	20.139.310	78.763.820	37,9%
Total	5.570	100,0%	207.658.061		

Fonte: Ministério da Saúde (MS).

<sup>1</sup> Disponível em: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/>. Acesso em: 15 de abril de 2020.

<sup>2</sup> Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/>. Acesso em: 15 de abril de 2020.

No início do Programa, os municípios foram classificados em categorias independentes, a partir de múltiplos critérios, como nível governamental, pobreza, vulnerabilidade e localização geográfica. Em consonância com o objetivo fundamental do PMM, nesse boletim, optou-se por analisar a evolução do Programa e seu desempenho nos dois grupos de municípios considerados mais vulneráveis. No primeiro (“20% pobreza”), situavam-se 1.708 municípios que possuíam 20% ou mais da população abaixo da linha de pobreza, dentre os quais 79,7% aderiram ao programa. No segundo grupo, foram incluídos 98 municípios classificados no grupo G100, em 2013, que são caracterizados por ter mais de 80 mil habitantes, 40% dos setores censitários com maiores percentuais da população em pobreza, e os mais baixos níveis de receita pública. Desses municípios, 95,9% aderiram ao programa (Tabela 2).

Tabela 2 – Perfil dos municípios que aderiram ao PMM (2013-2014)

Perfil (em 2013)	Adesão ao PMM*			
	Sim	Não	Total	%
20% pobreza	1361	347	1708	79,7%
Capital	27	0	27	100,0%
Demais localidades	2106	1123	3229	65,2%
G100	94	4	98	95,9%
Região Metropolitana	407	101	508	80,1%
Total	3995	1575	5570	71,7%

\* Segundo DAB/MS.

Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE/MS).

Aplicando a classificação dos espaços rurais e urbanos do Brasil definida pelo IBGE (2017), observa-se que, 65,2% dos municípios incluídos no perfil “20% pobreza” são predominantemente rurais adjacentes e no grupo G100 todos os municípios são urbanos (Tabela 3).

Tabela 3 - Classificação urbano rural dos municípios aderidos ao PMM (2017)

	Tipologia Municipal IBGE					Total
	Intermediário Adjacente	Intermediário Remoto	Rural Adjacente	Rural Remoto	Urbano	
20% pobreza	157 11,5%	32 2,4%	888 65,2%	178 13,1%	106 7,8%	1361 100,0%
Capital	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	27 100,0%	27 100,0%
Demais localidades	322 15,3%	23 1,1%	1056 50,1%	62 2,9%	643 30,5%	2106 100,0%
G100	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	94 100,0%	94 100,0%
Região Metropolitana	22 5,4%	0 0,0%	110 27,0%	0 0,0%	275 67,6%	407 100,0%
Total	501 12,5%	55 1,4%	2054 51,4%	240 6,0%	1145 28,7%	3995 100,0%

Fonte: IBGE<sup>3</sup>.

Para analisar as mudanças no desempenho do sistema de saúde e nas condições de saúde da população desses municípios após a implantação do PMM, são apresentados a seguir indicadores segundo a proposta do PROADESS<sup>4</sup>. Para o cálculo dos indicadores para cada grupo, foram agregados dados considerando o intervalo 2013 e 2017 e algumas séries históricas. Como os únicos dados disponíveis referem-se sempre ao município

<sup>3</sup> BRASIL. IBGE. Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil, Série Estudos e Pesquisas. ISSN 1415-9813. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

<sup>4</sup> A matriz conceitual do PROADESS está disponível em:  
<https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=matp>.

como um todo, muitas vezes os indicadores tem sua representatividade limitada porque não são específicos da população coberta pelo PMM. Nesse sentido, entre os municípios “20% pobreza” a validade dos indicadores é diretamente proporcional à cobertura pelo PMM, que geralmente é alta nos municípios com menor porte populacional (64% até 20 mil habitantes) (Tabela 4).

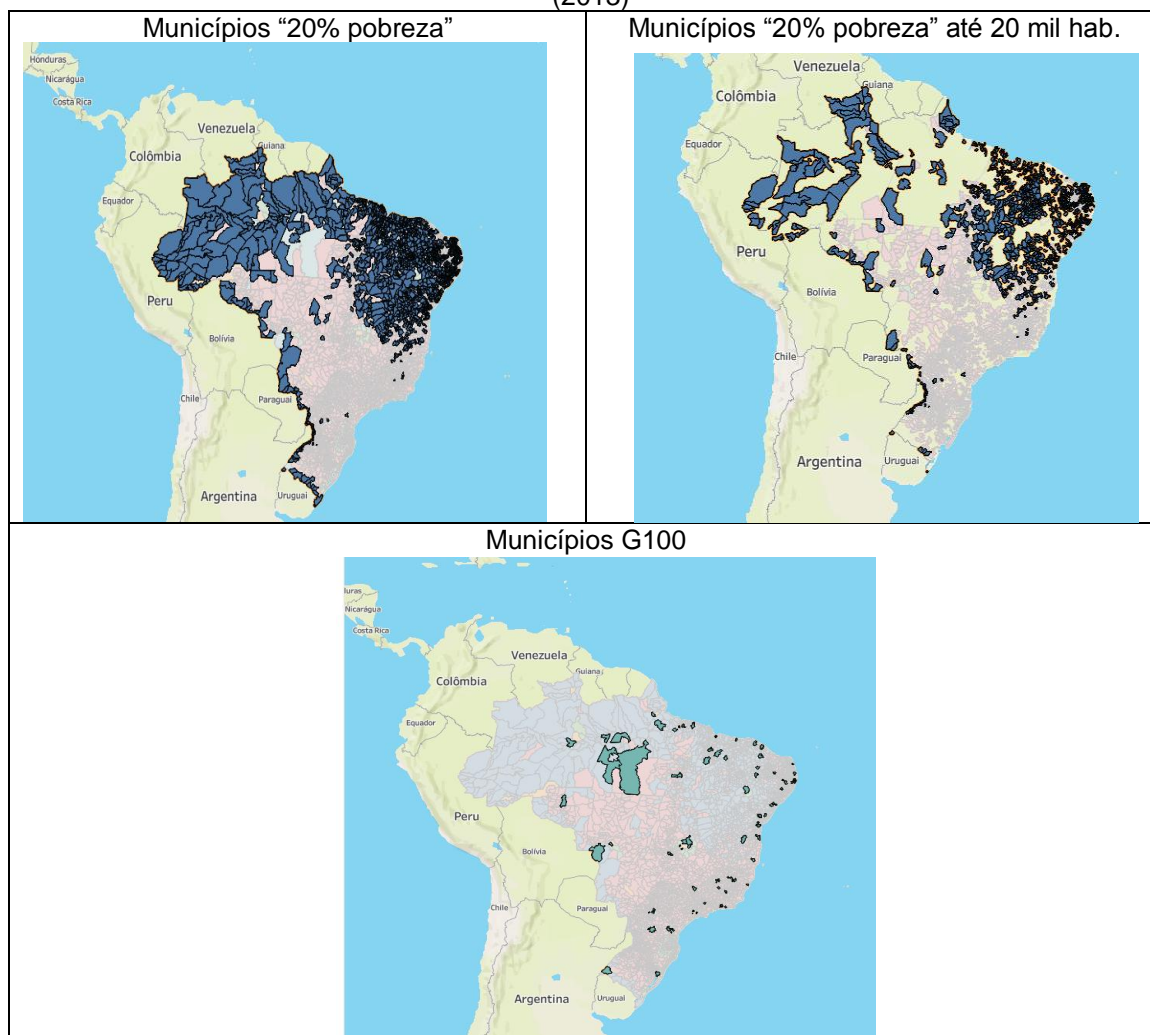
Tabela 4 – Municípios vulneráveis segundo porte populacional (2013)

Porte populacional (em 2013)	20% pobreza			G100		
	n	%	%acumulada	n	%	%acumulada
Até 5.000	130	9,6	9,6	0	0	0,0
5.000 até 10.000	265	19,5	29,0	0	0	0,0
10.000 até 20.000	482	35,4	64,4	0	0	0,0
20.000 até 50.000	401	29,5	93,9	0	0	0,0
50.000 até 100.000	78	5,7	99,6	13	13,8	13,8
100.000 a +	5	0,4	100,0	81	86,2	100,0
<b>Total</b>	<b>1361</b>	<b>100,0</b>		<b>94</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: IBGE.

Como é possível observar na Figura 1, geograficamente os municípios mais vulneráveis que aderiram ao PMM estavam localizados em sua maioria nas regiões Norte e Nordeste do país. Essa característica é marcante entre os municípios “20% pobreza”, mas também relevante no grupo G100. Destacam-se, além disso, os municípios de fronteira nas regiões Centro-Oeste e Sul. Enquanto aqueles “20% pobreza” com até 20 mil habitantes concentram-se principalmente no Nordeste.

Figura 1 - Localização geográfica dos municípios mais vulneráveis que aderiram ao PMM (2013)



A estrutura demográfica dos municípios considerados nessa análise também é importante para compreensão das características observadas. A partir das estimativas populacionais de 2017 para o Tribunal de Contas da União (TCU), realizadas pelo IBGE, observa-se que os municípios do G100 tinham uma distribuição etária semelhante à do total do país, concentrada entre

adultos e com participações semelhantes de crianças e jovens, embora a de idosos seja inferior.

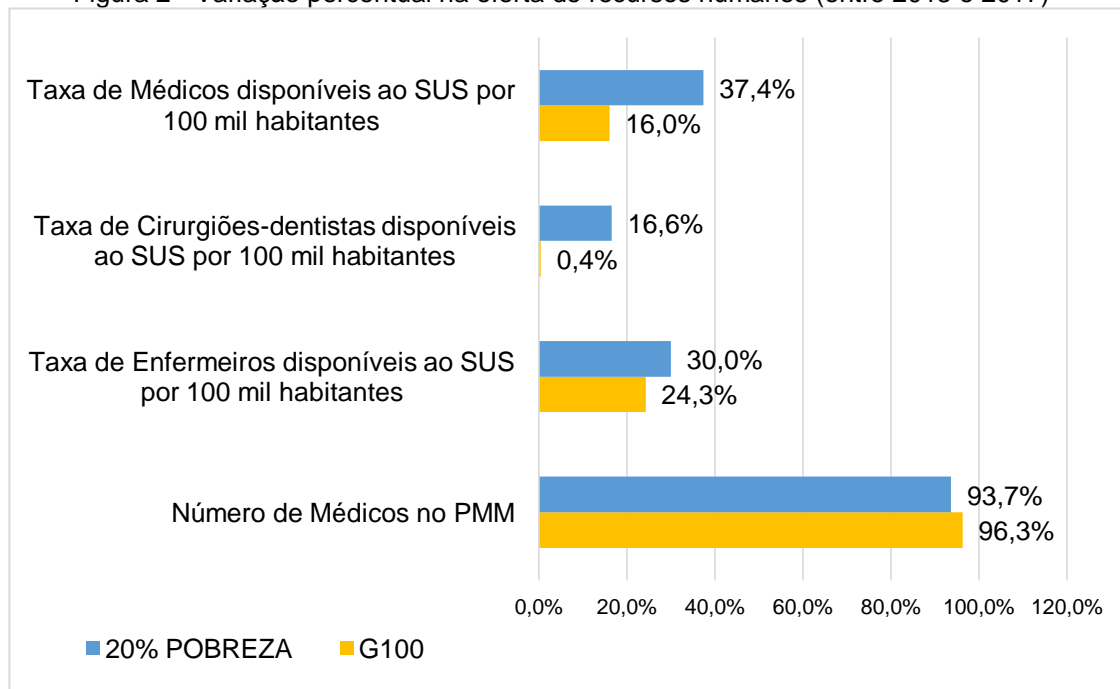
Os municípios “20% pobreza” têm características distintas tanto em relação ao padrão geral do país e ao do grupo G100 quanto entre os próprios municípios, em decorrência da região de localização. Em geral, possuem maior percentual de pessoas até 14 anos e de idosos (em comparação ao G100) e menor participação de adultos, possivelmente expressando a emigração de adultos desse grupo de municípios. No Norte e Nordeste do país esses municípios têm uma estrutura mais jovem, com maior participação da população até 19 anos e menor participação de idosos. Já os do Sul do país apresentam uma participação de crianças e jovens inferior aos demais municípios do grupo “20% de pobreza”, e de idosos e pessoas entre 50 e 59 anos superior a todos os outros conjuntos e à média nacional.

## **2. Alocação de Recursos**

### **2.1. Recursos humanos de nível superior**

Entre 2013 e 2017, a oferta de médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros disponíveis ao SUS aumentou nos dois grupos de municípios observados (“20% pobreza” e G100). Nos municípios com 20% de população em pobreza (n=1.361), houve um crescimento maior, principalmente de médicos, com a contratação pelo PMM. Também aumentou a disponibilidade de cirurgiões-dentistas e enfermeiros. Para os municípios do grupo G100 (n=94), os incrementos foram em menor escala para enfermeiros e médicos, e praticamente não houve mudança na oferta de cirurgiões-dentistas (Figura 2).

Figura 2 - Variação percentual na oferta de recursos humanos (entre 2013 e 2017)

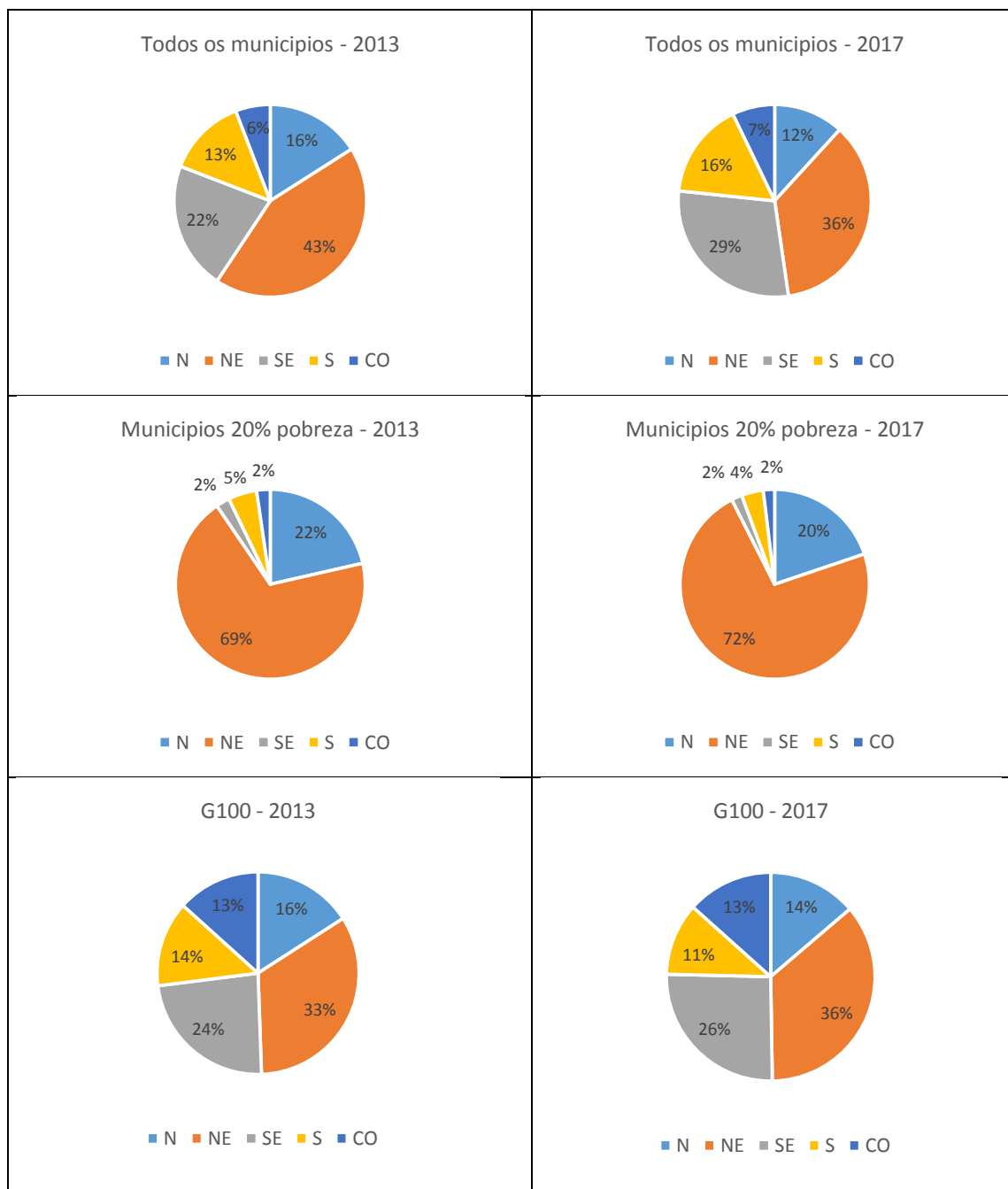


Fonte: CNES.

Quando se observa o total de municípios aderidos ao PMM segundo as Grandes Regiões, nota-se modificações importantes entre 2013 e 2017, com redução do percentual de médicos alocados no Nordeste e Norte e aumento no Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Entretanto, a variação regional dos profissionais foi pequena quando se observam os municípios mais vulneráveis (Figura 3).

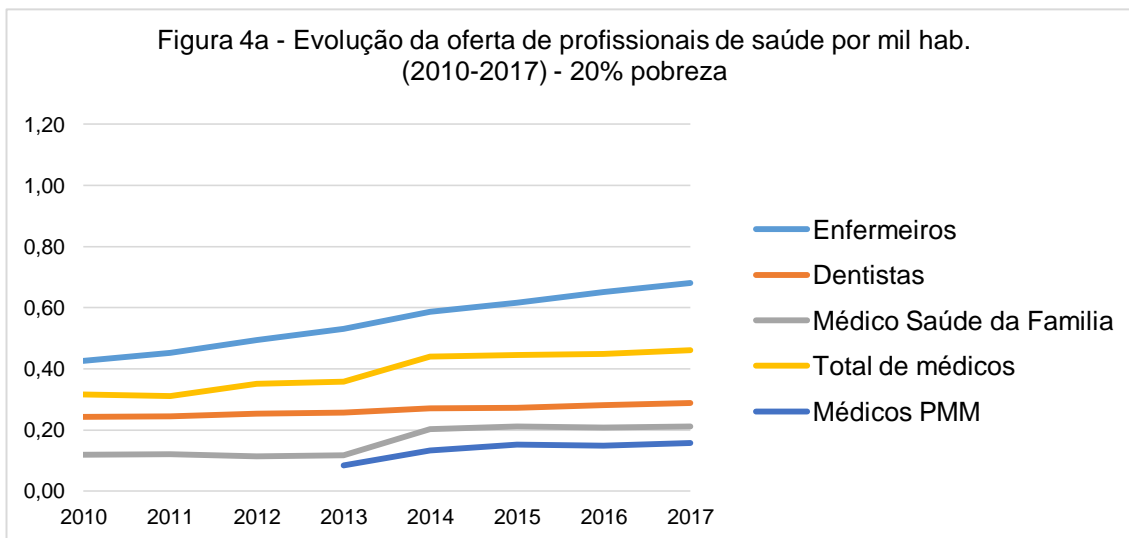


Figura 3 – Distribuição percentual de médicos do PMM, segundo Grandes Regiões em municípios mais vulneráveis (2013 e 2017)

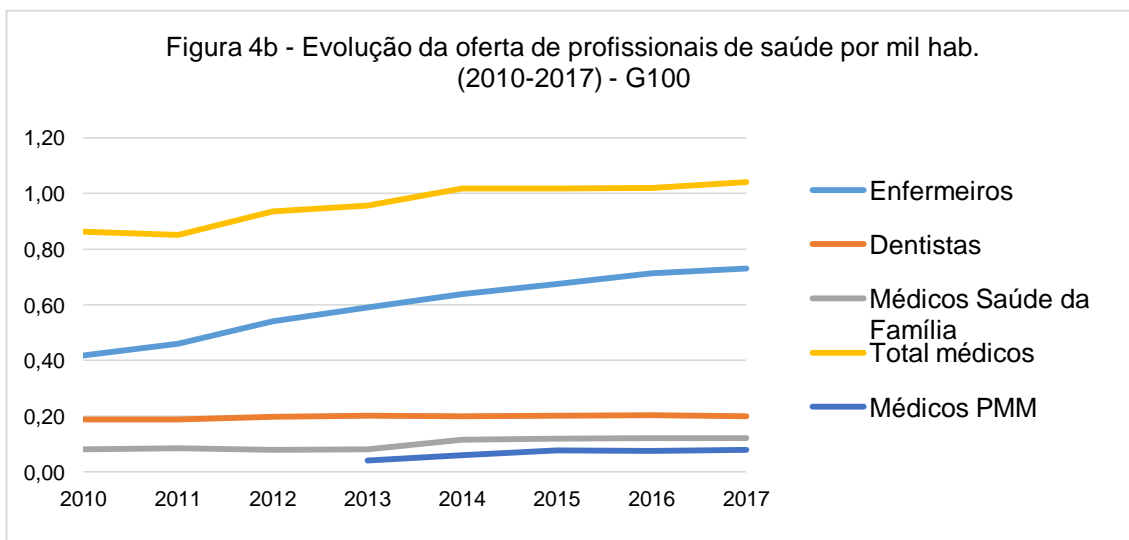


Ao longo da década de 2010, observa-se a evolução da incorporação de profissionais disponíveis ao SUS nos dois grupos de municípios mais

vulneráveis (Figuras 4a e 4b), destacando-se um importante acréscimo no número de enfermeiros.



Fonte: CNES.



Fonte: CNES.

Quanto ao perfil dos médicos do PMM, é possível observar o alto percentual de profissionais denominados “cooperantes”, que incluem os médicos contratados através de acordo de cooperação com Cuba nos dois

grupos de municípios (Tabela 4). A distinção se dá na distribuição dos outros profissionais médicos - brasileiros e intercambistas (médicos formados em outros países e habilitados a exercer a profissão no Brasil). Segundo Oliveira et al. (2016), do total de médicos brasileiros destinados a esses dois grupos de municípios, 68,5% foram alocados no grupo “20% pobreza” enquanto, percentual semelhante de médicos intercambistas foi destinado a ambos grupos.

Tabela 4 - Médicos participantes do PMM por perfil – “20% pobreza”, G100 e Brasil (2013-2014)

	Médicos brasileiros		Intercambistas		Cooperantes		Total	
20% pobreza	574	13,5%	149	3,5%	3538	83,0%	4261	100,0%
G100	264	22,1%	149	12,5%	780	65,4%	1193	100,0%
Brasil	1834	12,9%	1184	8,4%	11150	78,7%	14168	100,0%

Fonte: Adaptado de Oliveira et al, 2016.

## 2.2 Rede assistencial

No que se refere à rede assistencial, nos municípios “20% pobreza”, entre 2013 e 2017, houve aumento de estabelecimentos ambulatoriais, hospitalares e de emergência. No G100, esse aumento foi de 13,2% nos estabelecimentos ambulatoriais; com uma redução no número de unidades de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (USADT) e hospitais (Figura 5). Observou-se também pequenos aumentos nas razões de equipamentos de ultrassom e mamógrafos por 100 mil habitantes nos dois grupos de municípios (Figura 6).

Figura 6 - Equipamentos de ultrassom e mamógrafos por 100 mil hab (2013 e 2017)

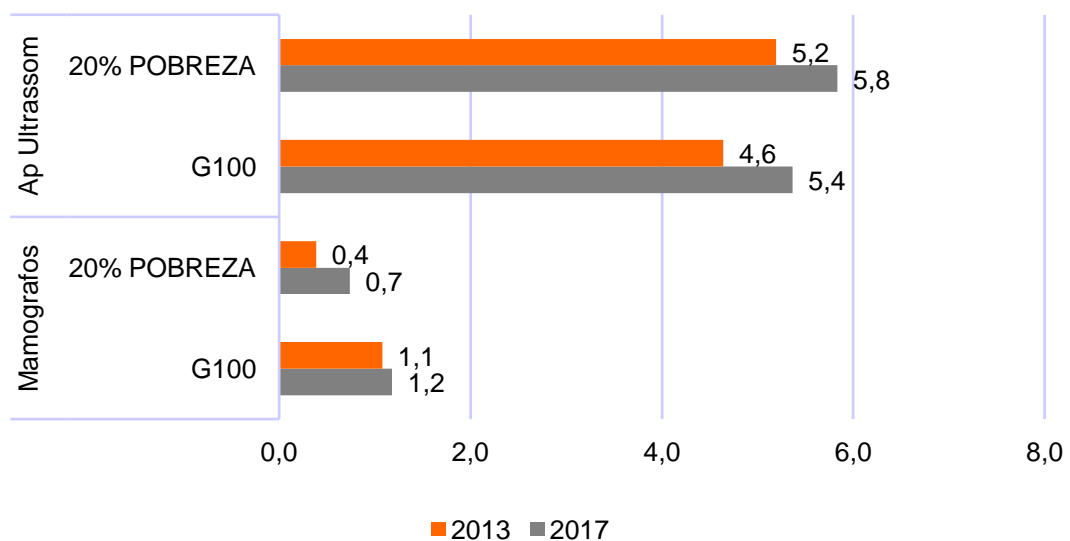
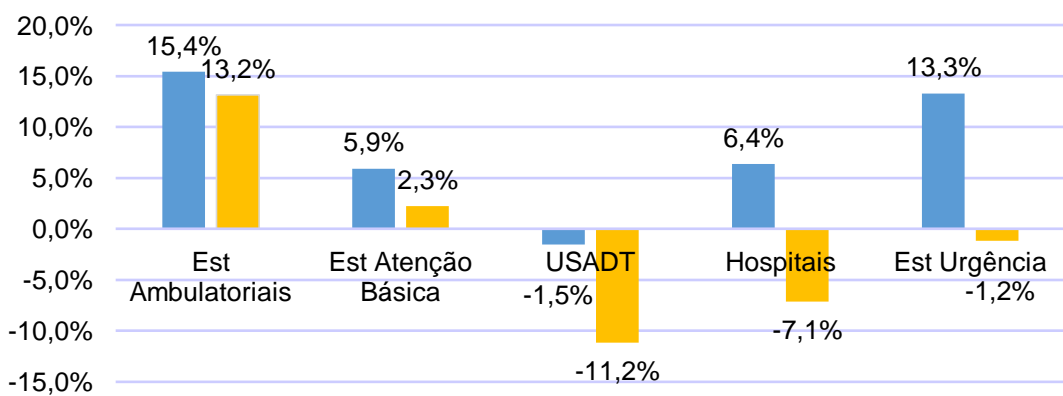


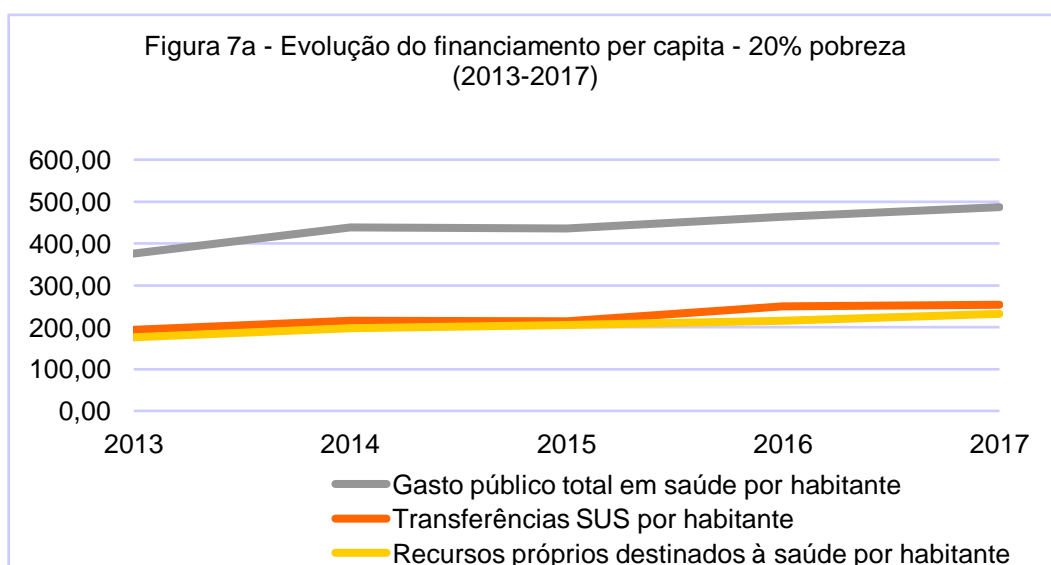
Figura 5 - Variação percentual na oferta de estabelecimentos (entre 2013 e 2017)



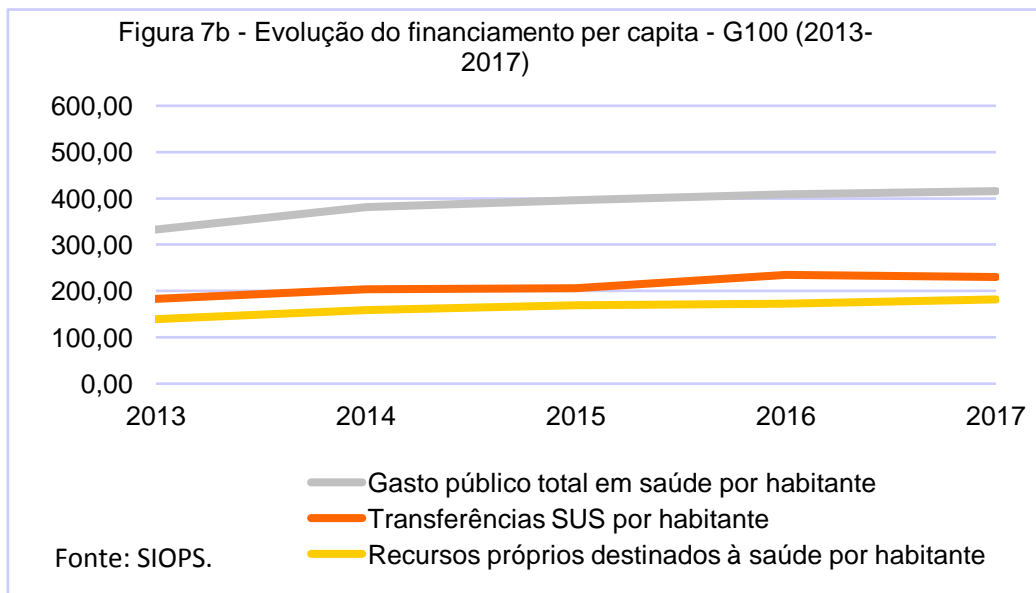


### 2.3 Recursos financeiros

Paralelamente à maior disponibilidade de recursos humanos e de equipamentos, os gastos públicos totais aumentaram nos dois grupos de municípios mais vulneráveis, um aumento ligeiramente superior nos municípios com mais de 20% da população em situação de pobreza (Figuras 7a e 7b). Os gastos próprios destinados à saúde foram semelhantes nos dois grupos.



Fonte: SIOPS.



## Desempenho dos serviços de saúde

### 3.1 Acesso

Na matriz conceitual do PROADESS, acesso é definido como “a capacidade do sistema de saúde em prover o cuidado e o serviço necessários, no momento certo e no lugar adequado”.

Inicialmente, procurou-se trabalhar com as consultas médicas, mas a alteração introduzida nos sistemas de informação em saúde, com a criação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e a indisponibilidade do Conjunto Mínimo de Dados – CMD, impediu a comparação nas situações de 2013 e 2017. Pelos dados do CMD para 2017 foi possível verificar a frequência de seis tipos de consultas na atenção básica, nos dois grupos de municípios, considerando os procedimentos consulta médica de atenção básica, consulta médica especializada, consulta de pré-natal, consulta puerperal, consulta de puericultura e consulta domiciliar (Tabela 5). Nos dois grupos de municípios, pouco mais de 70% do total de consultas corresponderam a consultas médicas.

Tabela 5 – Consultas de atenção básica realizadas (2017)

Tipo de consulta AB	20% pobreza	(%)	G100	(%)
Consulta atendimento domiciliar	1.705.513	6,4	336.137	4,0
Consulta médica em atenção básica	19.038.516	71,6	6.102.082	73,4
Consulta puericultura	3.061.518	11,5	949.713	11,4
Consulta pré-natal	2.644.999	9,9	876.003	10,5
Consulta puerperal	132.477	0,5	45.588	0,5
Total	26.583.023	100,0	8.309.523	100,0

Fonte: CMD.



Na Figura 8, pode ser observado um conjunto de indicadores de acesso para 2013 e 2017. Sobre esses indicadores, valem alguns esclarecimentos:

- A razão de exame de Papanicolau para 2017 foi calculada agregando dados do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) sobre “coleta de material para exame cito-patológico do colo do útero” aos dados disponíveis no Sistema de informação da Atenção Básica (SISAB) com a variável “Col. de Cito. de Colo Uterino”.
- No caso da razão de mamografia, os dados de 2013 e 2017 são oriundos exclusivamente do SIA.
- O indicador imunização de menores de 1 ano considera o percentual de crianças menores de 1 ano que, segundo o Programa Nacional de Imunizações (PNI), receberam a terceira dose de tetra/penta/hexavalente, tendo como referência os nascidos vivos nos respectivos anos.

Nos municípios do grupo “20% pobreza” que aderiram ao PMM, nota-se uma diminuição na razão de Papanicolau, um aumento na razão de mamografia, um aumento na cobertura por ESF e uma redução na cobertura vacinal de menores de um ano (Figura 8a<sup>5</sup>). Para os municípios incluídos no

---

<sup>5</sup> Os indicadores da Figura 8a são os seguintes, em ordem:

1. Razão entre o número de exames citopatológicos (exame de Papanicolau) em mulheres de 25 a 64 e um terço da população de mulheres nesta faixa etária, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
2. Razão entre o número de procedimentos de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade e a metade da população de mulheres na mesma faixa etária, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
3. Taxa de internação hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) padronizada por sexo e idade, por 1.000 habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
4. Percentual de nascidos vivos de parto hospitalar fora do município de residência da mãe, no ano considerado.
5. Percentual da população coberta pela Estratégia Saúde da Família (ESF), em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

G100 as mesmas tendências foram observadas. A cobertura vacinal de menores de 1 anos no grupo “20% pobreza” foi de 80,2% em 2017, enquanto que no G100, o valor desse indicador foi de 75,3%. Na Figura 8b, verifica-se que os municípios “20% pobreza” com porte populacional de até 20 mil habitantes apresentam melhores resultados nos principais indicadores.

- 
6. Percentual de pessoas de 60 anos ou mais de idade vacinadas contra gripe/influenza, em relação ao total da população idosa, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
  7. Percentual de crianças menores de 1 ano vacinadas com a terceira dose de imunobiológico contra Difteria, Coqueluche, Tétano, Haemophilus Influenzae B - Hib e Hepatite B, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
  8. Percentual de partos hospitalares no total de partos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Figura 8a - Indicadores de acesso

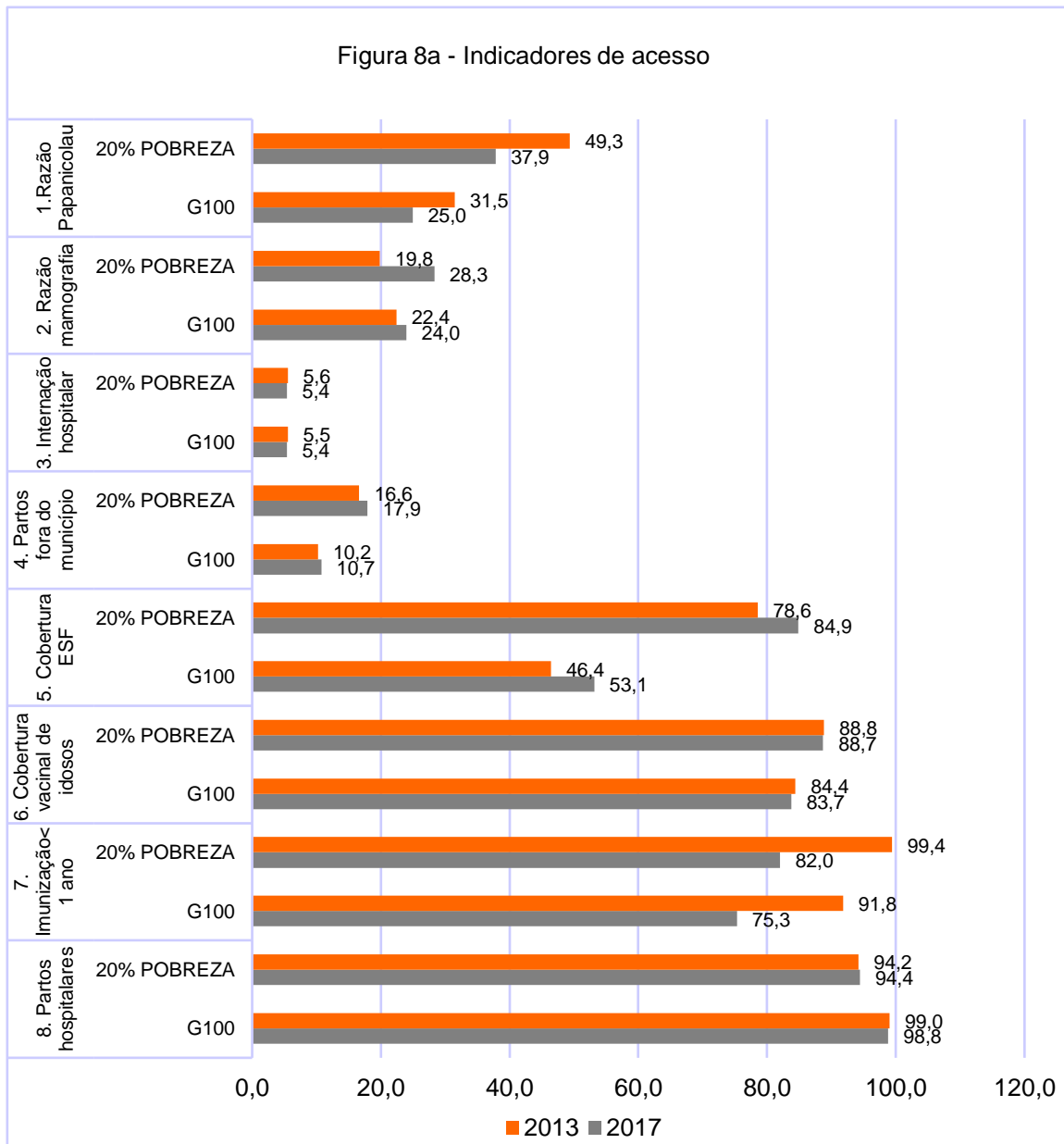
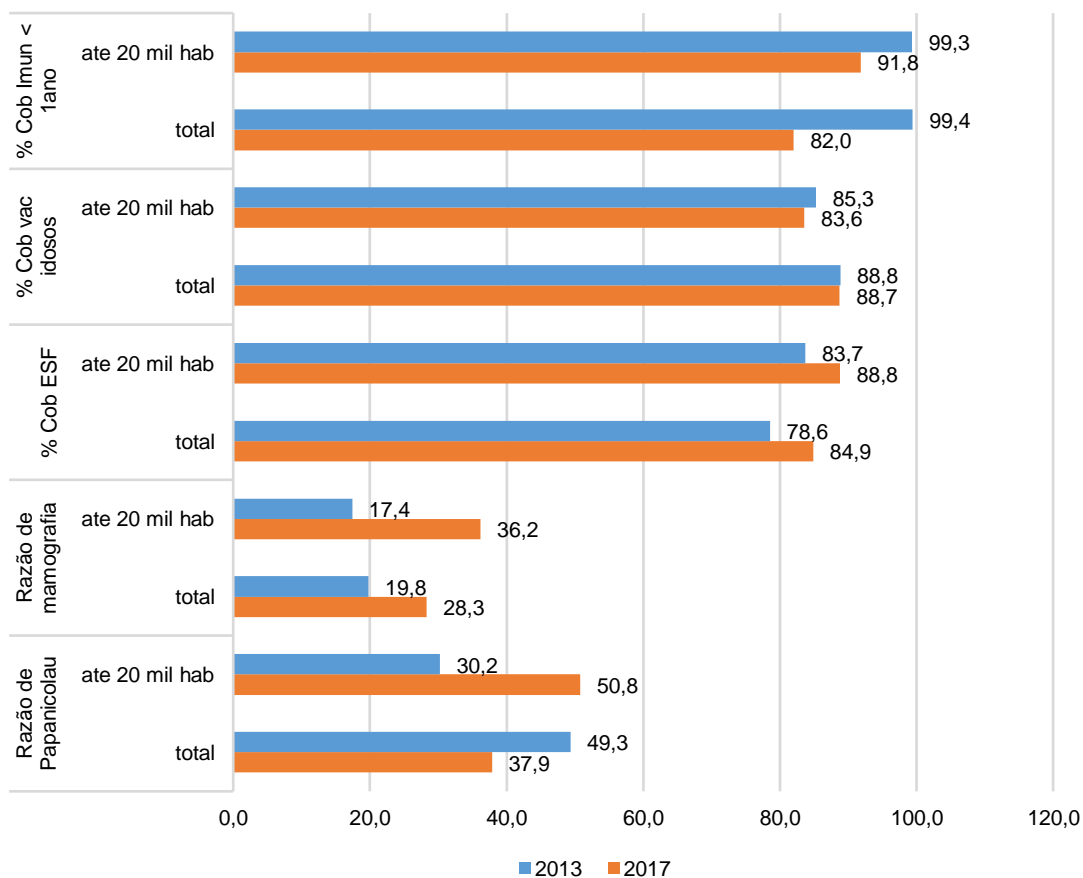


Figura 8b - Indicadores de acesso - 20% pobreza e 20% pobreza com até 20 mil hab. (2013 e 2017)



### 3.2 Efetividade

O PROADESS assume como definição de efetividade do sistema de saúde “o grau com que a assistência, os serviços e as ações atingem os resultados esperados”. Para tanto, são construídos, entre outros, indicadores que utilizam o óbito, mais especificamente, as mortes evitáveis, como medida do resultado de cuidado (efetividade); incidência de algumas doenças evitáveis através de ações do sistema de saúde; e indicadores referentes a internações evitáveis sensíveis à qualidade da atenção primária. No caso do PMM, importa analisar os indicadores que se referem à atenção primária.

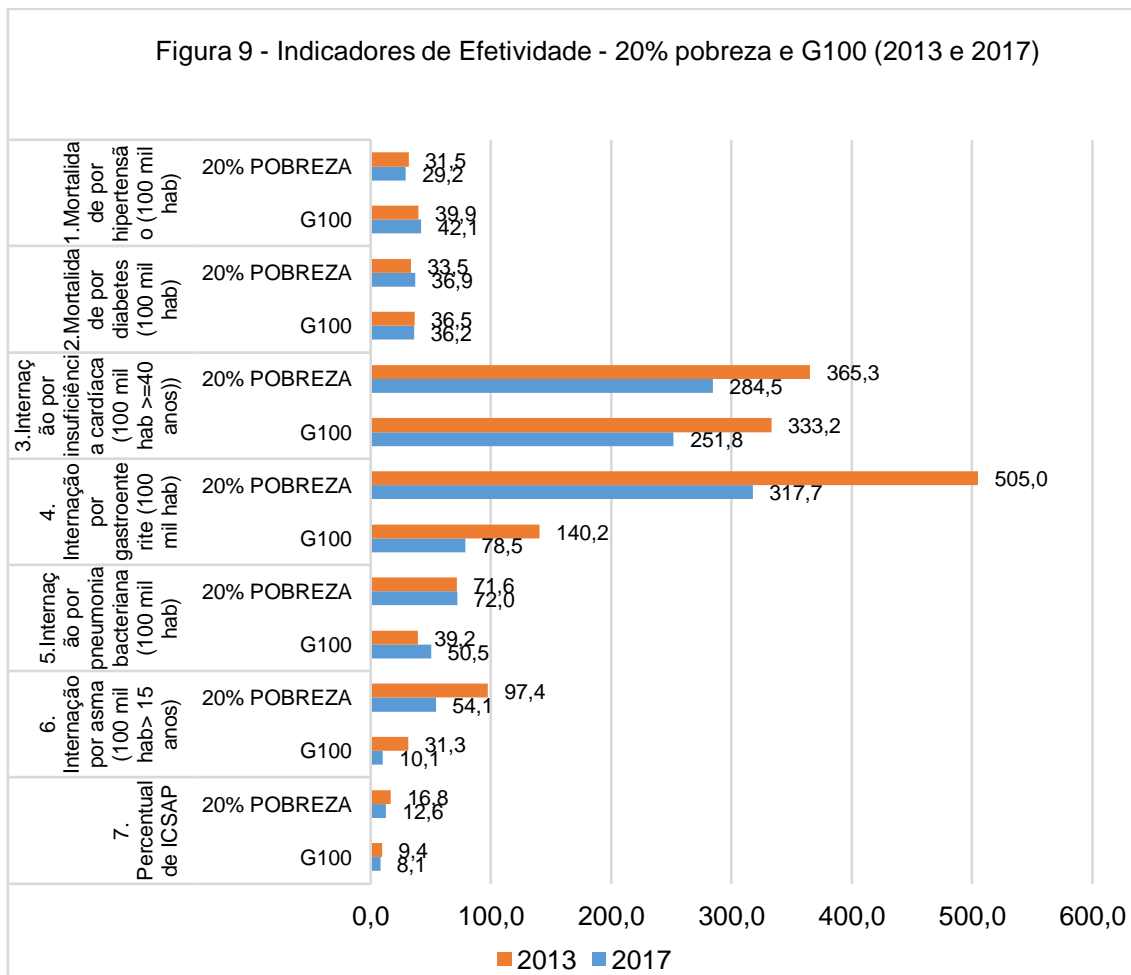
Entre os municípios com mais de 20% da população em situação de pobreza, notou-se aumento da mortalidade por diabetes (20 a 79 anos) e diminuição no percentual de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), especialmente no caso da internação por insuficiência cardíaca (40 anos ou mais), gastroenterite (1 a 4 anos) e asma (15 anos ou mais). Nos municípios do G100, notou-se aumento da mortalidade por hipertensão (50 a 64 anos), diminuição das taxas de internação pelas mesmas causas observadas no outro grupo, e um aumento nas internações por pneumonia bacteriana em adultos (Figura 9<sup>6</sup>).

---

<sup>6</sup> Os indicadores da Figura 9 são os seguintes, em ordem:

1. Taxa de mortalidade por hipertensão (CID-10: I10-I13) na população residente de 50 a 64 anos de idade, por 100 mil habitantes.
2. Taxa de mortalidade por diabetes (CID-10: E10-E14) por 100 mil habitantes entre 20 e 79 anos de idade.
3. Taxa de internação hospitalar por insuficiência cardíaca (CID-10 I50, J81) de residentes de 40 anos ou mais de idade, por 100 mil habitantes.
4. Taxa de internação hospitalar por gastroenterite (CID-10: A000-A09) de residentes de 1 a 4 anos de idade, por 100 mil habitantes.
5. Taxa de internação hospitalar por pneumonia bacteriana (CID10: J13 J14 J15.3 J15.4 15.8 15.9) de residentes de 18 anos ou mais de idade, por 100 mil habitantes.

Figura 9 - Indicadores de Efetividade - 20% pobreza e G100 (2013 e 2017)

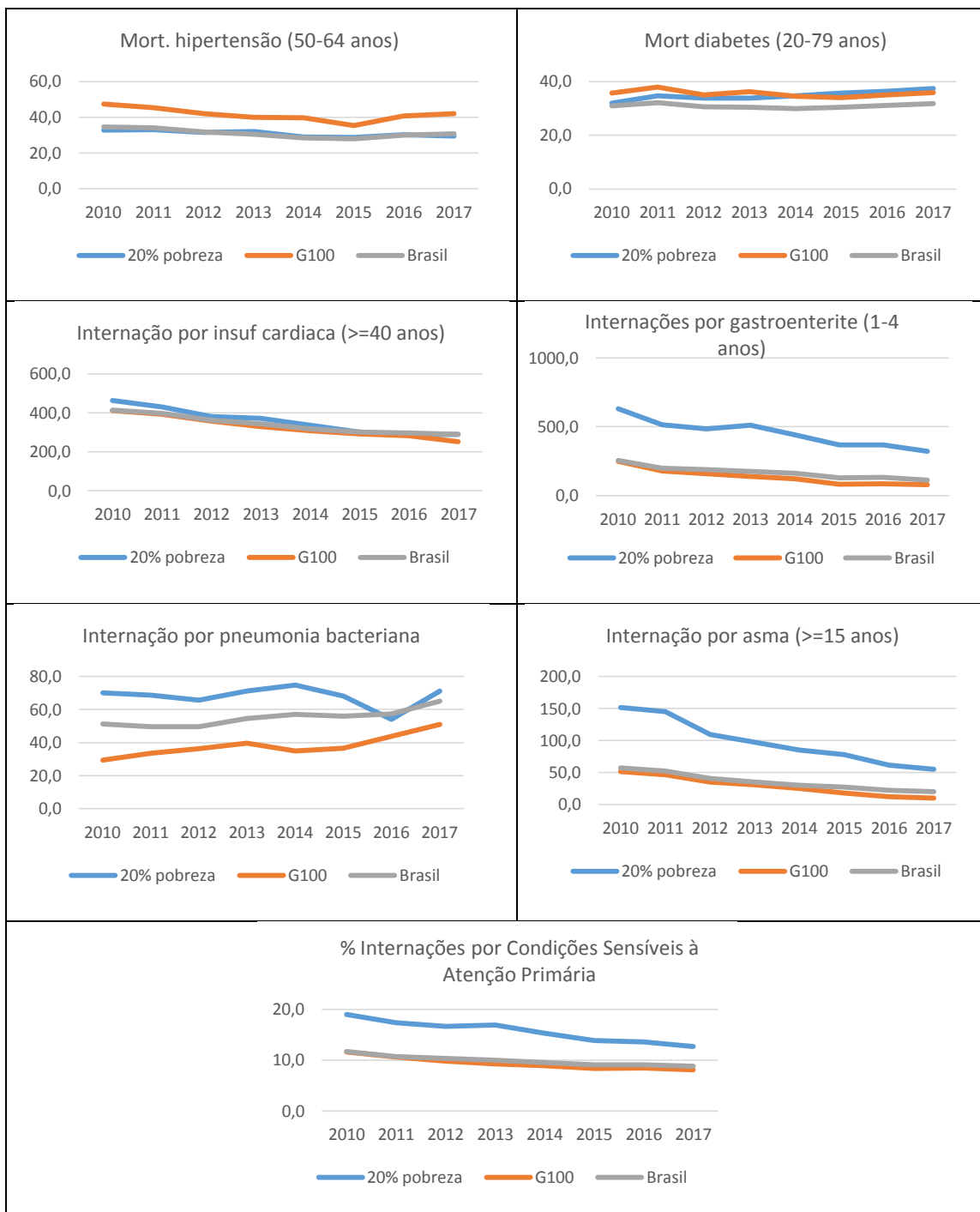


Pode-se observar na Figura 10 a evolução dos indicadores de efetividade ao longo do período 2010-2017 para os dois grupos de municípios e para o Brasil. Informações sobre a mortalidade indicam que nos municípios do G100 ocorreu uma taxa mais alta de óbitos por hipertensão. Ademais,

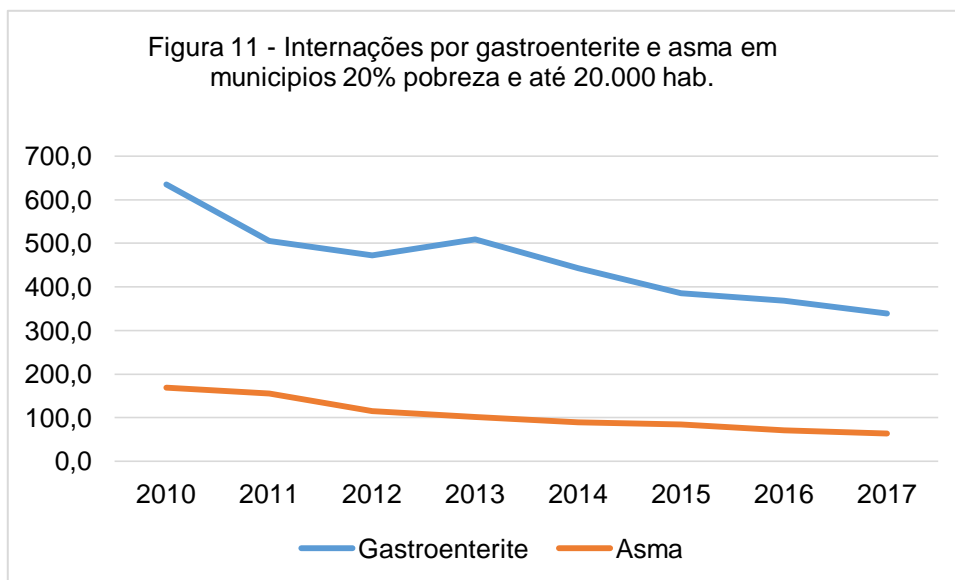
6. Taxa de internação hospitalar por asma (CID-10: J45-46) de residentes de 15 anos ou mais de idade, por 100 mil habitantes.
7. Percentual de internações hospitalares pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por todas as condições sensíveis à atenção primária em relação ao número total de internações hospitalares pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

percentuais de internações por condições sensíveis à atenção primária são mais altos nos municípios “20% pobreza”, mas houve uma queda significativa nos casos de internações por gastroenterite e asma. Quando se observa, nesse grupo de municípios, aqueles com porte populacional até 20.000 habitantes, verifica-se um decréscimo das internações por gastroenterite, que coincide com a implantação do PMM (Figura 11).

Figura 10 – Evolução dos indicadores de efetividade (2010-2017)

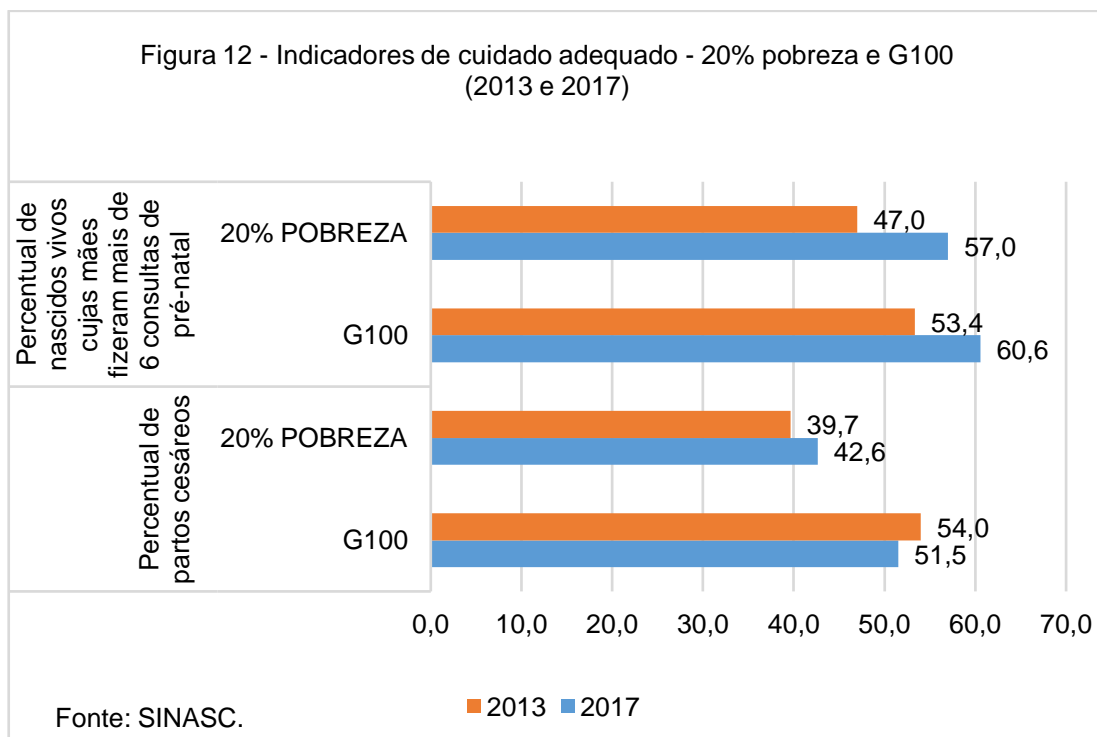






### 3.3 Cuidado Adequado

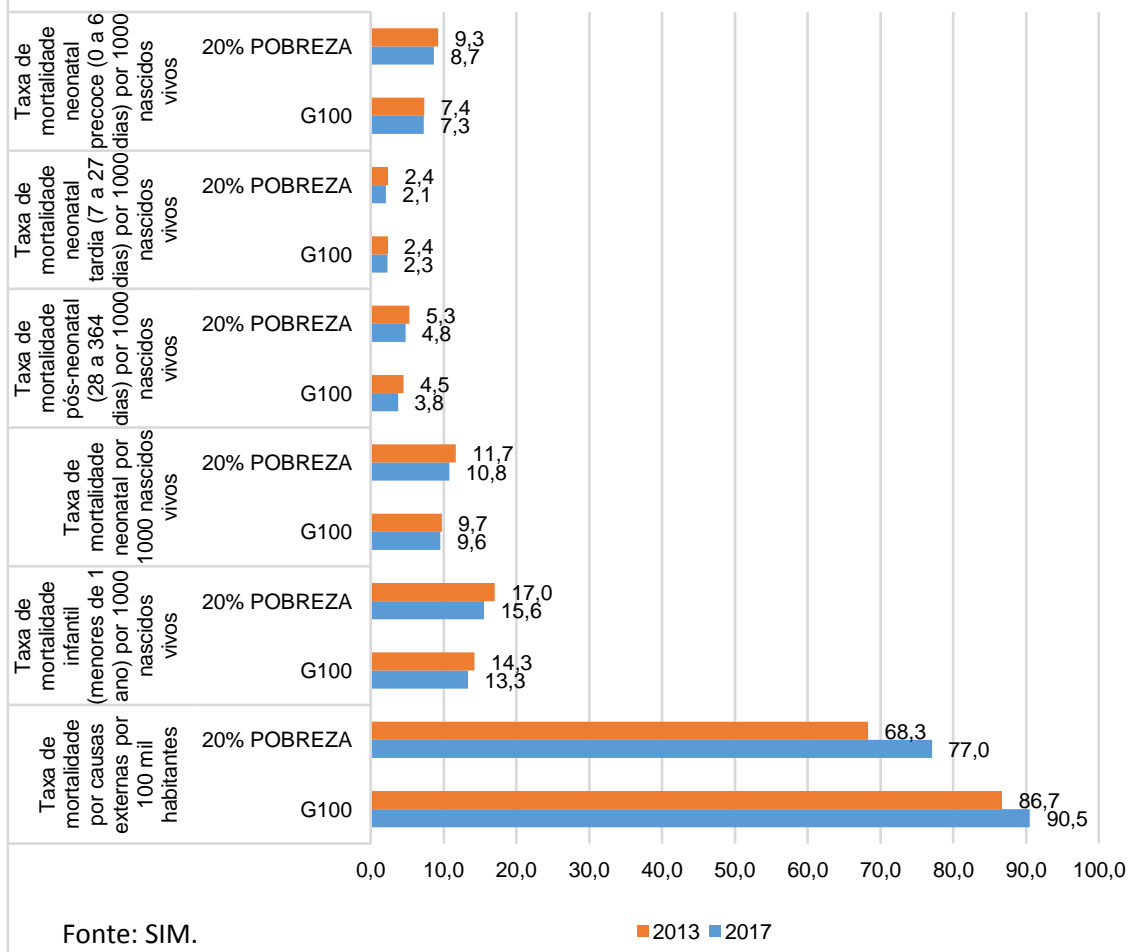
No PROADESS, define-se adequação do cuidado como o grau com que os cuidados prestados às pessoas estão baseados nos conhecimentos técnico-científicos bem fundamentados existentes. Dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) têm sido utilizados pelo PROADESS para calcular o percentual de nascidos vivos de mães que tiveram 7 ou mais consultas de pré-natal e o percentual de partos cesáreos, considerado inadequado quando os valores estão acima de 20-30% (Figura 12). O percentual de mães com número adequado de consultas de pré-natal aumentou nos dois conjuntos de municípios entre 2013 e 2017, e esse aumento foi maior nos municípios do grupo “20% pobreza”. Quanto ao percentual de partos cesáreos, houve diminuição no G100, mas um aumento nos municípios “20% pobreza”.



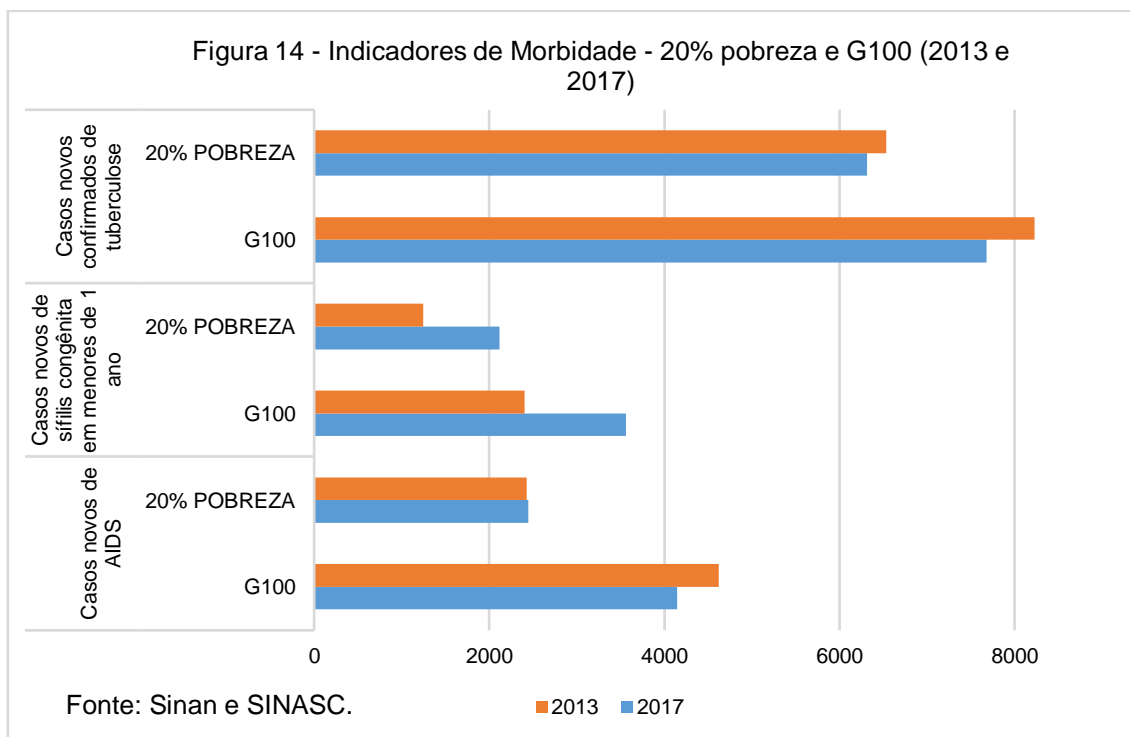
### 3.4 Condições de saúde

Nas Figuras 13 e 14, apresentam-se indicadores para 2013 e 2017 relativos às condições de saúde dos dois grupos de municípios considerados. Taxas de mortalidade na infância nos períodos neonatal e pós-neonatal foram menores em 2017 em ambos os grupos de municípios. Simultaneamente, houve um aumento das taxas de mortalidade por causas externas. Ainda que as tendências sejam as mesmas do nível nacional, é importante notar que no caso da mortalidade por causas externas os aumentos foram maiores do que o observado para o país nesses anos (75,5 a 76,4 segundo o Sistema de Informação de Mortalidade - SIM).

Figura 13 - Indicadores de Mortalidade - 20% pobreza e G100 (2013 e 2017)



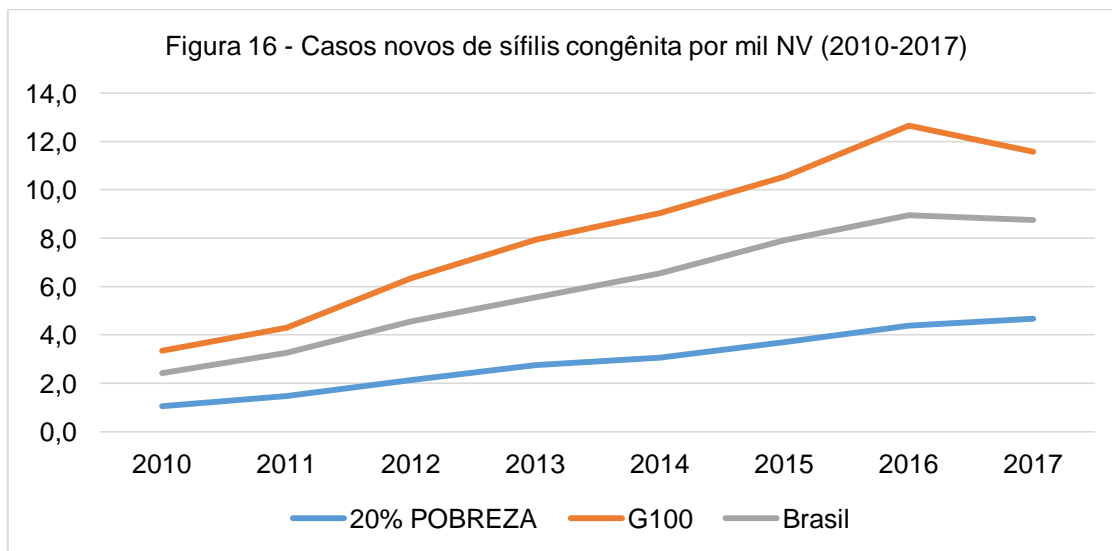
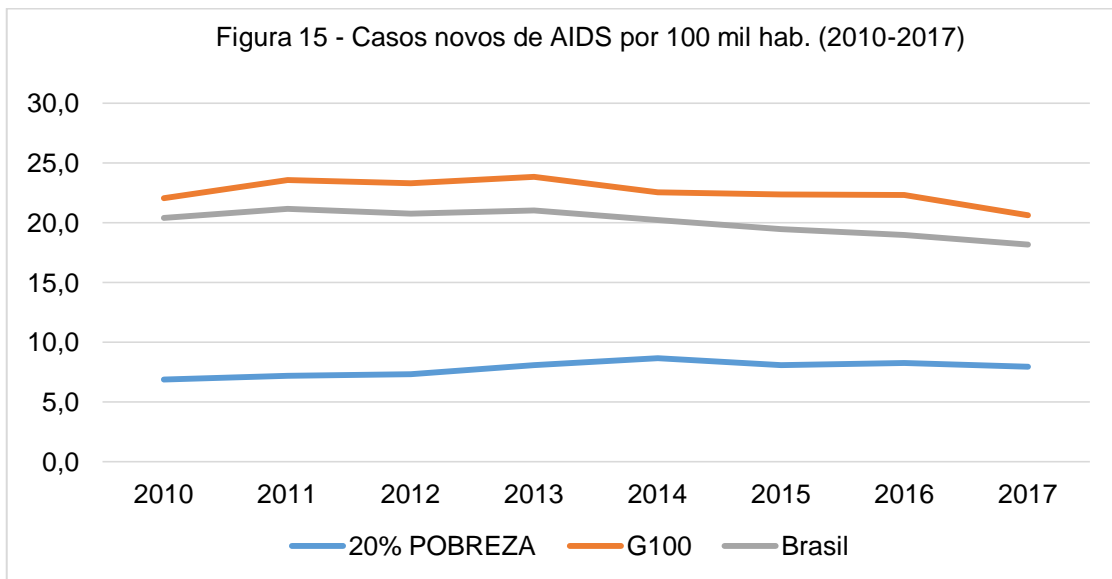
Dados de morbidade (Figura 14) também seguem as tendências nacionais, com aumento da sífilis congênita e diminuição dos novos casos de tuberculose e de AIDS no grupo dos G100. Nos municípios “20% pobreza”, notou-se uma estabilidade no número de novos casos de AIDS.

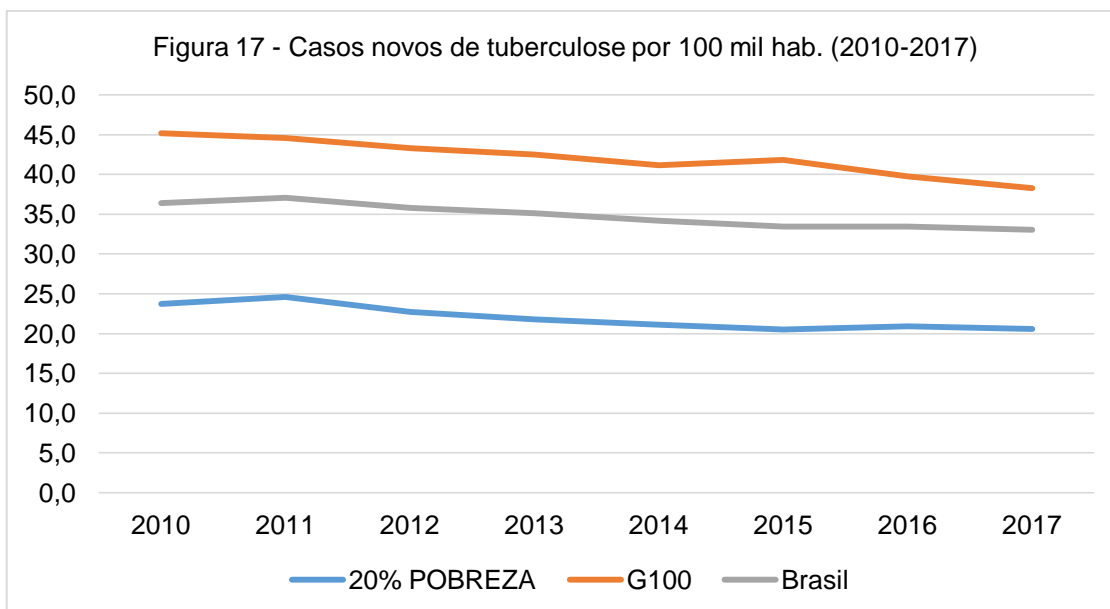


A tendência da evolução de casos novos de AIDS e de sífilis congênita foi continuada nos municípios “20% pobreza” (Figuras 15 e 16) e, distinta do que ocorreu no nível nacional e no grupo G100, que apresentaram diminuição das frequências nos dois últimos anos, apesar da magnitude ser maior. As taxas de incidência de sífilis congênita por mil nascidos vivos (Figura 16) têm crescimento contínuo no grupo de municípios “20% pobreza”, padrão diferente do observado no G100, onde houve uma redução nos dois últimos anos.

Quanto aos novos casos de tuberculose (Figura 17) no grupo “20% pobreza”, houve decréscimo até 2015 e aumento nos dois anos seguintes, a semelhança do ocorrido no nível nacional. No grupo G100, onde se

apresentam as maiores taxas de TB, observou-se queda até 2014, um pequeno aumento em 2015 e uma nova queda nos dois anos seguintes.





Embora a análise de indicadores de desempenho tenha limites relacionados aos sistemas de informação de caráter administrativo e financeiro, a construção, qualidade da informação e a validade dessas medidas ajudam a traçar um panorama da abrangência e possível melhoria na qualidade do cuidado nesses dois grupos de municípios atendidos pelo PMM aqui analisados. Ademais, esse tipo de investigação pode auxiliar na identificação de lacunas que requerem ações de correção.

Como foi dito anteriormente, os indicadores avaliados são relativos aos municípios como um todo e não apenas à área de cobertura pelo PMM e são mais representativos à medida que aumenta a área de cobertura, que é sempre maior nos municípios com menor porte populacional. Ainda assim, foi possível verificar aspectos sobre resultados do desempenho do PMM nos municípios mais vulneráveis.

Além da contratação de médicos, no período 2013-2017, houve um aumento crescente no número de enfermeiros nos dois grupos de municípios e

pouco crescimento no número de cirurgiões-dentistas, especialmente no grupo G100. Ao longo desses anos, quando se consideram todos os municípios aderidos ao PMM, houve grande deslocamento na alocação de médicos entre as Grandes Regiões, com redução do percentual de médicos alocados no Nordeste e Norte e aumento no Sudeste, Sul e Centro-Oeste. O mesmo, entretanto, não ocorreu quando se consideram os municípios “20% pobreza” e os do G100, considerados prioritários pelo programa.

Ainda no que diz respeito aos médicos contratados pelo PMM é importante notar que grande parte deles eram “cooperantes”, que incluem os médicos contratados através de acordo de cooperação com Cuba.

Os dois grupos de municípios se distinguem pela evolução da rede de serviços no período 2013-2017, sendo que entre aqueles do grupo “20% pobreza” verificou-se aumento das redes ambulatorial, hospitalar e de urgência, enquanto no G100 o aumento ocorreu apenas na rede ambulatorial. Nos G100, houve diminuição das USADT, cuja oferta ficou praticamente estável no grupo “20% pobreza”.

Outro aspecto importante relacionado não apenas à ampliação do acesso da população aos serviços, mas também à qualidade dos serviços oferecidos foi o investimento em equipamentos de ultrassom e mamógrafos. Esses aumentos, ainda que pequenos, estariam eventualmente associados ao PMM, já que se incluíam entre as metas do programa.

No que se refere ao desempenho do sistema de saúde, há diversas questões que devem ser analisadas com mais cuidado, dadas as limitações dos indicadores utilizados. A queda nas taxas de cobertura vacinal de menores de 1 ano observada no período, assim com a queda na realização de

Papanicolau e o aumento na mamografia têm diferentes possibilidades de interpretação. No caso da cobertura vacinal, a redução na cobertura vem ocorrendo sistematicamente em todo o país, o que pode estar associado desde à falta de imunobiológicos até à organização do sistema assistencial e ao registro no sistema. Nos municípios do grupo “20% pobreza” com até 20.000 habitantes, a cobertura em 2017 foi maior (92%) do que no conjunto e nesse caso a melhor situação seria possivelmente decorrente da maior cobertura pelo PMM. A diminuição no indicador razão de Papanicolau, que também ocorre em outros municípios, vem sendo muitas vezes explicada pela dificuldade de associar a coleta que é feita no município e o exame do material, que nem sempre é feito no mesmo município da coleta. Quanto ao aumento da razão de mamografia no grupo “20% pobreza”, é bastante provável que decorra de aumento na oferta de mamógrafos ao longo do período. Como no caso da imunização de crianças menores de 1 ano, as taxas de mamografia e Papanicolau demonstram uma melhoria importante no acesso aos serviços de saúde nos municípios de menor porte populacional.

A efetividade do PMM pode ser constatada quando se verifica a diminuição de internações por condições sensíveis à atenção primária (como insuficiência cardíaca) nos dois grupos e especialmente da internação por gastroenterite no grupo “20% pobreza”. Resultados divergentes entre os dois grupos quanto à mortalidade por diabetes e hipertensão podem estar associadas às diferentes características socioeconômicas dos municípios de cada grupo e também ao maior acesso da população aos serviços e o consequente aumento de diagnósticos de doenças crônicas.

Outro aspecto que merece ser considerado é que a proporção de partos cesáreos é alta nos dois grupos de municípios e houve até um aumento no grupo “20% pobreza”, contrariamente ao que aconteceu no G100. Chama a



atenção o fato de que o aumento também se verifica quando se analisa o indicador no subgrupo de municípios com até 20 mil habitantes do grupo “20% pobreza”. O crescimento observado dos partos cesáreos se expressa nacionalmente em todas as regiões do país e para todos os grupos sociais. O cuidado pré-natal, entretanto, apresentou melhoras nos dois grupos de municípios, mais intensa no grupo “20% pobreza”.

No que tange à situação de saúde dos residentes nos dois grupos de municípios, foi interessante observar a queda nos indicadores de mortalidade na infância, que ainda é alta no grupo “20% pobreza”. O aumento na mortalidade por causas externas e o crescimento do número de casos de sífilis congênita entre municípios mais vulneráveis, mesmo nos municípios de pequeno porte, demonstram a necessidade da integração do PMM às demais políticas públicas.

Ainda que se reconheça as limitações dos indicadores analisados cuja validade varia com a extensão da cobertura do PMM no município, percebe-se que o programa apresentou um desempenho satisfatório nos municípios mais vulneráveis. Seria necessário verificar as possíveis alterações na sua continuidade, dadas as restrições na oferta de médicos a partir de 2018.

A redução de profissionais em muitas áreas do país impacta, especialmente, os municípios pequenos e remotos, nos quais muitas vezes a presença de médicos e enfermeiros do PMM significou as primeiras oportunidades de atenção regular à saúde. Há a possibilidade eventual de alteração nas tendências de melhorias relacionadas ao acesso à atenção, à efetividade dos cuidados e aos padrões de morbidade e mortalidade. Portanto, é necessário elaborar alternativas para garantir atenção à saúde nos municípios mais vulneráveis do país, como esses aqui analisados.

No momento atual (abril de 2020) a realidade cotidiana no país é marcada pela pandemia de Covid-19. Diversas análises têm mostrado a insuficiência de recursos como leitos hospitalares, leitos de UTI, respiradores, entre outros. Certamente, não são necessários recursos para cuidados complexos em todos os municípios brasileiros, porém, no caso dos municípios aqui considerados, há uma ampliação da vulnerabilidade de suas populações. Se nos casos graves de Covid-19 é muitas vezes necessário o transporte para locais com maior estrutura de atenção à saúde, em muitos municípios “20% de pobreza” ou G100 esse deslocamento ocorre mesmo para situações mais simples, assim como para outros agravos, em função da indisponibilidade de recursos humanos decorrente da descontinuidade do programa.

Em termos estruturais ou conjunturais, são necessárias políticas e ações coordenadas e orientadas pelo Estado para disponibilizar recursos humanos e físicos de atenção à saúde em todas as partes do país. O Programa Mais Médicos foi uma iniciativa importante de enfrentamento de desigualdades, respondendo às limitações impostas pelas dinâmicas de mercado, que excluem do atendimento à saúde os municípios remotos e/ou que concentram pobreza.

### **Leituras recomendadas**

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Oliveira et al. The *Mais Médicos* (More Doctors) Program: the placement of physicians in priority municipalities in Brazil from 2013 to 2014. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9):2709-2718, 2016.

Dos Santos et al. Evaluation of the More Doctors Program: experience report\* Avaliação do Programa Mais Médicos: relato de experiência. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, pp. 256-268, 2019.

Ribas, A.B. Programa Mais Médicos: uma avaliação dos resultados iniciais referentes ao eixo do provimento emergencial a partir da Teoria da Avaliação de Programas. Dissertação de Mestrado. Brasília: UNB, 2016.

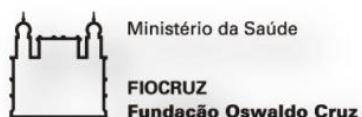
*Ciênc. saúde coletiva* vol.21 n.9. Pesquisas sobre o Programa Mais Médicos: análises e perspectivas. Rio de Janeiro, Sept. 2016.

### **PROADESS - Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde**

Prédio Expansão do Campus Manguinhos - Av. Brasil, 4026, sala 713 - Rio de Janeiro - RJ -  
CEP: 21040-361

Tel.: (21) 3882-9229  
E-mail: [proadess@icict.fiocruz.br](mailto:proadess@icict.fiocruz.br)

[www.proadess.icict.fiocruz.br](http://www.proadess.icict.fiocruz.br)



©Copyright ICICT - Fundação Oswaldo Cruz - 2017.

É permitida a reprodução parcial desse documento, desde que citada a fonte.