

Programa mais médicos: análise a partir de um modelo lógico

Mais médicos program: analysis from a logical model

Alessandra de Cássia Gonçalves Moreira¹
 Elenilde Pereira da Silva Ribeiro Costa¹
 Renata de Paula Almeida¹
 Tatiane Boaretto Constâncio¹
 Leila Bernarda Donato Gottems²
 Alessandra Arrais³
 Maria Liz Cunha de Oliveira⁴

¹ Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Brasília (DF), Brasil.

² Doutora em Administração pela Universidade de Brasília. Professora do Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Brasília (DF), Brasil.

³ Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília. Professora do Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Brasília (DF), Brasil.

⁴ Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília. Professora do Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Brasília (DF), Brasil.

Correspondência:

Alessandra de Cássia Gonçalves Moreira
 Avenida Pau Brasil Lote 20 Via
 Naturale apto 1104 Torre 2- Águas Claras -
 Brasília/DF (Brasil) CEP: 71926-000
 alemor.med@uol.com.br

Esse trabalho não possui conflitos de interesse e teve financiamento do próprio.

RESUMO

Objetivo: Aplicar o modelo lógico ao Programa Mais Médicos e pré-avaliar o programa do Distrito Federal.

Método: Aplicação do modelo lógico ao Programa mais médicos e análise quantitativa de dados do programa do Distrito Federal. Os indicadores foram acompanhados anualmente, para o Brasil e para o Distrito Federal, de 2013 a 2015 e as demais variáveis no período anterior (Janeiro/2011 a Julho/2013) e posterior (Agosto/2013 a Dezembro/2015) à adesão do Distrito Federal ao Programa Mais Médicos.

Resultados: Metas, atividades e produtos não foram identificados na construção do modelo lógico. As variáveis e indicadores analisados demonstraram, de forma geral, sugestão de ganhos positivos com a implantação do programa no Distrito Federal. Houve aumento em 32% da cobertura populacional por equipes da atenção básica, aumento do número de médicos e equipes na Estratégia Saúde da Família ($p < 0,001$), melhora da cobertura de pré-natal e de consultas aos maiores de 60 anos ($p < 0,001$), além de aumento de visitas médicas domiciliares ($p < 0,005$).

Conclusão: Com relação a construção do Programa Mais médicos, faltam aspectos importantes do ponto de vista estrutural de um projeto, porém no Distrito Federal conseguimos observar resultados significativos.

Palavras-chave: Programas Médicos Regionais; Distribuição de médicos; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde.

ABSTRACT

Aim: Apply the logical model to Mais Médicos (More Doctors) program and evaluate the program of the Federal District.

Method: Application of the logical model to Mais Médicos (More Doctors) Program and quantitative data analysis from the Federal District program. Annual indicators were extracted from Brazilian and Federal District data from 2013 to 2015 and the other variables in the

first (January / 2011 to July / 2013) and the second (August / 2013 to December / 2015) periods to the accession of Federal District to the Mais Médicos Program.

Results: Goals, activities and products were not detected in the logical model performance. The evaluated variables and indicators suggested, in a general way, positive effects with the implementation of the program in the Federal District. Increasing population covered by basic health care teams (32%), increasing number of doctors and teams in the Family Health Strategy ($p < 0,001$), higher prenatal coverage and consultations among patients over 60-y old ($p < 0,001$) and also higher number of home visits ($p < 0,005$) were detected.

Conclusion: Concerning the Mais Médicos (More Doctors) Program implementation, important aspects from the main structural project are missing, but significant results were noticed in the Federal District Program.

Keywords: Regional Medical Programs; Physicians Distribution; Program Evaluation.

INTRODUÇÃO

A falta de médicos é reconhecida como um problema de saúde pública no Brasil. De acordo com levantamento de 2011, realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), cerca de 58% da população identificaram a falta de médicos como o principal problema do Sistema Único de Saúde (SUS). É difícil encontrar médicos de algumas especialidades, assim como médicos que queiram trabalhar no SUS, nas periferias das grandes cidades e nos municípios¹.

O Brasil tem 1,8 médico por mil habitantes, número menor que o da Argentina (3,2) e do Uruguai (3,7). Assim como faltam profissionais, a distribuição também é desproporcional: em 22 estados, o número de médicos está abaixo da média nacional, sendo que cinco deles possuem menos de 1 médico por mil habitantes, considerando as áreas mais vulneráveis para o país, como é o caso do Maranhão (0,58), Amapá (0,76), Pará (0,77), Piauí (0,92) e Acre (0,94)².

Mesmo em estados com maior relação de médicos por habitantes, como o Distrito Federal (DF) com 2,43 médicos/mil habitantes³, há regiões administrativas com menos profissionais e em situação de vulnerabilidade como, por exemplo, Ceilândia, Itapoã, Varjão e Estrutural⁴.

O Programa Mais Médicos (PMM) no Brasil foi instituído pela Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013, como uma proposta para avançar na solução dos problemas da Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS, com medidas que intervêm na formação, na estrutura e no provimento de médicos nos serviços da APS⁵. De acordo com a Lei nº 12.871, se trata de um Programa com um espectro de ações que variam de curto a longo prazo, de emergenciais a estruturais, e que se desenvolvem em três eixos: ampliação e melhoria da infraestrutura de unidades de saúde; formação de recursos humanos para o SUS e provimento emergencial de médicos para áreas desassistidas⁶.

O eixo de ampliação e melhoria da infraestrutura diz respeito ao investimento federal na construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde de todo o País. Para isso, conta com a participação do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, por meio do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), em parceria com o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, este último vigente no país desde 2011⁷.

O eixo de Formação Médica para o SUS aborda a graduação em Medicina, a residência médica e a formação de especialistas. A Lei nº 12.871/2013 determina a reorientação da formação que deverá ser observada por todas as escolas médicas e a expansão de vagas de graduação em medicina, com acompanhamento pelo Ministério da Educação (MEC) e voltada para a interiorização da formação médica. Além disso, determina o estabelecimento de novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o Curso de medicina pelo Conselho Nacional de Educação (CNE)⁶.

Para viabilizar o que determina a lei do PMM com relação à formação médica, foram instituídas diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) entre os gestores locais e regionais do SUS e as instituições de ensino (públicas e privadas, novas e antigas), responsáveis pela oferta dos cursos de medicina e de programas de residência médica. A normatização dos COAPES ocorreu através da portaria interministerial (MEC/Ministério da Saúde) 1.127 de agosto de 2015⁸.

A fim de garantir que o Estado brasileiro seja capaz de identificar a necessidade de médicos especialistas por região de saúde e de acordo com as necessidades da população, a lei nº 12.871/2013 determina a criação do Cadastro Nacional de Especialidades, que pretende unificar as informações de todos os profissionais que atuam no SUS e da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Instituiu também a Medicina Geral da Família e Comunidade como especialidade médica de base. Apesar de ser uma ferramenta importante de gestão, inclusive para a avaliação do programa, o referido cadastro ainda não entrou em vigor⁷.

Quanto ao eixo referente ao provimento emergencial de médicos para áreas desassistidas, assim como ocorreu em outros estados brasileiros, o PMM expandiu sua atuação e ampliou a assistência na APS do DF em julho de 2013,

fixando médicos em regiões com carência desses profissionais. De acordo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), atualmente as Regiões de Saúde do DF contam com 133 médicos atuando dentro do PMM, distribuídos nas regiões Sul, Centro-Sul, Norte, Oeste e Leste⁹.

O modelo Lógico de Programa (ML) é uma metodologia desenvolvida para avaliar o processo de construção do desenho de determinado programa, de modo a identificar deficiências que possam interferir no seu desempenho e propiciar o seu gerenciamento por resultados¹⁰. O presente trabalho tem como objetivo aplicar o modelo lógico ao PMM. A partir da análise do modelo lógico, sugerimos possíveis indicadores que permitam a análise do programa, com acréscimo de elementos para a reflexão e a discussão sobre a viabilidade de aplicação e controle dessa importante estratégia dentro do SUS.

Já que, apesar da alta relação de médicos por habitantes, ainda existem áreas vulneráveis no DF, outro objetivo do trabalho foi pré-avaliar o programa do DF, através da verificação do impacto da introdução do programa no sistema de saúde do DF.

METODOLOGIA

Este trabalho utilizou a pesquisa documental legal para melhor compreender a teoria que embasa o PMM. O PMM foi implementado no Brasil após a assinatura do 80º Termo de Cooperação Técnica entre a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) com o Ministério da Saúde do Brasil¹¹. Por meio de termos de ajustes seria operacionalizado o PMM, que trazia a OPAS como o órgão que contrataria os profissionais de outros países para atuarem no Brasil e o Ministério da Saúde, fornecendo condições para “dar acesso a população brasileira à atenção básica em saúde”.

Depois da assinatura desse Termo de Cooperação, em abril de 2013, mais 9 termos de ajustes foram firmados entre as duas entidades, todos eles dando diretrizes sobre como de fato operacionalizar o programa. Por sua atuação, a OPAS receberia 5% de todos os recursos destinados ao programa, para arcar com seus custos indiretos, devendo a mesma prestar contas, semestralmente, do Plano de trabalho proposto no Termo de Cooperação.

Para ter acesso aos documentos que permeiam essa relação e o PMM, foram realizadas consultas ao site oficial do programa dentro dos portais do Ministério da Saúde¹² e da Educação¹³, sendo a parte de legislação do site do Mais Médicos do Ministério da Saúde a que mais contém dados desse termo de cooperação. A Legislação apresentada¹² resume-se à Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013 convertida na Lei nº 12.871/2013, de 22 de outubro de 2013.

No mesmo site¹², encontram-se informações sobre a divisão do PMM nos três eixos relatados na introdução e o referenciamento para acesso ao livro⁷: “Programa Mais Médicos - Dois anos: mais saúde para os brasileiros” para maiores informações.

É importante ressaltar que o livro em questão não se trata de um documento oficial. O livro, e apenas ele, cita a incorporação do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) ao PMM, porém não esclarece a fonte capaz de documentar essa incorporação. Na busca por esclarecimento, constatamos que a referida incorporação se estabeleceu através do edital nº 2 de janeiro de 2015, disponível no site do Ministério da Saúde¹², que convocou médicos conjuntamente para os dois programas.

Quanto ao eixo que trata do investimento na Infraestrutura da Rede de Serviços Básicos de Saúde, o livro⁷ cita “apoio ao Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde” (Requalifica UBS), instituído pela Portaria nº 2.206, de 12 de setembro de 2011, mais uma vez sem esclarecer os detalhes de como seria feito esse apoio, embora afirme que o programa se tornou um dos eixos estruturantes do PMM.

Para obter algum detalhamento e mínima compreensão do programa, foram selecionados para análise quatro documentos a seguir, sem o PROVAB e o Requalifica UBS já que não foram considerados oficialmente.

- Lei⁶ nº 12.871/2013, de 22 de outubro de 2013
- Livro Programa Mais Médicos - Dois anos: mais saúde para os brasileiros⁷
- Relatório de Gestão dos Termos de Cooperação¹¹ – 2015
- Legislação⁸ do COAPES- Portaria Interministerial nº 1.127

Para a construção desta proposta de ML para o PMM, foram utilizadas duas referências^{10,14}. Após seleção do material de análise, buscaram-se respostas para as 12 perguntas-chave definidas por Bezerra, Cazarin e Alves¹⁰ como norteadoras para a construção de programas e políticas de saúde, já que o delineamento adequado responde alguns questionamentos essenciais ao programa.

Em seguida, utilizou-se a proposta de Cassiolato e Guerres¹⁴, que define três componentes para o ML: (1) Explicação do problema e referências básicas; (2) definição dos fatores de contexto; e (3) estruturação do programa para alcance de resultados. A etapa de validação desse Modelo Lógico para a realidade do DF não foi realizada, tendo em vista ser considerada uma sugestão para outros estudos.

O PMM não esclarece, na sua estrutura normativa, quais devem ser os indicadores utilizados para a sua avaliação e acompanhamento⁶. De acordo com a disponibilidade da informação nos Sistemas de Informação do SUS¹⁵ para o DF, foi realizada uma sugestão e seleção dos seguintes indicadores e variáveis para a avaliação do eixo de provimento emergencial de médicos para áreas desassistidas: Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica; Proporção de Internações por condições sensíveis à atenção básica; Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal; Nº de médicos na Estratégia de Saúde da Família (ESF); Nº de equipes de ESF; Nº de Famílias Acompanhadas; Quantidade de visitas médicas; Quantidade de atendimentos de pré-natal; Quantidade de consultas de puericultura e Quantidade de consultas de maiores de 60 anos.

A busca de indicadores e variáveis que permitam a avaliação do eixo de formação para o SUS foi realizada nos departamentos do MEC relacionados com o ensino Superior: oferta anual de vagas para a graduação na Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior (SERES), na Secretaria de Educação Superior (SESu) do MEC e no Sistema e-MEC¹³.

Quanto à oferta de vagas de especialização médica, a busca de informação foi realizada no Sistema da Comissão Nacional de Médicos Residentes (SisCNRM)¹⁶, também relacionado ao Ministério da Educação. E quanto a residência em medicina da família, foi escolhido o indicador “Proporção de novos e/ou ampliação de programas de residência em medicina da família e comunidade e

da residência multiprofissional em atenção básica/saúde da família/saúde coletiva”.

O presente estudo utiliza dados oficiais, não sendo necessária análise do comitê de ética em pesquisa. Foi realizada a busca das variáveis para o período de 2011 a 2015 e calculadas as médias e desvio padrão para os períodos anterior (Janeiro/2011 a Julho/2013) e posterior (Agosto/2013 a Dezembro/2015) à adesão do DF ao PMM. Para a comparação das médias, foi utilizado Teste t ou MannWhitney, conforme teste de normalidade Shapiro-Wilk.

Os dados foram analisados utilizando-se o software SPSS (*StatisticalPackage for the Social Sciences*) versão 20.0.

MODELO LÓGICO

A elaboração do modelo lógico aplicado ao PMM seguiu os seguintes passos: Aplicação das perguntas-chave (tabela 1); aplicação do Modelo Lógico do Programa Mais Médicos: Referência Básica (figura 1); Modelo Lógico do Programa Mais Médicos: estruturação para resultados (figura 2) e aplicação do Modelo Lógico do Programa Mais Médicos: fatores de contexto (figura 3).

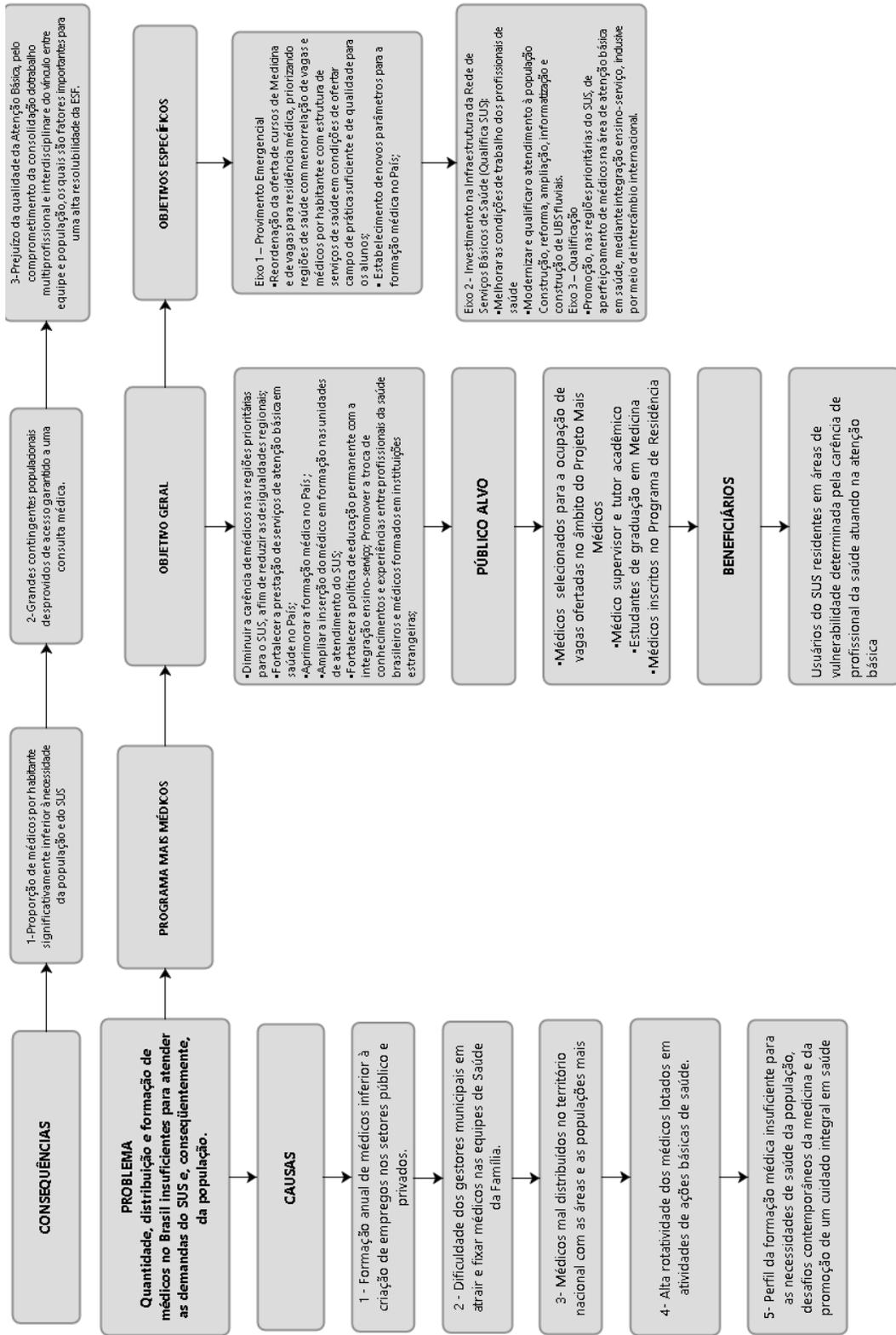
1. Aplicação das perguntas-chave propostas por Bezerra, Cazarin e Alves¹⁰ a toda a delimitação normativa do PMM, que resultaram na tabela 1. Dessa forma foi possível verificar se os documentos selecionados continham as respostas.

Tabela 1

Perguntas-chave e respostas encontradas na delimitação normativa do Programa Mais Médicos.

PERGUNTAS CHAVES	Lei nº 12.871/2013 (BRASIL, 2013b)	DOCUMENTOS PRODUZIDOS PELOS MAIS MÉDICOS		
		Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros (BRASIL, 2015)	Portaria Interministerial nº 1.127 - COAPES	Termo de Cooperação Técnica nº 80 e seus aditivos – OPAS/MS
1. Qual o problema visado pelo programa, pelos seus formuladores federais e executores ou agentes locais?	X	X	X	X
2. Qual o programa de saúde criado para resolver o problema?	X	X	X	X
3. Qual o objetivo geral do programa?	X	X	X	X
4. Quais são seus objetivos específicos?	X	X	X	X
5. Quais as metas que o programa pretende alcançar?		X		X
6. Qual é sua população alvo?	X	X	X	X
7. Quais são os componentes do programa?	X	X	X	X
8. Que atividades são realizadas no programa?		X	X	X
9. Quais as estruturas de que o programa precisa para funcionar?	X	X		X
10. Quais os produtos que se espera obter com a realização das atividades?		X		X
11. Quais os resultados que o programa pretende alcançar?	X	X		X
12. Quais os fatores que podem influenciar no alcance destes resultados, que não apenas os relacionados ao programa?	X	X		X

Figura 1
Modelo Lógico do PMM: Referência Básica



Modelo Lógico PMM - Referência Básica

Figura 2

Modelo Lógico do Programa Mais Médicos: estruturação para Resultados.

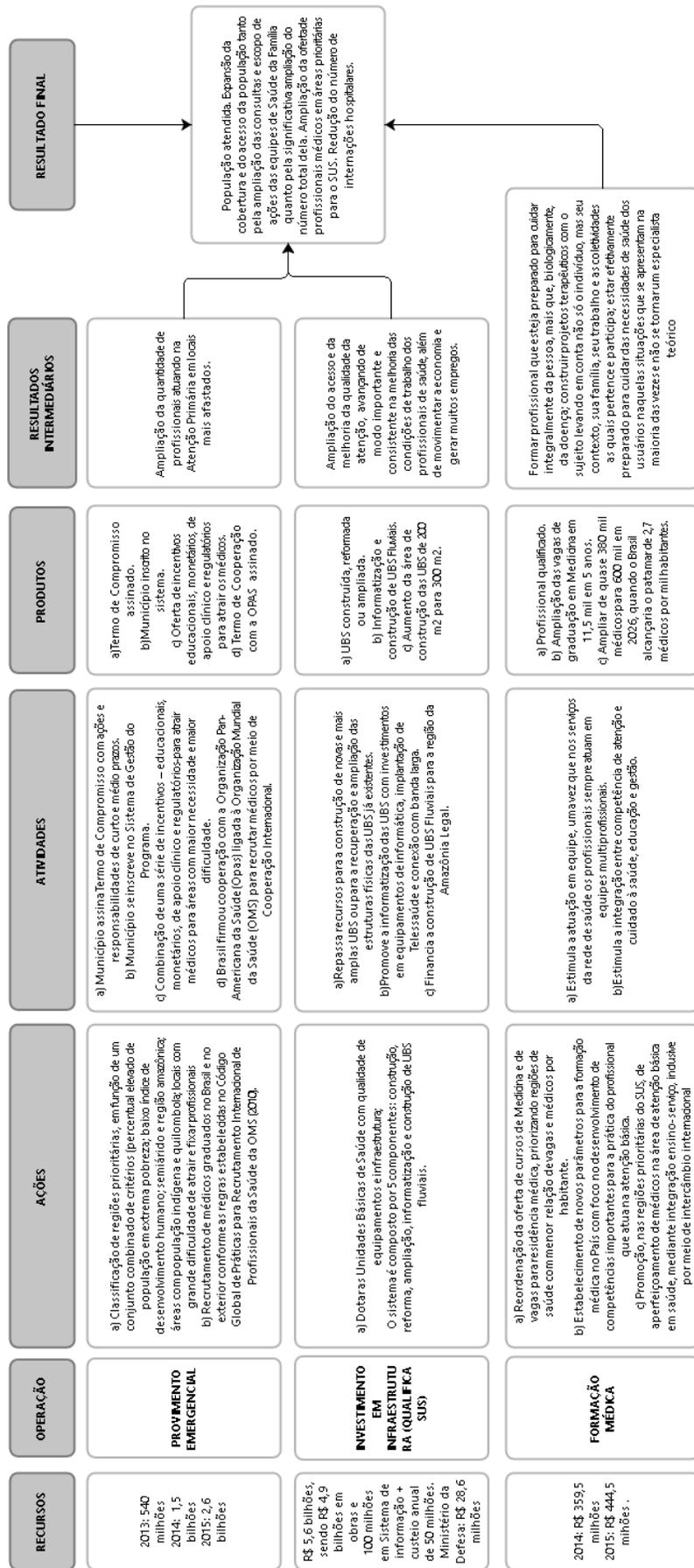
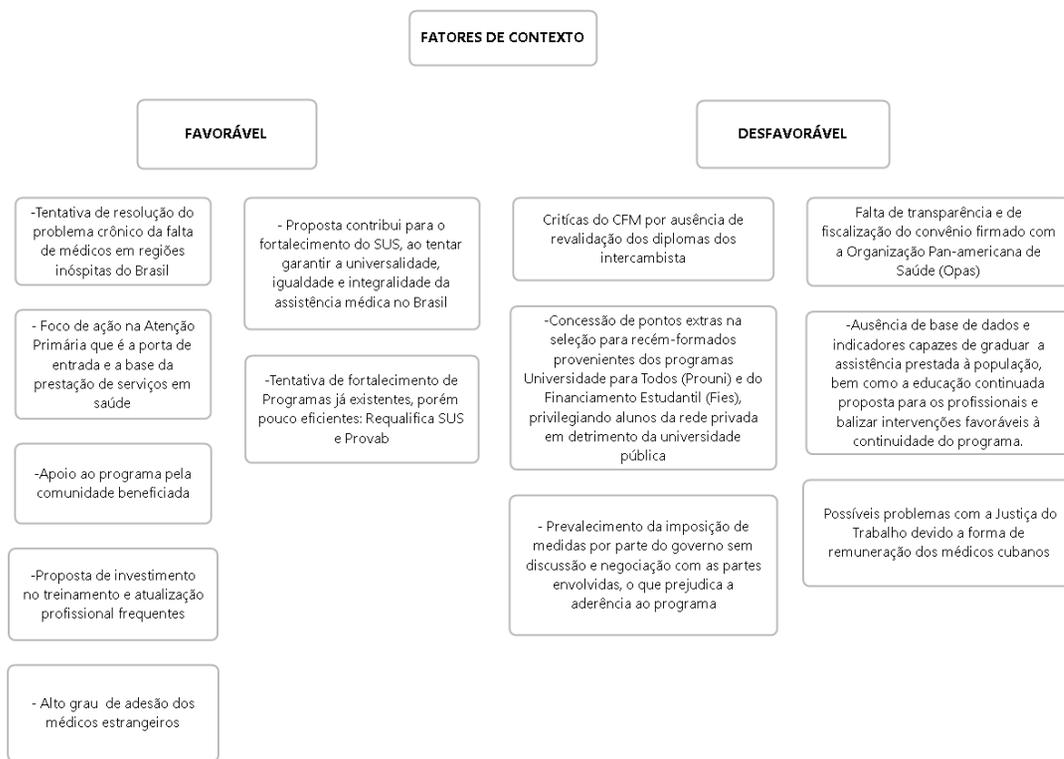


Figura 3
Modelo Lógico do Programa Mais Médicos: fatores de contexto



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com relação aos resultados do modelo lógico explanados na seção anterior, podemos identificar que em uma análise apenas do ponto de vista da Lei⁶ nº 12.871/2013, questões essenciais não foram contempladas, tais como: quais metas o programa pretende alcançar, que atividades são realizadas no programa e quais os produtos que se espera obter com a realização das atividades? Conforme demonstradas na tabela 1 (itens 5, 8 e 10). O relatório feito 2 (dois) anos depois, intitulado Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros⁷ e o Relatório do

Termo de Cooperação e seus termos de ajustes¹¹, vieram posteriormente tentar suprir essas lacunas.

Cassiolo e Guerresi¹⁴ afirmam que a lógica da matriz de um projeto é toda referenciada por objetivos e suas metas. Uma vez identificados estes componentes do projeto, são definidos os indicadores e os seus meios de verificação (fontes) para complementar o preenchimento da matriz lógica, o que não foi observado na análise do ML do PMM.

Levando em consideração a necessidade de monitoramento do programa, a análise das variáveis sugeridas neste trabalho foi capaz de trazer dados significativos (tabela 2).

Tabela 2
Avaliação do PMM no DF conforme indicadores de Sistemas de Informação

Indicador	Fonte	Antes adesão ao PMM Média (DP)	Após adesão ao PMM Média (DP)	Valor p
Nº Médicos na ESF	CNES	140,4 (2,0)	206,8 (5,9)	<0,001
Nº Equipes de ESF	CNES	132,6 (3,0)	179,5 (2,0)	<0,001
Nº Famílias Acompanhadas	SIAB	150778 (1452,3)	155269 (550,6)	0,129
Visitas Médicas	SIAB	1313 (70,1)	1647,14 (62,6)	0,001
Atendimento PN	SIAB	3875 (197,1)	7052 (176,8)	<0,001
Consultas Puericultura	SIAB	5071 (185,8)	8000 (211,8)	<0,001
Consulta> 60 anos	SIAB	5063 (264,3)	8612 (236,3)	<0,001

ESF = Estratégia de Saúde da Família PN = Pré-natal SIAB = Sistema de Informação da Atenção Básica
 CNES = Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

No caso do DF, o N° de médicos na ESF, teve um aumento médio de 66,4 médicos (47,4%) e, conseqüentemente, o N° de equipes de ESF teve aumento médio de 46,9 (35,3%), ambos com significância estatística.

Observa-se que, embora tenha havido aumento significativo da quantidade de médicos e de equipes da ESF no DF, não foi observado elevação significativa no número de famílias acompanhadas, que teve aumento de apenas 2,9%. Isso pode ser explicado pela falta de agentes comunitários nas equipes de saúde da família, em que a sua principal atribuição é realizar o cadastro das famílias, fazer o acompanhamento mensal e alimentar o sistema no SIAB, e assim ser avaliados os indicadores em números reais da população adscrita.

De modo geral, a população parece ter ficado melhor assistida após a implantação do PMM, houve aumento significativo da quantidade de visitas médicas realizadas (25,4%), de consultas de idosos (70%), aumento de atendimentos de puericultura (57%) e o número médio de atendimentos pré-natais quase duplicou (81,9%) (Tabela 2).

Em 2015, Santos, Costa e Girardi¹⁷ encontraram evidências semelhantes ao analisar o relatório de Auditoria Operacional do Tribunal de Contas da União (TCU) de 2014, que relata crescimento de 33% no número de consultas realizadas e de 32% nas visitas domiciliares após a implantação do PMM, indicando aumento na oferta de serviços de saúde.

Quanto aos indicadores universais obtidos a partir do Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores disponíveis no TabNet, observa-se aumento dos valores absolutos nos anos posteriores à adesão ao PMM no Brasil e, de forma aparentemente mais expressiva, no DF. No caso do indicador “Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica”, houve aumento no DF de 42,95 em 2011 para 56,67 em 2015 (32%). No Brasil, para o mesmo período, registrou-se aumento de 65,71 para 73 (11%). Observa-se que, apesar do aumento expressivo, principalmente após o ano de 2013 no qual o DF apresentava cobertura de apenas 45,01, este indicador ainda está distante daquele observado no restante do país. É possível que o aumento da cobertura populacional esteja relacionado ao maior número de médicos e assim maior possibilidade de formação mínima de equipes de Atenção Básica.

No Brasil, uma das alternativas que se tem buscado para avaliar a atenção básica e suas conseqüências sobre os outros níveis do sistema é o uso do indicador “Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária” (ICSAP). Se houver cobertura e qualidade na atenção primária à saúde, haverá, teoricamente, redução de internações por complicações agudas causadas por doenças não transmissíveis (como o coma diabético), bem como redução nas readmissões e no tempo de permanência no hospital por diferentes doenças¹⁸.

De modo geral, observou-se declínio nas ICSAP entre os anos de 2011 e 2015, tanto no DF como no Brasil, havendo queda de 28,82 para 27,33 (5,17%) e de 33,7 para 30,61 (9%) respectivamente. Segundo Scheffer³, com o PMM a ampliação da cobertura assistencial se tornou mais equitativa, houve uma melhor distribuição de médicos, além do aumento na oferta de médicos entre 2013 e 2015, o que pode ter contribuído para diminuir as ICSAP, após a adesão ao PMM.

Outro indicador importante a ser acompanhado está intimamente relacionado com a mortalidade materna. No Brasil ainda ocorre uma quantidade expressiva de mortes maternas, principalmente relacionadas às ações dos serviços de saúde, entre elas, a atenção pré-natal. Devido à dificuldade de avançar na redução da mortalidade materna nos últimos anos, a atenção à saúde da mulher e o cuidado pré-natal são consideradas áreas prioritárias de atuação do SUS, sendo citada como um dos objetivos da atuação do PMM, embora não tenham sido estabelecidas metas nesta área dentro do programa.

O acesso das gestantes ao SUS se dá pela atenção básica, e depende da disponibilização de recursos humanos que possam acompanhar adequadamente estas mulheres¹⁹. O indicador “Proporção de Nascidos Vivos de Mães com 7 ou mais Consultas de Pré-natal” mede a cobertura do atendimento pré-natal, identificando situações de desigualdade e tendências que demandam ações e estudos específicos. O PMM tem como principal proposta a implementação do número de médicos da família na atenção básica, o que torna o indicador sensível para a avaliação do programa.

Houve um aumento da proporção de mães com mais de 7 consultas de pré-natal após a criação do PMM, tanto no Brasil como no DF. Comparando-se os anos de 2011 e 2014, a proporção aumentou

de 64,72 para 69,53 (7,4%) no DF e de 61,28 para 64,61 (5,4%) no Brasil. Paralelamente a esse achado, em análise univariada comparando as médias de atendimento pré-natal antes e após a implantação do programa no DF (Tabela 2), observa-se aumento significativo do número de atendimentos após a adesão ao PMM.

Simultaneamente, a razão de mortalidade materna obtida a partir de óbitos declarados no DF, caiu de 43,7 em 2011 para 34,6 por 100.000 nascidos vivos no ano de 2015 (queda de 20%). No Brasil, por outro lado, observou-se um aumento desta taxa, que foi de 59,2 em 2011 para 63,5 por 100.000 nascidos vivos em 2015 (aumento de 7%)¹⁵.

Na pré-avaliação do eixo de formação médica do PMM, observa-se que existe divulgação ostensiva por parte do governo vinculando o PMM com o aumento da oferta de vagas para a graduação e residência médica. Embora as fontes de informação citadas nessas divulgações sejam a SERES e a SESu, não há disponibilização desses dados para análise no portal do MEC¹³.

Quanto às informações do Sistema e-MEC¹³, é possível apenas saber quais Instituições de Ensino Superior (IES), públicas e particulares, disponibilizam vagas para o curso de medicina no DF. Há informação apenas para o ano de 2016, onde cita-se a oferta de um total de 416 vagas de graduação em medicina no DF, sem referência aos números de anos anteriores para acompanhamento.

Quanto à oferta de vagas de especialização médica a partir da busca de informação no SisCNRN¹⁶, não foi possível obter qualquer informação pois trata-se de um sistema de acesso restrito, inviabilizando sua utilização para a verificação de possíveis indicadores.

O indicador “Proporção de novos e/ou ampliação de programas de residência em medicina da família e comunidade e da residência multiprofissional em atenção básica/saúde da família/saúde coletiva”, não está sendo alimentado no TabNet, o que impossibilita sua avaliação, mas pode ser uma ferramenta importante de acompanhamento do eixo de formação médica para o SUS do PMM.

Sendo assim, neste momento não é possível avaliar o eixo “Formação para o SUS” a partir dos indicadores oferta de vagas de graduação em

medicina e oferta de vagas em residência médica, tanto para o Brasil quanto para o DF.

O Cadastro Nacional de Especialidades, proposto pelo COAPES, pode vir a ser fonte importante de informação do eixo quando estiver implantado, desde que traga dados claros e abrangentes quanto ao número e distribuição dos especialistas no Brasil.

Observou-se a falta de informações oficiais sobre os recursos financeiros destinados para os Eixos de Provimento Emergencial e Eixo de Formação de Recursos Humanos para o SUS. As informações financeiras sobre os dois eixos foram tiradas do site da organização social Contas Abertas²⁰. Importante registrar também a falta de esclarecimento quanto ao apoio logístico recebido pelas equipes de outras nacionalidades como, por exemplo a origem dos recursos destinados ao Ministério da Defesa, responsável por receber e realizar o transporte desses novos médicos durante o período de acolhimento e avaliação, conforme a ONG Contas Abertas. A atuação do Ministério da Defesa consta no Modelo Lógico, mas precisa ser melhor esclarecida. Não houve êxito em esclarecer essas dúvidas apenas com as informações prestadas no Termo de Cooperação com a OPAS.

CONCLUSÃO

Os objetivos primordiais do modelo lógico aplicado ao PMM foram verificar, na teoria, se todos os aspectos possíveis do PMM estavam implementados. Com relação aos resultados do modelo lógico apresentados, foi identificado que em uma análise apenas do ponto de vista da Lei⁶ n° 12.871/2013, algumas questões não eram contempladas, tais como as metas que o programa pretendia alcançar, quais atividades são realizadas no programa e quais os produtos que se espera obter com a realização das atividades.

A disponibilização dos escassos recursos para a saúde no Brasil exige planejamento e controle. A legislação do PMM⁶, no entanto, não respondeu à boa parte dos requisitos solicitados para a construção do Modelo Lógico, haja visto que na lei original não constava as metas do programa, atividades e produtos esperados, conforme apresentado na tabela 1, nos itens 5, 8 e 10. A falta de clareza observada desde a elaboração do Programa pode comprometer a sua manutenção em médio e longo prazo.

O estabelecimento de metas para o programa é fundamental para a escolha de indicadores que o tornem passível de avaliação e eventuais ajustes. Conforme observado na construção do Modelo Lógico (tabela 1), o PMM mostrou-se insuficiente quanto à logística de automanutenção e controle, contrariando princípios básicos de gestão pública. Percebe-se que os 9 (nove) Termos de Ajustes, feito ao longo da execução do Termo de Cooperação, buscaram sanar as deficiências existentes na legislação que implantou o PMM.

Por estar muito correlacionado com a Atenção Básica, foi possível sugerir e utilizar alguns indicadores pré-existentes para avaliar o impacto do programa. Uma discussão mais aprofundada sobre a questão das metas e dos indicadores para acompanhamento do PMM, envolvendo especialistas da área de gestão, pode contribuir para ajustes que tornem o programa viável do ponto de vista do gerenciamento em saúde pública.

Os indicadores e variáveis, selecionados para a avaliação do programa, com foco no eixo de provimento emergencial de médicos para áreas desassistidas, apresentaram resultados satisfatórios para o DF. Pode-se afirmar que o Programa Mais Médicos contribuiu para a ampliação da cobertura assistencial e tornou mais equitativa a distribuição de médicos na Atenção Básica. É importante ressaltar a necessidade de análises mais aprofundadas com controle de possíveis variáveis confundidoras.

O baixo impacto do PMM no número de famílias acompanhadas na ESF expõe a necessidade de composição de equipes completas, evitando-se o viés de centralização excessiva do programa no profissional médico.

A seleção de indicadores para a avaliação do eixo do PMM referente à formação para o SUS para a disponibilização de recursos humanos a médio e longo prazo, pode ser feita de maneira objetiva com o acompanhamento da oferta de vagas para a graduação em medicina e para residência médica. No entanto, o que se observa é o baixo aproveitamento de sistemas de informação como o SisCNRM e o e-MEC para esta finalidade, inviabilizando a avaliação do eixo.

Com relação ao eixo ampliação e melhoria da infraestrutura de unidades de saúde, não foi possível fazer uma análise de imediato, tendo em vista tratar-se de impactos que somente serão observados a médio e longo prazo, além da escassez de informações acessíveis. São questões de maior complexidade do ponto de vista da avaliação e que também não são contempladas no modelo lógico do programa, no que se refere a metas e indicadores.

Propõe-se, portanto, a validação do modelo lógico do PMM junto aos gestores, com estabelecimento de metas e indicadores, a partir de dados facilmente acessíveis em seus 3 eixos, que viabilizem o gerenciamento, controle e eventuais ajustes do programa com vistas ao melhor atendimento da população.

REFERÊNCIAS

1. Ceccim RB, Pinto LF. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. *Rev. bras. educ. med.* 2007 Dez; 31(3): 266-277.
2. Brasil. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. Nota Técnica 23/ 2013: Programa Mais Médicos. Julho de 2013. Disponível em: <<http://www.connass.org.br/Notas%20t%C3%A9cnicas%202013/NT%2023-2013%20-%20Programa%20Mais%20Me%CC%81dicos.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2016.
3. Scheffer, M. Demografia Médica no Brasil. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013 fev; 2: 1-256. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

4. DIEESE/SEADE-SP/MTE-FAT/STb-GDF. Relatório Analítico Final da Pesquisa Socioeconômica em Territórios de Vulnerabilidade Social no Distrito Federal. Disponível em: <<https://www.dieese.org.br/relatoriotecnico/2010/produto6.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2016.
5. Alessio MM. Análise da implantação do Programa Mais Médicos. 2015. 89 f., il. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2015.
6. Brasil. Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 out. 2013.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/conheca-programa>>. Acesso em: 20 de nov. 2016.
8. Brasil. Ministério da Saúde e Educação. Portarias interministerial (MEC/Ministério da Saúde) nº 1.127 de agosto de 2015.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. 2016. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp>. Acesso em 16 nov. 2016.
10. Bezerra LCA, Cazarin G, Alves CKA. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: SAMICO, I. et al. (Org.). Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Med. Book, 2010.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão dos Termos de Cooperação 2015 (website). 2016. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/images/stories/GCC/relatorio_gestao_2_sem_2015_atualizado.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2016.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Programa mais médicos (website). 2016b. Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/legislacao>>. Acesso em: 11 nov. 2016.
13. Brasil. Ministério da Educação (website). 2016. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/>>. Acesso em 20 dez 2016.
14. Cassiolato M., Guerresi S. Como elaborar Modelo Lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação, Nota Técnica, Brasília: IPEA 2010. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5134>. Acesso em: 20 nov. 2016.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS (website). 2016. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 24 nov. 2016.
16. Brasil. Ministério da Educação. Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica. 2016g. Disponível em: <http://siscnrm.mec.gov.br/>
17. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 11, p. 3547-3552, 2015.
18. Caminal J, Starfield B, Sanchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur. J. Public Health*, v.14, n.3, p.246-51, 2004.
19. Brasil. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
20. Brasil. Contas abertas. Mais Médicos tem orçamento de R\$ 1,9 bilhões em 2014. Disponível em: <<http://www.contasabertas.com.br/website/arquivos/7779>>. Acesso em: 16 dez. 2016.