



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
REPRESENTAÇÃO NO BRASIL



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária em Saúde
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde



Relatório 5 anos do Projeto Mais Médicos

TC 80

Acesso da População Brasileira à Atenção Básica em Saúde
(Mais Médicos)

SUMÁRIO

1	Identificação do TC.....	2
2	Sumário Executivo.....	4
3	Contextualização e justificativa do TC.....	8
4	Escopo e objetivos da avaliação.....	12
5	Metodologia e avaliação final do TC 80	14
5.1	Ampliação do acesso a Rede de Serviço de Atenção Básica nas localidades prioritárias para o SUS	14
5.2	Formação e qualificação de profissionais médicos cubanos por meio de ações de formação em serviços de atenção básica no Sistema Único de Saúde.....	22
5.3	Monitoramento e controle da alocação e movimentação dos médicos da cooperação realizados através dos Sistemas de Informação	25
5.4	Produção e apropriação das experiências e boas práticas do Projeto tematizadas e publicadas	26
5.5	Outras atividades de destaque	35
5.6	Implementação do Plano de Contingencia do Projeto Mais Médicos	37
5.7	Resultados de impacto do Programa Mais Médicos.....	40
6	Conclusões.....	45
7	Lições aprendidas	47
8	Recomendações	49

1 IDENTIFICAÇÃO DO TC

O Termo de Cooperação (TC) 80 celebrado entre a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) e o Ministério da Saúde (MS), em 26 de abril de 2013, com vigência inicial de cinco anos¹, tem como propósito a cooperação técnica entre as partes para o desenvolvimento das atividades do Projeto “Ampliação do Acesso da População Brasileira à Atenção Básica em Saúde”.

O Projeto “Ampliação do Acesso da População Brasileira à Atenção Básica em Saúde” visa o desenvolvimento de estratégias e processos de ampliação do acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial os serviços de Atenção Básica em saúde, por meio de ações articuladas para atender às necessidades das populações, contribuindo para o fortalecimento da Atenção Primária e a sustentabilidade do SUS. As ações do Projeto estão alinhadas com as metas de reduzir iniquidades em saúde e contribuir com a erradicação da pobreza no país. Nesse sentido, busca a qualificação e a valorização de profissionais da saúde, ampliando acesso à população e melhorando os resultados em saúde.

Após a implementação do Projeto de Cooperação Mais Médicos, podem-se citar muitos avanços registrados por meio de pesquisas científicas como a contribuição para reduzir as desigualdades na distribuição de médicos, sobretudo nas Regiões Norte e Nordeste do país, a ampliação do acesso da população às ações e serviços de Atenção Básica, a melhoria da qualidade dos serviços, refletindo em melhora nas condições de saúde da população, sobretudo as mais vulneráveis. Do ponto de vista da formação em saúde, destaca-se o resgate do papel do Estado em regular a formação médica no país, investindo na formação de profissionais voltados para o SUS e as necessidades em saúde da população.

O Programa Mais Médicos se estabeleceu como uma das principais estratégias políticas para o fortalecimento do SUS como sistema público e universal e para efetivar o direito a saúde, apoiada pelos altos níveis de satisfação dos gestores e usuários, bem como pelas evidências que apontam que esse é um dos caminhos. Com essas premissas, o Projeto de Cooperação Mais Médicos atuou no sentido de atender às necessidades do país por meio do provimento e gestão de médicos em regiões prioritárias para o país e com o desafio de promover e apoiar a produção de evidências da contribuição do PMM no fortalecimento do SUS, para continuar beneficiando a milhares de brasileiros, bem como, investindo na mudança do paradigma da formação em saúde. Todas as ações de cooperação técnica no âmbito do Programa Mais Médicos visaram

¹ O 11º Termo de ajuste, assinado em 13/03/2018, prorrogou a vigência do TC 80 até 2023.

implementar as estratégias e os temas regionais prioritários e pactuados entre os países membros da OPAS, com destaque para o fortalecimento de recursos humanos em saúde, a APS como pilar fundamental para o sistema de saúde e o cumprimento da meta de acesso e cobertura universal, contribuindo para o alcance do Objeto de Desenvolvimento Sustentável (ODS-3).

Em função de desdobramentos vinculados às mudanças no cenário político Brasileiro, o Ministério da Saúde Pública de Cuba declarou, oficialmente, ao Escritório Central da OPAS em Washington em 12 de novembro de 2018 a intenção de não mais fazer parte do Projeto de cooperação Mais Médicos. Considerando esse posicionamento, a OPAS/OMS do Brasil disparou os trâmites para a implantação do Plano de Contingência garantindo a execução das atividades necessárias para assegurar a repatriação dos médicos cubanos participantes do PMM e o início do encerramento das atividades do TC 80, relacionadas à cooperação com Cuba.

A repatriação dos médicos cubanos demandou a articulação de três eixos de esforços sequenciais coordenados: planejamento, implementação e fechamento dos processos financeiros e administrativos. O planejamento levou em consideração o Plano de Contingência do PMM, para a revisão de todas as atividades da logística de repatriação, elaboração de diferentes cenários de acordo com os procedimentos operacionais, simulação de custos, bem como a definição de datas e responsabilidades, por parte dos agentes envolvidos no processo de repatriação considerando contingente de profissionais atuantes no país. O eixo de implementação compreendeu todos os elementos necessários para tornar efetivas as ações definidas durante a fase de planejamento. Finalmente, a fase de fechamento compreende as atividades associadas com a liquidação de contratos e obrigações financeiras, atualmente em andamento.

Considerando a necessidade de destacar os avanços obtidos por meio desse termo de cooperação o presente documento sumariza os principais elementos vinculados à operacionalização do TC 80, resultados auferidos e detalhamento técnico, financeiro e operacional associados à sua execução.

2 SUMÁRIO EXECUTIVO

O Projeto de Cooperação Mais Médicos, eixo do Programa Mais Médicos que prevê a inserção de médicos cubanos nos serviços de Atenção Básica no Brasil, com base nos critérios de definição das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família e que se enquadram nas condições estabelecidas na Portaria interministerial do governo brasileiro nº 1.369 de 08/07/2013, contribuiu para o fortalecimento e a sustentabilidade do SUS, considerando que investir na atenção primária em saúde é um caminho para ampliar o acesso e efetivar o direito à saúde da população.

Os dados de monitoramento do Projeto demonstraram que mais de 73% dos médicos cooperados estavam inseridos em equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), do universo de 8.468 médicos ativos (01NOV2018). O componente “provimento emergencial” do Programa foi responsável por alocar mais de 18 mil médicos, em mais de quatro mil municípios do país. Com isso, a ampliação da cobertura da ESF saltou de 59,4% para 70% entre os anos de 2014 e 2017. A expansão foi ainda mais significativa nas áreas de maior necessidade do país, em especial a região norte – que tinha a menor cobertura de ESF antes do PMM.

O sumário de evolução do Programa Mais Médicos pode ser observado no quadro a seguir:

Tabela 1. Sumário de evolução do Programa Mais Médicos

	LINHA DE BASE	ATUAL	RESULTADOS
Cobertura de Saúde da Família	59,6% (2013)	69,9% (2017)	+10,3%
Equipes de SF	34.715 (2013)	42.119 (2013)	+7.404
Consultas médicas	33,1% (2012)	36,2% (2016)	3,1%
Municípios com escassez de médicos	1.200 (2013)	777 (2015)	-423
Municípios PMM	3.784 (2014)	3.819 (2017)	+35
Total Médicos PMM	14.462 (2014)	17.281 (2017)	+2.819
Médicos cubanos PMM	11.429 (2014)	8.605 (2017)	-2.824
Médicos brasileiros e de outras nacionalidades	3.033 (2014)	8.490 (2017)	+5.457
Médicos en territorios Indígenas	294 (2014) – 255 cubanos	321 (2017) – 289 cubanos	+27
Cobertura populacional DSEI	628 mil (2014)	642 mil (2017)	+14 mil
Cobertura populacional	49 milhões (2014)	59 milhões (2017)	+10 milhões

Fonte: Ministério da Saúde

Ressalta-se avanço no processo de Cooperação Sul-Sul (Cuba – Brasil), considerada como um mecanismo de desenvolvimento conjunto entre países emergentes em resposta a desafios comuns, que visa promover e implementar a cooperação técnica por meio do compartilhamento de práticas e da transferência de conhecimento, bem como, da intensificação e da expansão de vínculos solidários entre os países cooperantes.

Sustentada na cooperação internacional, a atuação da OPAS/OMS contribuiu de forma significativa para o desenvolvimento do Programa Mais Médicos, atuando como mediador e parte integrante dos acordos de cooperação entre Brasil e Cuba, viabilizado por meio do Termo de Cooperação nº 80.

O TC 80 foi implementado pela Unidade Técnica Mais Médicos (UTMM) da OPAS/OMS Representação do Brasil e sua contraparte o Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde do Brasil.

Considerando a magnitude e alcance do Projeto, a OPAS/OMS ampliou seu Organograma instituindo a Unidade Técnica Mais Médicos, estratégia fundamental para o cumprimento dos acordos e implementação das atividades técnicas, administrativas e operacionais, e gestão do Projeto.

A UTMM esteve organizada com uma Coordenação Geral e 4 sub coordenações (Figura 1.), e no ano de 2018 esteve composta por uma equipe de 55 profissionais sendo: 1 Coordenador Geral, 3 Coordenadores Técnicos e 1 Administrativo, 2 Consultores Nacionais (NPC), 34 Consultores Internacionais (IPC), 10 Assistentes Administrativos, 1 Assistente de Projeto, 1 Técnico em Finanças e 2 Secretárias. Ao longo da execução do Projeto, a Unidade contou com 116 colaboradores de diversas áreas.

Figura 1. Organograma Unidade Técnica Mais Médicos

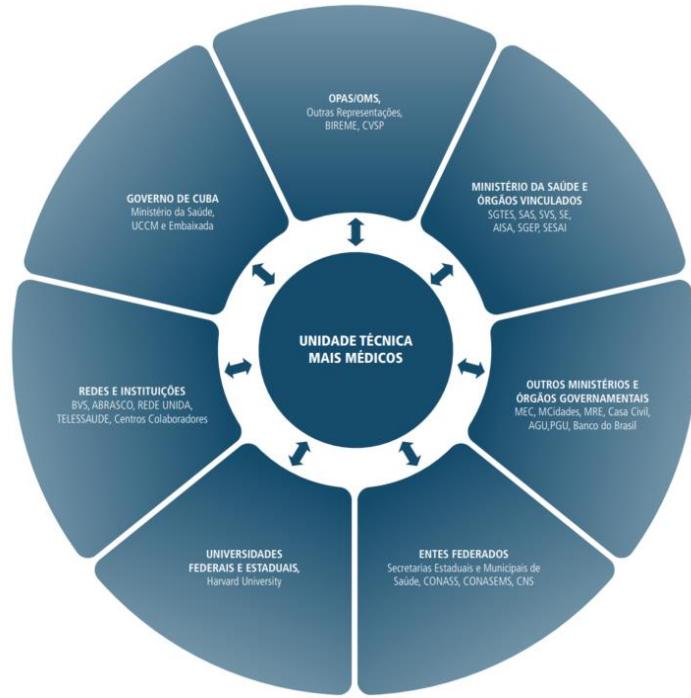


Dentre as responsabilidades assumidas pelas Coordenações da UTMM, voltadas ao alcance dos Resultados delineados para o Projeto, alinhadas ao propósito e finalidade do Termo de Cooperação, podemos destacar:

- Apoiar o País no fortalecimento da atenção básica do SUS, com o objetivo de ampliar a cobertura da rede de serviços e o acesso da população em áreas vulneráveis;
- Cooperar com a mobilização de médicos cubanos para promover a ampliação do acesso às ações de saúde da atenção básica no Brasil;
- Apoiar estratégias de planejamento e desenvolvimento de ações para o atendimento das necessidades de saúde de populações específicas;
- Promover o intercâmbio nacional e internacional de conhecimentos e experiências inovadoras para a atenção básica em saúde;
- Promover ações voltadas à inovação, gestão do conhecimento e qualificação dos novos programas de formação médica e de Saúde da Família, criados a partir do Programa Mais Médicos;
- Realizar a gestão da informação referente ao banco de dados dos recursos humanos atuantes no Projeto;
- Sistematizar informações para divulgação e análise das informações geradas pelo Programa Mais Médicos e fortalecimento da gestão do conhecimento;
- Promover a qualificação profissional de médicos da atenção básica, por meio de ações de formação e fortalecimento da política de educação permanente;
- Identificar e estabelecer parcerias com instituições de pesquisas nacionais e internacionais para avaliação do impacto do Programa sobre os indicadores de saúde da população;
- Realizar e produzir conhecimentos por meio de estudos e pesquisas, dando visibilidade as boas práticas e experiências exitosas relativas ao Programa Mais Médicos;
- Conformar uma equipe de Assessores nos níveis nacional e estadual para realizar interlocução com médicos cooperados e gestores do Programa;
- Fomentar e fortalecer o intercâmbio e a cooperação técnica nacional e internacional, especialmente no âmbito da Cooperação Sul-Sul.

Para fins de implementação do Projeto, a Unidade estabeleceu uma rede de relacionamento estratégico (Figura 2.) com vistas a colaborar e reforçar a ação eficiente da cooperação técnica junto às contrapartes, a medida em que permitiam a comunicação, o intercâmbio de experiências e o processo de gestão a própria Organização.

Figura 2. Rede de Relacionamento do Projeto Mais Médicos



Dentro da prerrogativa de monitorar e avaliar o PMM, apoiar a gestão e a tomada de decisão, o Governo de Cuba compartilhou, em 2013 o Sistema de Informação do Projeto Mais Médicos – Colpadi, tendo como objetivo o gerenciamento dos recursos humanos que faziam parte do Projeto no Brasil. O Sistema consiste em um banco de dados dos médicos da cooperação, alimentado pelos assessores nacionais e estaduais da OPAS/OMS, contendo informações gerais sobre o profissional, dados sobre sua lotação no território, detalhamento da sua movimentação no Programa, dentre outros dados. Permite a extração de relatórios técnicos e fornece informações estratégicas para a tomada de decisões.

Com o propósito de dar transparência às informações geradas pelo Projeto, a OPAS/OMS Brasil, em parceria com o Campus Virtual de Saúde Pública desenvolveu um sistema de informações sobre o Mais Médicos, denominado SIMM – Sistema Integrado de Informações Mais Médicos, que integra as principais bases de dados do PMM e possui três funções essenciais: a) ser instrumento de apoio a gestão da OPAS/OMS; b) ser canal de comunicação e obtenção de dados e informações dos médicos cooperados; e c) canal de transparência, fornecendo ao público geral informações sobre a distribuição e alocação dos médicos cooperados e um conjunto de resultados e evidências do PMM.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA DO TC

Iniquidades na distribuição de médicos é um problema global desde a década de 60. Além da má distribuição há também problemas de escassez de médicos, especialmente, em áreas mais vulneráveis e remotas. Essa questão afeta tanto nações pobres, quanto ricas e, em função de sua complexidade, se configura como um desafio não superado para diversas nações. A situação Brasileira, à época não era diferente daquela observada junto ao restante dos países.

O Brasil é um país de dimensão continental, com grande extensão territorial (8.515.767,049 km²), população de 208,5 milhões de habitantes (estimativas em 2010), apresentando uma grande diversidade cultural entre suas cinco regiões (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul). Possui 26 Estados, um Distrito Federal e 5.570 municípios (68,4% < 20mil/hab) (IBGE, 2018). É o único país com mais de 100 milhões de habitantes, que assumiu o desafio de garantir o direito à saúde por meio de um sistema universal, público e gratuito, orientado pela atenção básica em saúde (ABS). O SUS é o resultado de um amplo movimento sócio-político conhecido como Reforma Sanitária. Este movimento advogou e conquistou o reconhecimento da saúde como um direito universal e garantido pelo Estado. Ao longo dos últimos 30 anos, o Sistema Único de Saúde brasileiro vem sendo reestruturado, com ações que priorizam a atenção básica, a qual é a principal porta de entrada no sistema para fornecer atenção ao usuário. As iniciativas empreendidas visam diminuir as vulnerabilidades a que certos grupos populacionais estão submetidos. Apesar desses esforços a questão do acesso a serviços médicos ainda persistia como um problema crônico em determinadas localidades.

A ABS é primeiro nível de atenção caracterizando-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde. Tem como objetivo desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde das coletividades. Os princípios fundamentais da Atenção Básica no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. A expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela Estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo MS e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

A Atenção Básica possui alto grau de descentralização e capilaridade e é implementada nos locais onde vivem as pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde do SUS. Por isso, é fundamental que se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da

continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Nas últimas décadas, o Brasil avançou muito na expansão e qualificação da ABS, porém ainda existem vazios assistenciais, ou seja, regiões/municípios/localidades que ainda não conseguiram prover e fixar profissionais de saúde na atenção básica, especialmente médicos, deixando de garantir o acesso aos serviços básicos de saúde de boa parte da população brasileira.

Segundo dados primários do Conselho Federal de Medicina, o Brasil possuía em meados de 2012 1,8 médicos por mil habitantes. Esse índice é menor do que o observado em países, como a Argentina (3,2), Uruguai (3,7), Portugal (3,9) e Espanha (4). Seriam necessários mais 168.424 médicos para alcançar o índice de 2,7 médicos/1.000 habitantes, proporção encontrada no Reino Unido, país que, depois do Brasil, possui o maior sistema público de saúde de caráter universal e orientado pela atenção básica, motivo pelo qual é utilizado como referência pelo sistema de saúde brasileiro.

Tabela 2: Médicos por mil habitantes segundo estados brasileiros, 2012

Unidades da Federação	Médico/ 1.000 habitantes	Unidade da Federação	Médico/ 1.000 habitantes
Acre	0.89	Paraíba	1.18
Alagoas	1.15	Paraná	1.74
Amapá	0.72	Pernambuco	0.14
Amazonas	1.04	Piauí	0.94
Bahia	1.15	Rio de Janeiro	3.47
Ceará	1.08	Rio Grande do Norte	1.23
Distrito Federal	3.58	Rio Grande do Sul	2.30
Espírito Santo	1.97	Rondônia	0.98
Goiás	1.45	Roraima	1.15
Maranhão	0.56	Santa Catarina	1.67
Mato Grosso	1.10	São Paulo	2.52
Mato Grosso do Sul	1.49	Sergipe	1.28
Minas Gerais	1.87	Tocantins	1.01
Pará	0.76		

Fonte: População IBGE 2012. Dados primários CFM 2012. Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2012.

Além da carência dos profissionais, o Brasil sofria com uma distribuição desigual de médicos nas diferentes regiões. Entre os estados, 22 possuíam proporção de médicos por habitante abaixo da média nacional e cinco desses tinham menos de um médico por mil habitantes – Acre (0,94), Amapá (0,76), Maranhão (0,58), Pará (0,77) e Piauí (0,92). A Região Norte era a que concentra o maior déficit de médicos e de indicadores negativos de saúde. A meta era ampliar a cobertura de cuidados médicos nas unidades básicas de saúde a 46 milhões de brasileiros.

Desequilíbrios na densidade, na distribuição e nas competências da força de trabalho em saúde, eram também observados, contribuindo para iniquidades sociais e limitações do acesso aos serviços de saúde. Os déficits de recursos humanos em saúde somados aos problemas de migração, deficiências de regulação, de educação e treinamento em atenção primária em saúde marcavam um panorama de dificuldades nesse campo.

Diante deste cenário, em 2013, o governo brasileiro lançou uma ousada política de recursos humanos em saúde no âmbito do SUS, o Programa Mais Médicos (PMM). A iniciativa foi pensada para um sistema de saúde nacional que prevê a Saúde da Família como uma estratégia para a estruturação da Atenção Primária, tendo como desafio ampliar o acesso e a oferta de serviços de saúde de qualidade e que atendam às novas demandas de saúde. O PMM foi implantado como um importante elemento de fortalecimento do primeiro nível de atenção do Sistema Único de Saúde, e se apresentava com três eixos centrais: ampliação e melhoria da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS), formação para o SUS e provimento emergencial.

Figura 3. Eixos do Programa Mais Médicos



No sentido de contribuir para a concretização dessa importante estratégia política do SUS, a OPAS apoiou uma iniciativa inovadora de cooperação técnica, ao pôr em prática o Projeto de Cooperação Mais Médicos, com intensa articulação técnica e política, envolvimento de múltiplos atores institucionais e da sociedade civil, e um acordo de cooperação bilateral entre Brasil e Cuba. A OPAS atuou triangulando acordos, mobilizando, recrutando e realizando a gestão de profissionais médicos cubanos que, em 2013, aderiram ao eixo do provimento emergencial do Programa Mais Médicos no Brasil.

O PMM recrutou e alocou mais de 19 mil médicos nos serviços de APS do SUS, ao longo dos últimos anos. Dentro desse contingente, encontravam-se médicos brasileiros, formados no

Brasil ou no exterior, e médicos estrangeiros, oriundos de países cuja razão de médicos por habitantes era maior que a do Brasil. Dos profissionais estrangeiros, a maioria era de cubanos.

O TC 80 firmado em 16 de julho 2013, entre a OPAS/OMS e Ministério da Saúde do Brasil, tem como objeto “Projeto de ampliação do acesso da população brasileira à Atenção Básica em Saúde”, constituindo um importante instrumento para viabilizar os objetivos da parceria, mediante adequação às prioridades e modalidades de cooperação técnica da OPAS/OMS com o Brasil, visando contribuir com a superação dos desafios mencionados para o fortalecimento e aperfeiçoamento do SUS. Para a implementação do objeto do TC 80, foi elaborada conjuntamente a Matriz Lógica do Termo, definindo o propósito, os resultados a serem obtidos, indicadores e atividades necessárias para seus alcances.

A OPAS/OMS também firmou um convênio de cooperação com o Ministério da Saúde Pública de Cuba para a mobilização de médicos cubanos, com o propósito de preencher vagas no âmbito do PMM e impulsar o intercâmbio de conhecimentos e práticas em atenção básica de saúde. Desde o início da implementação da cooperação técnica, foi estabelecida uma estreita colaboração entre a OPAS/OMS, os Ministérios da Saúde e da Educação do Brasil e o Ministério de Saúde Pública de Cuba, além de outras instâncias envolvidas, para garantir o provimento de profissionais e sua inserção em atividades de ensino-serviço no nível da atenção básica dos municípios brasileiros.

4 ESCOPO E OBJETIVOS DA AVALIAÇÃO

O TC 80 foi estruturado com a finalidade de incrementar a capacidade do Brasil para atuar na redução de iniquidades no acesso à atenção básica à saúde contribuindo para a erradicação da pobreza. Dessa forma, seria possível cumprir seu propósito de garantir uma atenção básica fortalecida em localidades prioritárias para o Sistema Único de Saúde, por meio da qualificação e valorização dos profissionais da saúde e do intercâmbio internacional de conhecimentos.

Foram delineados 04 resultados esperados, mediante sua execução, que compreendiam:

1. Ampliação do acesso a Rede de Serviço de Atenção Básica nas localidades prioritárias para o SUS;
2. Formação e qualificação de profissionais médicos cubanos por meio de ações de formação em serviços de atenção básica no Sistema Único de Saúde;
3. Monitoramento e controle da alocação e movimentação dos médicos da cooperação realizados através do Sistema COLPADI;
4. Produção e apropriação das experiências e boas práticas do projeto sistematizadas e publicadas.

As atividades desdobradas a partir desses 4 objetivos, suas metas e indicadores podem ser observados no quadro a seguir e serão discutidos ao longo do relatório.

Quadro 1. Matriz lógica TC 80

Nº	Resultado	Atividade(s)	Indicador(es)	Meta(s)
1	RE1: Ampliação do acesso a Rede de Serviço de Atenção Básica nas localidades prioritárias para o SUS.	A1: Provimento de profissionais médicos visando a integralidade do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde nas localidades prioritárias para o SUS; A2: Monitoramento do cumprimento de alocação dos profissionais nas áreas prioritárias para o SUS; A3: Monitoramento das mudanças na cobertura, acessibilidade, qualidade e efetividade dos serviços de atenção básica; A4: Acompanhamento do desempenho e condições de trabalho dos médicos cubanos mediante a aplicação de instrumentos específicos da OPAS/OMS.	* Número de médicos do projeto atuando nas localidades indicadas pelo MS; * Número de médicos cubanos atuando, de acordo com o modelo de atenção à saúde familiar e comunitária, na Rede de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde; * Cobertura populacional pelas equipes básicas de saúde; * Proporção de municípios acompanhados para monitoramento do cumprimento a com as obrigações quanto a moradia, alimentação e transporte * (Portaria nº 30 de 12/02/2014).	* 100% de médicos atuantes nas localidades indicadas pelo MS; * 100% dos médicos atuando na AB; * Aumento de 10% da Cobertura populacional pelas equipes básicas de saúde; * Realização de acompanhamento de 100% dos municípios para verificar cumprimento da Portaria nº 30.
2	RE2: Formação e qualificação de profissionais médicos cubanos por meio de ações de formação em serviços de atenção básica no Sistema Único de Saúde.	A1: Apoiar o processo de formação dos médicos participantes do projeto; A2: Monitoramento e negociação das intercorrências sobre a formação dos médicos; A3: Acompanhamento do desempenho da formação dos médicos cubanos.	* Número de médicos do projeto Matriculados nos cursos de Especialização em atenção Básica das Universidades brasileiras.	* 100% de médicos participando do curso de formação em serviço oferecido pelas universidades brasileiras.
3	RE3: Monitoramento e controle da alocação e movimentação dos médicos da cooperação realizados através do Sistema COLPADI.	A1: Desenvolvimento e implementação de ferramenta de gestão e controle dos médicos que participam do projeto; A2: Alimentação, no COLPADI, das informações de monitoramento e controle das alocações dos médicos que participam do projeto; A2: Monitorar, controlar e registrar no COLPADI todos os processos de movimentações ocorridas no projeto; A3: realização e gestão do processo de movimentação para o recesso anual de todos os médicos que participam do projeto por meio da cooperação.	* Alimentação oportuna da base de dados dos médicos participantes do Projeto COLPADI; * Proporção de médicos do Projeto movimentados registrados no COLPADI; * Proporção de médicos do Projeto movimentados por recesso anual registrados.	* 100% dos médicos registrados no Sistema de Monitoramento e controle COLPADI; * 100% dos processos de movimentação dos médicos registrados no Sistema de Monitoramento e controle - COLPADI; * 100% dos médicos movimentados por recesso registrado no Sistema de Monitoramento e controle - COLPADI.
4	RE4: Produção e apropriação das experiências e boas práticas do projeto sistematizadas e publicadas.	A1: Realização de pesquisas e estudos de caso como parte do processo de monitoramento e avaliação do projeto; A2: Divulgação e visibilidade nacional e internacional do projeto; A3: Realização de eventos nacionais e regionais para apresentação da implementação do projeto; A4: Produção de documentos sobre a experiências e boas práticas do projeto; A5: Monitoramento da produção científica do Brasil sobre o PMM.	* Estudos e Publicações elaboradas e divulgadas.	* 5 investigações e/ou estudos de caso relacionados a Mais Médicos; * 4 inquéritos aplicados à amostra significativa de médicos cooperados, relativos as condições de trabalho e moradia e as principais atividades desenvolvidas pelos profissionais; * 1 relatório anual das ações e experiências do projeto.

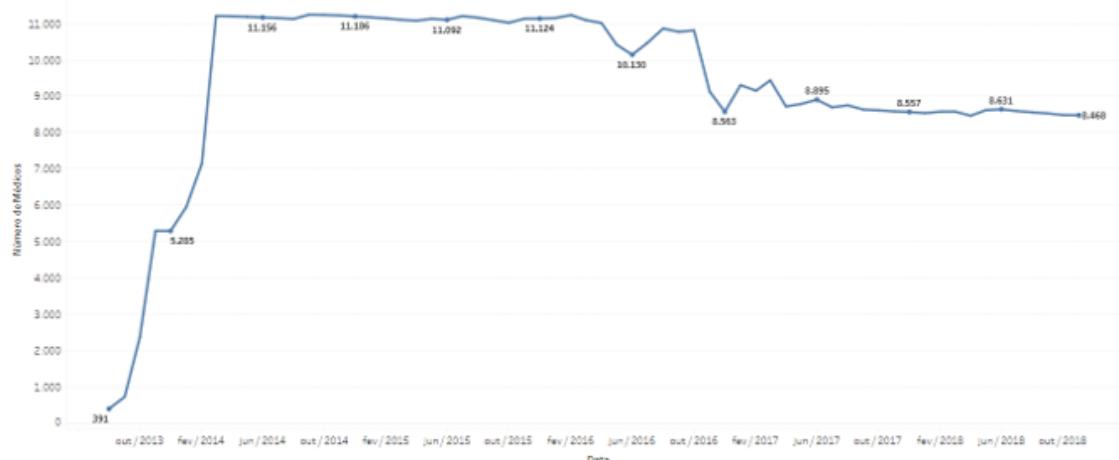
5 METODOLOGIA E AVALIAÇÃO FINAL DO TC 80

A avaliação final do TC 80 se baseou na verificação dos resultados esperados definidos na Matriz Lógica, por meio do monitoramento ao longo dos anos. Evidenciou-se resultados expressivos que impactaram no propósito do Projeto de se alcançar uma “Atenção Básica fortalecida em localidades prioritárias do Sistema Único de Saúde – SUS por meio da qualificação e valorização dos profissionais da saúde e do intercâmbio internacional de conhecimentos”, decorrentes das ações implementadas pelas 04 Coordenações da UTMM em cooperação com as contrapartes (Ministério da Saúde do Brasil e Ministério da Saúde Pública de Cuba).

5.1 AMPLIAÇÃO DO ACESSO A REDE DE SERVIÇO DE ATENÇÃO BÁSICA NAS LOCALIDADES PRIORITÁRIAS PARA O SUS

Para o alcance das metas estabelecidas no **Resultado esperado 1: Ampliação do acesso a Rede de Serviço de Atenção Básica nas localidades prioritárias para o SUS**: 100% de médicos atuantes nas localidades indicadas pelo Ministério da Saúde; 100% dos médicos atuando na AB; aumento de 10% da cobertura populacional pelas equipes básicas de saúde e realização de acompanhamento de 100% dos municípios para verificação do cumprimento da Portaria nº 30, foram realizadas atividades envolvendo toda rede de relacionamento do Projeto, sendo consolidada por meio da estratégia de mobilização dos médicos, principalmente oriundos do convênio firmado entre a OPAS/OMS e o Governo da República de Cuba.

Gráfico 1: Linha do tempo dos médicos cooperados inseridos no Programa Mais Médicos



Fonte: Colpadi/OPAS

No ano de 2014 se atingiu o volume de mais de 11 mil médicos cooperados, como detalhado no gráfico 1. Esse número foi mantido, até meados de 2016, quando houve uma redução do número de médicos cooperados cubanos para algo próximo de 8.500 profissionais. Esse volume de médicos cooperados foi mantido durante o ano de 2018.

A definição do quantitativo de profissionais cubanos a ingressarem no Programa era apresentada pelo Ministério da Saúde do Brasil e consensuada com a OPAS/OMS e o Ministério da Saúde Pública de Cuba, em reuniões Tripartite.

O processo de mobilização desses profissionais foi precedido por atividades de Acolhimento, que consiste na seleção e avaliação dos médicos tornando-os aptos a ingressarem nas atividades de ensino-serviço do Programa Mais Médicos.

Figura 4. Fluxo das Atividades de Acolhimento



O Acolhimento internacional contemplava atividades acadêmicas, com módulos presenciais de capacitação em Saúde Pública e Língua Portuguesa, ministrada por uma equipe de profissionais coordenada e validado pelos Ministérios da Saúde e da Educação do Brasil para habilitação dos médicos cubanos. Assegurava formação mínima de 120 (cento e vinte) horas aos profissionais em temas como legislação do sistema de saúde brasileiro, funcionamento e atribuições do SUS, bem como em língua portuguesa, ao final aplicava-se uma avaliação para certificação da habilidade.

O processo de avaliação e validação dos médicos cubanos aptos era realizada no Módulo Documental, por uma equipe composta por membros representativos do Ministério da Saúde do Brasil – SGTES e AISA, OPAS/OMS do Brasil e de Cuba e governo de Cuba que realizavam a análise dos documentos conforme previstos no TC 80.

A emissão do visto* dos médicos selecionados aptos a participar do Programa ocorria mediante comprovação da sua participação nos módulos Acadêmico e Documental. Consistia na emissão do VICAM, visto criado especialmente para os estrangeiros participantes do PMM, tendo como início da solicitação o preenchimento, pela equipe da UTMM, do formulário online de solicitação do visto, mediante anuênciam do Representante da OPAS no Brasil, no site do Ministério das Relações Exteriores (MRE) do Brasil. O Ministério da Saúde do Brasil - AISA, ao receber a listagem com os nomes dos profissionais aptos a ingressarem no Programa, encaminhava ao MRE para seguimento dos trâmites e liberação dos vistos em Cuba.

* Emissão de aproximadamente 21.000 protocolos de visto de profissionais cubanos.

Fonte: UTMM/OPAS

Os primeiros módulos de Acolhimento Internacional – Acadêmico e Documental, nos anos de 2013 e 2014, contemplaram um universo de 11.500 médicos, e ocorreram no Brasil, simultaneamente com o Acolhimento Nacional, sob a coordenação e responsabilidade do Ministério da Saúde do Brasil. Conforme tabela abaixo, estas atividades foram realizadas nas seguintes localidades:

Tabela 3. Acolhimento dos primeiros médicos

Ano	Mês	Local	Nº médicos (chegadas)
2013	Agosto	Recife – Brasília – Fortaleza – Salvador	400
	Setembro	Fortaleza – Manaus – Vitoria	335
	Outubro	Manaus – Vitoria – Brasília – Belo Horizonte – Fortaleza	1.666
	Novembro	Brasília – Recife – Fortaleza – Belo Horizonte – Salvador – Manaus – Vitoria – São Paulo	3.000
2014	Janeiro	Fortaleza – São Paulo	700
	Fevereiro	Brasília – Manaus – São Paulo	1.300
	Março	Recife – Fortaleza – Manaus – Porto Alegre – Brasília – São Paulo – Vitoria	4.099
TOTAL			11.500

Fonte: UTMM/OPAS

A partir de uma pactuação tripartite, com participação dos Ministérios da Saúde do Brasil e de Cuba e OPAS/OMS, em setembro de 2015, o Acolhimento Internacional passou a ser planejado conjuntamente e realizado exclusivamente em Cuba.

Entre os anos de 2015 e 2018, foram realizados 13 módulos Acadêmicos em Cuba, com a participação de 13.144 médicos, e colaboração da PWR Brasil e/ou Cuba. Em 2018, com o objetivo de aprimorar a abordagem de temas clínicos e discussões da realidade sanitária e epidemiológica em que o médico seria integrado, o Ministério da Saúde do Brasil, em coordenação com o Ministério da Educação, desenvolveu o módulo de imersão dos conhecimentos e sua realização ocorreu com o apoio logístico dos escritórios da OPAS de Cuba e do Brasil. No referido ano foram realizados 03 módulos de imersão em Cuba, com o aperfeiçoamento de 992 profissionais.

Com objetivo de aprimorar o processo de análise Documental, a partir de 2015 o Módulo passou a ser realizado em Cuba, e contava com uma equipe composta por representantes do MS – AISA, OPAS/OMS do Brasil e governo de Cuba. No período de 2015 a 2018 totalizaram 12 módulos, com a análise da documentação de 13.620 médicos

O Acolhimento Nacional contemplava a execução do planejamento pactuado em Tripartite, para o ingresso dos médicos conforme disponibilidade de vagas no Programa. A execução do Acolhimento era conduzido pelo Ministério da Saúde do Brasil, mobilizando órgãos nacionais brasileiros (Banco do Brasil, Polícia Federal) para garantir a emissão dos documentos migratórios, abertura de conta corrente de titularidade do médico, cadastro de pessoa física (CPF), número de registro único do MS (RMS) para o exercício profissional e demais documentos necessários para a permanência no território nacional durante toda sua participação no Programa. Caso houvesse pendências identificadas na Acadêmica (reprovação) e/ou documentação o médico regressava ao país de origem. O processo era realizado em cidades brasileiras denominadas “Polos”, que receberam no período de 2013 a 2018 um total de 19.519 médicos cubanos.

Tabela 4. Acolhimentos - quantitativo de médicos por ano no Brasil

2013	2014	2015	2016	2017	2018
5.401	6.099	557	3.077	3.955	430
19.519 médicos					

Fonte: UTMM/OPAS

A conclusão do registro no Sistema de Informação dos Mais Médicos da OPAS/OMS Brasil – Colpadi, era realizado ao final do processo de Acolhimento Nacional, mediante informações disponibilizada pelo Ministério da Saúde a partir da identificação do município de atuação do médico apto nos processos de Acolhimento Internacional (Acadêmico e Documental) e Nacional.

Para além do Acolhimento, outros processos de movimentação estavam relacionados com a inserção do médico cooperado nas atividades de ensino-serviço do Programa Mais Médicos, e que necessariamente impactavam no registro e na atualização do Sistema de Informação dos Mais Médicos – COLPADI a partir da operacionalização do deslocamento dos profissionais no território nacional e/ou país de origem.

Processos de Movimentação dos médicos cooperados, previsto nos acordos entre as partes do Projeto de Cooperação Mais Médicos:

- Recesso: processo que consistia em viabilizar o recesso do médico cooperado, sendo concedido a cada 11 meses de atuação. Esse processo requeria planejamento e articulação previa e contínua entre os Ministérios da Saúde Brasil e Cuba, os gestores municipais e a OPAS/OMS.
- Renovação (acolhimento): consistia na manutenção dos médicos cooperados no Programa Mais Médicos, em situação de matrimônio com brasileiros, diante de manifestação de interesse.
- Reposição (acolhimento): substituição de ausência por questões pessoais.
- Saúde Pessoal: mediante definição da reunião do Ponto de Controle.
- Fim de missão: processo que consistia na identificação dos profissionais que cumpriram o prazo do exercício das suas atividades de ensino-serviço no prazo pré-estabelecido e encerrarão sua participação no PMM.

Os processos descritos na tabela abaixo, exigiam contratação de serviços terceirizados:

Tabela 5. Quantitativo de Processos de Movimentação dos Médicos, por ano

Ano	Processo Movimentação
2013	03 Acolhimentos Internacionais e Nacionais
2014	04 Acolhimentos Internacionais e Nacionais 05 Recessos 01 Acolhimentos Internacionais e Nacionais – Intercambistas
2015	04 Acolhimentos Nacionais 11 Recessos
2016	07 Acolhimentos Nacionais 02 Acolhimento Internacionais e Nacionais – Intercambistas 09 Recesso 05 Fim de Missão
2017	05 Acolhimentos Nacionais 02 Acolhimento Internacionais e Nacionais – Intercambistas 11 Recesso 06 Fim de Missão
2018	03 Acolhimentos Nacionais 01 Acolhimento Internacionais e Nacionais – Intercambistas 11 Recesso 04 Fim de Missão

Fonte: UTMM/OPAS

Tabela 6. Quantitativo de deslocamentos realizados nos Polos durante os Processos de Movimentação dos Médicos - Acolhimento Nacional, Recesso e Fim de Missão

Ano	Deslocamentos (chegadas e partidas)
2013	5.401
2014	15.364
2015	27.507
2016	17.922
2017	15.531
2018	14.174
TOTAL	95.899

Fonte: UTMM/OPAS

Considerando o volume de profissionais a serem deslocados no trecho aéreo internacional, em cumprimento das normas da Organização, a viabilização operacional desta operação foi realizada por meio da contratação de voos fretados.

No decorrer do Projeto, foram realizados 315 voos aéreos internacional (Tabela 6.).

Tabela 7. Quantitativo de voos internacionais fretados para movimentação de médicos cooperados

Ano	Nº voos fretados	PAX
2013	29	5.401
2014	66	15.288
2015	70	28.004
2016	58	16.960
2017	50	14.648
2018	42	13.816
Totais	315 voos	94.117 passageiros

Fonte: UTMM/OPAS

A identificação das localidades municipais e número de vagas para a cooperação, que permitiriam o aumento da cobertura populacional pelas equipes de atenção básica foram apresentadas pelo MS, durante o processo de Acolhimento Nacional. A lotação dos profissionais que ingressam era realizada pela OPAS/OMS junto ao Governo de Cuba, a partir do perfil do profissional e critérios estabelecidos para sua incorporação ao sistema de saúde.

Figura 5. Painel Principal do SGMM



- | | |
|--|--|
| 1. DADOS MÉDICOS
2. CONTATO SMS
3. SUG. VOO DOMÉSTICO
4. VOO INTERNACIONAL
5. TRANSFER
6. ATUALIZAR SMS | 7. BUSCA MÉDICOS
8. RELATÓRIOS
9. BILHETES EMITIDOS
10. TERRESTRE
11. ROOM LIST
12. PREENCHER POLOS |
|--|--|

Fonte: UTMM

Segundo dados do MS, a atuação dos médicos no PMM permitiu um incremento da cobertura na atenção primária no país. Em 2013 o país contava com 34.715 equipes de APS, com uma cobertura de 59% da população e atuação em 5436 municípios.

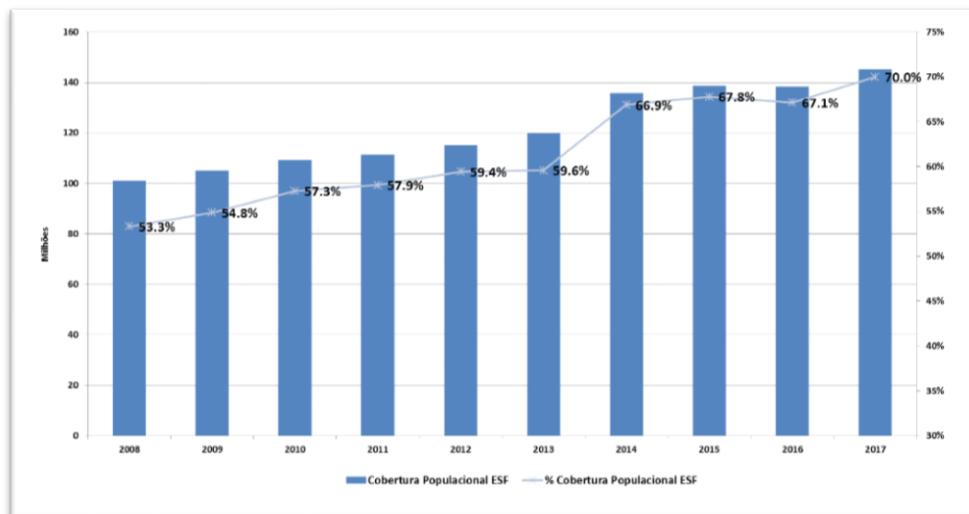
Tabela 8. Cobertura Populacional da Atenção Primária, segundo ano

Ano	Cobertura Populacional	% Cobertura Populacional*
2008	101.085.000	53.3%
2009	105.018.000	54.8%
2010	109.227.000	57.3%
2011	111.417.750	57.9%
2012	115.243.800	59.4%
2013	119.766.750	59.6%

Fonte: Sistema de Apoio a Gestão (SAGE)/MS

Com a implantação do Programa Mais Médicos houve um aumento de 10% na cobertura de serviços de APS no país, com um incremento de 26 milhões de pessoas passando a ter acesso regular a serviços de atenção primária. Dentro do volume de médicos do Programa Mais Médicos, 98% dos médicos cooperados estavam alocados em equipes de atenção primária.

Gráfico 2: Cobertura da APS com a inserção do Programa Mais Médicos em 2014



Fonte: DAB/Ministério da Saúde

Para o acompanhamento do desempenho e condições de trabalho dos médicos atuantes no PMM, eram consideradas as regras e os acordos dispostos nas normativas vigentes. A Portaria nº 30 de 12/02/2014, posteriormente atualizada pela Portaria nº 300 de 05/10/2017, trata especificamente do cumprimento das obrigações de oferta de moradia, deslocamento, alimentação e água potável pelo Distrito Federal e Municípios aos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, nos termos da Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013.

A OPAS/OMS, em conjunto com o Ministério da Saúde do Brasil e de Cuba, realizavam este acompanhamento quinzenalmente por meio das Reuniões de Ponto de Controle, que consistia na apresentação e resolução de situações adversas relacionadas aos médicos providos pela cooperação. Quando necessário, incluía representantes da Embaixada de Cuba.

Para além destas atividades, ocorriam também as reuniões da Comissão Coordenadora Estadual dos Programas PROVAB e Mais Médicos (CCE), nos 26 estados e Distrito Federal – DF. A CCE foi instituída a partir da portaria 2.921/2013 com o objetivo de contribuir no processo implantação do Programa Mais Médicos para o Brasil. Um espaço plural de discussões e deliberações, onde também se inseria na pauta as questões referentes ao desempenho e condições de trabalho dos médicos cooperados. A CCE é composta por representações do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e Representação das Instituições Supervisoras. Ainda que não integrasse formalmente a CCE, a OPAS/OMS, em alguns Estados, se fazia presente com a participação dos Assessores Nacionais e/ou Estaduais. No período compreendido entre 2013 e 2018, os

assessores nacionais e estaduais da UTMM da OPAS/OMS participaram em, aproximadamente, 1.701 reuniões da CCE, conforme descrito no quadro abaixo:

Tabela 9. Reuniões do PMM com participação de Consultores OPAS

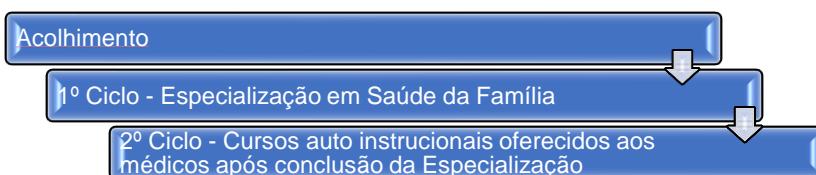
Ano	Nº aproximado de reuniões
2013	108
2014	324
2015	324
2016	324
2017	324
2018	297

Fonte: UTMM/OPAS

5.2 FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DE PROFISSIONAIS MÉDICOS CUBANOS POR MEIO DE AÇÕES DE FORMAÇÃO EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Quando avaliamos o **RE2: Formação e qualificação de profissionais médicos cubanos por meio de ações de formação em serviços de atenção básica no Sistema Único de Saúde**, considerando a meta estabelecida 100% de médicos participando do curso de formação em serviço oferecido pelas universidades brasileiras, importante ressaltar que a proposta formativa estava estruturada em ciclos formativos, organizada por eixos educacionais e apoiada por ferramentas de aprendizagem.

Figura 6. Etapas o processo de Formação do PMM

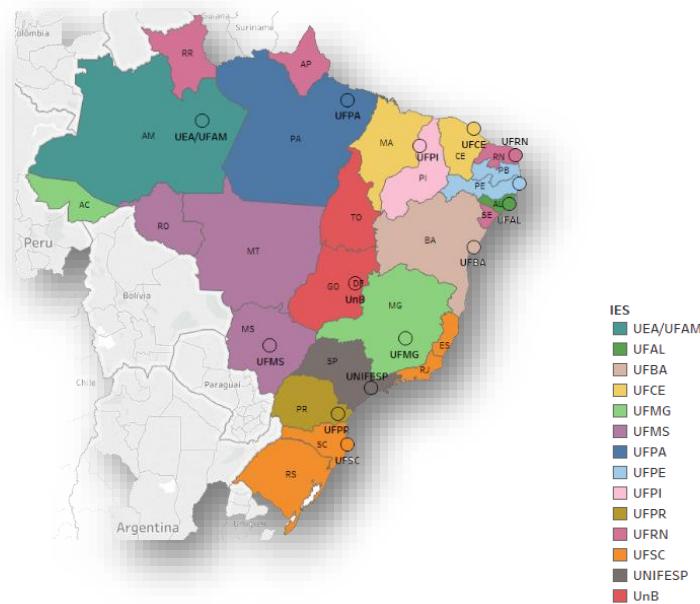


Estavam previstos 2 Ciclos Formativos, conforme descrito abaixo:

- 1º Ciclo Formativo - tinha por objetivo a aproximação do médico participante dos Programas de Provisão de Médicos do Ministério da Saúde com o Sistema Único de Saúde, com a Atenção Básica e com a realidade do território. Composto pelos eixos educacionais da Especialização e Supervisão Acadêmica, o curso de especialização em Atenção Básica, as atividades de pesquisa, ensino e extensão, a metodologia de acompanhamento e avaliação oferecidos no âmbito do Projeto, eram definidos pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, em conjunto com a Rede UNA-SUS. A atuação dos profissionais do PMM previa uma carga horária de 40 horas semanais, sendo 32 horas para atividades nas Unidades

Básicas de Saúde (UBS) do município ou no Distrito Federal, e 8 horas para interação na plataforma do curso de especialização e nas atividades de aperfeiçoamento técnico-científico.

Figura 7. Universidades da Rede UNA - SUS que ofertaram Curso de Especialização ao PMM



Fonte: UNA- SUS

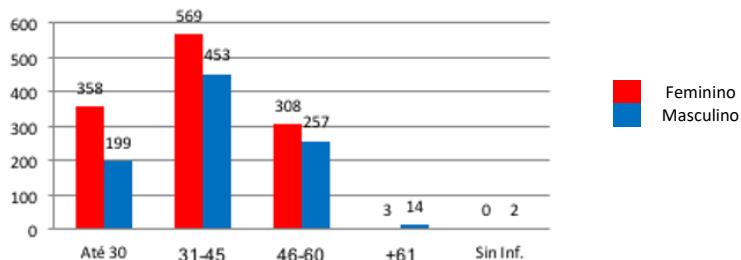
- 2º Ciclo Formativo - tinha por objetivo propiciar o aprofundamento do conhecimento do médico participante em temas relevantes no âmbito da Atenção Básica e estavam aptos a ingressar neste Ciclo os médicos que concluíram o 1º Ciclo. Formado pelos eixos educacionais de Aperfeiçoamento e Extensão e Supervisão Acadêmica, era promovido pelo Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVASUS), sendo ofertados 75 módulos por meio das Universidades Federais do Rio Grande do Norte (UFRN) e Maranhão (UFMA). Ressalta-se que situações como recém-conclusão do 1º Ciclo, dificuldades de comunicação com as Universidades e de acesso a Plataforma (via web), bem como ausências do país por motivos de férias e/ou problemas pessoais podiam gerar atrasos no processo de inscrição no 2º ciclo.

A UTMM/OPAS em parceria com sua rede de relacionamento, acompanhava o desenvolvimento das atividades de ensino-serviço dos médicos cooperados. Identificava e mobilizava esforços para a resolução de intercorrências relacionadas ao processo de formação. Ressalta-se que a totalidade de médicos cooperados esteve inscrita no curso de Especialização, alcançando seu ápice em 2014, com o quantitativo de 11.429 médicos. Desta totalidade,

considerando os requisitos para inserção no 2º Ciclo, em outubro/2018 estavam inscritos no 2º Ciclo Formativo, pela UFRN 1.759 médicos cooperados e pela UFMA 1.637 médicos, totalizando 3.396 profissionais cooperados.

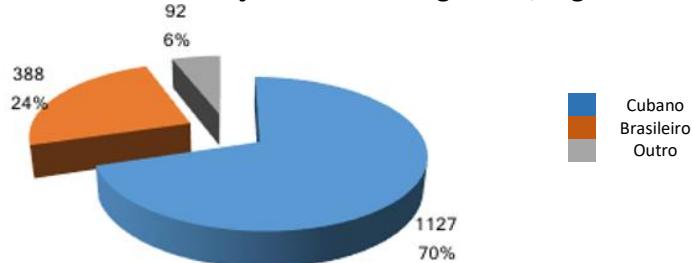
Ainda sobre o Ciclo Formativo, considerando que 100% dos médicos cooperados estavam inseridos nestas atividades com consequente vasta produção técnica-científica, a OPAS/OMS desenvolveu um estudo sobre os Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) elaborados pelos participantes dos Cursos de Especialização em Saúde da Família, oferecidos pelas instituições de ensino superior que integram o sistema UNA-SUS. Foram, de forma preliminar, analisados 2.163 TCC's (1607 de médicos do PMM e 556 de médicos do PROVAB) que cumpriram com os requisitos institucionais para serem publicados e estavam disponíveis na base de dados ARES. A análise foi orientada segundo uma dimensão quantitativa, considerando variáveis demográficas e institucionais dos participantes e uma dimensão qualitativa, voltada a definição de uma taxonomia para classificação dos temas, objetos de intervenção do TCC e enfoque ou estratégia de intervenção, implementada pelo médico do Programa. Abaixo podem ser observados os principais resultados deste estudo preliminar:

Gráfico 3. Informações sócio demográficas, segundo faixa-etária e sexo.



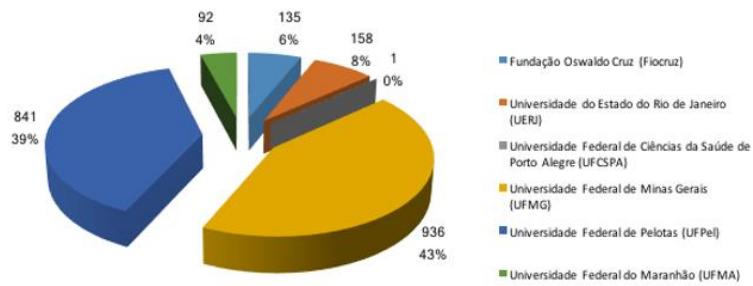
Fonte: Informe OPAS

Gráfico 4. Informações sócio demográficas, segundo nacionalidade do autor.



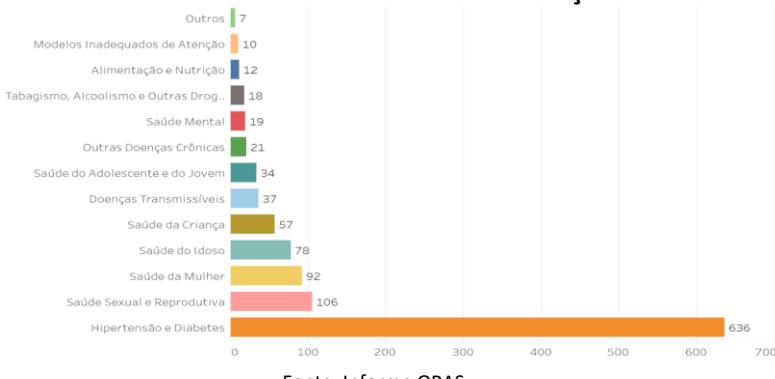
Fonte: Informe OPAS

Gráfico 5. Distribuição do número de TCCs segundo Universidade participante.



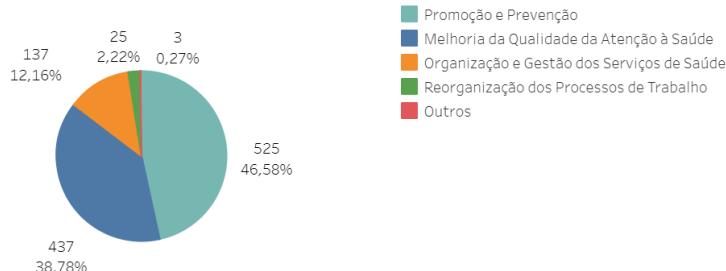
Fonte: Informe OPAS

Gráfico 6. Áreas temáticas de concentração dos TCCs



Fonte: Informe OPAS

Gráfico 7. Áreas temáticas de enfoque dos TCCs



Fonte: Informe OPAS

5.3 MONITORAMENTO E CONTROLE DA ALOCAÇÃO E MOVIMENTAÇÃO DOS MÉDICOS DA COOPERAÇÃO REALIZADOS ATRAVÉS DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

No que se refere as metas do RE3: **Monitoramento e controle da alocação e movimentação dos médicos da cooperação realizados através do Sistema Colpadi**: 100% dos médicos registrados no Colpadi, 100% de todo processo de movimentação dos médicos

registrados no Colpadi e 100% dos médicos movimentados por Recesso registrados no Colpadi, ressalta-se que os médicos providos pela cooperação com Cuba, que ingressavam no Programa, tinham seus dados pessoais registrados no Sistema de Informação do Projeto de Cooperação Técnica Mais Médicos (Colpadi), cuja principal função era apoiar na gestão dos recursos humanos.

O Colpadi foi estruturado em Módulos, com diversas funcionalidades, que permitiam o registro de dados pessoais, documentos, dados do local de lotação/atuação do profissional, registro de movimentos internos (ex. alteração de município de atuação), movimentos no Programa (ex. recesso, viagem por problemas de saúde), ausências das atividades, possíveis incidências, *status* do profissional no programa, entre outros. A alimentação das informações no banco de dados iniciava-se com a criação da ficha do participante (expediente) e, após a aprovação dos médicos no Acolhimento Nacional e registro de município de lotação no Brasil, a equipe da UT MM realizava a complementação dos dados.

A atualização dos dados no Sistema estava no rol das atribuições dos Assessores Nacionais e Estaduais da UTMM, que contemplava também a verificação das condições de trabalho e de vida dos profissionais, na apresentação de proposta de para os processos de Movimentação dos Médicos (Recesso e Fim de Missão), bem como com o apoio à solução das incidências que eventualmente ocorriam nos municípios, tais como enfermidades, problemas no âmbito do trabalho ou processos administrativos, entre outros. Para tanto, contavam com a parceria das Referências Descentralizadas do Ministério da Saúde, que exerciam um papel fundamental para a interlocução com os gestores locais de saúde.

Alimentação oportuna dos processos de movimentação dos médicos cooperados, acompanhamento e monitoramento dos dados do Colpadi, permitiram análises sobre a distribuição e panorama dos médicos no PMM, bem como planejar e gerenciar o Projeto de Cooperação.

5.4 PRODUÇÃO E APROPRIAÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS E BOAS PRÁTICAS DO PROJETO TEMATIZADAS E PUBLICADAS

Ao se analisar o **RE4: Produção e apropriação das experiências e boas práticas do Projeto tematizadas e publicadas**, cujas metas estabeleciam 5 investigações e/ou estudos de caso relacionados a Mais Médicos; 4 inquéritos aplicados à amostra significativa de médicos

cooperados, relativos as condições de trabalho e moradias e as principais atividades desenvolvidas pelos profissionais e 1 relatório anual das ações e experiencias do Projeto resalta-se a difusão de conhecimentos produzidos pelo Programa Mais Médicos, com a realização de pesquisas e estudos de casos, a produção de documentos sobre as experiencias e boas práticas do Projeto, bem como o monitoramento da produção científica do Brasil acerca do PMM. Destaca-se, também, a elaboração em 2014 do Marco de Monitoramento e Avaliação do Mais Médicos, um instrumento para medir o desempenho do Projeto de cooperação no alcance das metas e dos compromissos pactuados entre Ministério da Saúde do Brasil e de Cuba, bem como, com o cumprimento dos objetivos descritos nas normativas do Programa para o eixo de provimento emergencial de médicos.

Figura 8. Produção de publicações sobre o Projeto Mais Médicos



Com relação à sistematização e à disseminação dos conhecimentos, a OPAS/OMS desenvolveu instrumentos e ferramentas que facilitaram a gestão do conhecimento, como a Série de Estudos Caso sobre o Programa Mais Médicos, cujo conteúdo das publicações privilegiou as inovações e as boas práticas na Atenção Básica, desenvolvidas com base nos contextos locais. No anos de 2016 e 2017 foram publicados 06 estudos, que compuseram a Primeira Série, e posteriormente foi iniciada a discussão e estruturação da Segunda Série, composta por 05 estudos, com foco nos seguintes tópicos: integração de redes, governança, municípios de fronteira, populações indígenas, curso de especialização, perspectiva das mulheres, lições aprendidas e habilidades adquiridas pelos médicos cubanos ao retornarem a Cuba.

Tabela 10. Descrição dos Títulos dos Estudos de Caso, segundo Série

Ano	Primeira Série - Título
2016	Programa Mais Médicos para o Brasil no Município do Rio de Janeiro: mais acesso, equidade e resolutividade na APS
	Estudo de caso do Programa Mais Médicos no Rio Grande do Norte: caminhos percorridos, produções e criações de conhecimento no Semiárido Potiguar
	Atenção à saúde em municípios de pequeno porte do Maranhão: Efeitos do Programa Mais Médicos
2017	Atenção Básica à Saúde e o Programa Mais Médicos em Minas Gerais: um estudo de caso múltiplos
	O PMM em Pernambuco: experiências de APS dos municípios de Águas Belas, Ouricuri e Vitória de Santo Antão
	Implementação do PMM em Curitiba

Segunda Série – Título (2019)
Programa Mais Médicos no Ceará: Cenários de vivências e experiências exitosas
Estudo de caso do Programa Mais Médicos: cenário de Fronteira na Amazônia
O Programa Mais Médicos no Cenário da Saúde Indígena – Estudo de Caso
A experiência de governança do PMM no estado do Espírito Santo- Estudo de Caso
Empoderamento das mulheres e o programa mais médicos: estudo de caso em municípios selecionados

Fonte: UTMM/OPAS.

Ao longo dos quase cinco anos do Projeto diversos estudos avaliativos também foram fomentados pela Coordenação. A tabela a seguir detalha os trabalhos que foram realizados durante a vigência do TC 80. O eixo norteador dos estudos em questão foi o de gerar evidências capazes de subsidiar ações de gestão, junto a UTMM. Ao contemplar diferentes perspectivas adjacentes ao Programa, foi possível estimar diferentes grupos de evidências sobre as ações fomentadas e sua repercussão junto à Atenção Primária à Saúde brasileira.

Tabela 11. Estudos avaliativos acompanhados pela UTMM/OPAS

Estudos	Objetivos	Parceria
Metanálise da produção científica	Sumarizar as evidências científicas publicadas via artigos e/ou teses e dissertações sobre o PMM	UFBA
Impacto do PMM sobre produção e consultas 2015 -2017	Analisar o impacto do PMM sobre o volume de consultas ofertadas à população para o país como um todo	UFPEL
Forecasting - microsimulações sobre cenários de manutenção	Projetar cenários de manutenção, diminuição ou supressão do PMM e o respectivo impacto sobre mortalidade infantil	FIOCRUZ
Impacto do PROGRAMA sobre internações por condições sensíveis	Dimensionar se o PMM foi capaz de reduzir o volume de internações sensíveis à atenção primária no país	UNB
Simulações de viabilidade contratação de médicos em caráter permanente Custo efetividade das atenções	Simular através de cenários a viabilidade, bem como os custos associados da contratação de médicos do PMM em caráter permanente pelos municípios. Convocatória pesquisas- impacto financeiro PMM	IPEA
Desenvolvimento de ferramentas de Telessaúde e controle de sífilis	Estrutura soluções de apoio a diagnóstico via Telessaúde - 0800, disponibilizar protocolos clínicos	UFRGS
Análise sobre vazios assistências com geoprocessamento	Dimensionar o impacto de cobertura do PMM em regiões de vazio assistencial, por meio de técnicas de geoprocessamento	UFMG
Análise e avaliação de impacto do PMM	Estruturar um marco lógico de avaliação do PMM para estimar impacto do programa sobre indicadores de saúde	UFBA
Análise de TCC referentes à especialização em Saúde da Família	Mapear os principais temas abordados nos trabalhos de conclusão de curso da especialização cursada pelos médicos do programa	CONSULTOR EXT
Avaliação do acesso e da distribuição de médicos cubanos do PMM nos serviços de APS.	Monitoramento do PMM com avaliação da distribuição e do atributo acesso nos serviços em que estão inseridos os médicos do PMM	UFMG
Delineamento de etapas metodológicas para a avaliação de impacto do PMM	Definição de estratégias par avaliação de impacto do PMM	ABRASCO

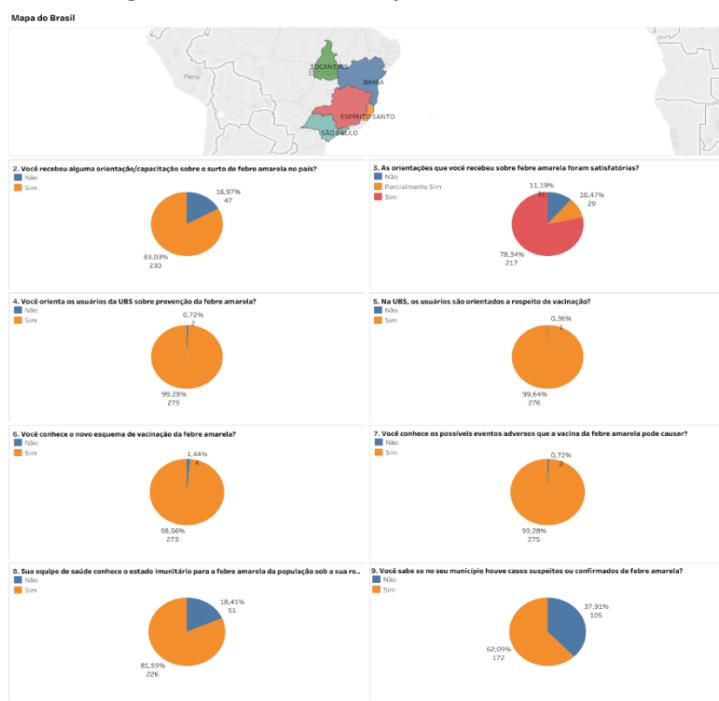
Fonte: UTMM/OPAS.

No que se refere a realização de Inquéritos, foram definidos alguns temas a serem investigados, em parceria com os demais envolvidos nas ações de cooperação técnica para realizar o monitoramento de informações de interesse junto aos médicos cooperados. Ao longo do projeto foram realizadas 3 enquetes: uma sobre febre amarela, uma sobre segurança no estado do Rio de Janeiro e uma sobre condições de trabalho.

- **Febre Amarela** - esta enquete foi aplicada aos médicos cubanos do Programa Mais Médicos entre os meses de abril e maio de 2017, com o objetivo de identificar a capacidade dos serviços de Atenção Primária em dar respostas ao surto de febre amarela vivenciado no país. Foram selecionados os municípios com casos suspeitos e/ou confirmados de febre amarela, por meio do informe do Centro de operações de emergência em saúde pública sobre febre amarela (COES – informe n032/2017) e verificada a presença de médicos cubanos do PMM nesses municípios. A esses médicos do PMM foram enviados o questionário com a enquete

sobre febre amarela via FormSUS, a um total de 468 médicos. Desse total, foram obtidas 277 respostas, 59,18% do total, proveniente de 77 municípios em cinco estados brasileiros

Figura 9. Modelo da Enquete de Febre Amarela



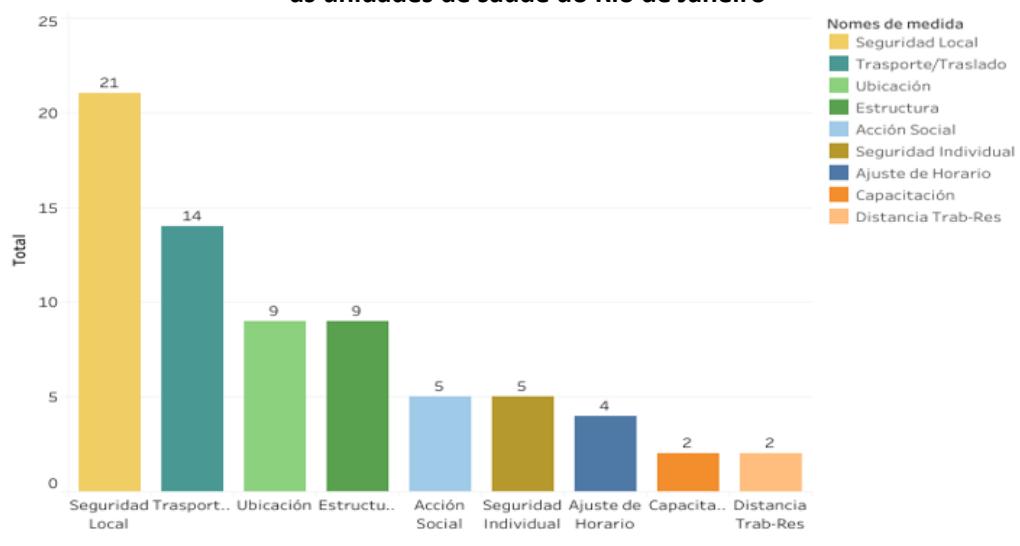
Fonte: UTMM/OPAS.

- **Segurança no Rio de Janeiro** - Considerando o incremento da violência e da insegurança que foi reportado nos meses entre maio e julho de 2017 no estado do Rio de Janeiro e considerando que contamos com um número importante de médicos trabalhando nestas áreas, a Unidade Técnica – PMM da OPAS/OMS elaborou e aplicou uma enquete para conhecer a percepção geral de segurança dos médicos que estão trabalhando atualmente nestas áreas. Essa enquete teve como propósito conhecer a situação dos colaboradores e, na medida do possível, estabelecer mecanismos para a prevenção e a comunicação de situações de risco para os médicos cooperados. A enquete teve como objetivo geral estabelecer mecanismos de prevenção e comunicação de situações de risco para os médicos cooperados no Rio de Janeiro e conhecer sua percepção geral das condições de segurança no local de trabalho, localização da UBS e local de moradia. Os objetivos específicos foram: conhecer o número de médicos que trabalham em locais de violência ou alta insegurança, identificar as principais causas de violência percebida no seu ambiente de trabalho e moradia, analisar as principais situações de risco e as medidas necessárias para sua

mitigação e formular participativamente pautas e mecanismos de comunicação para a prevenção e mitigação de situações de violência ou insegurança.

A enquete foi enviada na última semana do mês de julho de 2017 para o total de 209 médicos cooperados ativos no Estado do Rio de Janeiro. Destes, foram recebidas um total de 146 respostas, sem considerar os médicos que estavam em período de férias ou de ausência temporal.

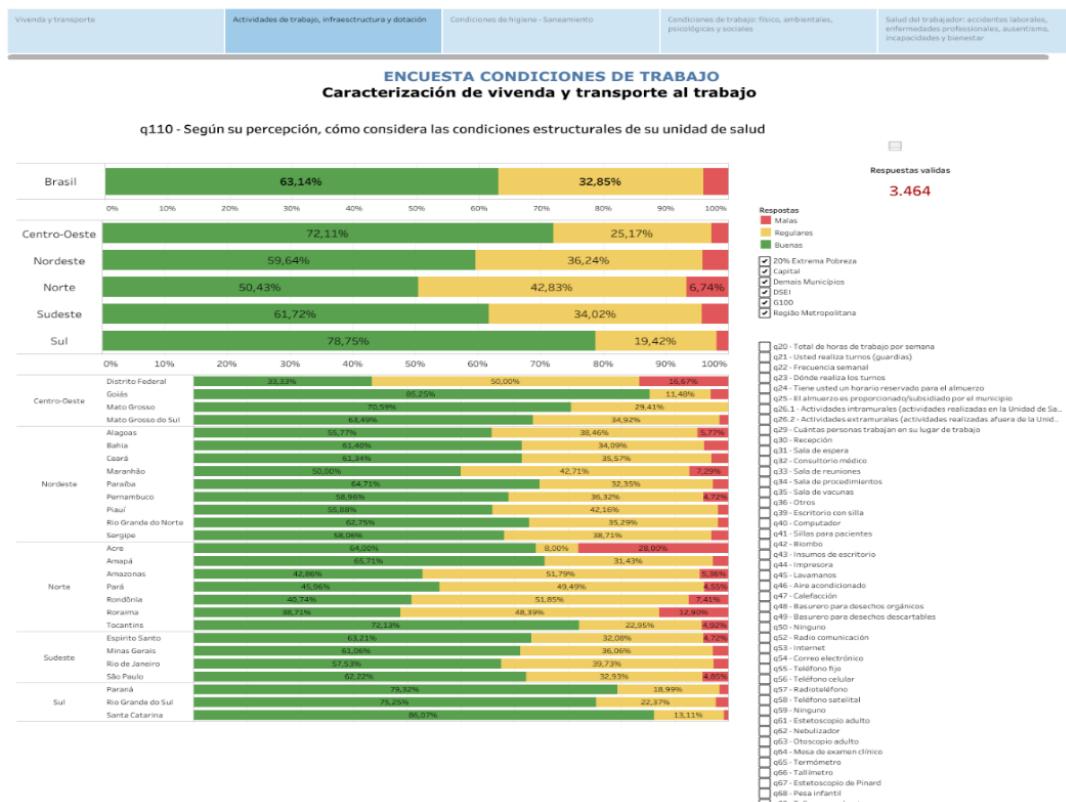
Gráfico 8. Principais desafios apontados pelos médicos em relação ao seu trabalho junto às unidades de saúde do Rio de Janeiro



Fonte: UTMM/OPAS.

- **Condições de trabalho** - A enquete sobre condições de trabalho foi enviada para todos os médicos cooperados ativos junto ao Programa Mais Médicos durante o segundo semestre de 2018. Tinha por objetivo avaliar junto aos médicos o cumprimento de ações de definidas nas portarias 30 e 300 do Ministério da Saúde, no que tange ao fornecimento de elementos vinculados a moradia e alimentação. Adicionalmente, foram investigados também aspectos sobre a estrutura das UBS nas quais estavam alocados os médicos do programa, bem como aspectos vinculados a acidentes de trabalho. Ao todo foram obtidas 3.466 respostas que foram tabuladas e incorporadas ao um painel de monitoramento em Tableau, disponibilizado junto ao SIMM.

Figura 10. Enquete sobre Condições de Trabalho



Fonte: UTMM/OPAS.

O Escritório da OPAS/OMS no Brasil também está promovendo uma edição especial da Revista Pan-Americana de Saúde Pública, dedicada a compartilhar novas descobertas sobre os resultados do Programa Mais Médicos. A emissão especial está estimada para ser lançada durante o primeiro semestre de 2019. A lista de artigos incluídos neste número especial é descrita abaixo.

Tabela 12. Revista Pan-Americana de Saúde Pública – título dos artigos

Título dos Artigos
1. O Programa Mais Médicos e a expansão do acesso a consultas para hipertensão e diabetes
2. Empoderamento das mulheres e o programa mais médicos: estudo de caso em municípios selecionados
3. O "programa mais médicos" na saúde indígena: o caso do Alto Solimões, Amazonas, Brasil
4. Sistema Integrado de Informações Mais Médicos: uma ferramenta de suporte à gestão baseada em evidências
5. Mortality associated with policy options for PHC and the More Doctors Program forecasting future scenarios
6. Fatos estilizados: impacto do programa mais médicos na cidade de Mauá
7. Efeito do PMM no provimento de médicos nos serviços de atenção primária à saúde nos municípios brasileiros
8. Resultados do Programa Mais Médicos: uma síntese dos estudos avaliativos
9. Programa Mais Médicos o fortalecimento da Atenção Primária no SUS - Metassíntese de estudos de caso

10. Efeito do Programa Mais Médicos sobre internações sensíveis à atenção primária
11. The contribution of the “More Doctors for Brazil” project to equity in health
12. Análise das ofertas formativas no PMM - TCC
13. Estudo sobre acesso e efetividade do PMM: geolocalização de as internações por condições sensíveis a APS por UBS

Fonte: UTMM/OPAS.

Paralelamente ao desenvolvimento de estudos para fins de monitoramento e avaliação foram desenvolvidos sistemas de informação para divulgação dos achados, bem como para estruturar um canal formal de veiculação de evidências acerca do Programa Mais Médicos. Dentre eles pode-se destacar o Sistema Integrado Mais Médicos (SIMM)² e a Plataforma de Conhecimentos.

O Sistema Integrado de Informações Mais Médicos (SIMM) é um sistema criado com a finalidade de integrar dados das principais fontes de informação sobre o Projeto de Cooperação Mais Médicos (OPAS, Ministério da Saúde Brasil e Ministério da Saúde de Cuba), no qual são mobilizados médicos cubanos para atuar no Programa Mais Médicos no Brasil. Nasce da ideia de um processo mais eficiente de gestão e de integrar informações atualizadas e de forma oportuna para a tomada de decisões. O SIMM foi desenvolvido pela OPAS/OMS Brasil em parceria com o Campos Virtual de Saúde Pública (CVSP-OPAS/OMS).

Os principais objetivos do sistema foram definidos como:

- Coletar e sistematizar informações sobre o Programa Mais Médicos;
- Gerar informações que permitam realizar diferentes tipos de análises vinculadas ao programa;
- Apoiar a gestão e o controle administrativo e financeiro do Projeto de Cooperação Mais Médicos;
- Monitorar e avaliar o desempenho do Programa Mais Médicos;
- Avaliar o alcance dos objetivos do Programa Mais Médicos;
- Oferecer uma alternativa eficaz, para que os participantes do programa tenham acesso a cursos e outras ferramentas de capacitação.

O SIMM se configurou como uma via para veiculação de informações sobre o Programa Mais Médicos, bem como uma ferramenta de monitoramento do Programa graças à sua funcionalidade de realização de enquetes. Tais enquetes eram utilizadas para o acompanhamento de aspectos críticos sobre o cotidiano de trabalho dos médicos cooperados, bem como para monitoramento de outros tópicos de interesse da UTMM.

² <https://simm.campusvirtualsp.org/>

A Plataforma de Conhecimentos do Programa Mais Médicos³ é uma iniciativa conjunta da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco a OPAS/OMS e Ministério da Saúde. Constituem uma ferramenta de interação entre pesquisadores, gestores e demais atores do setor saúde que reúne informações e evidências científicas provenientes das pesquisas sobre o Programa Mais Médicos. Seu objetivo é compartilhar os conhecimentos acumulados no processo de implementação do programa como parte de uma estratégia para tornar transparente os resultados, fortalecer as ações públicas e facilitar o intercâmbio de experiências. Organizar, socializar e promover a difusão deste investimento intelectual envolvido, analisar e refletir sobre o mesmo, promover intercâmbio de informação entre os pesquisadores são algumas das atividades que a Plataforma possibilita.

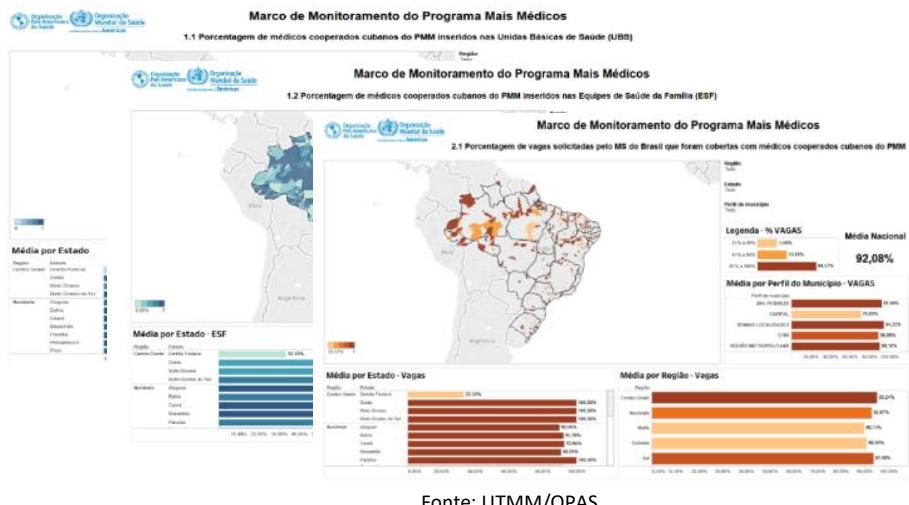
A Plataforma de Conhecimentos reúne acervos de Pesquisas e de Publicações sobre o Programa Mais Médicos. O Acervo de Pesquisa contém informações sobre as principais investigações sobre o tema concluídas e em andamento no Brasil. Já o Acervo de Publicações oferece os resultados de um levantamento contínuo dos trabalhos científicos publicados sobre a forma de artigos, livros e capítulos de livros e teses defendidas que referem o Programa MM, assim como o link de acesso.

Com vistas a fornecer informações acerca da implementação do Programa Mais Médicos, foi estruturado um marco de monitoramento e avaliação, que aglutinava uma série de indicadores para acompanhamento dos marcadores estratégicos da cooperação, vinculados à matriz lógica. Para fins de acompanhamento dos resultados foram estruturados dashboards que permitiam o monitoramento da evolução dos indicadores selecionados⁴. A imagens a seguir exemplificam alguns dos indicadores acompanhados dessa forma.

³ <http://maismedicos.bvsalud.org/>

⁴ https://public.tableau.com/views/SIMM-MarcodeMonitoramento-OTIMIZADO/DashboarddeIndicadores?:embed=y&:display_count=yes

Figura 11 – Dashboards dos Indicadores do Marco de Monitoramento e Avaliação do PMM



Fonte: UTMM/OPAS.

5.5 OUTRAS ATIVIDADES DE DESTAQUE

- Planejamento e acompanhamento de 15 Reuniões Tripartite Brasil-Cuba-OPAS/OMS - mecanismo de governança definido para a articulação e acordo das ações pertinentes aos médicos cooperados no marco do Projeto Mais Médicos. A pauta da reunião era estabelecida a partir de discussão e alinhamento prévio com as partes e, os acordos e encaminhamentos estabelecidos registrados em Ata. As reuniões subsequentes, seguiam o mesmo mecanismo e monitoravam os acordos pré-estabelecidos, que estavam relacionados a temáticas como: Curso de Especialização dos médicos cooperados, Processo de Movimentação, banco de dados Colpadi, médicos atuantes nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, questões Financeiras, Ações Judiciais, Regulamentações do Programa, dentre outras questões.

Tabela 13. Reuniões Tripartite Brasil/Cuba/ OPAS-OMS

Ano	Data	Local
2014	22/01	Brasília - Brasil
	02/09	Havana - Cuba
2015	09/02	Brasília - Brasil
	16/04	Havana - Cuba
	21/07	Brasília - Brasil
	04/10	Havana - Cuba
	03/12	Havana - Cuba
2016	25/02	Havana - Cuba
	14/07	Brasília - Brasil
2017	09/02	Havana - Cuba
	10/05	Brasília - Brasil
	04/07	Havana - Cuba
	18/10	Havana - Cuba
2018	27/02	Havana - Cuba
	04/09	Havana - Cuba

Fonte: UTMM/OPAS

- Monitoramento permanente das ações judiciais conjuntamente com MS, Advocacia Geral da União (AGU), outros. Em seguimento aos acordos firmados na Reunião Tripartite entre Brasil, Cuba e a OPAS, que ocorreu em Brasília nos dias 10 e 11 de maio de 2017, quando foram determinados 13 pontos de ação para tratamento, análise, monitoramento e mitigação dos processos judiciais impetrados por médicos intercambistas cooperados, passou a ser elaborado um Informe Mensal sobre a situação das Ações Judiciais, com vistas a sistematização e divulgação entre as partes de dados sobre as demandas.
- Estruturação e divulgação de 01 Plano de Comunicação Estratégica do PMM, em 2018, em parceria com a Unidade de Comunicação da PWR/BRA – valores que devem ser comunicados no contexto do PMM.
- Repatriação por falecimento - repatriação de corpos de médicos falecidos durante a participação dos profissionais no programa. A responsabilidade estava prevista nos TC 80, foi realizada a contratação de uma empresa especializada para garantir a assistência necessária durante a ocorrência de óbitos de médicos no Brasil. A atividade envolvia a preparação adequada do corpo para realizar a viagem, assim como suporte documental para o deslocamento internacional.

Tabela 15. Número de médicos cooperados repatriados, segundo região e UF de lotação, no período de 2014 a 2018

Região	UF de Lotação	Nº de óbitos
Nordeste	Bahia	4
	Maranhão	1
	Ceará	3
	Paraíba	1
Norte	Amapá	1
	Acre	1
	Pará	3
	Amazonas	1
	Tocantins	1
Sudeste	São Paulo	4
Sul	Paraná	4
Total		24

Fonte: Colpadi/OPAS.

- Auditorias – O Projeto Mais Médicos passava, anualmente, por rigorosas auditorias internas e externas, e sempre apresentou a aplicação correta e responsável de todos os recursos financeiros e gastos. As instituições, de reputação internacional, que fazem as auditorias externas, são contratadas após processo seletivo feito com todos os Estados Membros das Américas. O Projeto Mais Médicos recebeu, ao longo da sua execução, 17 auditorias internas e 5 auditorias externas.

Figura 13. Auditorias Projeto Mais Médicos



5.6 IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE CONTINGÊNCIA DO PROJETO MAIS MÉDICOS

O Plano de Contingência para o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMM) detalha os procedimentos realizados, de acordo com as regras e padrões da OPAS/OMS e, conforme previsto no TC 80, para a condução de um processo eficiente e efetivo para a repatriação dos médicos Cubanos envolvidos nas atividades do projeto. O Ministério da Saúde de Cuba declarou, oficialmente, em 14 de novembro a intenção de não mais fazer parte do projeto de cooperação PMM. Considerando esse posicionamento, a OPAS/OMS/Brasil disparou os trâmites para a implantação do plano de contingência garantindo a execução das atividades necessárias para assegurar a repatriação dos médicos cubanos participantes do PMM.

A repatriação dos médicos cubanos demandou a articulação de três eixos de esforços sequenciais coordenados: **planejamento e preparação, implementação e fechamento dos processos financeiros e administrativos**. O **planejamento** levou em consideração a preparação

de todas as atividades da logística de repatriação, elaboração de diferentes cenários de acordo com os procedimentos operacionais, simulação de custos, bem como a definição de datas e responsabilidades, por parte dos agentes envolvidos no processo de repatriação. O eixo de **implementação** compreendeu todos os elementos necessários para tornar efetivas as ações definidas durante a fase de planejamento. Finalmente, a fase de **fechamento** compreende as atividades associadas com a liquidação de contratos e obrigações financeiras, atualmente em andamento.

O processo de planejamento foi iniciado na primeira semana de novembro de 2018 com a completa revisão e atualização do plano de contingência do PMM. A partir dessa revisão, quatro cenários operacionais e financeiros foram definidos, levando em consideração o volume de médicos a serem repatriados, o tempo esperado para a conclusão do processo e a logística necessária em cada circunstância. A implementação do plano de contingência durou 19 dias, de 21 de novembro a 11 de dezembro. Os detalhes relacionados à implementação do plano de contingência estão destacados na tabela abaixo:

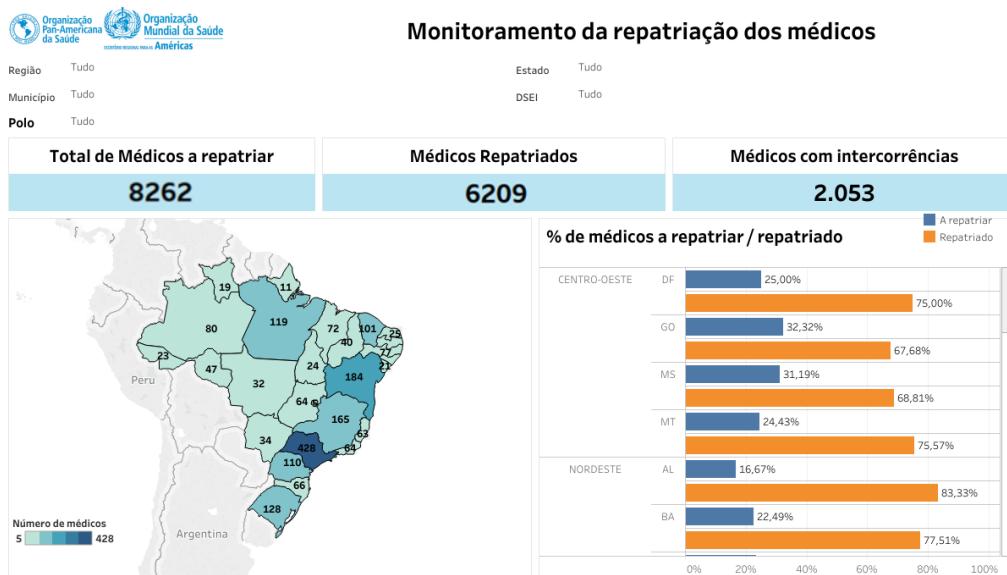
Tabela 16. Resumo do processo de repatriação dos médicos cubanos, 12 de Dezembro de 2019

Item	Status
Número de médicos Cubanos ativos na data da notificação de Cuba sobre o fim do acordo	8.262
Tempo de duração (dias)	19
Número de médicos repatriados a Cuba em voos fretados	3958
Número de médicos em fim de missão/recesso voos realizados entre 15/11 e 29/11	2251
Médicos remanescentes (1.879)	Casados que decidiram ficar (1.057) Falecidos (1) Abandonaram o projeto (822) Permaneceram em Cuba durante o período de férias (75) Retornaram a Cuba em voos comerciais (98)
Polos de saída estruturados para o processo de repatriação	4 (Manaus, Brasília, Salvador, São Paulo)
Voos fretados	21
Bilhetes aéreos nacionais emitidos	6.046

Fonte: UTMM - OPAS/Brasil

Para o monitoramento e avaliação da implementação do plano de contingência, uma sala de situação foi estruturada com a participação do Ministério da Saúde do Brasil, assim como do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS. A sala foi definida como o centro de toda a informação relacionada com a repatriação dos médicos cubanos. As reuniões da Sala de Situação foram realizadas regularmente durante todo o processo de implementação, discutindo atualizações diárias, estratégias logísticas e ajustes necessários para assegurar a correta implementação do plano.

Figura 13. Painel da Sala de Situação, 12 de Dezembro de 2019.



Fonte: OPAS/Brasil

Uma vez concluída a fase de implementação, foi iniciado o último estágio do plano de contingência, que se encontra atualmente em execução. Uma equipe selecionada (administrativa/técnica) foi definida para acompanhar essa última fase. O encerramento administrativo e financeiro implica na realização de uma ampla variedade de atividades com o apoio de diferentes departamentos da OPAS/Brasil e OPAS/Washington: consultas financeiras e jurídicas ao Escritório Regional (Washington), avaliação dos contratos ativos, preparação de relatórios financeiros e técnicos, reuniões com o Ministério da Saúde e preparação de informações para a auditoria externa - agendada para meados de janeiro de 2019, entre outras. Adicionalmente, ainda existem várias demandas do Ministério da Saúde do Brasil a serem implementadas no primeiro semestre de 2019.

5.7 RESULTADOS DE IMPACTO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Resultados de impacto somente podem ser atribuídos a uma intervenção se forem controlados outros fatores explicativos alternativos, que poderiam contribuir para explicar um determinado desfecho. Dessa forma, estudos que permitam atribuir ao Programa Mais Médicos uma magnitude de impacto sobre resultados em saúde, tem de se dar com o uso de desenhos avaliativos denominados quase-experimentais.

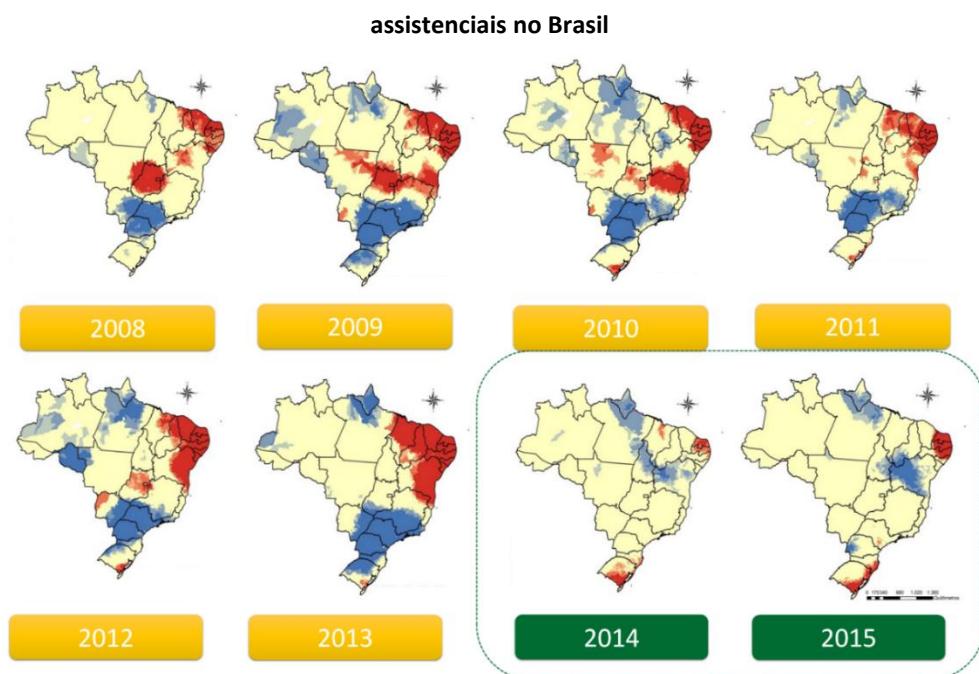
A avaliação de resultados em saúde é marcada por nuances e especificidades que devem ser considerados para fins de realização de estudos de monitoramento. Medidas de resultado em saúde não são responsivas a intervenções de modo imediato. Os indicadores de saúde populacional necessitam de um certo tempo, para permitir o acompanhamento do impacto de ações destinadas à promoção de mudanças. Assim, a avaliação de impacto do Programa Mais Médicos demandou o respeito a alguns prazos para criar condições de que os efeitos decorrentes da implantação do programa pudessem ser observados junto a alguns indicadores de saúde populacional, usualmente monitorados no Brasil.

Estudos alinhados a essa discussão começaram a ser realizados decorridos, aproximadamente, dois anos de implantação do programa. Os resultados obtidos através dos mesmos foram promissores, no sentido de evidenciar um impacto do Programa Mais Médicos junto à melhoria de indicadores de monitoramento da qualidade da atenção básica Brasileira.

Estudos recentes apontaram novas melhorias após a implementação do Programa Mais Médicos. Allan et al (2018)⁵ constataram que o programa tem contribuído para reduzir a escassez de médicos em áreas prioritárias para o SUS e o reforço dos serviços de cuidados primários, aumentando o acesso e a qualidade dos serviços de cuidados básicos e diminuindo volume de negócios de cuidados primários médico, como destacado na figura a seguir.

⁵ Barbosa ACQ, Amaral PV, Francesconi GV, Rosales C, Kemper ES, Silva NC, et al. More Doctors recruitment program: a new approach to overcome inequalities in human resources. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e185. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.185>

Figura 14 - Agrupamentos espaciais de valores associados à rotatividade de médicos



Fonte: Censo Nacional de Instalações de Saúde (CNES).

Em vermelho: aglomerados espaciais com alta rotatividade médica; azul: clusters com baixa rotatividade médica; amarelo: regiões não categorizadas como pertencentes a clusters estatisticamente significativos.

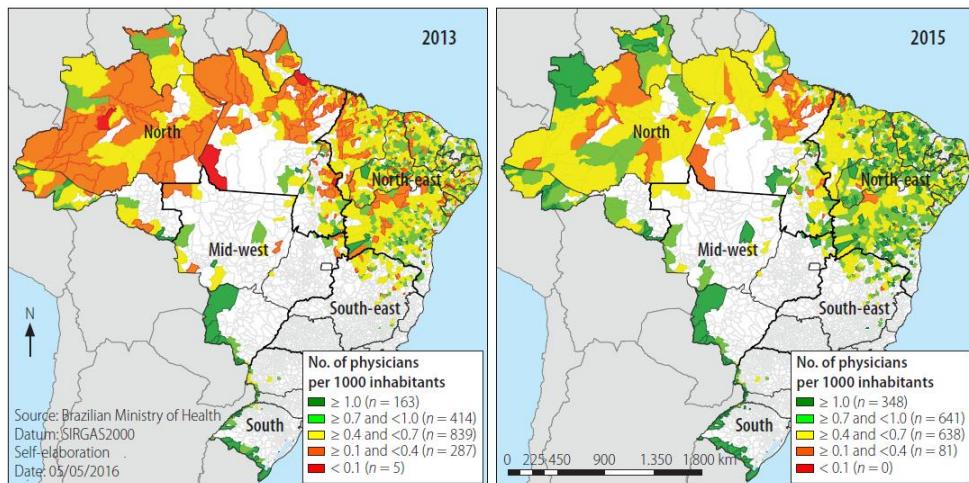
Este esforço revelou uma drástica redução na rotatividade de médicos em regiões (áreas vermelhas) que exibiram alta rotatividade taxas anteriores ao PMM, alinhadas com baixas taxas de rotatividade anos subsequentes (Figura 1). A experiência do Programa Mais Médicos foi um exemplo de iniciativas que lidam com a agenda inacabada de Alma-Ata. Ao mudar os principais aspectos da formação, provisão e alocação do médico, O PMM provou ser uma maneira viável de minimizar o desafio da falta de médicos. As avaliações do PMM, embora preliminares, produziram evidências positivas mostrando um aumento acesso e melhoria da qualidade da APS no Brasil.

Santos et al. 2017⁶ identificaram como resultado do Programa Mais Médicos um maior número de consultas, maior disponibilidade de médicos e uma maior percepção de melhor qualidade em relação aos cuidados oferecidos. Em setembro de 2015, 4917 médicos foram adicionados aos 16, 524 médicos já existentes em municípios com controle remoto e populações carentes. O número de municípios com $\geq 1,0$ médico por 1000 habitantes dobrou de 163, em 2013, para 348 em 2015. Cobertura de atenção básica em municípios inscritos (com base em

⁶ Santos, L. M. P., Oliveira, A., Trindade, J. S., Barreto, I. C., Palmeira, P. A., Comes, Y., & Shimizu, H. E. Implementation research: Towards universal health coverage with more doctors in Brazil. *Bulletin of the World Health Organization*, 2017; 95(2), 103–112.

3.000 habitantes por equipe de cuidados primários) aumentou de 77,9% em 2012 para 86,3% em 2015. As hospitalizações evitáveis nos municípios inscritos diminuíram de 44,9% em 2012 para 41,2% em 2015, mas mantiveram-se inalteradas em municípios de controle. Também documentamos maiores investimentos em infra-estrutura nos municípios inscritos e um aumento no número de escolas de medicina lugares durante o período de estudo.

Figura 15 - Densidade de médicos em municípios com populações remotas e carentes, antes e após a implantação do Programa Mais Médicos no Brasil, 2013 e 2015



Notas: O programa BMD foi implementado em julho de 2013. Municípios com populações remotas e carentes eram aqueles com 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza (renda familiar per capita abaixo de 70 reais, equivalente a 19,4 dólares dos Estados Unidos) em 2013 ou aqueles nas áreas de fronteira. Dos 1450 municípios inicialmente inscritos no programa, 39 (2,7%) haviam abandonado em setembro de 2015. A densidade de médicos era o número de médicos por mil habitantes em cada município.

Fontes: Cadastro Nacional de Instituições de Saúde, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde e do Departamento de Planejamento e Regulação da Prestação de Profissionais de Saúde, Ministério da Saúde, a pedido, 2015.

Girardi et al., 2016⁷ constataram que houve um aumento substancial na oferta de médicos na atenção básica no período, o que ajudou a reduzir o número de municípios com déficit de 1.200 para 777. Esse impacto também ajudou a reduzir as desigualdades entre os municípios, mas as iniquidades na distribuição persistiram. Verificou-se também que houve redução na oferta regular de médicos pelos municípios, sugerindo que estes estavam sendo simplesmente substituídos pela oferta proveniente do programa.

De Sousa Lima et al., 2016⁸ Analisaram o número de consultas e encaminhamentos médicos realizados na atenção primária à saúde no Brasil com foco no Programa Mais Médicos. A média

⁷ Girardi, S. N., Stralen, A. C. D. S. V., Cella, J. N., Wan Der Maas, L., Carvalho, C. L., & Faria, E. D. O. Impact of the Mais Médicos (More Doctors) Program in reducing physician shortage in Brazilian primary healthcare. Ciência & saúde Coletiva, 2016; 21(9), 2675–2684.

⁸ de Sousa Lima, R. T., Fernandes, T. G., da Silva Balieiro, A. A., dos Santos Costa, F., de Andrade Schramm, J. M., Schweickardt, J. C., & Ferla, A. A. Primary health care in Brazil and the Mais Médicos (More Doctors) Program: An analysis of production indicators. Ciência and Saúde Coletiva, 2016; 21(9), 2685–2696.

brasileira de todas as consultas foi de 285 por mês, correspondendo a uma média de 14,4 consultas / dia. Nos municípios mais pobres, os números para os médicos do Programa Mais Médicos eram mais altos que a média nacional. As atividades educacionais fornecidas pelas equipes de atenção primária que incluíam um profissional do Programa Mais Médicos foram maiores nas capitais brasileiras. No Brasil, a expansão da Atenção Primária à Saúde foi viabilizada por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a implantação do Programa Mais Médicos representou uma redução efetiva das desigualdades de acesso a esses serviços. De acordo com nossos achados, houve maior produtividade de consulta médica na equipe Mais médicos em municípios classificados como socialmente mais vulneráveis, o que sugere que o objetivo do programa foi atingido, sendo uma medida abrangente para combater desigualdades de acesso a atenção primária efetiva. O Programa Mais Médicos atingiu um de seus principais objetivos, que era aumentar o acesso à saúde de populações vulneráveis e contribuir para a consolidação da atenção primária à saúde no Brasil.

Bento da Silva e cols. (2016)⁹ demonstraram percepções positivas do programa para os usuários. Os usuários do serviço que foram entrevistados tiveram uma visão positiva do Programa Mais Médicos, em função da expansão do acesso aos cuidados de saúde. A atuação de médicos estrangeiros foi bem vista, com ênfase na relação humanizada entre médico e usuário, caracterizada pela escuta, atenção e diálogo. Em termos de comunicação com esses profissionais, alguns usuários do serviço referiram-se à linguagem como uma barreira, que foi aprimorada por meio de estratégias de comunicação dentro da ESF. O Programa Mais Médicos ofereceu uma solução rápida e satisfatória para o problema histórico de dificuldade de acesso aos médicos no Brasil.

Carillo e Feres (2018)¹⁰ mostram efeitos da expansão de oferta de médicos, decorrente do Programa Mais Médicos por meio de um incremento na oferta de cuidados primários por meio evidenciado através de visitas ao médico (figura 3) e oferta de ações de pré-natal e uma redução em hospitalização por condições sensíveis à atenção primária.

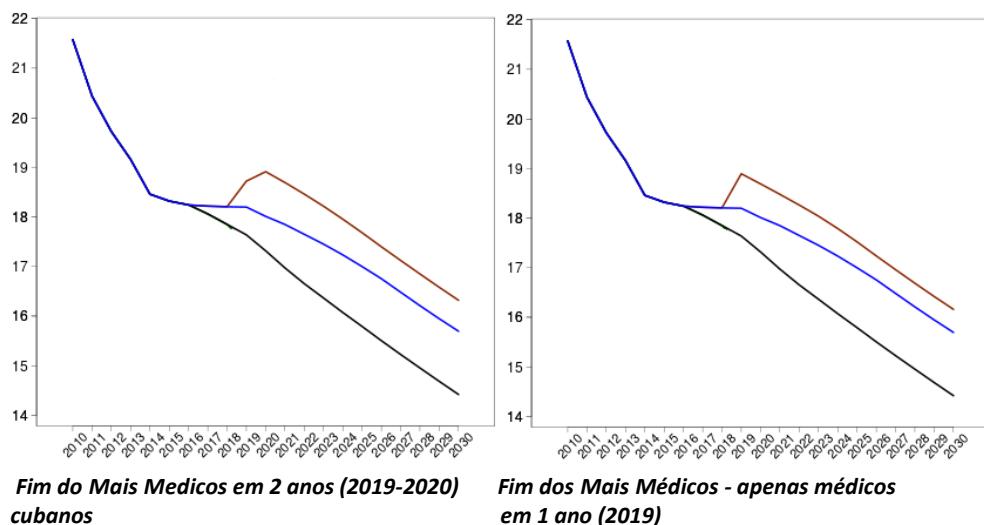
Rasella et al. (Em breve será publicado no PAJPH). Estimaram o impacto de cenários alternativos de mudanças na Estratégia de Saúde da Família (ESF) - devido a medidas de austeridade fiscal e ao final do Programa Mais Médicos - nas taxas de mortalidade de menores de 5 anos (U5MR) e de menores de 70 anos (U70MR) por condições sensíveis à atenção primária

⁹ Bento da Silva, T. R., do Vale e Silva, J., Veríssimo Pontes, A. G., and da Cunha, A. T. R. Service users' perceptions of the Mais Médicos (More Doctors) Program in the Municipality of Mossoró, Brazil. Ciência and Saúde Coletiva, 2016; 21(9), 2861–2869

¹⁰ Carrillo, B.; Feres, J., 2017. "More Doctors, Better Health? Evidence from a Physician Distribution Policy," Health, Econometrics and Data Group (HEDG) Working Papers 17/29, HEDG, c/o Department of Economics, University of York.

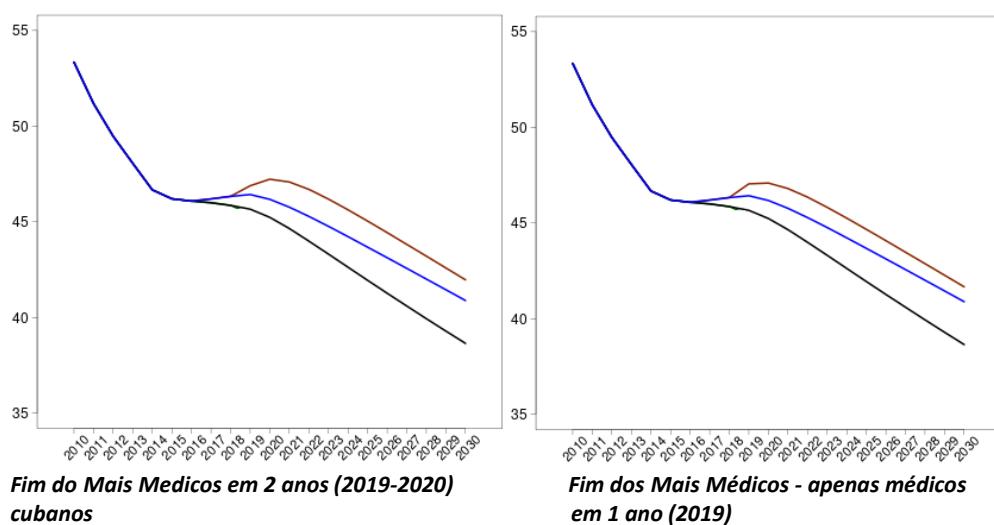
(ICSAP) até 2030. Com a diminuição da cobertura da ESF devido a medidas de austeridade e término do Programa Mais Médicos - em comparação à manutenção da cobertura estável da ESF - a média da U5MR e U70MR seria de 13,2% e 8,6% maior em 2030, respectivamente (Figura 4 e 5). O fim do Programa Mais Médicos seria responsável por uma média de U5MR 4,0% maior. O mesmo cenário estaria associado a uma U70MR para ACSC 2.7% maior em 2030. A redução da cobertura do Programa Mais Médicos devido apenas à retirada de médicos cubanos seria responsável apenas por um U5MR 3,0%, e um U70MR 1,9% maior até 2030.

Gráfico 9 - Taxas médias de mortalidade de menores de cinco anos nos três cenários da ESF (2010-2030)



Taxas de mortalidade de menores de cinco anos expressas por mil nascidos vivos; os três cenários da ESF são (do maior para o menor: contração da ESF decorrente do EC95 e término do Mais Médicos (cenário 3) (linha vermelha); Contração da ESF devida à EC95 (cenário 2) (linha azul); cobertura da ESF estática (cenário 1) (linha cinza);

Gráfico 10 - Taxas médias de mortalidade mórbida abaixo de setenta (U70MR) para as Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial nos três cenários da ESF (2010-2030)



U70MR expressa por 100.000 habitantes abaixo dos 70 anos; os três cenários da ESF são (do maior para o menor: contração da ESF decorrente do EC95 e término do Mais Médicos (cenário 3) (linha vermelha); Contração da ESF devida à EC95 (cenário 2) (linha azul); cobertura da ESF estática (cenário 1) (linha cinza);

6 CONCLUSÕES

O PMM se estabelece como uma das principais estratégias políticas para o fortalecimento do SUS como sistema público e universal e para efetivar o direito à saúde, apoiada pelos altos níveis de satisfação dos gestores e usuários, bem como pelas evidências que apontam que esse é um dos caminhos. Através do Programa Mais Médicos foi possível fortalecer a APS no Brasil, sobrepujando desafios que até então não haviam sido satisfatoriamente abordados, com ênfase no provimento de médicos em localidades desassistidas do país. PMM representou uma mola propulsora ao desenvolvimento da APS e para a Saúde Universal do SUS e trouxe a APS no centro do debate.

O principal resultado do PMM foi contribuir para a efetivação do direito à saúde, uma premissa constitucional brasileira, que até então vinha enfrentando dificuldades para se materializar. Os estudos realizados ao longo dos últimos cinco anos evidenciaram a efetividade do PMM com base em inquéritos e pesquisas. Dentre os elementos que merecem destaque pode-se citar o expressivo aumento da cobertura dos serviços de APS, ampliação do acesso, melhoria de índices de equidade, redução de internações evitáveis por cuidados primários de qualidade e elevada satisfação dos usuários.

O Programa Mais Médicos certeza é uma política pública inovadora, de abrangência nacional, ousada e efetiva para reduzir as desigualdades na distribuição dos profissionais médicos no Brasil. Não há relatos de outra iniciativa com escopo similar ao Programa Mais Médicos, que tenha sido capaz de abordar o tema voltado às iniquidades na distribuição de recursos humanos em saúde e que tenha auferido os mesmos resultados exitosos, como os destacados anteriormente.

Outro aspecto relevante deste Programa foi a possibilidade de se planejar a distribuição destes novos médicos para a Atenção Básica segundo critérios de equidade, vulnerabilidade social e de populações específicas. Ao permitir a estratificação de áreas prioritárias para o provimento de médicos o Programa Mais Médicos foi capaz de direcionar esforços, para aquelas localidades mais carentes e com dificuldades históricas, no que tange à capacidade de atração e fixação de médicos.

Paralelamente, o Programa Mais Médicos foi capaz de fomentar uma mudança qualitativa junto à gestão da APS, permitindo uma participação mais acentuada do Ministério da Saúde na Atenção Básica, competência quase que exclusivamente municipal. O PMM vem sendo realizado

em articulação com municípios, mas o protagonismo do nível federal é maior em diversas dimensões, o que contribui para desafogar os municípios, no que se refere à capacidade de custeio de profissionais médicos, por exemplo.

Um dos pontos chave da formulação do PMM, foi articular os eixos de provimento emergencial de médicos, formação de recursos humanos em saúde e investimento em infraestrutura. O fomento aos três pilares do programa se configurou como uma estratégia de curto, médio e longo prazo. O provimento emergencial se deu com o intuito de resolver dificuldades históricas de atração e fixação de profissionais de modo célere, para garantir acesso à saúde, por parte da população mais carente do país. O investimento em melhoria da infraestrutura física foi orientado para melhor suportar as atividades de oferta de cuidado, uma vez que a disponibilidade de equipamentos e instalações é precursora do cuidado em atenção básica. Por fim, o incremento às possibilidades de formação médica foi concebido como uma estratégia de longo prazo para criar as condições necessárias ao provimento de médicos no Brasil, sem a dependência de profissionais contratados em caráter emergencial.

O Projeto de Cooperação Mais Médicos exigiu da OPAS/OMS uma intensa articulação técnica e política, envolvendo múltiplos atores institucionais e da sociedade civil, além dos governos de Brasil e de Cuba, para garantir, dentro dos corpos legais nacionais, dos regulamentos e das boas práticas de cooperação internacionais, a grande mobilização dos profissionais médicos cubanos.

Em termos de política pública, o PMM incide na governança do país para os temas de educação e trabalho em saúde, na ampliação do acesso aos serviços e no processo de transformação da educação. Esses componentes fazem parte da recém-aprovada Estratégia Global de Desenvolvimento de Recursos Humanos para as Américas e, se configuram como um caminho para que os países possam avançar na saúde universal.

Existem sólidas evidências sobre o impacto na saúde da população após de 5 anos de implementação com múltiplas evidências que demostram a satisfação da população, o impacto sobre indicadores de acesso, saúde populacional, bem como a elevada aprovação dos gestores.

7 LIÇÕES APRENDIDAS

A experiência do Brasil deve ser documentada e disseminada como uma estratégia integral para o fortalecimento do sistema de saúde e como uma política de recursos humanos abrangente e integrada destinada a fortalecer e conseguir a acesso e cobertura universal em saúde. O desenho de programa implementado no Brasil pode ser replicado em outros contextos, especialmente em países que vem enfrentando dificuldades inerentes à gestão de recursos humanos em saúde.

A implantação do PMM iniciou-se há 5 anos e a sua cobertura foi sendo ampliada nos anos subsequentes. Como, existe um substancial intervalo de tempo entre a ampliação do acesso e da oferta de serviços e a possibilidade de benefícios demonstráveis nas condições de saúde da população, o tempo de implementação do PMM deve ser considerado na avaliação de impacto, especialmente, na seleção dos possíveis efeitos a serem investigados. Os resultados em saúde, usualmente, necessitam de uma janela de tempo para reagirem a intervenções estruturadas, uma vez que os indicadores de saúde populacional demandam tempo para demonstrar modificações decorrentes de intervenções.

É importante ressaltar também a contribuição do projeto MM para o desenvolvimento da Cooperação Sul-Sul, considerando-a como um mecanismo de cooperação entre países que envolve a intensificação e a expansão de vínculos solidários entre os países em desenvolvimento, o respeito à soberania nacional, à independência, à igualdade e à produção de benefícios mútuos, reforçando as capacidades locais, institucionais e os sistemas nacionais.

O *know-how* operacional, logístico e de gerenciamento de um projeto da dimensão do PMM deve ser aprimorado e divulgado para futuros iniciativas dentro da região e outras regiões.

O desenvolvimento de Sistemas de informação específicos para o gerenciamento, monitoramento e avaliação, COLPADI e SIMM foram inovações que devem ser consideradas para serem replicadas em outras iniciativas internas. Recomenda-se que o desenho dos sistemas de informação seja pensado desde os momentos iniciais do projeto, para que seja possível estrutura-los de modo a permitir o efetivo acompanhamento das demandas inerentes às atividades do projeto.

Antes de iniciar um projeto desta dimensão deveria ter uma preparação antecipada para planejamento, logística, RRHH, administrativo/financeiro, sistemas e outras, para uma melhor

implementação e monitoramento. A integração de informações, de diferente ordem, deve ser priorizada desde o início do projeto. Nesse sentido, dados financeiros, operacionais, logísticos e avaliativos devem ser compatibilizados desde o começo, de modo a permitir o suporte a decisões de gestão calcada em evidências.

O desenho de sistemas de *business intelligence* é altamente recomendável, para permitir a tradução do cotidiano operacional em indicadores monitoráveis, por parte dos gestores de projeto similares. A capacidade de responder rapidamente às diferentes demandas que surgem, em função de um projeto de tamanho escopo é algo imprescindível para a gestão plena dos esforços de cooperação técnica.

O trabalho Inter programático e conjunto entre a PWR e o escritório central é fundamental para toma de decisões e melhor desenvolvimento das atividades planejadas.

8 RECOMENDAÇÕES

Dado ao contexto atual, o maior desafio do SUS é garantir a expansão do acesso a serviços de atenção primária, especialmente para as populações mais carentes com o PMM ou com outra estratégia que o novo e próximos governos consigam implementar.

O eixo mais desafiador do programa foi aquele voltado para o fomento às estratégias de formação. A necessidade de investimentos de longo prazo, com a premência de avaliações seriadas para mensuração do alcance dos objetivos estipulados pelo projeto, contribuiu para que os resultados dessa dimensão ficassem aquém do que foi inicialmente ponderado para a mesma. Nesse sentido, recomenda-se que a articulação entre as instâncias decisórias capazes de fomentar práticas efetivas para a ampliação da capacidade de formação médica do país seja melhor azeitada.

As demandas e necessidades dos municípios não são estáticas, elas dependem de ajustes que devem ser feitos de modo recorrente, nesse sentido recomenda-se que os critérios de priorização de áreas e municípios para a participação junto ao programa sejam revistos, sempre que necessário para garantir que a população mais desassistida seja priorizada por programas de ampliação de acesso a serviços médicos.

Apesar do impacto positivo do PMM sobre a expansão e a qualificação da Atenção Primária no Brasil, ele não conseguiu interferir em entraves estruturais da Política Nacional de Atenção Básica, primeiro porque o PMM tem caráter provisório, depende de renovação a cada três anos. Em segundo, porque se construiu um tipo de contrato de trabalho em que os médicos são remunerados por bolsa. Situação que deve ser revisada no futuro, para permitir que o provisionamento emergencial possa ser efetivado pelo tempo necessário.

Continuar o monitoramento do desempenho do SUS com as novas iniciativas em relação ao Programa Mais Médicos, financiamento e possíveis novas políticas do novo governo. Assim pesa a recomendação de continuidade do programa, em função dos bons resultados auferidos ao longo dos 5 anos de implantação.

Graças à margem de orçamento, no que se refere à lei de responsabilidade fiscal, a União poderia assumir um posicionamento de incorporação permanente das vagas do PMM em postos de trabalho. Foi realizado um estudo financeiro que realizou os cálculos necessários e as

potenciais fontes de custeio de tal iniciativa, de forma a custear os médicos com postos de trabalhos fixos e sem onerar os municípios.