

FACULDADE LATINO-AMERICANA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO

MELISSA SPRÖESSER ALONSO

IMPACTO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS SOBRE OS INDICADORES DE SAÚDE
NO MUNICÍPIO DE MAUÁ/SP

SÃO PAULO

2018

Melissa Sprösser Alonso

IMPACTO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS
SOBRE OS INDICADORES DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE MAUÁ/SP

Dissertação apresentada ao curso Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas da Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais e Fundação Perseu Abramo, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Magíster en Estado, Gobierno y Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Lalau Guerra

São Paulo

2018

Ficha Catalográfica

ALONSO, Melissa Sprösser

Impacto do Programa Mais Médicos sobre os indicadores de saúde no município de Mauá/SP / Melissa Sprösser Alonso. São Paulo: FLACSO/FPA, 2018.

161 f.:il

Dissertação (Magíster en Estado, Gobierno y Políticas Públicas), Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, Fundação Perseu Abramo, Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas, 2018.

Melissa Sprösser Alonso

IMPACTO DO PROGRAMA MAIS
MÉDICOS SOBRE OS
INDICADORES DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE MAUÁ/SP

Dissertação apresentada ao curso
Maestría Estado, Gobierno y Políticas
Públicas, Faculdade Latino-Americana
de Ciências Sociais, Fundação Perseu
Abramo, como parte dos requisitos
necessários à obtenção do título de
Magíster en Estado, Gobierno y
Políticas Públicas.

Aprovada em

Prof. Dr. Alexandre Lalau Guerra
FLACSO Brasil/FPA

Prof. Alexandre Rocha Santos Padilha
Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Marco Antonio Manfredini
Universidade de São Paulo

Profa. Ms. Ana Luiza Matos de Oliveira (suplente)
Universidade Estadual de Campinas

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que, ao longo desses quase vinte anos de atuação no Sistema Único de Saúde (SUS), me permitiram absorver um pouco de suas experiências, compreender o significado histórico e a importância da luta pelo fortalecimento desse sistema e me juntar a seus milhares de defensores, acreditando nesse modelo de saúde que desconcentra renda, me posicionando fortemente contra a perversa lógica neoliberal que defende modelos excludentes, que fortalecem o setor privado e que, em termos concretos, agem no sentido de que quem é pobre morre primeiro. VIDA LONGA AO SUS !!

RESUMO

O Sistema Único de Saúde é um marco na história de políticas de saúde no Brasil. Na tentativa de fortalecer a saúde pública, durante os governos Lula e Dilma, diversos programas foram instituídos, entre eles, o Programa Mais Médicos, um dos responsáveis pela redução da taxa de mortalidade infantil do país nos últimos anos. Esse programa foi criado com objetivo de ampliar o acesso aos serviços médicos para populações vulneráveis e em locais de difícil acesso. Este trabalho buscou avaliar os impactos positivos e negativos deste Programa, em particular seu impacto sobre os indicadores de saúde da população no município de Mauá/SP, sobre a infraestrutura de serviços e sobre a rede de atenção primária local. Em síntese, a partir da coleta de dados dos sistemas de informação oficiais e da aplicação de entrevista aos gestores locais de saúde, evidencia-se como resultado positivo a democratização do acesso aos serviços de saúde; bem como a redução de consultas na urgência; a realização de visitas domiciliares; o aumento da proporção de médicos por habitantes; e o aumento da cobertura da rede de atenção básica. Como impacto negativo, não foi observada redução das internações por condições sensíveis à atenção básica, porém, cabe ponderar, os critérios de lotação dos médicos nas unidades básicas de saúde, embora seja necessário realizar uma pesquisa mais ampla para verificar tal hipótese. Pode-se concluir, finalmente, que tal balanço positivo foi resultado da ação conjunta dos três entes federativos e, apesar de ter se tornado uma política exitosa, o Programa Mais Médicos necessita de um maior aporte de recursos financeiros do governo federal para garantir sua sustentabilidade no longo prazo.

Palavras-chave: Saúde Pública, Sistemas de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Programa Mais Médicos, Mortalidade Infantil

ABSTRACT

The Brazil's Unified Health System (Sistema Único de Saúde, or SUS) is a milestone in the history of healthcare policies in Brazil. In attempt of strengthening the public health, during the Lula and Dilma governments several programs were applied, specially the Mais Médicos Program (Programa Mais Médicos), one of those responsible for reducing the country's infant mortality rate in recent years. This Program was created with the aim of increasing access to medical services of the vulnerable populations, particularly for those who have hard access to the health services, and this study sought to evaluate the positive and negative impacts of this Program, in particular its impact on the performance of the health indicators of the municipality of Mauá/SP, on the infrastructure services and on primary healthcare. In summary, based on the gathering of data from governmental information systems and the application of survey to local healthcare administrators, the positive result was the democratization of access to health services; increased consultation and homecare; the increase in the proportion of physicians per inhabitant; and increased coverage of the primary care. As negative impact, the reduction of ambulatory care sensitive hospitalizations not observed, however it is worth considering the rules to allocate the physicians in the primary care services, although be necessary a new research to verify this hypothesis. It can be concluded, finally, this positive frame is the result of the action of the three federative entities. However, although became a successful policy, the "Mais Médicos Program" needs more financial resources of the federal government to guarantee its sustainability in the long term.

Key Words: Public Health, Health Systems, Primary Health Care, Mais Médicos Program, Infant Mortality

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Municípios constituintes da Região de Saúde do Grande ABC/SP.	73
Figura 2 – Distribuição populacional da Região do Grande ABC/SP segundo gênero e faixa etária.	76
Figura 3 – Média de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas, 2012 a 2015 – Mauá/SP.	101
Figura 4 – Número de consultas de urgência, 2012 a 2015 – Mauá/SP.	102
Figura 5 – Percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica no município de Mauá/SP.	105
Figura 6 – Taxa de Mortalidade infantil no município de Mauá/SP – 2012 a 2015.	105
Figura 7 – Número de óbitos infantis (masculinos e femininos) notificados, no ano selecionado e últimos nove anos precedentes.	106
Figura 8 – Quantitativos de médicos cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) no município de Mauá/SP.	109
Figura 9 – Proporção de médicos por habitantes no município de Mauá/SP.	110
Figura 10 – Número de Equipes Saúde da Família, 2012 a 2017 – Mauá/SP.	111
Figura 11 – População estimada em relação a cobertura da atenção básica, 2012 a 2017 – Mauá/SP.	112

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Organização da Rede de Atenção à Saúde do município de Mauá/SP.....	83
Quadro 2 – Perguntas de apoio às entrevistas, conforme áreas de resultados e seus objetivos, para a avaliação do impacto do Programa Mais Médicos.	87
Quadro 3 – Detalhamento dos indicadores utilizados, variáveis/notas e fonte.	93

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Composição das Redes Regionais de Atenção à Saúde do estado de São Paulo – 2016.	72
Tabela 2 – Dados Demográficos – Brasil, Região Sudeste, São Paulo, Grande ABC/SP – 2015.	74
Tabela 3 – Situação Demográfica dos municípios que integram a Região do Grande ABC/SP.	75
Tabela 4 – Situação Socioeconômica dos municípios que integram a Região do Grande ABC/SP.	79
Tabela 5 – Número de estabelecimentos de Saúde na Região do Grande ABC/SP – 2017.....	80
Tabela 6 – Cobertura estimada da população pelas equipes da atenção primária à saúde na Região do Grande ABC/SP – out. 2013.	81
Tabela 7 – Situação do provimento e de fixação de profissionais médicos no município de Mauá/SP.	99
Tabela 8 – A percepção dos gestores quanto a aceitação pelos usuários do SUS dos profissionais médicos do Programa mais Médicos no município de Mauá/SP.....	100
Tabela 9 – Mediana, intervalo interquartil e valor de p (2013 e 2014) dos valores mensais dos indicadores de produtividade de doenças crônicas do município de Mauá/SP.	103
Tabela 10 – A percepção dos gestores quanto ao impacto na melhora da qualidade da atenção no Município de Mauá/SP, com a implantação do Programa Mais Médicos.....	107
Tabela 11 – Efeitos da implantação do Programa Mais Médicos na cobertura da Estratégia Saúde da Família, na organização da rede de saúde, na melhora dos indicadores de saúde. .	108
Tabela 12 – Mediana, intervalo interquartil e valor de p (2013-2016) dos valores mensais dos indicadores recursos humanos (médicos que atendem no SUS) em todas os estabelecimentos e nos estabelecimentos exclusivos da atenção básica do município de Mauá/SP.....	110

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEMMA	Centro de Especialidades Médicas de Mauá
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CF	Constituição Federal
CGIAE	Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas
CGR	Colegiados de Gestão de Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissões Intergestores Regional
CITEC	Comissão de Incorporação de Tecnologias
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNCTIS	Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS
CONTAG	Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CPTM	Companhia Paulista de Trens Metropolitanos
CRS	Centro de Referência em Saúde
CSAB	Condições Sensíveis à Atenção Básica
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DRS	Departamento Regional de Saúde
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EC	Emenda Constitucional
EMTU	Empresa Metropolitana de Transportes Urbanos
eSB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
FIES	Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior
FLACSO	Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais

FNP	Frente Nacional dos Prefeitos
FPA	Fundação Perseu Abramo
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
HEMOBRAS	Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia
HIPERDIA	Hipertensão e Diabetes
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre circulação de mercadorias e prestação de serviços
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IIQ	Intervalo interquartil
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MEC	Ministério da Educação
MP	Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NHS	National Health Service
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso Assistencial Básico
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PISUS	Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNRS	Política Nacional de Resíduos Sólidos
POES	Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PROCIS	Programa de Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
RECAP	Refinaria de Capuava
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RENISUS	Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS
RETSUS	Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde
RRAS	Redes Regionais de Atenção à Saúde
SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
SAGE	Sala de Apoio à Gestão Estratégica
SAI	Sistema de Informação Ambulatorial
SAMS	Sistema de Assistência Médica Supletiva
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SGP	Sistema de Gerenciamento de Programas
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SIMM	Sistema Integrado de Informação Mais Médicos
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINPAS	Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social
SIPS	Sistema de Indicadores de Percepção Social
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SP	São Paulo
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
2. REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL.....	19
2.1. Origem das Políticas Sociais	19
2.2. Configuração de Sistemas de Saúde	23
2.3. Política de Saúde no Brasil e no Mundo	27
2.3.1 Governo Sarney (1985-1990)	35
2.3.2 Governo Collor (1990-1992).....	37
2.3.3 Governo Itamar Franco (1992-1994).....	38
2.3.4 Governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2002).....	40
2.3.5 Governo Lula (2003-2010).....	44
2.3.6 Governo Dilma (2011-2016).....	49
2.4. Financiamento do SUS.....	55
2.5. Programa Mais Médicos	58
2.5.1 O Programa Mais Médicos no município de Mauá/SP	65
3. CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO DO ESTUDO	69
3.1. Aspectos Socioeconômicos do Estado de São Paulo.....	69
3.2. Aspectos da Regionalização da Saúde no estado de São Paulo.....	70
3.3. Rede de Saúde da Região do Grande ABC/SP	73
3.4. Aspectos Demográficos da Região do Grande ABC/SP	74
3.5. Vias e sistemas de transporte da Região do Grande ABC/SP	76
3.6. Aspectos Socioeconômicos da Região do Grande ABC/SP	77

3.7. Estrutura de Saúde do Grande ABC/SP.....	80
3.8. Aspectos Socioeconômicos de Mauá/SP	82
4. METODOLOGIA.....	85
4.1. Problema	85
4.2. Tipo de pesquisa.....	86
4.2.1 Dados primários.....	86
4.2.2 Dados secundários.....	92
4.3. Análise dos dados.....	95
5. RESULTADOS	97
5.1. Redução das desigualdades	97
5.2. Satisfação e aceitação dos usuários	99
5.3. Melhora das condições de saúde.....	100
5.4. Melhoria da qualidade da atenção primária	107
5.5. Fortalecimento dos sistemas de saúde	107
5.6. Formação médica	113
5.7. Sustentabilidade da intervenção.....	114
6. CONCLUSÃO.....	117
6.1. Principais Resultados da Pesquisa	117
6.2. Desafios para Sustentabilidade do SUS e do Programa Mais Médicos	119
7. REFERÊNCIAS	124
8. ANEXOS	135

1. INTRODUÇÃO

A saúde pública apresenta diversos desafios a serem superados e é norteadada pela busca na melhoria de seus indicadores, por meio da implantação e implementação de políticas públicas de saúde de qualidade. Nos últimos 30 anos, ocorreram avanços significativos para o fortalecimento das ações de saúde, garantindo o acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) à população brasileira. No entanto, em estudo do Sistema de Indicadores de Percepção Social, realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2011, 58,1% dos 2.773 entrevistados disseram que a falta de médicos é o principal problema do SUS. Para eles, a medida mais importante a ser tomada pelo governo para melhoria do atendimento no SUS era o aumento do número de médicos nos serviços de saúde (IPEA, 2011).

No Brasil, a atenção primária à saúde enfrenta dificuldades para fixação e adequada qualificação dos profissionais médicos para atuação nas equipes de Saúde da Família desde o início do SUS. Estudos apontam fatores associados à rotatividade destes profissionais e às dificuldades para sua fixação, tais como condições de trabalho adversas, vínculos trabalhistas precários e ausência de formação compatível com o modelo adotado pela Estratégia de Saúde da Família (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2012).

Para Giovanella *et al.* (2016), muitos destes fatores decorrem de uma fase da política de saúde, onde, após a descentralização das ações e serviços de saúde, diversas experiências de governos locais oscilavam entre aderir à reforma neoliberal do Estado, com menos regulação da força de trabalho e da organização dos serviços de saúde, e implantar a atenção primária como base de um SUS estruturante e universal.

Diversos programas foram instituídos durante os governos Lula e Dilma, que representaram o grande avanço na condição de saúde da população brasileira, reduzindo significativamente o índice de mortalidade infantil, considerado o principal indicador de saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Entre eles, o Programa Mais Médicos, criado na gestão do Ministro da Saúde Alexandre Padilha, em 2013.

Ribas (2016), destaca que o Programa Mais Médicos é imprescindível para a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo, portanto, fator primordial a ser considerado no tocante à sua implementação e sustentabilidade.

Neste cenário, atendendo reivindicações políticas e sociais, o Programa Mais Médicos foi criado a partir de um amplo esforço do governo federal, com apoio de estados e municípios, para a melhoria do atendimento aos usuários do SUS. O Programa possibilitou levar mais médicos para regiões onde havia escassez ou ausência desses profissionais, prevendo, ainda, mais investimento para construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde, além de novas vagas de graduação e residência médica para qualificar a formação desses profissionais, orientada às necessidades de saúde da população e do SUS (BRASIL, 2013).

Instituído pela Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013, na busca de resolver a questão emergencial do atendimento básico ao cidadão, também cria condições para continuar a garantir um atendimento qualificado no futuro para aqueles que acessam cotidianamente o SUS. Além de estender o acesso, o Programa provoca melhorias na qualidade e humaniza o atendimento, com médicos que criam vínculos com seus pacientes e com a comunidade, impactando nos indicadores de saúde (BRASIL, 2013).

Para dimensionar a realidade do funcionamento do Programa Mais Médicos, os indicadores funcionam como sinalizadores, constituindo-se em parâmetros quantitativos ou qualitativos, revelando se os objetivos estão sendo bem conduzidos ou se os objetivos foram alcançados (MINAYO, 2009). Indicadores estes, os quais foram utilizados para caracterizar a realidade do município de estudo.

O Programa Mais Médicos, além do caráter emergencial de médicos para atuarem na atenção básica no Brasil, possibilita aos gestores de saúde pensarem em ações estruturantes para o SUS a médio e longo prazo. Mas, para isso é necessário entender como está acontecendo a implantação e quais os resultados obtidos até o momento. E entre os municípios elegíveis para a implantação e que aderiu ao Programa, está Mauá, localizado na região sudeste da Região Metropolitana de São Paulo, no ABC paulista. Com área territorial de 61,909 km², população estimada em 457.696 habitantes (IBGE, 2016) e densidade demográfica de 7.393 habitantes/km². Destaca-se aqui, que Mauá/SP possui Índice de

Desenvolvimento Humano de 0,766 e o 76º maior Produto Interno Bruto do país (IBGE, 2015).

Quando ocorreu a implantação do Programa Mais Médicos, a rede pública de atenção à saúde de Mauá/SP possuía 23 Unidades Básicas de Saúde, 12 Centros de Atenção Especializada, quatro Unidades de Pronto Atendimento, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), um Hospital Municipal, entre outros (MAUÁ, 2013).

Em setembro de 2013, havia 40 Equipes de Saúde da Família implantadas no município de Mauá/SP, com a proporção de cobertura populacional estimada de 32,73%. Neste ano, o Brasil apresentava uma razão de 1,8 médicos por mil habitantes, valor inferior à média de países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) em sua maioria com sistemas universais com 3,3 médicos por mil habitantes (OCDE, 2014). Muitas cidades ainda não contavam com médicos residindo no território do município e grandes contingentes populacionais não contavam com acesso garantido a uma consulta médica (BRASIL, 2015).

Neste contexto, com a perspectiva de contribuir com a política pública de saúde, esta pesquisa propôs identificar os impactos do Programa Mais Médicos no município de Mauá, na região do grande ABC/SP, a partir de sua implantação, em outubro de 2013, quando se deu o início do programa, recebendo 46 médicos do Programa Mais Médicos, a outubro de 2016. Analisando, assim, indicadores de saúde, sinalizando quais os resultados dessa política de Estado na garantia do direito e do acesso à saúde pela população.

Este trabalho está constituído por cinco capítulos: O primeiro apresenta uma revisão bibliográfica sobre a origem das Políticas Sociais; o segundo aborda a caracterização da região do estudo; o terceiro descreve a metodologia e os dados utilizados na pesquisa; o quarto apresenta os resultados, divididos em dimensões, demonstrando a visão dos gestores locais em relação ao Programa Mais Médicos e os dados secundários disponíveis nos sistemas de informações de saúde no país, buscando responder se o Programa Mais Médicos impactou na melhora dos indicadores de saúde no município de Mauá/SP; e, por último, um capítulo para a conclusão.

2. REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

2.1. Origem das Políticas Sociais

Segundo Guerra (2017), os conceitos marxistas de mais-valia (valor excedente apropriado pelo capitalista em relação ao salário) e de taxa de lucro (relação entre o lucro e o capital, a rentabilidade do investimento) são historicamente de fundamental importância para compreensão da implantação das políticas sociais no capitalismo: o Estado se apropria, por meio de impostos, de parte da riqueza gerada pela sociedade, visando a criação de um fundo público o qual, a um só tempo, sustenta o próprio capitalismo em período de crise e integra as classes dominadas por intermédios das políticas sociais.

Em outras palavras:

“(...) a criação de um fundo público que, somado à prática de realização de déficits orçamentários propositais, foi capaz de financiar tanto a acumulação capitalista (garantindo a demanda agregada e reduzindo os riscos de crises cíclicas do sistema capitalista) como a formulação de políticas de proteção social (amenizando os riscos aos quais os indivíduos estão expostos na lógica capitalista)” (GUERRA, 2017, p. 39).

Neste quadro, com a ascensão da burguesia e a implantação do modo capitalista de produção e reprodução, bem como o surgimento dos conflitos sociais e das crises econômicas decorrentes deste processo, observou-se “(...) uma maior participação do estado na economia, abrindo caminho para a expansão das políticas sociais e, posteriormente, para a criação de programas de transferência de renda que viriam a ser implantadas no período contemporâneo” (GUERRA, 2017, p. 44).

A generalização de medidas no âmbito da seguridade social no capitalismo se deu por razões políticas e sociais. Primeiro pela Revolução Bolchevique em 1917, que implantou o regime comunista na Rússia. Em seguida, pela crise de 1929, conhecida como a Grande de Depressão: iniciada na Bolsa de Nova Iorque, Estados Unidos, se espalhou pelo mundo reduzindo o comércio, provocando o fechamento de empresas e milhares de desempregos.

Para enfrentar essa crise e afastar o “perigo comunista”, alguns países decidiram aumentar a intervenção estatal com o objetivo de ampliar o emprego e o nível de renda. Neste contexto é que o economista inglês John Maynard Keynes publica o livro “Teoria Geral do Emprego, do Juro e da Moeda” em 1936, com críticas à teoria clássica liberal, defendendo a intervenção do Estado na economia em períodos de crise do capitalismo, mesmo que gerasse déficit público, possibilitando o aparecimento do welfare state: como irmão siamês do modelo keynesiano, o welfare é implantado nos países capitalistas depois da segunda guerra mundial, que, além do incremento das políticas sociais, até mesmo como forma de enfrentar a “guerra fria”, acabou se diversificando em um conjunto de setores¹.

“O welfare state iniciado no segundo pós-guerra ofereceu diversas medidas com vistas à regulação do mercado de trabalho (entre elas) as aposentadorias contributivas de não contributivas; a proibição do trabalho infantil; o impedimento do trabalho de imigrantes sem autorização de permanência; a licença maternidade remunerada para mulheres; microcrédito para autônomos e microempreendedores; os salários indiretos (apoio à mobilidade, refeição e riscos); regras que estabelecem cotas de contratação das pessoas com deficiência por parte dos empregadores; a proteção contra a demissão sem justa causa; existência de jornada de trabalho máxima; etc.” (GUERRA, 2017, p. 51).

De certa forma, é a partir do capitalismo, da exploração da força de trabalho e de suas crises, que ocorre o surgimento das políticas sociais, especialmente na área da saúde, estruturadas de duas formas: o modelo alemão bismarckiano e o modelo inglês beveridgiano. No governo do chanceler Otto Von Bismarck, em 1883, por pressão e greves dos trabalhadores, foi constituído um sistema previdenciário conhecido como sistema de seguros sociais. O acesso era mediante contribuição direta do trabalhador e da empresa, gerida pelo Estado com participação dos empregadores e empregados. Em 1942, na segunda guerra mundial, é formulado o Plano Beveridge, pelo Lord Beveridge, que diferente do modelo bismarckiano, o acesso é para todos, com o princípio da universalização da proteção social.

¹ O período conhecido como os “anos de ouro” do capitalismo (1945-1970) perdeu fôlego com a crise do petróleo em 1973/74 e com o crescimento das dívidas públicas e privadas, permitindo que as elites questionassem o modelo interventor do Estado, o responsabilizando pela crise. No final dos anos 80, ressurgiu o neoliberalismo, defendendo um maior controle sobre o gasto público e uma menor participação do Estado na economia, contendo gasto público com cortes nos gastos sociais. O resultado é devastador, com aumento da concentração da riqueza, em contrapartida aos crescimentos da pobreza, do desemprego e da desigualdade.

O Brasil, com a implantação tardia do capitalismo, não acompanhou os países centrais na implantação de políticas de proteção social. Em 1923, por meio da lei Eloy Chaves, foram criadas as caixas de aposentadorias e pensões, seguindo o modelo alemão, apenas para algumas atividades econômicas, e depois no governo Vargas foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensão (IAPs). Esse modelo de seguro social cujo acesso dependia de vínculo com o trabalho e de contribuição financeira permaneceu até 1988.

“O período de estruturação do capitalismo brasileiro (1930-1970) possibilitou, por um lado, que os trabalhadores formais do meio urbano tivessem acesso às políticas de proteção social em caso de necessidade, mas, por outro lado, manteve desprotegida parcela da população ocupada que trabalhava de forma informal nos centros urbanos e no meio rural, assim como os desocupados e inativos. Esse cenário se agravou com a crise dos anos 80, na qual não foi possível garantir os níveis de emprego de décadas anteriores, o que resultou em um grau cada vez menor de incorporação da população brasileira ao sistema proteção social” (GUERRA, 2017, p. 67-68).

Na Constituição cidadã, o artigo 194 traz as diretrizes que devem orientar as políticas de previdência, saúde e assistência social: universalidade na cobertura, uniformidade e equivalência dos benefícios, seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços, irredutibilidade do valor dos benefícios, equidade no custeio, diversidade do financiamento e caráter democrático e descentralizado da administração (BRASIL, 1988). Desse modo:

“a seguridade social brasileira instituída no texto constitucional incorporou princípios dos modelos bismarckiano e beveridgiano ao adotar definições que combinaram os aspectos universalistas (saúde e previdência rural), contributivo (previdência urbana) e seletivo (assistência social). Além dessas, também foi adicionado ao escopo da Constituição Federal o seguro-desemprego (contribuição direta/seguro social) sob a coordenação do Ministério do Trabalho e Emprego” (GUERRA, 2017, p. 59).

Certos autores “(...) atribuem uma leitura mais contemporânea das políticas sociais em curso no país e incluem no sistema de proteção social brasileiro os seguintes setores de intervenção: previdência (urbana e rural), trabalho (seguro-desemprego e abono salarial), assistência (transferências condicionadas de rendimentos), saúde (serviços de atenção em diversos níveis), educação e cultura (serviços em diversos níveis), desenvolvimento rural (transferências patrimoniais - terras e implementos rurais) e

desenvolvimento urbano (transferências patrimoniais - moradias e acessórios para a vida urbana)” (GUERRA, 2017, p. 69).

O modelo brasileiro, portanto, é híbrido, sendo que em particular para previdência utiliza o modelo alemão, com direitos derivados e dependentes do trabalho, para a saúde o modelo inglês, que aplica a universalidade com acesso garantido a todos e seletivos na assistência social. Destacam-se a Previdência Rural e o seguro-desemprego: “A previdência social rural constitui-se num dos principais direitos sociais alcançados pelos trabalhadores e trabalhadoras rurais e em uma das mais efetivas políticas públicas que chega ao campo brasileiro. Fruto de uma histórica e intensa luta desde o início da década de 1960, a proteção previdenciária só foi efetivamente alcançada pelos trabalhadores e trabalhadoras do campo com a Lei Complementar n.º 11/71. A principal mudança ocorreu com a Constituição Federal de 1988, que incluiu os trabalhadores e as trabalhadoras rurais no Regime Geral de Previdência Social, tendo como suporte para a manutenção de seus direitos o sistema de seguridade social com sua diversificada base de financiamento. Depois foi aplicado o princípio da uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais, por meio das Leis 8.212 e 8.213, promulgadas em 1991, gerando um conjunto de decretos e atos normativos que inovaram e alteraram os direitos previdenciários vigentes” (CONTAG, 2017, p.4).

Por sua vez, a garantia dada por meio do seguro-desemprego que o Estado deve providenciar por meio de recursos públicos benefícios monetários com o objetivo de proteger temporariamente o trabalhador na situação de desemprego, evitando a queda abrupta e profunda no seu padrão de vida. Direito este do trabalhador quando devidamente registrado, está previsto na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 7º, na parte que trata dos direitos sociais (disponível também nos artigos 201 e 239). Afinal de contas, os sistemas de seguro social ou de previdência social permitem assegurar recursos aos trabalhadores, quando esses se veem privados involuntariamente de recursos para sua manutenção, por impedimentos fáticos ou sociais ao trabalho remunerado,² as quais são chamadas de riscos sociais ou contingências sociais (SOARES & BITENCOURT, 2015).

² Garantidos no artigo 201 da Constituição da República Federativa do Brasil: “Art. 201 - Os planos de previdência social, mediante contribuição, atenderão, nos termos da lei, a: IV - proteção do trabalhador em situação de desemprego involuntário”. E ainda no Título IX das disposições constitucionais gerais em seu artigo 239 – “A arrecadação decorrente das contribuições para o Programa de Integração Social, criado pela Lei Complementar n° 7, de 7 de setembro de 1970, e para o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público, criado pela Lei Complementar n° 8, de 3 de dezembro de 1970, passa, a partir da promulgação desta Constituição, a financiar, nos termos que a lei dispuser, o programa do seguro-desemprego e o abono de que trata o § 3º deste artigo” (BRASIL, 1988).

Em síntese, ao garantir no artigo 196 da Constituição Federal a saúde como um direito de todos e dever do Estado, foi necessário criar o Sistema Único de Saúde. Entretanto, apesar dos avanços obtidos com a Constituição, que incluem a seguridade social como conceito organizador da proteção social brasileira, os limites estruturais do capitalismo brasileiro, periférico e dependente, impedem a instituição de uma política de seguridade de caráter universal, redistributiva, pública, com direitos baseados na dignidade humana.

No entanto, apesar dessa fragilidade, o Brasil persiste na implantação e implementação desse sistema de saúde com configuração universal, por meio da relação Estado/sociedade. Mediante lutas e reivindicações, ainda mais necessárias durante governos liberais com programas excludentes, ou por governos com ações inclusivas, que atrelado às expectativas da sociedade, visam garantir políticas de saúde de qualidade e atendimento universal.

Em todas as análises a seguir, o Estado cumpre, em maior ou menor grau, um papel central na configuração dos sistemas de saúde. Mas há de se considerar as relações Estado/sociedade constituídas em toda nação, que modela o sistema setorial de intermediação de interesses organizados.

2.2. Configuração de Sistemas de Saúde

A configuração de sistemas de saúde é recente na história contemporânea. Eles cresceram em meados do século XX e se consolidaram com a ampliação da participação do Estado na economia, a partir da criação de instituições para atuarem a um só tempo na atenção e na melhoria das condições de saúde das populações e dos indivíduos.

“Nas décadas seguintes à segunda guerra mundial, o estado do bem-estar social desenvolveu um conjunto de ações relacionadas à proteção à renda, saúde, aposentadoria e pensão, seguro-desemprego e outros serviços de assistência social” (OKMA, 2002, p.10).

Sabe-se, entretanto, que tais sistemas não funcionam da mesma forma em todos os países, isto porque os sistemas não podem ser separados da sociedade, ao contrário, eles fazem parte da sua dinâmica social e histórica:

“(...) a relação entre o sistema de saúde e a dinâmica social vai gerando, ao longo do tempo, os valores sociais sobre a proteção à saúde, ou seja, a forma com a sociedade concebe a saúde e o risco de adoecer e como trata os problemas relacionados ao processo saúde enfermidade” (LOBATO & GIOVANELLA, 2008, p.91).

Nesse sentido, os sistemas de saúde estão relacionados em maior ou menor grau com os modelos de proteção social³ adotados em cada país. Tais modelos se caracterizam pela aplicação de certos mecanismos de intervenção governamental no financiamento, prestação, gestão e regulação do setor saúde com impactos sobre o acesso, a cobertura, os custos e a qualidade dos serviços de saúde, bem como da vida da população.

Os modelos mais representativos são os seguintes: seguridade (universal), seguro social (corporativo) e assistencial (residual).

Os primeiros se inspiraram nos sistemas nacionais de saúde como o *National Health Service* (NHS) inglês,⁴ financiados em geral com recursos públicos provenientes de impostos ou contribuições sociais. Como seu acesso e sua utilização, em tese, independem da renda, da inserção no mercado de trabalho ou mesmo das condições de saúde dos indivíduos, são reconhecidos pelo seu caráter equitativo:

“(...) o Estado, em geral, presta diretamente os serviços de saúde: toda rede de serviços hospitalares e ambulatoriais, ou a maior parte dela, é de propriedade pública estatal. Grande parte dos

³ O autor Esping-Andersen (1990) identificou três tipos ideais ou princípios do moderno estado do bem-estar social: (a) o “estado do bem-estar liberal” com níveis residuais de proteção da renda e a prestação de serviços focalizados; (b) o “estado social-democrata” com níveis elevados de proteção à renda e um controle central rigoroso; e (c) o “estado corporativista descentralizado”.

profissionais de saúde são empregados públicos. E, mesmo nos casos dos serviços contratados pelo setor privado, o Estado tem grande capacidade de controlar os custos desses serviços, já que ele é o principal comprador e define os serviços a serem prestados (LOBATO & GIOVANELLA, 2008, p.92).

Os sistemas de seguro social de tipo bismarckiano alemão se caracterizam pelo financiamento tripartite entre empregadores, empregados e o próprio estado. Em geral, segmentados por corporações profissionais⁴ e por nível de atenção à saúde (a prestação de assistência médica é separada das ações de saúde coletiva, tais como medidas de prevenção e promoção, vigilância epidemiológica etc.). Em particular, essa segmentação “*é bastante criticada porque gera iniquidades, já que benefícios e serviços podem ser diferenciados entre categorias profissionais, dependendo da sua importância na economia*” (LOBATO & GIOVANELLA, 2008, p.93).

No modelo residual (liberal), o Estado assume apenas a cobertura dos mais vulneráveis (renda, idade etc.). Nos Estados Unidos, por exemplo, onde se observa a presença marcante do mercado de serviços de saúde, os programas públicos denominados de *medicaid* e de *medicare* cobrem tão somente os pobres e os aposentados, permanecendo sem cobertura parte da população sem condições de entrar no mercado, tampouco elegível para ingressar nos programas públicos – embora até pouco tempo atrás esse quadro tenha se modificado com a introdução do *ObamaCare*.

“Este modelo no qual prevalece o mercado gera enorme ineficiência, devido à baixa (regulação) estatal, miríade de contratos com prestadores e seguradoras. Assim os Estados Unidos são hoje o país com os gastos em saúde per capita mais elevados do mundo (...) com resultados e indicadores de saúde

⁴ Considerando a relativa baixa taxa de desemprego e uma certa homogeneidade da renda pessoal, nos países europeus foi observado a uniformização dos serviços oferecidos em diferentes caixas, assim como a incorporação crescente de novos grupos profissionais, respectivamente, reduzindo a desigualdade e a exclusão intrínsecas ao modelo de seguro social. Atualmente chamados também de neocorporativos, existe nesse modelo um processo decisório onde governo e setor privado - representado este último pelas suas organizações - dividem responsabilidades pelo desenho e pelos resultados da implantação das políticas sociais, onde o setor privado é capaz de participar do processo político e está engajado na autorregulação por exemplo das corporações de profissionais de saúde (OKMA, 2006).

“muito piores do que sistemas universais, próprios de países europeus, cujos gastos são muito menores” (LOBATO & GIOVANELLA, 2008, p.93).

Em resumo, como afirmam Lobato & Giovanella (2008, p. 99-100),

“nos dias atuais, seguros sociais de saúde e serviços nacionais de saúde representam os modelos de proteção em saúde de países europeus. Em 2007, o modelo bismarkianos – seguros sociais de saúde de contratação compulsória financiados por contribuições vinculadas ao trabalho assalariado –, está presente em sete quinze países da Europa ocidental que compunham a União Europeia até maio de 2004: Alemanha, Áustria, Bélgica, França, Holanda, Irlanda e Luxemburgo. O modelo beveridgiano dos serviços nacionais de saúde (National Health Service - NHS), ordenados por autoridades estatais e financiados com recursos fiscais, está presente em oito países da Europa ocidental: Dinamarca, Espanha, Finlândia, Grécia, Itália, Portugal, Reino Unido e Suécia.”

No Brasil, como já exposto anteriormente no subitem 2.1 “Origem das Políticas Sociais”, o modelo de configuração de sistema de saúde adotado é o inglês, que aplica a universalidade com acesso garantido a todos.

A seguir, apresenta-se uma linha do tempo que pretende demonstrar os desafios para a construção desse sistema, desde os primeiros debates que ocorreram no mundo e influenciaram o Estado/sociedade brasileira a construir/instituir o mais sofisticado sistema de saúde universal, o SUS.

2.3. Política de Saúde no Brasil e no Mundo

O início de aprovação de programas de saúde que se ajustasse às necessidades e possibilidades do povo brasileiro, com foco no desenvolvimento econômico do país, conforme expresso no Art.2 do Regimento da III Conferência Nacional de Saúde, ocorreu em 1963, no Rio de Janeiro. Entre os temas da Conferência estava o de Municipalização da Saúde.

No Relatório oficial do Ministério da Saúde, destaca-se a importância de oficializar a inclusão do Plano Nacional de Saúde, adotando o modelo de planejamento vigente, por meio da implementação do programa de metas. Expandindo aos Estados e municípios a competência de fixar seus Planos Diretores de Saúde Pública, levando em consideração os critérios estabelecidos no Plano Diretor Nacional.

Neste mesmo cenário, a comissão Técnica do Tema “c” Municipalização dos Serviços de Saúde, aprovou o princípio de municipalização dos serviços locais de saúde, condicionando as peculiaridades das situações locais, com a mais ampla flexibilidade. Recomendada também pela comissão Técnica do Tema “b” Distribuição das atividades médicas sanitárias. Na visão da comissão Técnica do tema “c”

“A municipalização tem como principal finalidade, despertar o interesse dos municípios por uma atividade de grande importância para as suas populações e determinar a organização de serviços de assistência médico-sanitária onde não existem” (III CNS, 1963, p.195).

Ao analisar o relatório, observa-se que para a efetivação da municipalização de saúde, deveria levar em conta a necessidade de aportes, como recursos financeiros e inclusive recursos de pessoal, similar à situação que os municípios ainda se encontram nos dias atuais.

Importante destacar que esta conferência não foi publicada pelo Ministério da Saúde na época, pois ocorreu em período de ditadura militar, sendo publicada posteriormente por iniciativa do Movimento Socialista de Saúde do Partido Democrático Trabalhista.

Este período foi caracterizado por um modelo de política de saúde adotada até então pelos governos militares, com ênfase numa medicina de cunho individual e assistencialista,

em detrimento de ações vigorosas no campo da saúde coletiva (SCOREL, NASCIMENTO E EDLER, 2005).

Embora as diretrizes aprovadas pela 3ª Conferência Nacional de Saúde tenham sido interrompidas com o golpe civil-militar de 1964, alguns pressupostos permaneceram, seja a questão do planejamento em saúde, refletida na concepção de um Plano Nacional de Saúde; seja o combate às endemias e, até mesmo, a necessidade da interiorização dos serviços (SOUZA, 2014). Esta mesma autora destaca que, em meio às lutas pelo fim do regime militar, veio também a proposta de ampliação para toda a população do direito à assistência à saúde, a integralidade e a universalidade do cuidado e o financiamento do Estado. Incluindo também nas discussões parlamentares uma nova concepção de saúde.

Com a aprovação da Carta Magna brasileira em 1988, o Estado brasileiro passa a ser plenamente responsável por assegurar aos seus cidadãos e cidadãs o direito à saúde (Lei Orgânica do SUS, 8.080/90). Contrapondo-se ao modelo assistencial vigente até então no país, do qual apenas os trabalhadores formais e seus dependentes amparados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) tinham o direito de acessar serviços públicos de saúde, o Sistema Único de Saúde surge não somente na expressão constitucional de Saúde, enquanto um direito de todos e dever do Estado, como também ressalta princípios básicos que o fazem como um dos maiores sistemas públicos de Saúde no mundo (PAIM, 2008).

A promoção de saúde, conceito desenvolvido por Henry Sigerist, foi incluída no modelo de História Natural das Doenças e compreendida como uma série de ações incluídas a nível de atenção primária (LEAVELL & CLARCK, 1987). É um tema que vem sendo discutido ao longo do tempo e que até hoje está presente em Conferências internacionais e nacionais. É principalmente no período de 1960 que esse debate ganhou forças, quando muitos países passaram a se empenhar em reuniões para romper com a visão de saúde da época, com um conceito redutivo onde saúde era meramente a ausência de doenças. Ressalta-se que o debate acerca da saúde esteve sempre relacionado ao modelo político e econômico de cada país (BRASIL, 2002a).

Certos eventos merecem notoriedade pois influenciaram esses debates. Um deles foi a abertura da China Nacionalista a outros países. Nesse momento, a Organização Mundial da

Saúde (OMS) promoveu duas missões de observação formadas por especialistas do Ocidente e que foram conduzidas por Halfdan Mahler em 1973 e 1974. Outro evento importante foi o movimento canadense que ocorreu com base no Relatório Lalonde - Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses (1974) e que posteriormente foi composto com o Relatório Epp - Alcançando Saúde Para Todos (1986). Tais fatos merecem destaque pois contribuíram para que outros movimentos fossem de encontro a um novo modelo que seria oficializado na Conferência de Alma-Ata de 1978, com a orientação da “Saúde Para Todos no Ano 2000” e a estratégia de Atenção Primária de Saúde, que ganhou notoriedade na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986, com o decreto da Carta de Ottawa que continua somando diversas informações internacionais e que ainda são produzidas em conferências atualmente (BRASIL, 2002a).

Provavelmente, os primeiros cuidados à saúde que foram observados e que contribuíram para a compreensão da saúde além de uma visão simplista, compõem a descrição das missões enviadas à China em 1973 e 1974. Essas informações tinham o objetivo de melhorar a saúde da população com de uma série de ações que seriam executadas pelos chineses em sua zona rural e que compunham várias atividades tais como: a organização da própria comunidade, dar maior importância aos anciãos, incentivo às indústrias caseiras, auxílio às escolas e outros ofícios, cuidado com a saúde ambiental, prevenção e tratamentos com ervas, auxílio ao tráfego e ordem social, desenvolvimento de campanhas em prol da saúde etc. Essas ações seriam executadas a partir dos recursos disponíveis e foram criadas por Comitês Comunais que eram supervisionadas pelos chamados “médicos descalços” (*barefoot doctors*) e contavam com a participação dos diversos setores da comunidade como os soldados, jubilados, homens, mulheres, jovens etc. Essas primeiras informações relatadas pela Organização Mundial de Saúde serviriam para lançar um livro que apresentasse uma visão não tradicional, porém que obteve êxito no que se refere a promoção da saúde. Contudo, acredita-se que as autoridades chinesas não atenderam à solicitação da Organização Mundial de Saúde, pois consideravam a experiência insatisfatória e imatura demais para ser divulgada. Apesar de não ter tido uma publicação total das descrições, foi possível se beneficiar dos relatos que trouxeram orientações importantes referentes a atenção primária à saúde, que seria posteriormente aceita por todos os países do mundo (BRASIL, 2002a).

Em 1978 ocorreu a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde trazendo à tona a Declaração de Alma-Ata. Apontada como a primeira declaração

internacional que evidenciou a relevância da atenção primária em saúde, essa Declaração salientava que a saúde do homem é acima de tudo um direito básico e essencial. Trouxe, portanto, a ideia de que a sociedade como um todo tem como objetivo principal atingir o melhor nível possível de saúde para a sua população, sendo que a participação social deve estar presente na elaboração e na realização da atenção à saúde, acontecendo em esfera particular e global. Atingir ótimo nível de saúde para todos só é possível ao se considerar os aspectos sociais e econômicos da sociedade, impulsionando melhorias para a promoção e proteção de saúde. Portanto, impulsionar uma saúde melhor deve estar alinhada ao fortalecimento do crescimento econômico e social, o que irá gerar consequências para a qualidade de vida e paz global (BRASIL, 2002a).

Já em 1986, aconteceu em Ottawa, no Canadá, a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, decorrente de expectativas mundiais por uma saúde pública eficiente, que acima de tudo, buscava atender as exigências da sociedade que pediam por uma melhor saúde pública. Os debates giravam em torno da demanda da saúde em países industrializados, porém, discutiam-se também a demanda de outros países.

Dados como: as informações da Organização Mundial de Saúde sobre Saúde Para Todos, a discussão feita na Assembleia Mundial da Saúde sobre as ações intersetoriais fundamentais para o setor e os avanços conquistados com a Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde fundamentaram os debates na Conferência de Ottawa (BRASIL, 2002a).

A Carta de Ottawa trouxe o conceito de saúde como algo amplo e que se refere não só a ausência de doenças, mas a uma disposição favorável que inclui várias esferas na vida dos indivíduos: biológico, psíquico e social. Esse nível positivo de saúde só é possível quando os sujeitos, juntos, conseguem perceber as dificuldades enfrentadas e a partir disso modificam seu meio para superá-las. Promover saúde é estimular a sociedade para uma participação mais ativa nos assuntos referentes à melhoria do cuidado à saúde.

Por fim, os atores envolvidos na Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde comprometeram-se no engajamento nas políticas públicas de saúde, com a proteção ambiental, criação de esforços para o tratamento igualitário de todos, engajamento da

população e o desenvolvimento da promoção da saúde como objetivo maior de todos (BRASIL, 2002a).

Por todo o mundo seguiam-se discussões em torno da saúde da população. Outras Conferências Internacionais tiveram seu destaque, dentre elas: a Conferência na Austrália (1988), na Suécia (1991), Colômbia (1992), Caribe (1993), Indonésia (1997), dentre outras (PAIM & TEIXEIRA, 2006).

Assim, como em vários países, o Brasil também discutia sobre questões de políticas públicas e saúde, pois a forte presença de organismos internacionais influenciava a percepção da sociedade brasileira, que passava por um processo de saúde como sinônimo de mercadoria, uma vez que as verbas públicas representavam apenas 1% do orçamento geral da União e a piora dos serviços públicos gerava o fortalecimento do setor privado (PAIM, 2009). Ações de saneamento, medicina preventiva, descentralização dos serviços e participação nas decisões eram expectativas da sociedade nesse momento em que acontecia a 8ª Conferência Nacional de Saúde e ampliava os conceitos de saúde pública no país.

A Constituição Federal de 1988 que instituiu o acesso à saúde como um direito universal e dever do Estado, estabeleceu um avanço para a saúde dos brasileiros. Até então, os hospitais públicos se limitavam a atender 30 milhões de brasileiros. Após a Constituição, esse número chegou a 70 milhões de pessoas que poderiam ser atendidas pelo Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2011a).

O Sistema Único de Saúde foi um marco na história de políticas públicas no Brasil. Até a sua criação, houvera uma extensa trajetória de ações do governo que contribuíram para a construção de um modelo de saúde.

O acesso à saúde existente para população brasileira até 1988 era relativamente restrita aos trabalhadores contribuintes da Previdência Social ou quem podia pagar pelos serviços de saúde. Quem não tinha condições, buscava assistência em órgãos filantrópicos e de caridade (BRASIL, 2011a).

Antes do século XX pouco ou quase nada se fez pela saúde no Brasil. Já naquele tempo o acesso aos tratamentos variava de acordo com a classe social, os pobres e escravos viviam em condições muito duras e eram os primeiros a morrer, já os nobres e os colonos

brancos com posses tinham acesso aos médicos e remédios da época, e assim maiores chances de enfrentar as doenças e a morte. As Santas Casas, de Misericórdia implantadas pelos religiosos eram a opção para a maior parte da população (FIOCRUZ, 2016).

Portanto, antes da Constituição de 1988, as ações de saúde no Brasil eram divididas entre aquelas de cunho preventivo, supervisionadas pelo Ministério da Saúde e orientadas para os que não tinham condições de pagar por assistência médica; e a saúde particular, restrita aos funcionários que contribuía com a Previdência (PAIVA, 2014).

Essa época foi marcada por eventos importantes que influenciaram a saúde pública do Brasil que, com o fim da escravidão, passou a depender da mão de obra dos imigrantes para o trabalho nas lavouras de café e nas fábricas. Porém, o fato de ser um país insalubre afugentava novos operários. No período de 1900 a 1920 ocorreram reformas urbanas e sanitárias principalmente nas grandes cidades, áreas portuárias e no Rio de Janeiro, capital da República na época.

Apesar de o crescimento do país depender de uma população saudável e com capacidade produtiva, as mudanças propostas eram contrárias aos interesses políticos e econômicos, mas, mesmo assim, os sanitaristas comandaram campanhas de saúde. O médico Oswaldo Cruz enfrentou revoltas populares, porém convenceu o Estado a tornar obrigatória a vacinação contra a varíola (FIOCRUZ, 2016).

Destaca-se o ano de 1923, época marcada pela forte industrialização e urbanização. É nesse cenário que surgem as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), instituídas pela Lei Eloy Chaves, trazendo assim, legalidade às atividades que já eram realizadas nas instituições. Tal iniciativa buscava assegurar a saúde e a aposentadoria dos trabalhadores assalariados. Dessa forma, caso houvessem acidentes ou afastamento no ambiente de trabalho por causa de alguma enfermidade, pensões eram oferecidas a esses trabalhadores. É nessa época que começam os primeiros questionamentos sobre as necessidades dos trabalhadores e as vinculações entre o âmbito público e privado (REIS, CECÍLIO & ARAÚJO, 2013).

Já em 1932, durante o governo de Getúlio Vargas, as CAPs dão lugar aos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), atendendo assim às exigências dos trabalhadores da época.

Posteriormente, em 1964, essas IAP são integradas dando origem ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (REIS, CECÍLIO & ARAÚJO, 2013).

O período getulista promoveu reformulações no sistema e a atuação passou a ser focada no tratamento das epidemias e endemias, mas as verbas da saúde acabavam desviadas para outros setores, boa parte dos recursos do IAPS eram utilizadas para financiar a industrialização do país e mais uma vez o atendimento não chegava a todos.

A Constituição de 1934 proporcionou aos trabalhadores novos direitos, como assistência médica e a licença gestante e em 1943 ampliava-se benefícios à saúde com a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde que se ocupava principalmente das políticas de atendimento nas zonas rurais enquanto que nas cidades o acesso a saúde era privilégio de trabalhadores com carteira assinada (FIOCRUZ, 2016).

Durante a ditadura os governos militares focaram os investimentos na segurança e no desenvolvimento, mais uma vez a saúde sofreu com a redução das verbas e doenças como a dengue, meningite e malária se intensificaram. Com as epidemias e aumento da mortalidade infantil, o governo teve de buscar soluções.

Em 1966 foi criado o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) no intuito de unificar todos os órgãos previdenciários que vinham funcionando desde 1930 e melhorar o atendimento médico. Cada vez mais a atenção primária era vista como responsabilidade dos municípios e os casos complexos ficavam a cargo dos governos estaduais e federal (FIOCRUZ, 2016).

O modelo de saúde brasileiro foi mantido durante anos. As intervenções em saúde realizadas na época buscavam a melhoria do atendimento e a redução de recursos financeiros utilizados. Havia a necessidade de se buscar cada vez mais profissionais qualificados para a atuação no Estado, uma vez que isso estava em falta. Essa busca foi essencial pois foram esses profissionais que trouxeram consigo o desejo de mudança para o avanço da saúde no Brasil, dando os primeiros passos para um movimento que posteriormente ficaria conhecido como Reforma Sanitária. É na década de 70 que esses movimentos começam a ter início e é nesse mesmo contexto em que surge o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)

(1976) e posteriormente a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) (PAIVA, 2014).

Os atores envolvidos no avanço do modelo de saúde brasileira realizaram ações tais como o desenvolvimento do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), proposta baseada em investimentos para a maximização da rede de atenção básica à saúde em municípios do interior tendo como objetivo uma maior cobertura da assistência médica, principalmente em zona rural e possibilitar a regionalização do cuidado médico de maneira descentralizada e hierarquizada (PAIVA, 2014).

É no contexto dos anos 70 e 80 que os movimentos sociais que lutam por melhorias na qualidade de vida ganham força. É nesse mesmo contexto que surge a Reforma Sanitária, movimento que contou com grande participação social e que incluía pessoas que tinham propostas para avançar no modelo de saúde vigente (PAIVA, 2014).

Em 1977, o governo lançou um grande sistema de assistência médica, o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS) juntamente com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (REIS, CECÍLIO & ARAÚJO, 2013).

Nos anos 80, procurou-se consolidar o processo de expansão da cobertura assistencial, iniciado na segunda metade dos anos 70, principalmente por meio da Atenção Primária à Saúde.

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira defendia a construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor (MALIK & SCHIESARI, 1998).

Em 1982, foi implementado o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), tendo como estratégia o foco na atenção primária, rede ambulatorial como ‘primeiro acesso’ ao sistema, unificação das organizações públicas de saúde sustentadas pelo governo, primazia da rede pública dos serviços de saúde, dentre outras características. As estratégias propostas pelo Programa de Ações Integradas de Saúde têm importância para posterior criação do SUS.

A seguir, apresenta-se uma análise histórica resumida, não exaustiva, constituindo exemplos para se compreender a dinâmica de construção das políticas de saúde e seu contexto, analisando as políticas de saúde do período de governo dos presidentes José Sarney (1985-1990), Fernando Collor de Mello (1990-1992), Itamar Franco (1992-1994), Fernando Henrique Cardoso (1995-1998 e 1999-2002), Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006 e 2007-2010) e da presidenta Dilma Rousseff (2011-2014 e 2015-2016).

Pretende-se abordar fatos políticos, conflitos e estratégias que caracterizaram a consolidação de um sistema público de saúde universal, equânime e integral, que começou a ser construído com o processo de redemocratização do país a partir da Constituição Federal de 1988.

2.3.1 Governo Sarney (1985-1990)

Em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, evento importante pois priorizou o direito ao acesso a saúde, servindo como base para as reformulações do Sistema de Saúde, ampliando os conceitos de saúde pública no Brasil e propondo mudanças baseadas no direito universal a saúde com melhores condições de vida.

A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, com intensa participação social, ocorreu após o fim da ditadura militar iniciada em 1964, consagrou uma concepção ampliada de saúde e o princípio da saúde como direito universal e como dever do Estado; princípios estes que seriam incorporados na Constituição de 1988.

Para institucionalizar as proposições da 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi criada a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, com a responsabilidade de propor a nova Política Nacional de Saúde.

Mantendo as diretrizes aprovadas na 8ª Conferência, foram instituídos, em 1987, os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) nos estados brasileiros, como uma etapa intermediária à implantação definitiva do SUS. Os SUDS tinham como principais diretrizes: universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização das ações de saúde; implementação de distritos sanitários.

Pela primeira vez, o governo federal, passou a retornar verbas para os estados e municípios para que eles melhorassem os seus serviços. Em 1988 é aprovada a “Constituição Cidadã”, decretando a saúde como um “direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Período este, que com o término do regime militar, em 1984, deu início ao processo de redemocratização do país, no entanto, os projetos implantados durante a ditadura militar, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e o Projeto Rondon, os quais promoviam a interiorização de profissionais médicos, entraram em processo de extinção, encerrando suas atividades em 1989. Enquanto o PIASS, teve sua expansão para todo o país aprovada e estendendo-se até 1985, no entanto nesta fase, sem contemplar a extensão da interiorização de médicos (MACIEL FILHO, 2007).

Durante o Governo Sarney, os Ministros da Saúde foram: Carlos Correa de Menezes Sant'anna (15/03/85 a 13/02/86); Roberto Figueira Santos (14/02/86 a 22/10/87); Luiz Carlos Borges da Silveira (23/10/87 a 16/01/89) e Seigo Tsuzuki (17/01/89 a 14/03/90), e os principais fatos produzidos na construção das Políticas Públicas de Saúde foram:

- 8ª Conferência Nacional de Saúde;
- Implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS);
- Assembleia Nacional Constituinte;
- Debates para a construção da Lei Orgânica da Saúde;
- 6º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde;
- 2º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva;
- 3º Congresso Paulista de Saúde Pública.

Fatos estes produzidos no Governo Sarney (1985-1990) na construção das Políticas Públicas de Saúde conforme Scorel (1999); Paim (2008); Rodriguez Neto (2003); Alencar (2016).

2.3.2 Governo Collor (1990-1992)

Apesar do SUS ter sido definido pela Constituição de 1988, ele somente foi regulamentado por meio da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” (BRASIL, 1990a), trazendo novos desafios a saúde brasileira que, se antes era caracterizada pela forte centralização e nenhuma participação social, agora traz um modelo de assistência médica universal, igualitária, descentralizado e com significativa participação social, contando com 100 mil conselheiros de saúde (BRASIL, 2011a).

A Primeira Lei Orgânica do SUS detalha os objetivos e atribuições; os princípios e diretrizes; a organização, direção e gestão, a competência e atribuições de cada nível (federal, estadual e municipal); a participação complementar do sistema privado; recursos humanos; financiamento e gestão financeira e planejamento e orçamento. Porém, artigos contidos nesta lei, que tratavam do seu financiamento e controle social, foram vetados pelo presidente Fernando Collor de Melo, que até então adotava ajustes na política de saúde baseados na lógica neoliberal, contrária aos princípios da reforma sanitária.

Três meses após a Lei n. 8.080/90, foi publicada a Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Institui os Conselhos de Saúde e confere legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais (CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e municipais (CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) (BRASIL, 1990b). Entretanto, com esta lei, não se recuperou os artigos vetados na Lei n. 8.080/90.

Neste período, o governo editou as Normas Operacionais Básicas (NOB), com o objetivo de regular a transferência de recursos financeiros da União para Estados e municípios, o planejamento das ações de saúde e os mecanismos de controle social.

A NOB 01/1991 foi escrita segundo a cultura hegemônica de assistência médica, sob o argumento da inviabilidade conjuntural de regulamentar o artigo 35 da Lei n. 8.080/1990. Redefiniu-se toda a lógica de financiamento e, conseqüentemente, de organização do SUS, instituindo um sistema de pagamento por produção de serviços, perpetuando a lógica da

assistência médica focada apenas na doença. Estados e municípios passaram a receber por produção de serviços de saúde, independentemente da qualidade e dos resultados alcançados (OLIVEIRA JÚNIOR, 1998; SCATENA & TANAKA, 2001).

Conforme citados por: Escorel (1999), Paim (2008); Alencar (2016), durante o Governo Collor, os Ministros da Saúde foram: Alcení Ângelo Guerra (15/03/90 a 23/01/92); José Goldemberg (24/01/92 a 12/02/92); Adib Domingos Jatene (13/02/92 a 01/10/92) e os principais fatos produzidos na construção das Políticas Públicas de Saúde foram:

- Promulgação das Leis Orgânicas 8.080/1990 e 8.142/1990;
- Criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);
- 9ª Conferência Nacional de Saúde;
- Articulação para recuperação dos vetos na Lei Orgânica da Saúde.

2.3.3 Governo Itamar Franco (1992-1994)

Em 1993, outra Norma Operacional Básica do SUS (NOB 01/93) buscava um caminho de transição entre o anacrônico sistema implantado pela NOB 01/91 e o que era preconizado na Constituição Federal e nas Leis que regulamentaram o SUS. Transferindo responsabilidades para os estados e, principalmente, para os municípios, com o objetivo de operacionalizar o SUS, definindo o papel de cada esfera de governo. A municipalização enfatizou uma transferência significativa de poder de decisão aos municípios, possibilitando a gestão das políticas públicas em seu território.

A NOB 01/93 também criou categorias diferenciadas de gestão para a habilitação dos municípios (incipiente, parcial, semi-plena), com diferenciadas formas de repasse dos recursos financeiros.

Apesar da descentralização e, especialmente, a municipalização serem apontadas como o caminho a ser seguido ao longo da construção do SUS, as especificidades de cada município no país ainda são um grande desafio aos gestores públicos. As desigualdades regionais de acesso, de infraestrutura, de financiamento dos serviços de saúde, não foram superadas apenas com a descentralização.

Com a Lei n. 8.689, de 27 de julho de 1993, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) é extinto, rompendo, assim, com a trajetória de formação do Estado brasileiro assentada na centralização e com uma concepção de cidadania que vinculava os direitos sociais à inserção no mercado de trabalho (BRASIL, 2011a).

Desta forma, o Ministério da Saúde torna-se a única autoridade sanitária no nível federal, bem como as Secretarias Estaduais de Saúde no âmbito estadual e as Secretarias Municipais de Saúde no âmbito municipal, alcançando-se assim a direção única em cada esfera de governo, conforme Constituição Federal de 1988.

Neste período foram criadas duas intervenções com foco na interiorização do Sistema de Saúde: O Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS), foi estruturado em quatro subprogramas: "Unidades de Pronto Atendimento"; "Interiorização do Médico"; "Interiorização do Enfermeiro"; "Agente Comunitário de Saúde".

A meta do subprograma de "Interiorização do Médico" consistia na fixação de pelo menos um médico, com residência no respectivo município participante do programa. E devido aos problemas apontados pelo Ministério da Saúde na época como: as questões culturais, sociais e acesso ao progresso, inferiam na fixação destes profissionais em locais que não ofereciam as questões citadas acima.

Neste contexto, o Ministério da Saúde reconhece a necessidade de condições de instalações físicas, a interiorização de equipe mínima e pagamento justo pelo ônus. Propõe ao gestor municipal a garantia de recursos financeiros para o pagamento de honorários aos médicos, mediante um contrato formal entre o município e o profissional, a remuneração se daria pela modalidade de pagamento por produção. Para isso, o Ministério se comprometia a realizar o pagamento por produção de consultas, pelo dobro do valor vigente da tabela SUS (BRASIL, 1993).

Em 1994, o Ministério da Saúde cria o Programa Saúde da Família (PSF), que incorpora o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como uma proposta de reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial, respondendo a uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença, mas na promoção da qualidade de vida. Valorizando, assim, os princípios de territorialização, de vinculação com a população, de garantia de integralidade na atenção, de ênfase na promoção da saúde com fortalecimento das ações intersetoriais, de estímulo à

participação da comunidade, e de trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar, entre outros (SOUZA, 2000).

Na visão dos autores Paim (2008); Alencar (2016), durante o Governo Itamar Franco, e dos Ministros da Saúde Jamil Haddad (08/10/92 a 18/08/93); Saulo Pinto Moreira (19/08/93 a 29/08/93); Henrique Antônio Santillo (30/08/93 a 31/12/94) os principais fatos produzidos na construção das Políticas Públicas de Saúde podem ser citados:

- Implementação da Norma Operacional Básica 93 – aprofundamento da descentralização;
- Extinção do INAMPS;
- Criação do Programa Saúde da Família;
- Início da discussão sobre a regulação do sistema de assistência médica suplementar;
- Decreto determinando o ressarcimento dos planos e seguros privados de saúde ao SUS, pelo atendimento de seus beneficiários em unidades de saúde do SUS.

2.3.4 Governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2002)

Primeiro mandato (1995-1998)

O Programa Saúde da Família foi incentivado pela Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB SUS 01/96), caracterizando a atenção básica à saúde como primeiro nível de atenção. Ou seja, como “um conjunto de ações, de caráter individual coletivo, situada no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 1998a).

A NOB 01/96 avançou, em relação à NOB 01/93, substituindo o modelo de alocação de recursos financeiros federais para estados e municípios por uma nova modalidade de transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais e estaduais; instituiu o Piso de Atenção Básica (PAB); estabeleceu as condições para a criação de componente variável do Piso de Atenção Básica (PAB-Variável) e buscou resgatar e definir

atribuições dos mecanismos de articulação intergovernamental previstos na NOB 01/93: a Comissão Intergestores Tripartite, que articula União, estados e municípios, e as Comissões Intergestores Bipartites, nas esferas estaduais, com o estabelecimento da Programação Pactuada e Integrada (PPI) (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Para superar a carência de recursos públicos destinados ao SUS, criou-se, em 1996, em caráter emergencial, a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), com a Lei n. 9.311, de 24 de outubro de 1996. Ao entrar em vigor, a CPMF passou a ser uma das principais fontes de financiamento do Ministério da Saúde. Em 1997 correspondia a 27,8% do total de recursos, alcançando 38,4% em 2002. Até 2007, manteve-se em torno de 30%. Em média, no período entre 1997 e 2007, a CPMF respondeu por um terço do total dos recursos do Ministério da Saúde (SERVO *et al.*, 2011).

O estímulo ao Programa Saúde da Família e à sua adequada implementação passou a ser elemento central para a consolidação do SUS. A partir da publicação da Portaria n. 1.886, de 18 de dezembro de 1997, o Programa de Saúde da Família passou a ser oficialmente uma estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde, sendo denominado como Estratégia Saúde da Família (ESF).

Em 1998, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Medicamentos, por meio da Portaria GM/MS n. 3.916, de 30 de outubro de 1998, estabelecendo diretrizes e responsabilidades das esferas de gestão para garantir a disponibilidade de medicamentos e atividades de assistência farmacêutica no país, a partir do estabelecimento da relação de medicamentos essenciais, a reorientação da assistência farmacêutica, o estímulo à produção de medicamentos e a sua regulamentação sanitária (BRASIL, 1998b).

Assim, o processo de descentralização no SUS, ao ser enfatizado como uma estratégia prioritária e avançar mesmo sob condições adversas, expressa na prática as contradições entre a agenda abrangente da reforma sanitária e a agenda liberal da reforma do Estado hegemônica nos anos noventa, visto que ambas influenciam as políticas de saúde. Ou seja, o próprio avanço da descentralização evidencia problemas estruturais do SUS não equacionados e lacunas de atuação federal, relacionadas ao contexto político-econômico adverso em que a política de saúde foi implementada (VIANA & MACHADO, 2009).

Durante o primeiro mandato do Governo Fernando Henrique Cardoso, tiveram como ministros, da Saúde: Adib Domingos Jatene (01/01/95 a 06/11/96); José Carlos Seixas (07/11/96 a 12/12/96); Carlos César de Albuquerque (13/12/96 a 30/03/98); José Serra (31/03/98 a 20/02/02) e estes de acordo com Paim (2008); Alencar (2016), contribuíram na construção das Políticas Públicas de Saúde com:

- Implantação da Norma Operacional Básica 96;
- Instituição do Piso de Atenção Básica (PAB);
- Ampliação da descentralização e do Programa Saúde da Família;
- Política Nacional de Medicamentos;
- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM);
- Extensão da cobertura de serviços de saúde;
- Regulação do Sistema de Assistência Médica Supletiva (SAMS);
- 10ª Conferência Nacional de Saúde.

Segundo mandato (1999-2002)

Em 1999, criou-se o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a partir da Lei n. 9.782, de 26 de janeiro 1999, com a finalidade de promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e consumo de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e fronteiras (BRASIL, 1999).

Foram criadas as condições para a implantação de medicamentos genéricos no país, em consonância com normas adotadas pela Organização Mundial da Saúde, países da Europa, Estados Unidos e Canadá, a partir da Lei n. 9.787, de 10 de fevereiro de 1999.

Para compensar a falta de recursos para o SUS, medidas emergenciais foram adotadas. Destaca-se as Proposta de Emenda à Constituição n. 169/1993 e n. 82/1995, que estabeleciam a vinculação de recursos da Seguridade Social ao financiamento de ações e serviços públicos

de saúde. O substitutivo desta última, com algumas modificações, deu origem à Emenda Constitucional n. 29/2000.

A promulgação da Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000, trouxe a importância da fixação de valores mínimos para o financiamento do SUS, vinculando os recursos orçamentários da União, Estados, Distrito Federal e Municípios a serem aplicados obrigatoriamente em ações e serviços públicos de saúde. No entanto, a Emenda Constitucional n. 29/2000 não definiu os conceitos de ações e serviços de saúde.

Ema busca de promover maior e melhor distribuição de médicos e enfermeiros no país, aperfeiçoar a formação desses profissionais e impulsionar a atenção básica via Programa de Saúde da Família, o Ministério da Saúde do Brasil criou, em 2001, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) (BRASIL, 2001a). O qual estimulava a ida de médicos e enfermeiros para os municípios mais carentes e distantes, por meio de incentivos financeiros e de formação profissional conforme previsto na Portaria n° 227 (BRASIL, 2001b). Condições similares ao previsto no Programa Mais Médicos atualmente. Este programa, após tentativa frustrante de integrá-lo às estruturas do SUS, particularmente à atenção básica, desencadeando a transição do Programa para os sistemas municipais de saúde em 2003, foi declarado oficialmente como encerrado em julho de 2004 (MACIEL FILHO, 2007).

A publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2001) propôs as seguintes estratégias: ampliar as responsabilidades dos municípios na atenção básica; estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; criar mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS (BRASIL, 2002b).

Por meio de normas e regulações o governo federal utiliza destes instrumentos para racionalizar os recursos e priorizar o nível de atenção básica dentro do Sistemas. Conforme Marques & Mendes (2002), apesar das ações e serviços serem de responsabilidade do município, os instrumentos reforçaram mediante o financiamento o papel da instância federal na determinação da política a ser Norma Operacional de Assistência.

Durante o segundo mandato do Governo Fernando Henrique Cardoso, os Ministros da Saúde foram: José Serra (31/03/98 a 20/02/02); Barjas Negri (21/02/02 a 31/12/02) e os

principais fatos destacados na construção das Políticas Públicas de Saúde na visão dos autores Paim (2008,); Costa (2014); Alencar (2016) foram:

- Implantação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 2001;
- 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária;
- 11ª Conferência Nacional de Saúde;
- Reconhecimento mundial da Política Nacional de combate a Aids;
- Ampliação da cobertura do Programa Nacional de Imunização.
- Instituição da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);
- Lei n. 10.205/2001, a Lei do Sangue, estabelecendo a Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados;
- Lei n. 10.216/2001, redireciona o modelo assistencial em saúde mental;
- Lei n. 9.782/1999, que cria a Anvisa;
- Lei n. 9.787/1999, que institui o medicamento genérico;
- Emenda Constitucional 29;
- Sistema de Informação do Orçamento Público em Saúde;
- CPI dos Medicamentos;
- Instituição dos Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDT).

2.3.5 Governo Lula (2003-2010)

Primeiro mandato (2003-2006)

Foi nesse período que se iniciou a implantação e implementação de diversas políticas públicas de qualidade, que promoveram impactos e melhorias significantes nas condições de saúde da população brasileira.

Nos primeiros meses do Governo Lula realizou-se uma reforma na estrutura organizacional do Ministério da Saúde alterando e criando Secretarias diversas, no intuito de adequar a estrutura do Ministério (COSTA, 2003). A prioridade do projeto de governo foi

focada no desenvolvimento social e na redução das desigualdades, com direcionamento de ações para a erradicação da miséria e diminuição das taxas de pobreza.

Foram criadas a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão Participativa, Secretaria de Vigilância em Saúde e a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (BRASIL, 2003).

O início da gestão Lula foi marcado pelo crescimento da atenção básica por meio da ampliação dos recursos e de equipes de saúde da família; ampliação de credenciamento para leitos de unidades de tratamento intensivo; apoio financeiro a hospitais universitários; reajuste no repasse para consultas especializadas em hospitais públicos; capacitações de profissionais de saúde envolvendo gestores, universidades, escolas técnicas, hospitais universitários e escolas de saúde pública (TEIXEIRA; PAIM, 2005; MENDONÇA *et al.*, 2005; ALENCAR, 2016).

Durante o governo Lula, houve expansão das conferências nacionais, com a direta participação popular na discussão de políticas públicas.

Tomando como referência a 1ª Conferência Nacional de Saúde, organizada pelo governo Vargas nos anos 1940, e contabilizando as conferências nacionais, realizou-se um total de 115 conferências até 2010. Destas, 74 ocorreram durante o governo Lula, entre 2003 e 2010, reforçando a participação popular democrática em mais de 40 frentes temáticas, como Saúde, Educação, Cultura, Segurança Pública, Questões Raciais, Ciência e Tecnologia, Comunicação etc. (AVRITZER, 2012).

Em 2004, a partir da Lei n. 10.858, de 13 de abril de 2004, e do Decreto n. 5.090, de 20 de maio de 2004, o Programa Farmácia Popular do Brasil foi criado. Com o objetivo de oferecer mais uma alternativa de acesso da população aos medicamentos considerados essenciais por intermédio de convênios firmados com Estados, Distrito Federal, Municípios e hospitais filantrópicos, bem como em rede privada de farmácias e drogarias (BRASIL, 2004).

Em 2006, estabeleceu-se o Pacto pela Saúde, firmando compromisso pactuado e assumido pelos gestores de saúde das três esferas de governo, visando qualificar a gestão do SUS. Foram determinadas as prioridades que impactam sobre a situação de saúde da população brasileira (Pacto pela Vida), com os fundamentos políticos e princípios

constitucionais do SUS (Pacto em Defesa do SUS) e com os princípios e diretrizes para a descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social, gestão do trabalho e da educação em saúde (Pacto de Gestão) (BRASIL, 2006a).

A Política Nacional de Atenção Básica foi publicada com a Portaria GM/MS n. 648, de 28 de março de 2006, estabelecendo a revisão da organização da atenção básica à saúde, incorporando os princípios e diretrizes do Pacto pela Saúde e ratificando a Estratégia Saúde da Família enquanto estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde do país (BRASIL, 2006b).

Durante o primeiro mandato do Governo Lula, tiveram como Ministros da Saúde: Humberto Sérgio Costa Lima (01/01/03 a 08/07/05); José Saraiva Felipe (08/07/05 a 31/03/06); José Agenor Álvares da Silva (31/03/06 a 16/03/07); e os principais fatos produzidos na construção das Políticas Públicas de Saúde segundo os autores Paim (2008); Teixeira e Paim (2005); Costa (2014); Alencar (2016), por estes ministros foram:

- Mudança na estrutura do Ministério da Saúde com a criação de várias secretarias: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), Secretaria de Gestão Participativa (SGP), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE);
- Ocupação de cargos, no âmbito do Ministério da Saúde, por militantes do movimento sanitário;
- Ampliação dos recursos e de equipes de saúde da família e criação do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (POES);
- Programa Bolsa Família;
- Programa Saúde e Prevenção nas Escolas;
- Pacto Nacional para redução dos índices de morte materna e neonatal;
- Capacitações de profissionais de saúde;
- Apoio financeiro a hospitais universitários;
- Programa Nacional de Atenção Integral às Urgências, criação do SAMU;
- Otimização do Sistema Nacional de Transplantes;

- Ampliação e reestruturação de programas estratégicos: combate à Aids e DST, tuberculose, hanseníase;
- VIII Simpósio sobre Política Nacional de Saúde; - Pacto pela Saúde;
- Política Nacional de Promoção da Saúde;
- Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente;
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher;
- Política Nacional de Assistência Farmacêutica;
- Criação da Comissão Nacional de Determinantes Sociais;
- 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica;
- 12ª Conferência Nacional de Saúde;
- 2ª Conferência Nacional de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde (CNCTIS);
- Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde;
- Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos;
- Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS;
- Definição de uma Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde;
- Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde;
- Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST);
- Comissão de Incorporação de Tecnologias (CITEC);
- Criação do Programa Farmácia Popular do Brasil;
- Ampliação do Programa Farmácia Popular do Brasil: Aqui tem Farmácia Popular;
- Congresso do Uso Racional de Medicamentos;
- Instituição da criação da Hemobrás.

Segundo mandato (2007-2010)

Em 2007, publicou-se a Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Os blocos de financiamento foram: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta

Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS e Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

O Ministério da Saúde lançou, em dezembro de 2007, o Mais Saúde: Direito de Todos estabelecendo um novo padrão de desenvolvimento focado no crescimento, bem-estar e na melhoria das condições de vida do cidadão brasileiro. Esse projeto institucional sofreu, poucos dias depois de seu lançamento, um grande revés com a derrubada da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), pelo Senado Federal. O setor deixou de receber anualmente R\$ 24 bilhões (BRASIL, 2010).

Em 2008, com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica, criou-se os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, os NASFs atuam em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2008).

Considerando a necessidade de promover o processo de conhecimento, identificação e valorização do Sistema Único de Saúde, por meio da normatização infra legal, o Ministério da Saúde aprovou, com a Portaria GM/MS n. 2.049, de 3 de setembro de 2009, o Regulamento do Sistema Único de Saúde. Este regulamento consolida os atos normativos expedidos no âmbito do Ministério e das entidades a ela vinculadas, abrangendo o funcionamento, a organização, a operacionalização, além das políticas e programas nacionais, diretrizes e estratégias do SUS (BRASIL, 2009).

Destaca-se, no final deste mandato, a criação do Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES), a partir da publicação da Medida Provisória nº 1.827, de 27/05/99, regulamentado pelas Portarias MEC nº 860, de 27/05/99 e 1.386/99, de 15/ 19/99 e Resolução do Conselho Monetário Nacional 2647, de 22/09/99. Os benefícios do FIES foram ampliados para os médicos que atuam na Atenção Básica em regiões prioritárias para o SUS com a publicação da Lei nº 12.202/2010, implementado em 2011.

Durante o segundo mandato do Governo Lula, os Ministros da Saúde foram: José Agenor Álvares da Silva (31/03/06 a 16/03/07); José Gomes Temporão (16/03/07 a 31/12/10) e os principais fatos produzidos na construção das Políticas Públicas de Saúde citados por Costa (2014); Alencar (2016) foram:

- Portaria n. 204/2007, regulamentando o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde;
- 13ª Conferência Nacional de Saúde;
- Programa Mais Saúde – Programa de Aceleração do Crescimento - PAC Saúde;
- Programa Saúde na Escola;
- Rede Cegonha;
- Portaria n. 154/2008, que cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF;
- Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;
- Política Nacional de Saúde da População Negra;
- Programa de aprimoramento da qualidade da atenção básica;
- Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (RENISUS).
- Aprovação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA)

2.3.6 Governo Dilma (2011-2016)

Primeiro mandato (2011-2014)

Neste ano, o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, tendo como base o Plano Nacional de Saúde, lançou um conjunto de medidas para atrair profissionais de saúde, mais especificamente médicos, nas localidades necessárias, utilizando dos meios legais publicados nos anos de 1999 a 2010.

Em 2011, o Ministério da Saúde propôs mudanças nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica e, como estratégia indutora de um processo permanente e progressivo de ampliação do acesso e de qualificação das práticas de gestão, cuidado e participação na atenção básica, implementou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), possibilitando reconhecer de que forma e com quais características estão organizadas as ações na atenção básica (BRASIL, 2015).

Após 21 anos da criação do SUS, foi publicado o Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, entre outras providências. O Decreto demandou uma nova conformação na organização de ações e serviços de saúde, por municípios com similaridades regionais, aprofundando as relações e responsabilidades interfederativas e a gestão compartilhada na formação das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2011b).

Em 16 de janeiro de 2012 foi editada, após nove anos tramitando no Congresso Nacional, a Lei Complementar n. 141/2012, que regulamenta o parágrafo 3º do artigo 198 da Constituição Federal e dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. A Lei Complementar n. 141/2012 conceituou os gastos com ações e serviços de saúde que poderiam ou não ser financiados com recursos da Emenda Constitucional n. 29/2000, visando acabar com as divergências existentes.

Quanto ao provimento de médicos, destaca-se a implantação em 2012 do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), programa criado pelo Ministério da Saúde para prover médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas prioritariamente em áreas de difícil acesso ou em populações vulneráveis, também prevê estratégias de educação à distância, como a especialização em Saúde da Família e telessaúde, atividades de supervisão presencial e à distância, além do bônus de 10% para os médicos que pretenderem ingressar em Programas de Residência Médica a partir de uma avaliação de desempenho (BRASIL, 2011c).

Conforme análise de Carvalho & Souza (2013), diferentemente do Projeto Rondon e do PITS, o PROVAB 2012 permitiu que os 5.565 municípios brasileiros pudessem concorrer a uma vaga, manifestando a sua adesão de acordo com cinco perfis, articulando critérios como capital e região metropolitana, municípios beneficiados pelo FIES, população rural com extrema pobreza.

Em julho de 2013, o Programa Mais Médicos foi criado após intenso debate junto à sociedade e tramitação no Congresso Nacional, baseado em evidências que demonstravam a falta de médicos no país, principalmente na atenção básica. O programa atua simultaneamente

em três eixos principais: Provimento emergencial de profissionais; Educação, aprimorando a formação médica no país; e Infraestrutura, por meio da construção de novas unidades básicas de saúde e reforma e ampliação das unidades já existentes (BRASIL, 2013).

Durante o primeiro mandato do Governo Dilma tiveram como Ministros da Saúde: Alexandre Padilha (01/01/11 a 03/02/2014); Arthur Chioro (03/02/2014 a 02/10/2015) com destaque para os principais fatos produzidos na construção das Políticas Públicas de Saúde conforme Paim (2008); Alencar (2016):

- Decreto 7.508/2011, visando regular a estrutura organizativa do SUS, o planejamento, a assistência e a articulação interfederativa;
- Regulamentação da EC 29 por meio da Lei Complementar n. 141/2012;
- Programa Mais Médicos;
- Vetos da presidenta na Lei do Ato Médico;
- Vetos da presidenta à Medida Provisória - MP 627/2013, que concedia anistia de multas das operadoras de planos de saúde;
- Movimentos sociais para fortalecimento do financiamento da saúde: Saúde +10, Movimento pela Auditoria Cidadã;
- Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes;
- Programa Academia da Saúde;
- Projeto de Lei de Iniciativa Popular nº 321/2013;
- Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB);
- Decreto n. 7.646/2011, que estabelece a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias CONITEC do SUS;
- Instituição da Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS);
- Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)
- Plano Brasil Maior, que inclui o complexo da saúde na agenda setorial;
- Programa de Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (Procis);

O Brasil mudou de patamar na saúde pública, os avanços são inegáveis, mas os desafios em busca de uma saúde de qualidade para o povo brasileiro que faça valer o artigo 196 da Constituição: Saúde um direito de todos e dever do Estado, são imensos. Porém, a

saúde seguia ainda sem receber verbas suficientes, impactando diretamente na qualidade do atendimento.

A saúde pública, por meio de sanitaristas e dos governos Lula e Dilma que apoiaram a implantação e a implementação de políticas públicas de qualidade, foi realizando estudos, diagnósticos, intervenções e melhorias em diversos indicadores de saúde.

É necessário reconhecer o caráter essencialmente político do processo de tomada de decisões. Isso implica fortalecer a democratização desse processo e apoiar a atuação dos diferentes atores, particularmente daqueles que em geral estão excluídos da tomada de decisões. Implica, também, em proporcionar-lhes acesso equitativo a informações e conhecimentos pertinentes que ajudem a fundamentar a defesa de seus interesses.

Deste modo, não há contradição em considerar que as ações voltadas para o combate às iniquidades devem estar baseadas, por um lado, na evidência científica e, por outro, na mobilização e participação social, pois evidência e participação se complementam e se reforçam mutuamente.

Segundo mandato (2015-2016)

No segundo mandato do governo Dilma ocorreu a continuidade das políticas instituídas, mas com dificuldade para avançar, frente à conjuntura econômica e intensos conflitos entre Estado, mercado e sociedade.

Stralen (2016) analisa o momento de crise institucional em que o Brasil vivia:

A Emenda Constitucional n. 29/2000 não definiu o piso de contribuição para o governo federal, vinculando a contribuição à variação do Produto Interno Bruto, e a Emenda Constitucional n. 86/2015 desrespeitou o Projeto de Lei de Iniciativa Popular (PLC n. 321/2013) com mais de 2,2 milhões de assinaturas em prol da aplicação mínima de 10% da Receita Corrente Bruta da União em saúde. A substituição da regra definida pela Emenda Constitucional n. 29/2000 para calcular o gasto federal mínimo com base em percentuais sobre a receita corrente líquida,

definidas pela Emenda Constitucional n. 86/2015, implicam uma perda de aproximadamente R\$ 10 bilhões para o ano de 2016. O artigo 38 da Lei de Diretrizes Orçamentárias da União, o qual define que o valor atual do gasto federal mínimo não poderá ser inferior ao valor resultante da aplicação da regra anterior, foi vetado pela presidente. Enquanto isso, a votação da Proposta de Emenda à Constituição n. 01/2015 baseada na iniciativa popular Saúde + 10 foi sucessivamente adiada. Por outro lado, as transferências do governo ao setor privado, por meio de empréstimos subsidiados do tesouro nacional, cresceram significativamente e superam a casa dos R\$ 38 bilhões estimados para 2016 (STRALEN, 2016, p.4).

Ao final de 2015, com a aceitação do processo de *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff, em 2 de dezembro, pelo presidente da Câmara dos Deputados, desde a votação de sua admissibilidade até sua aprovação, o afastamento da presidenta e o início de um governo tampão, o ano de 2016 foi marcado de forma significativa.

Durante o segundo mandato da presidenta Dilma, interrompido em 31 de agosto de 2016, os Ministros da Saúde foram: Arthur Chioro (03/02/2014 a 02/10/2015); Marcelo Castro (05/10/2015 a 27/04/2016).

Nesse período foi publicada a Lei n. 13.097, de 19 de janeiro de 2015, que altera o artigo 23 da Lei Orgânica da Saúde n. 8.080/1990, passando a ser permitida a participação direta e indireta de capital estrangeiro na assistência à saúde no Brasil.

Outro fato é a aprovação da Emenda Constitucional n. 86/2015, que para Funcia (2015),

a combinação das novas regras de cálculo para apuração do valor da aplicação mínima constitucional com a da execução orçamentária obrigatória das emendas parlamentares individuais agravaria o quadro de subfinanciamento do SUS para a União, Distrito Federal, Estados e Municípios em 2015, 2016 e, muito provavelmente, também em 2017, o que representará mais uma perda parcial de direitos sociais duramente conquistados pela sociedade brasileira, se nada for feito para reverter essa situação (FUNCIA, 2015, p. 40).

Importante destacar que no segundo mandato da presidenta Dilma houve uma ingovernabilidade, com perda de base o governo passa a sofrer ataques constantes, derrotas importantes em projetos e leis e, para além da perda de base política, ocorreu perda de base social, mediante adoção de políticas de ajuste fiscal.

Nesse contexto ocorre um golpe em 2016, forjado pelo tripé mídia, parlamento e judiciário, culminando no impeachment da presidenta eleita com mais de 54 milhões de votos, trazendo impactos negativos e grandes retrocessos ao SUS: subfinanciamento e desmonte e, como consequência, simultaneamente, o fortalecimento do setor privado com a transferência das funções e responsabilidades do setor público, total ou parcial, a esse setor, ou seja, privatização. À proporção que gastos privados substituem as despesas públicas, aumentam os obstáculos para a justiça e a equidade.

O golpe parlamentar e judiciário que afastou em definitivo a presidenta Dilma Rousseff da Presidência da República, ameaça à democracia e deixa incertezas sobre as classes que vivem do trabalho e que reivindicaram, nesses anos, a garantia de direitos sociais fundamentais (RIZZOTTO, 2016).

Após o processo de impedimento da presidenta Dilma Rousseff, o governo Michel Temer (Partido do Movimento Democrático Brasileiro – PMDB) propõe a revisão do gasto obrigatório com a saúde, revelando a vontade de diminuir ainda mais o SUS. Programas que ampliam o acesso, como o Mais Médicos, o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU 192) e mesmo a Estratégia Saúde da Família, seriam revistos. Em relação ao primeiro, a restrição à participação de médicos estrangeiros é a primeira medida anunciada. Em relação ao último, a flexibilização da forma de contratação dos agentes comunitários de saúde e a não exigência de sua participação na composição mínima das equipes foram apresentadas na forma de portarias ministeriais (Portarias n. 958/2016 e n. 959/2016) (BRASIL, 2016a, 2016b).

Para exemplificar alguns dos retrocessos, apenas no campo da saúde, a Emenda Constitucional do Teto dos Gastos (EC n. 95/2016), que limita, por 20 anos, a ampliação dos gastos com a

saúde; a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (agosto de 2017), que desestrutura a estratégia de organização do Sistema Único de Saúde a partir da atenção básica; a proposta de criação de planos populares de saúde, do Ministro da Saúde; e a legitimação de tal proposta por meio do Projeto de Lei dos Planos de Saúde, do deputado Rogério Marinho (Partido da Social Democracia Brasileira – PSDB), relator da Comissão Especial sobre Planos de Saúde da Câmara dos Deputados, que visa estabelecer um novo marco legal para o mercado de planos e seguros de saúde, revogando a atual Lei n. 9.656/1998 (RIZZOTTO, 2017).

A seguir, pretende-se continuar demonstrando que o financiamento do SUS tem sido tema recorrente em debates nos meios acadêmicos, nos movimentos sociais e nas instâncias gestoras do sistema, desde a Constituição Federal (BRASIL, 1988), por ser considerado insuficiente para atender às necessidades de saúde da população brasileira, levando em conta os princípios de universalidade, integralidade e igualdade no acesso a bens e serviços inscritos nesta Constituição. No debate setorial, já se estabeleceu consenso de que os principais problemas do SUS são de duas ordens, financiamento e gestão.

2.4. Financiamento do SUS

Não é uma tarefa fácil pôr em prática um Sistema como o SUS, onde as três instâncias de governo (União, 27 estados, um Distrito Federal e 5.570 municípios atualmente) têm papéis complementares e suplementares, e uma megadiversidade de culturas, geografia e aspectos políticos. Souza *et al.*, (2014), reconhece que a descentralização do SUS e o processo de municipalização é um êxito na lógica da gestão do sistema. Mesmo para a maioria dos municípios brasileiros que têm menos de 20 mil habitantes, e dependem da arrecadação do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) para “sobreviverem” financeiramente (SILVA, 1999). No aspecto legal, o artigo 30º da Constituição designe o município como o principal ente responsável pela gestão direta da Saúde (com o apoio técnico e financeiro da União e dos Estados).

Os dados publicados em Nota Técnica do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), demonstram que os principais gastos e custos pelos três entes administrativos no biênio de 2010 e 2011 é gasto no gasto total em AB foi de 64%, em especial para os municípios. Sendo, que 60% dos gastos pelos municípios são relativos aos recursos humanos, onde os encargos e vencimentos com os profissionais médicos se configuravam na principal despesa em Recurso Humanos (VIEIRA & SERVO, 2013). O que reforça a importância do Programa Mais Médicos com a participação da União.

Apesar de que o orçamento federal destinado especificamente à atenção básica foi incrementado em 8% em 2011, quando comparado ao ano anterior (PINTO *et al.*, 2012), evidenciando, assim um cenário financeiro mais favorável na esfera federal. Porém ainda, não suficiente para a complexidade e a realidade da maioria dos municípios brasileiros.

As alterações no arranjo federativo brasileiro pós-constituente, quanto ao processo de descentralização com ênfase na municipalização possibilitou o estabelecimento de novos mecanismos de financiamento na Saúde e a progressiva transferência de responsabilidades sobre a gerência e execução direta de serviços a Estados e a municípios (CAMPOS, 2010). Em especial ao processo organizativo da atenção básica.

Mas, ainda mais relevante para o processo organizativo da atenção básica foi o início do Programa Saúde da Família em 1994 que representou uma mudança ontológica e epistemológica no modelo de atenção à saúde. Na visão de Moura & Vasconcelos (2013), um programa que concebe a saúde a partir de uma análise sistêmica da inserção das populações nos territórios e dos embates civilizacionais. Ainda, no que concerne aos grandes marcos da década de 1990, dá-se destaque ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e a aprovação das Normas Operacionais Básicas do SUS de 1996 (NOB/96) como representações da ênfase dada à atenção básica para dentro do SUS (SOUSA *et al.*, 2014).

Apesar da responsabilidade pela gerência e execução direta dos serviços caberem aos gestores municipais, a esfera federal participa de forma significativa na formulação, indução e financiamento da Política. Ou seja, ainda centralizado no âmbito da união.

Diversas iniciativas foram implementadas com o objetivo de racionalizar o uso dos recursos e melhorar o desempenho do sistema, enquanto outras têm sido planejadas para esta

mesma finalidade. Gestão e financiamento sempre foram apontados como principais problemas na melhora do desempenho do sistema.

Contudo, mesmo que o SUS se torne mais eficiente, objetivo sempre desejável, existe, do ponto de vista assistencial, déficit na oferta de serviços em diversas regiões do país, refletido nas intermináveis "filas de espera", sobretudo no tocante ao atendimento especializado e à realização de exames de diagnóstico e terapia. Melhorar a gestão, sempre recomendável, pressupõe investimento na capacitação de recursos humanos, na modernização de processos de trabalho, em sistemas informacionais e na infraestrutura tecnológica, e para isso é preciso dispor de recursos financeiros suficientes e estáveis, e de decisão política como requisito indispensável (VIEIRA & BENEVIDES, 2016).

Para Vieira & Benevides (2016), o Novo Regime Fiscal visa reverter uma trajetória histórica de crescimento real do gasto público, afetando abrangência, princípios, cobertura e qualidade das políticas sociais com a desvinculação das despesas com ações e serviços públicos de saúde da receita corrente líquida, da perda de recursos em relação às regras de vinculação das Emendas Constitucionais n. 29 e 86, da redução do gasto público per capita com saúde, da desobrigação dos governos de alocarem mais recursos em saúde em contextos de crescimento econômico, do provável aumento das iniquidades no acesso a bens e serviços de saúde; e das dificuldades para a efetivação do direito à saúde no Brasil.

Para Ocké-Reis (2008), em *“Os problemas de gestão do SUS decorrem também da crise crônica de financiamento?”*, existe uma contradição entre o modelo redistributivo pressuposto na Constituição brasileira e o nível de gasto público em saúde. A melhoria da eficiência pode, na realidade, significar e exigir o aumento dos gastos.

Ocké-Reis (2006) traz dados que evidenciam que o Estado deveria centrar esforços no fortalecimento do SUS, garantindo financiamento estável que viabilizasse implantação e implementação de políticas públicas de qualidade, visando acesso e atendimento necessário à população, especialmente aos mais vulneráveis e marginalizados.

Em *“Sistemas de saúde comparados: gasto, acesso e desempenho”* Ocké-Reis (2006) cita que estudos comparativos acerca dos gastos dos sistemas de saúde em nível internacional têm atraído a atenção dos economistas. Em 2003, o Brasil aplicou US\$ 597 per capita na área

da saúde, ou 7.6% do Produto Interno Bruto (PIB), enquanto, na média, alguns países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) gastaram US\$ 3,145 ou 10.8% do PIB e alguns países latino-americanos US\$ 622 ou 6.7% do PIB.

Apesar de a Constituição brasileira definir que a saúde é um direito social, procurando atender as necessidades de saúde da população mediante a provisão do acesso universal dos serviços, pode-se avaliar que, em termos relativos, o gasto público em saúde no Brasil apresenta uma proporção similar àquela observada no sistema norte-americano – que é um modelo tipicamente liberal. Nota-se, ainda, no caso brasileiro, uma taxa de 2,1 médicos por mil habitantes e uma taxa do número de leitos menor do que os países da OCDE, porém maior do que os da América Latina. Usando uma medida aproximada, o Brasil apresentava a taxa mais alta de mortalidade infantil e a menor expectativa de vida dentre os países selecionados.

Com o Programa Mais Médicos, as áreas mais vulneráveis e distantes dos grandes centros desde a implantação em 2013 passaram a ter assistência médica, acesso à promoção à saúde, o cuidado efetivo, suprimindo a necessidade de médicos para além de onde se concentrava maior poder aquisitivo e maior presença do setor privado.

2.5. Programa Mais Médicos

Segundo Jli (2004), a ausência de profissionais de saúde em determinadas localidades é uma questão multifatorial que geralmente combina aspectos como desregulação do mercado de trabalho e da formação profissional, desigualdade na distribuição geográfica e rotatividade entre os profissionais. No Brasil, escassez médica é geralmente devido à baixa regulação estatal no trabalho e na formação profissional, e a alta rotatividade destes profissionais.

Este cenário reflete de forma negativa em taxas como expectativa de vida e mortalidades materna e infantil. De acordo com Oliveira, *et al.* (2015), a escassez de médicos é um dos principais obstáculos enfrentados na efetivação do SUS e no fortalecimento da atenção básica no Brasil. Conforme dados apresentados pela Organização Mundial de Saúde

(OMS, 2012), os médicos brasileiros estão mal distribuídos no território nacional. No intuito de amenizar o problema, em 2011, o governo federal adotou medidas como:

- A regulamentação de uma Lei aprovada no ano anterior, onde os egressos de Medicina que tiveram seus cursos total ou parcialmente custeados pelo Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) poderiam abater suas dívidas em função do tempo de atuação na Saúde da Família de regiões previamente determinadas pelo Ministério da Saúde.
- Lançamento do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), que além de pagar bolsas de estudos e cursos de especialização, estimulava médicos recém-formados a trabalharem na atenção básica com a pontuação adicional na prova de residência médica.

Houve, ainda, em janeiro de 2013, uma movimentação por meio da Frente Nacional dos Prefeitos (FNP), intitulada “Cadê o médico? ”, no qual prefeitos eleitos cobravam do governo federal apoio aos municípios no enfrentamento do problema de falta de médico.

No mesmo ano, em junho, um conjunto de manifestações populares foram às ruas exigir melhores condições na Saúde no país, entre elas, mais médicos. Foi uma onda de protestos que se iniciou em São Paulo e posteriormente foi expandindo por várias cidades brasileiras, ficando conhecida como “jornadas de junho”. Tais manifestações só tiveram precedente quando ocorreu o impeachment do ex-presidente Collor, desde então não se via manifestação de rua nessa proporção. Os milhares de manifestantes iniciaram os protestos se opondo ao aumento no preço das passagens de ônibus, e logo a pauta se ampliou. As interpretações sobre a origem das jornadas são as mais diversas até hoje, dependendo de quem as analisa. Não houve uma agenda centralizada de reivindicações.

Em resposta às manifestações que tomaram as ruas do país, em 08 de julho de 2013, no programa semanal de rádio, a presidenta Dilma Rousseff defendeu o Pacto Nacional pela Saúde; um plano de melhoria do sistema de saúde pública do país, incluindo mais investimentos, mais médicos com contratação de médicos estrangeiros e estímulos para médicos brasileiros se deslocarem a áreas fora dos grandes centros, mais hospitais e unidades de saúde, mais formação. Ao todo foram cinco pactos, que abrangeram as áreas de responsabilidade fiscal, transporte, saúde, educação e reforma política.

Então, em julho de 2013 ocorre o lançamento do Programa Mais Médicos (Portaria Interministerial n. 1.369, de 8 de julho de 2013). Tendo como justificativa à sua criação:

- A necessidade de garantir atenção à saúde com ênfase nas populações, regiões ou municípios que apresentam maior vulnerabilidade social ou econômica;
- A necessidade da efetiva participação do Ministério da Saúde em medidas de provimento e fixação de profissionais, colaborando com os outros entes federativos.

E em outubro de 2013, a Lei n. 12.871 institui o Programa, com os seguintes objetivos:

1. “Diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;
2. Fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;
3. Aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;
4. Ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;
5. Fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;
6. Promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;
7. Aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e
8. Estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

Para alcançar a meta de atingir o índice de 2,7 médicos/1.000 habitantes no ano 2026, equiparando o Brasil ao parâmetro do Reino Unido, o Programa Mais Médicos prevê ações em três grandes eixos (RIBAS,2016):

1) **Infraestrutura:** ampliar e qualificar as instalações das Unidades Básicas de Saúde, tornando-as adequadas aos parâmetros previstos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2011), bem como os demais estabelecimentos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) que servem de ambiente para o processo de ensino-serviço durante a prática acadêmica;

2) **Formação profissional:** ampliar o quantitativo de cursos e vagas na graduação e na residência médica, com ênfase para as regiões com menor relação de vagas e médicos por habitante, além de promover mudanças e reorientação na formação médica;

3) **Provisionamento emergencial:** prover – ou provisionar – médicos para as áreas e municípios prioritários (conforme os perfis mencionados anteriormente). O provimento será feito prioritariamente por médicos diplomados em instituições brasileiras e, na ausência destes profissionais, serão convocados médicos formados em instituições estrangeiras.

Destaca-se que a atuação dos médicos está condicionada a quatro fatores: (1) atuar exclusivamente no âmbito da Atenção Básica; (2) trabalhar em estabelecimentos localizados nas áreas prioritárias definidas pelas regras do Programa; (3) exercer a profissão por um período de três anos (prorrogável por mais um ano, caso haja interesse de todas as partes envolvidas), e; (4) atuar em locais onde nenhum médico formado no Brasil estiver atuando.

Segundo normatiza a Portaria Interministerial n. 1, de 21 de janeiro de 2014, antes de iniciarem suas atividades, os médicos com formação em outros países devem passar por um curso preparatório de formação cujo conteúdo inclui tópicos sobre o Sistema Único de Saúde e legislação brasileira, realidades sociodemográficas e epidemiológicas do país e da região onde irão atuar, língua portuguesa e funcionamento e regras para se trabalhar nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou estabelecimentos similares constantes no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) (RIBAS, 2016). E a Portaria Interministerial n. 1.369, de 8 de julho de 2013, define as obrigações de todos os médicos inscritos no Programa.

Em 2013 participei do acolhimento dos médicos estrangeiros que iriam atuar no Estado de São Paulo. Fui acionada para apresentar a Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica a esses médicos, como apoiadora institucional da Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde. Minha percepção foi de que interesse, dedicação, compromisso e vontade de transpor todos os desafios postos não faltariam a esses soldados aliados na luta pelo SUS e que as dificuldades não seriam, de forma alguma, fator limitante para cumprimento dessa missão.

Buscando um método prático e funcional, o governo federal resgata os critérios estabelecidos pela Portaria n. 1.377, de 13 de julho de 2011, do Ministério da Saúde, e redefine os perfis dos municípios e localidades prioritárias para o provimento do médico aderido ao Programa. No final, optou por uma forma mais prática a de utilizar “áreas referentes aos 40% dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza”. O Programa então, passa a priorizar a lotação dos médicos em Unidades Básicas de Saúde localizadas nas áreas mais vulneráveis dos municípios brasileiros. E ainda, estratificam-se os municípios seguindo a classificação de: capitais, regiões metropolitanas e G100, bem como os municípios que possuem 20% ou mais de sua população vivendo em extrema pobreza, ou que contenham áreas pertencentes a Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Todo território do município é considerado prioritário.

A adesão dos Municípios e do Distrito Federal ao Programa Mais Médicos para o Brasil depende de uma celebração de termo de adesão e compromisso no qual constam, determinações como: não substituir os médicos que já compõem as equipes de atenção básica pelos participantes do Programa e manter as equipes de atenção básica constituídas com profissionais médicos não participantes do Programa (TCGU,2016).

Os condicionantes para a participação dos profissionais no Programa Mais Médicos para o Brasil estão explícitos na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, na Portaria Interministerial MEC/MS nº. 1.369, de 08 de julho de 2013, e nos editais de seleção dos médicos publicados pelo Ministério da Saúde, por exemplo:

(..)médicos formados em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado no Brasil, é necessário comprovar a habilitação para o exercício da medicina em território nacional, bem como estar em situação regular perante a Justiça Eleitoral, e, sendo do sexo masculino, estar em situação

regular com as obrigações militares. (...) Para os médicos intercambistas, aqueles formados em instituição de educação superior estrangeira com habilitação para exercício da medicina no exterior, as exigências são de estar em situação regular perante autoridade competente na esfera criminal do país em que está habilitado para o exercício da medicina no exterior, possuir habilitação em situação regular para o exercício da medicina no exterior, a ser conferido pelo Ministério das Relações Exteriores, possuir conhecimentos de língua portuguesa, e possuir diploma de conclusão da graduação em medicina em instituição de educação superior estrangeira. Também é necessário que o país de exercício profissional do médico apresente relação estatística médico/habitante com índice igual ou superior a 1,8/1000 (um inteiro e oito décimos por mil), conforme Estatística Mundial de Saúde da Organização Mundial da Saúde, a ser verificado pelo Ministério da Saúde (TCGU,2016. p. 27-28).

Conforme especificado nos editais de seleção, a responsabilidade pela conferência dos documentos de habilitação dos médicos é do gestor municipal, os médicos uma vez selecionados, devem apresentar à gestão municipal 2 (duas) vias do termo de adesão e compromisso gerado pelo sistema eletrônico e documentação exigida para participação no Programa, assinado tanto pelo gestor como pelo médico a ser contratado, após o processo seletivo.

A participação do Ministério da Educação é imprescindível, pois o Programa Mais Médicos para o Brasil, trata também de uma atividade de ensino, pesquisa e extensão, conforme o art. 14 da Lei 12.871/2013. Sendo ofertados aos contratados, curso de especialização, por meio de instituições de educação superior brasileiras vinculadas ao Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), e por atividades de ensino, pesquisa e extensão, que terá componente assistencial mediante integração ensino-serviço explicito no art. 20 da Portaria Interministerial MEC/MS n.º 1.369. Com destaque para as Universidades de Minas Gerais e do Estado do Rio Janeiro na produção de subsidio-base para o Programa Mais Médicos, ambas apoiadas pela Organização Pan-Americana de Saúde, mediante Cartas-Acordo, no ano de 2013.

A OPAS tem sido ator participativo do Programa Mais Médicos, tendo firmado com o Ministério da Saúde um Termo de Cooperação – TC 80 até 2018, com o objeto de desenvolvimento das atividades do Projeto “Acesso da população Brasileira à Atenção Básica em Saúde”. Tendo como resultados esperados: a ampliação do acesso à Rede de Serviço de Atenção Básica nas localidades prioritárias para o SUS; a formação e qualificação de

profissionais médicos cubanos por meio de ações de formação em serviços de atenção básica no Sistema Único de Saúde; o monitoramento e controle da alocação e movimentação dos médicos da cooperação realizados através do Sistema Colpadi e Produção e apropriação das experiências e boas práticas do projeto sistematizadas e publicadas (OPAS, 2016). Apoiando à Formulação e Implementação de Políticas Integradas no país.

Segundo a OPAS, esta cooperação está norteada pelos:

(...) princípios da relação internacional, nos princípios dos direitos humanos e pelo comprometimento do País com ações de promoção e prevenção da saúde, no âmbito da atenção básica e da redução da pobreza. A OPAS/OMS, por sua vez, visa impulsionar as ações de saúde conforme orientado nos instrumentos e resoluções internacionais (OPAS, 2016, p.6).

Destaca, ainda, que o Programa Mais Médicos tem contribuição no cenário internacional, devido pactuação de um mandato entre os países membros da OPAS/OMS e pela produção e transferência de conhecimentos no âmbito da Cooperação SU-Sul (Cuba-Brasil). Conforme consta no relatório da OPAS essa cooperação:

(...) é considerada 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 (OPAS, 2016, p.26)

Como resultado da implementação do Programa Mais Médicos no Brasil, em 2015, mais de quatro mil municípios (4.047) receberam pelo menos um médico do Programa até agosto de 2015, o que representa 72,7% de todos os municípios do Brasil. O Sudeste, apesar de ser a região que concentra o maior número de municípios – quando comparada com as outras quatro separadamente – foi a que proporcionalmente recebeu o menor número de médicos neste quesito: 61,5% (RIBAS 2016).

O Ministério da Saúde vinha incentivando a realização de estudos e pesquisas com foco na Formação de Especialistas no Brasil - Desafios da inserção da Residência Multiprofissional em Saúde da Família no contexto das Redes de Atenção à Saúde e as perspectivas para a formação de especialistas baseada nas necessidades do país, para que ocorram mudanças na formação e pós-graduação em saúde voltada à atenção básica.

2.5.1 O Programa Mais Médicos no município de Mauá/SP

Embora muito relevantes as informações a serem aqui apresentadas, importante destacar que pretendem apenas trazer o conhecimento de algumas ocorrências e fatos, com um breve resgate histórico, que certamente desencadearam na opção de adesão do município do estado, Mauá/SP, ao Programa Mais Médicos.

A falta de médicos, em Mauá era observada especialmente nos bairros da periferia da cidade, a exemplo do Jardim Zaíra, local de difícil acesso, com morros e vielas, e conforme relatos de diversos profissionais de saúde, o usuário para marcar consulta demorava em torno de quatro a cinco meses em média nas unidades básicas disponíveis.

E essa falta de médicos impactava também nos atendimentos domiciliares e nas buscas ativas. Em 2009, o número de ESF era restrita a oito, no ano de 2012, havia ocorrido ampliação para 42 equipes, no entanto, ainda insatisfatória reprimindo ações e serviços de saúde a serem ofertados à população. E após a implantação do Programa Mais Médicos foram registradas 85 equipes em atuação no município (GOVERNO DO BRASIL, 2014).

A gestão de 2009 a 2012, da qual fiz parte, tinha como diretriz o fortalecimento da Atenção Básica, centrada na expansão da Estratégia de Saúde da Família, com critérios de regiões mais vulneráveis como prioritárias, porém a dificuldade de prover e fixar médicos não permitiu que ampliássemos para além de 42 equipes.

Em 2011, inclusive, corremos o risco de redução nas 42 equipes, uma vez que a arrecadação do município não era suficiente para manter os 30% de investimento que o município vinha fazendo na saúde e um dos cenários discutidos em reunião com a Secretaria de governo foi a não possibilidade de manter o percentual de gasto na saúde, o que levaria à redução ainda em 2011 das equipes. Ou seja, sempre foi uma instabilidade se manter a expansão da atenção básica, tanto pela falta dos profissionais médicos como também pela necessidade de um aporte financeiro maior dos demais entes.

Como já demonstrado, o Programa Mais Médicos tem como um dos objetivos principais suprir a carência de médicos nos municípios interioranos e nas periferias das grandes metrópoles bem como reduzir as desigualdades regionais em saúde. Para os autores

Santos, Costa & Girardi (2015), o Programa Mais Médicos não é um equívoco conceitual, o mesmo foi bem fundamentado em evidências das necessidades da população, é concernente aos princípios do SUS.

Nesse contexto, encontrando muita dificuldade para fixação de médicos nas regiões mais vulneráveis do município, Mauá/SP, que possui uma população de quase meio milhão de habitantes, aderiu ao segundo ciclo do Programa, em setembro de 2013, e recebeu os primeiros médicos em outubro do mesmo ano, sendo que ao todo foram 46 médicos cubanos, que passaram a atender na atenção básica do município.

Para além da dificuldade da fixação, havia também a dificuldade de contratação de médicos, uma vez que apesar de se localizar em região metropolitana, o município possui diversas áreas vulneráveis. Sendo certo que a Secretaria de Saúde do município chegou a abrir processo seletivo nos anos de 2010 a 2012, oferecendo salários superiores dos demais municípios da região, inclusive São Bernardo do Campo/SP, que possui uma realidade socioeconômica infinitamente diferenciada da de Mauá/SP, porém sem obter êxito. Nessa mesma linha, chegou a oferecer salários maiores que os do município de São Paulo, capital do Estado, e novamente sem obter êxito no sentido de prover e/ou fixar médicos nas regiões prioritárias que necessitavam expandir a Estratégia Saúde da Família, pela contextualização de vulnerabilidade.

O Programa Mais Médicos, além de agregar medidas emergenciais de provisão de médicos para possibilitar o acesso às populações até então desassistidas, modifica, em médio e longo prazo, a estrutura de formação destes profissionais no Brasil. Está orientado à universalização da residência médica, com ênfase na formação generalista em medicina da família e comunidade, ampliação de vagas e mudanças nas diretrizes curriculares dos cursos de medicina – iniciativa importante para a consolidação do SUS. Dessa forma coloca a provisão de médicos para a Atenção Primária em saúde (APS), no centro da discussão, caracterizando-se como a maior iniciativa do Estado brasileiro para tal fim. Nunca antes a formação médica para a APS teve tamanha proeminência na política de saúde brasileira (FACHINI *et al.*, 2016).

Outras ações concretas ocasionadas pelo Programa, foi a possibilidade da implantação do Programa de Residência Médica no município, além do início do curso de Medicina.

Porém, as análises pretendidas com relação aos impactos do Programa Mais Médicos sobre os indicadores de saúde em Mauá/SP, estarão descritas em outro capítulo.

Foi através do Programa que Mauá/SP então pode iniciar em seu hospital municipal “Dr. Radames Nardini”, o qual também é referência para mais dois municípios da região: Ribeirão Pires/SP e Rio Grande da Serra/SP, o Programa de Residência Médica, em 2014, modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

As áreas escolhidas pela Secretaria de Saúde foram Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Psiquiatria e Medicina de Família e Comunidade. Neste novo conceito, médicos residentes percorrem todos os setores de atendimento ao público, em espaços diversificados. Os residentes vivenciaram no período de dois anos o cotidiano dos profissionais da rede municipal de Saúde e passaram por todos os serviços: hospital, unidades básicas de saúde, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Centro de Reabilitação e outros.

O município de Mauá/SP também conta hoje com o curso de Medicina, inaugurado em 2017, pela parceria entre a prefeitura e a Universidade Uninove, fechada por meio do acordo Programa Mais Médicos. As cidades contempladas na região, Mauá/SP e São Bernardo do Campo/SP, não tinham faculdade na área e não são capitais de Estado, medida que visa contribuir para a interiorização do ensino médico.

Com o Programa foi possível a reforma de todas as Unidades Básicas de Saúde do município, bem como a ampliação de diversas delas. Destaca a construção de nova unidade no jardim Oratório, bairro extremamente vulnerável, que antes a unidade possuía cerca de 350 m² e a nova unidade tem 1200 m², dividida em 2 andares, com elevador que garante acessibilidade, promovendo atendimento com excelência, ambiência e humanização aos moradores da região.

Os resultados a serem mostrados explicam porque a Câmara Municipal de Mauá, em 9 de novembro de 2016, concedeu a cidadania mauaense aos médicos cubanos que atuaram em Mauá/SP, em sessão solene (Anexo 3), por meio do Projeto de Decreto Legislativo n. 24, de

03 de novembro de 2016 (Anexo 4), que originou o Decreto Legislativo n. 22, de 04 de novembro de 2016 (Anexo 5). No Anexo 6 encontram-se as fotos da solenidade.

A realização deste estudo pode contribuir para a análise descritiva de políticas institucionais, assim como subsidiar a formulação de hipóteses plausíveis para estudos mais aprofundados e subsidiar a tomada de decisões nas políticas de saúde no município de Mauá/SP.

3. CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO DO ESTUDO

Neste tópico, serão abordados os aspectos socioeconômicos da área do estado de São Paulo, região e município, a regionalização da saúde do estado de São Paulo, e a capacidade de rede de saúde instalada em Mauá/SP, possibilitando conhecer a região de interesse de estudo e a importância do Programa Mais Médicos neste município.

3.1. Aspectos Socioeconômicos do Estado de São Paulo

São Paulo é um estado localizado na região Sudeste do Brasil. Faz divisa com Rio de Janeiro, a leste; com Minas Gerais, a norte e nordeste; com Mato Grosso do Sul, a oeste; e com Paraná, ao sul. Em sua porção sudeste, é banhado pelo Oceano Atlântico.

O estado possui 645 municípios em uma área territorial de 248.222,36 km². A maioria constitui-se de pequenos municípios, sendo que a maior parte da população se concentra em 75 municípios com mais de 100 mil habitantes. Com uma população estimada em 44.396.484 de habitantes, a densidade demográfica de São Paulo é de 178,85 habitantes por km², sendo a unidade da federação mais populosa do país (IBGE, 2015a). Sua população é descendente principalmente de imigrantes europeus (italianos, portugueses, espanhóis e alemães), também com influência de libaneses, sírios, japoneses e africanos.

São Paulo possui o segundo maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o segundo maior Produto Interno Bruto (PIB) per capita, a quarta menor taxa de mortalidade infantil e a terceira menor taxa de analfabetismo entre as unidades federativas brasileiras (IBGE, 2015b).

3.2. Aspectos da Regionalização da Saúde no estado de São Paulo

A Constituição Federal de 1988, assim como a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, estabeleceram que a regionalização, enquanto diretriz do SUS, deve orientar a descentralização e a pactuação das ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS.

A regionalização é um processo que exige a articulação e mobilização de elementos técnicos, humanos, econômicos, de gestão, políticos, culturais, organizados em uma região de saúde, de forma a garantir o atendimento integral à saúde da população, ampliando o acesso, maximizando a utilidade dos recursos e minimizando os custos de sua produção (BRASIL, 2008).

Desde 2007, no processo de construção do Pacto pela Saúde do estado de São Paulo, foram constituídas 64 Regiões de Saúde com suas respectivas Comissões Intergestores Regional (CIR), que a partir de 2013, passaram a ser 63 Regiões de Saúde (SÃO PAULO, 2013).

Na reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ocorrida em agosto de 2011, foi pactuado a estruturação de 17 Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), definidas a partir de recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo. Além disso, os serviços são organizados a partir da atenção básica da saúde, identificadas pelos gestores municipais e estadual a partir de vários critérios. As redes são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que são integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão. As redes buscam garantir a integralidade da atenção à saúde em um determinado território (CIB/SP, 2011).

Em cada Rede Regional de Atenção à Saúde, instituiu-se o Comitê Gestor da Rede, com os objetivos (CIB/SP, 2011):

I – Elaborar e manter atualizado o diagnóstico da capacidade instalada da Rede Regional de Atenção à Saúde, bem como dos seus fluxos de referência, contando com apoio de Câmara Técnica e quando necessário de grupos de trabalho;

II – Acolher as demandas assistenciais oriundas dos Colegiados de Gestão de Regional (CGR) / Comissão Intergestores Regional de sua área de abrangência, bem como as propostas de fluxos de referência, compatibilizando-os com os recursos assistenciais existentes e as pactuações com as demais Redes Regionais de Atenção à Saúde;

III – Coordenar a definição do desenho e fluxos das redes temáticas em sua área de abrangência;

IV – Analisar e propor adequações nos perfis assistenciais dos estabelecimentos que integram a Rede, de acordo com as demandas e submetê-los aos CGR/CIR para pactuação;

V – Apoiar os CGR/CIR na implantação das redes temáticas no seu território;

VI – Monitorar, por meio dos gestores respectivos, o cumprimento das metas quantitativas e qualitativas dos prestadores, independentemente de sua natureza;

VII – Instituir mecanismos de regulação assistencial por meio de cogestão regional, considerando a oferta da rede de saúde suplementar;

VIII – Avaliar o desempenho da Rede Regional de Atenção à Saúde;

IX – Avaliar permanentemente a composição de sua rede;

X – Identificar áreas de estrangulamento e vazios assistenciais, propondo critérios e premissas que contribuam para a elaboração pelos respectivos CGR/CIR de um Plano Diretor de Investimento e custeio e promover sua compatibilização com os recursos existentes e as pactuações com as demais Redes Regionais de Atenção à Saúde.

A seguir, é descrito o desenho das Redes Regionais de Atenção à Saúde do estado de São Paulo, indicando as regiões de saúde abrangentes, o número de municípios envolvidos e o quantitativo populacional (Tabela 1).

Tabela 1 – Composição das Redes Regionais de Atenção à Saúde do estado de São Paulo – 2016.

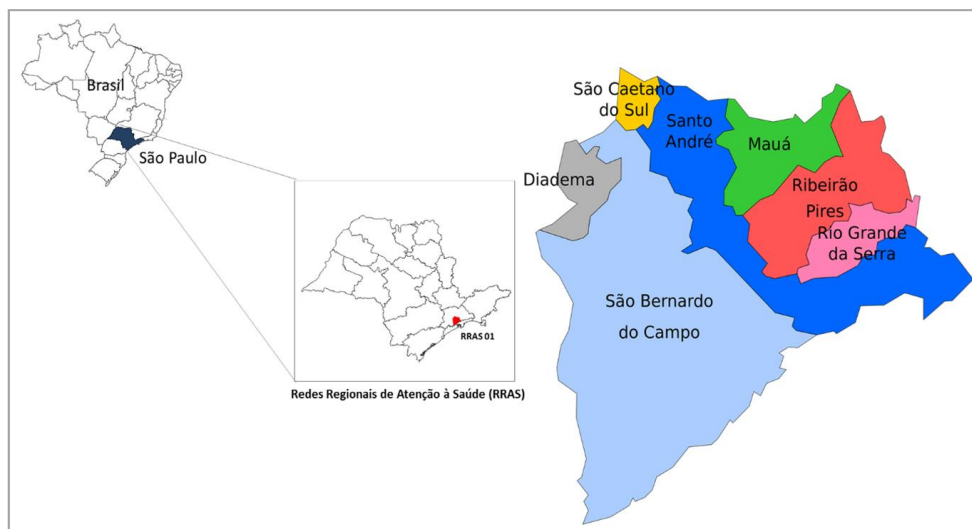
RRAS	Regiões de Saúde	Número de Municípios	População 2015
11	Grande ABC	7	2.901.043
22	Alto do Tietê	11	573.906
33	Franco da Rocha	5	1.092.577
44	Mananciais	8	1.835.869
55	Rota dos Bandeirantes	7	2.719.571
66	São Paulo	1	11.967.825
77	Baixada Santista	24	498.499
88	Itapeva, Itapetininga, Sorocaba	48	722.254
99	Lins, Bauru, Jaú, Vale do Jurumirim, Polo Cuesta	68	2.769.880
110	Adamantina, Tupã, Assis, Marília, Ourinhos	62	1.744.292
111	Alta Paulista, Extremo Oeste Paulista, Alta Sorocabana, Alto Capivari, Pontal do Paranapanema	45	4.848.284
112	Santa Fé do Sul, Jales, Fernandópolis, Votuporanga, São José do Rio Preto, José Bonifácio, Catanduva, dos Lagos do DRS II, Central do DRS II, dos Consórcios do DRS II	142	2.680.672
113	Alta Mogiana, Três Colinas, Alta Anhanguera, Vale das Cachoeiras, Aquífero Guarani, Horizonte Verde, Centro Oeste do DRS III, Norte do DRS III, Central do DRS III, Coração do DRS III, Sul de Barretos, Norte de Barretos	90	3.358.859
114	Araras, Rio Claro, Limeira, Piracicaba	26	679.478
115	Rio Pardo, Mantiqueira, Baixa Mogiana, Oeste VII, Campinas	42	1.606.881
116	Bragança, Jundiá	20	1.943.207
117	Circuito da Fé, Região Serrana, Litoral Norte, Alto V. Paraíba	39	2.453.387
TOTAL		645	44.396.484

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (IBGE, 2015a).
 Legenda: RRAS – Rede Regional de Atenção à Saúde, DRS – Departamento Regional de Saúde.

3.3. Rede de Saúde da Região do Grande ABC/SP

Sete municípios integram a Região de Saúde do Grande ABC e equivalem à Rede Regional de Atenção à Saúde 01. São eles: Diadema, Mauá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul (Figura 1).

Figura 1 – Municípios constituintes da Região de Saúde do Grande ABC/SP.



Fontes: Adaptado de IBGE, Portal de Mapas.

A população estimada da Região equivale à 2.719.571 habitante sobre uma área territorial de 828,702 km² (IBGE, 2015a), conforme demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2 – Dados Demográficos – Brasil, Região Sudeste, São Paulo, Grande ABC/SP – 2015.

Localidade	População Estimada 2015	Área (km²)	Densidade demográfica (habitantes/km²)
Brasil	204.450.649	8.515.759,09	24
Região Sudeste	85.745.520	924.616,97	92,73
São Paulo	44.396.484	248.222,36	178,85
Grande ABC/SP	2.719.571	828,702	3.281,72

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (IBGE, 2015a, 2015b).

3.4. Aspectos Demográficos da Região do Grande ABC/SP

A maior taxa populacional está concentrada nas cidades de São Bernardo do Campo com 30% e Santo André 26%. O município de Diadema possui a maior densidade demográfica da região, com 13.420 habitantes/km², em seus 30,7 km² de área territorial. Na sequência, o município de São Caetano do Sul, com 10.307 habitantes/km², em seus 15,3 km² de área, sendo este o município com a menor área territorial entre os municípios da região.

No que se refere à taxa de urbanização, a região é predominantemente urbanizada (99,7%) e seus municípios encontram-se próximos à capital do estado.

Tabela 3 – Situação Demográfica dos municípios que integram a Região do Grande ABC/SP.

Municípios	Área (km²)	População 2017	Densidade Demográfica 2017 (habitantes/km²)	TGCA 2010/2017 (%)	PIB 2014 (mil reais)
Diadema	30,73	417.869	13.586,58	1,14	13.910.517
Mauá	61,91	462.005	7.462,65	1,47	11.329.503
Ribeirão Pires	99,08	121.848	1.229,86	1,07	2.606.481
Rio Grande da Serra	36,34	49.408	1.359,57	1,68	519.828
Santo André	175,78	715.231	4.068,85	0,8	28.119.591
São Bernardo do Campo	409,53	827.437	2.020,56	1,12	47.551.620
São Caetano do Sul	15,33	159.608	10.410,80	0,96	16.153.419
Total Sub-Região Sudeste	828,7	2.753.406	3.322,55	1,09	120.190.959

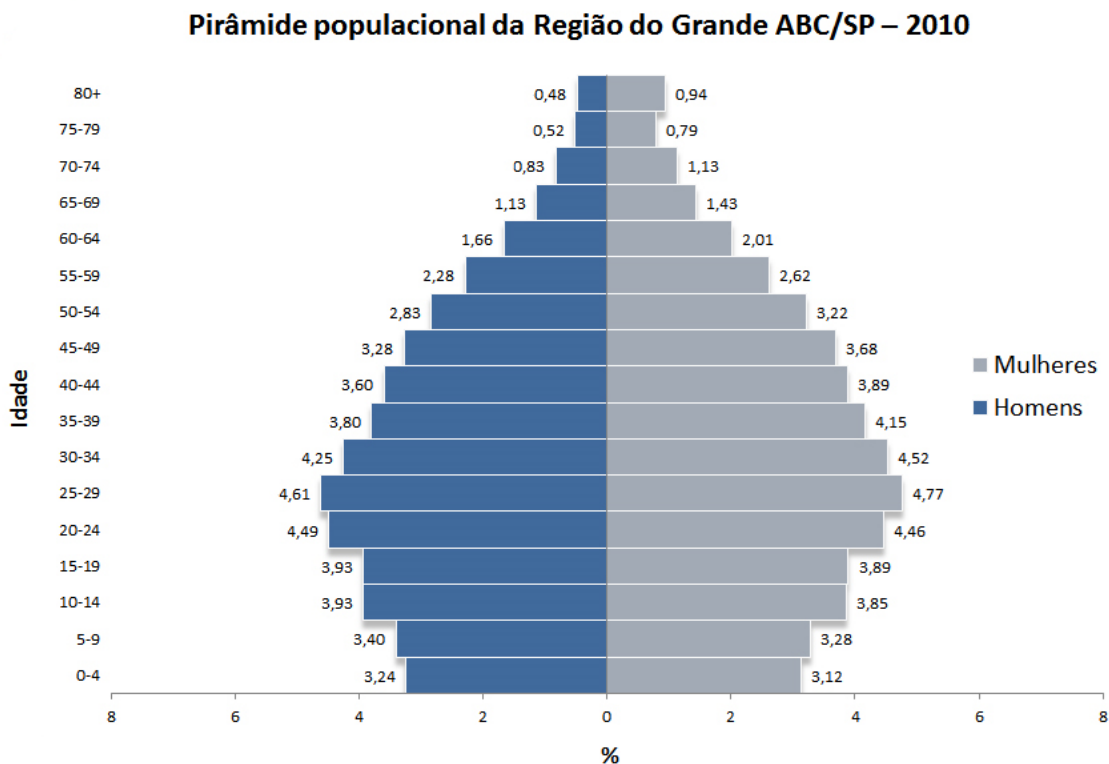
Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (IBGE, 2010, 2015a, 2015b).

Nota: * média.

Legenda: TGCA – Taxa geométrica de crescimento populacional anual, PIB – Produto Interno Bruto;

A população da região é composta por 21% de pessoas menores de 15 anos, 26% de jovens de 15 a 29 anos, 31% de pessoas de 30 a 49 anos, 11% de pessoas de 50 a 59 anos e 11% de pessoas maiores de 60 anos, conforme demonstra a Figura 2 (IBGE, 2010a).

Figura 2 – Distribuição populacional da Região do Grande ABC/SP segundo gênero e faixa etária.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (IBGE, 2010b).

3.5. Vias e sistemas de transporte da Região do Grande ABC/SP

A Região do Grande ABC é atendida por diversos serviços de transporte coletivo, rodoviários e ferroviários. O Governo do Estado, por meio da Companhia Paulista de Trens Metropolitanos – CPTM (trem metropolitano) e da Empresa Metropolitana de Transportes Urbanos – EMTU (Corredor ABD), é responsável direto pela operação dos serviços metropolitanos. Localiza-se a poucos quilômetros da cidade de São Paulo, sendo entrecortada pela rodovia Anchieta e pela Avenida dos Estados, as quais facilitam o abastecimento do próprio ABC, da capital e do interior.

O acesso à Região do Grande ABC/SP ocorre pelo sistema Anchieta-Imigrantes, e pelo trecho Sul do Rodoanel. O sistema Anchieta-Imigrante é o principal sistema de ligação entre a região metropolitana da capital do Estado de São Paulo, o porto de Santos, o Polo

Petroquímico de Cubatão, as indústrias e fábricas do ABCD e a Baixada Santista. Tal sistema é formado pelas rodovias Anchieta, dos Imigrantes, Padre Manoel da Nóbrega (antiga Pedro Taques), Cônego Domênico Rangoni (antiga Piaçaguera-Guarujá) e duas interligações entre a Anchieta e a Imigrantes, uma no Planalto e outra na Baixada. A rodovia estadual Anchieta (SP-150) passa pelos municípios de São Paulo, São Bernardo, Cubatão e Santos, fazendo a ligação entre a região metropolitana de São Paulo e a Baixada Santista. Já a implantação da Rodovia dos Imigrantes (SP-160) visou ao atendimento do grande fluxo de tráfego entre a Grande São Paulo e a Baixada, uma vez que a rodovia Anchieta estava com sua capacidade de vazão praticamente esgotada ao final da década de 1960. A rodovia dos Imigrantes passa pelos municípios de São Paulo, Diadema, São Bernardo do Campo, Cubatão, São Vicente e Praia Grande. Há também a rodovia Índio Tibiriçá (SP-31), via de ligação regional entre a Baixada Santista e o Vale do Paraíba, a qual passou a configurar fator de expansão urbana na medida em que proporcionou melhoria na ligação dos municípios para o transporte de cargas e pessoas.

3.6. Aspectos Socioeconômicos da Região do Grande ABC/SP

A configuração econômica da Região do Grande ABC/SP tem se estruturado em aglomerados e arranjos produtivos com empresas agrupadas com um esforço compartilhado e conjunto entre instituições geradoras de conhecimento e tecnologia.

A região é marcada historicamente por ser o primeiro centro da indústria automobilística brasileira. A região é sede de diversas montadoras, como Mercedes-Benz, Ford, Volkswagen e General Motors, entre outras. No entanto, o setor de serviços também vem crescendo significativamente. O PIB regional, em 2013, foi de R\$ 114,833 bilhões, o 2º maior do estado de São Paulo (IBGE, 2015c).

Existe uma grande variedade de cadeias produtivas na região, com crescente participação nos setores de serviço e comércio varejista. Destaca-se também, na região, a presença de fábricas de autopeças, plásticos e borracha, as indústrias eletroeletrônicas, químicas, petroquímicas e de cosméticos.

Com a presença de várias indústrias, a região se tornou um berço do movimento sindical contemporâneo no Brasil. As greves dos operários foram fortes no final da década de 1970, o que resultaria na fundação do Partido dos Trabalhadores (PT) e da Central Única dos Trabalhadores (CUT), no início da década seguinte.

Desde 1990, protagonistas políticos e sociais vêm procurando desenvolver ações regionais com o propósito de buscar saídas para uma série de condicionantes políticos, econômicos e sociais presente no país e especialmente nesta região.

Todo este caráter político-social também se refletiu nas artes e cultura da região, principalmente no teatro. Grupos e espetáculos foram criados nesta época, refletindo bem sua realidade. Esta crescente manifestação cultural acabou germinando em grupos de teatro que ainda hoje são atuantes.

Com o objetivo de discutir, planejar e implementar iniciativas de cooperação para atender às demandas e prioridades no desenvolvimento da região, em 19 de dezembro de 1990, criou-se o Consórcio Intermunicipal das Bacias do Alto Tamanduateí e Billings, mais conhecido como Consórcio Intermunicipal Grande ABC. Uma associação pública, constituída sob a forma de pessoa jurídica de direito público, atuando como órgão articulador de políticas públicas setoriais e multisetoriais, formada pelos sete municípios do Grande ABC/SP (Consórcio Grande ABC, 2015).

Na Tabela 4, observam-se os principais indicadores socioeconômicos da Região do Grande ABC/SP. Sendo o município de São Caetano do Sul a possuir o maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) entre os municípios do Brasil (0,862). Possui a maior Renda Média Domiciliar per capita (R\$ 2.008,98) e a menor taxa de alfabetismo (1,47), entre os jovens de 15 anos ou mais, na região. Enquanto o município de Rio Grande da Serra possui os menores valores de IDH (0,749) e Renda Média Domiciliar per capita (R\$ 547,34), e a maior taxa de alfabetismo (4,50), entre os jovens de 15 anos ou mais, na região.

Entre os municípios da região, São Bernardo do Campo possui o 14º maior PIB do país e o 5º no estado de São Paulo. Rio Grande da Serra ocupa a 1.026ª posição em relação ao Brasil e a 230ª no estado de São Paulo.

Para medir o grau de concentração de renda, o Coeficiente de Gini aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de 0 a 1, sendo que 0 representa a situação de total igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda, e o valor 1 significa completa desigualdade de renda. O município de Rio Grande da Serra apresenta o Coeficiente de Gini de 0,39, enquanto São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, de 0,54.

Tabela 4 – Situação Socioeconômica dos municípios que integram a Região do Grande ABC/SP.

Município	IIDH 2010	Renda média domiciliar per capita (R\$) 2010	Coeficiente de Gini 2010	Produto Interno Bruto 2013			Taxa de analfabetismo - 15 anos ou mais (%) 2010	
				Posição em relação ao Estado	ao Brasil	A preços correntes (1.000 R\$)		Per capita (R\$)
Diadema	0,757	657,57	0,43	16°	56°	13.428.069	33.015,67	4,12
Mauá	0,766	680,48	0,44	25°	76°	10.220.780	23.012,73	3,9
Ribeirão Pires	0,784	806,17	0,44	85°	281°	2.660.355	22.380,19	3,23
Rio Grande da Serra	0,749	547,34	0,39	230°	1026°	521.263	11.057,29	4,5
Santo André	0,815	1.270,87	0,53	10°	25°	25.027.925	35.503,52	2,88
São Bernardo do Campo	0,805	1.171,05	0,54	5°	14°	47.668.531	59.149,80	2,94
São Caetano do Sul	0,862	2.008,98	0,54	14°	46°	15.306.267	97.889,94	1,47

Fonte: Departamento de Informática do SUS – TABNET/DATASUS; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA; Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD.
Legenda: IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

3.7. Estrutura de Saúde do Grande ABC/SP

A estrutura da Rede de Saúde da Região do grande ABC/SP indica em novembro de 2017, um total de 2.673 estabelecimentos registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Observa-se na Tabela 5 o registro dos equipamentos públicos de Saúde presentes na Região do Grande ABC/SP.

Tabela 5 – Número de estabelecimentos de Saúde na Região do Grande ABC/SP – 2017.

Tipo de Estabelecimento	Total
Academia da Saúde	4
Central de Regulação	8
Central de Regulação Médica das Urgências	4
Centro de Atenção Hemoterápica e/ou Hematológica	15
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS	28
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	144
Central de Regulação de Serviços de Saúde	0
Clínica Especializada/Ambulatório Especializado	683
Consultório	1273
Farmácia	4
Hospital Especializado	7
Hospital Geral	37
Hospital Dia	10
Laboratório Central de Saúde Pública – Lacen	1
Oficina Ortopédica	1
Policlínica	166
Posto de Saúde	1
Pronto Atendimento	20
Pronto Socorro Especializado	1
Pronto Socorro Geral	11
Secretaria de Saúde	7
Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (<i>Home Care</i>)	8
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	162
Unidade de Vigilância em Saúde	13
Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar – Urgência/Emergência	60
Unidade Móvel Terrestre	4
Telesaúde	1
TOTAL	2.673

Fonte: Departamento de Informática do SUS – TABNET/DATASUS. Dados de novembro de 2017.

A Tabela 6 expõe o quantitativo e a cobertura da população pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pelas equipes de Saúde da Família (eSF), pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e pelas equipes de Saúde Bucal (eSB), na Região do Grande ABC/SP conforme relatado:

A cobertura por Agentes Comunitários de Saúde na região é de 41%, o que corresponde a, aproximadamente 1.112.625 de pessoas que são atendidas. As maiores coberturas de 55% e 52% correspondem respectivamente aos municípios de São Bernardo do Campo e Diadema.

A cobertura das equipes de Saúde da Família equivale a 46% e das equipes de Saúde Bucal, 22%, o que corresponde ao atendimento de aproximadamente 1.248.900 e 586.500 pessoas, respectivamente.

São um total de 45 equipes de NASF, sendo 19 em São Bernardo do Campo, 9 em Mauá, 8 em Diadema, 7 em Santo André e 2 em São Caetano do Sul.

Tabela 6 – Cobertura estimada da população pelas equipes da atenção primária à saúde na Região do Grande ABC/SP – out. 2013.

Equipes	Diadema		Mauá		Ribeirão Pires		Rio Grande da Serra		Santo André		São Bernardo do Campo		São Caetano do Sul		Região do Grande ABC/SP	
	Quantidade	Cobertura (%)	Quantidade	Cobertura (%)	Quantidade	Cobertura (%)	Quantidade	Cobertura (%)	Quantidade	Cobertura (%)	Quantidade	Cobertura (%)	Quantidade	Cobertura (%)	Quantidade	Cobertura (%)
ACS	457	63,29	275	34,55	42	19,94	0	0	273	22,02	741	51,82	126	45,62	1914	33,89
eSF	195	75	72	58	9	27	0	0	51	26	137	61	25	57	489	43,42
NASF	10	-	9	-	0	-	0	0	3	-	19	-	2	-	43	-
eSB	61	50,59	22	16,58	5	14,27	0	0	15	7,26	85	35,66	8	17,38	196	20,24

Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica – SAGE / Ministério da Saúde; Departamento de Atenção Básica / Secretaria de Atenção à Saúde / Ministério da Saúde – DAB/SAS/MS. Dados de agosto de 2017. Legenda: ACS – Agentes Comunitários de Saúde; eSF – Equipe de Saúde da Família; NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família; eSB – Equipes de Saúde Bucal.

3.8. Aspectos Socioeconômicos de Mauá/SP

Mauá/SP conta com diversos tipos de atividades econômicas: Metalurgia, Indústrias Químicas, Logística, Materiais Elétricos e Petroquímicos, etc. Ainda assim, a região é lembrada, ainda hoje, como a "capital da louça e da cerâmica" por conta da importância dessa atividade para o desenvolvimento do Município em décadas anteriores.

Dois polos industriais compõem a região e tornam Mauá/SP um dos grandes parques industriais do Brasil: polo Capuava/Sertãozinho e o Polo Petroquímico que é sede da RECAP – uma refinaria da Petrobrás, sendo que esta produção é encaminhada via instalação subterrânea para o município de São Caetano do Sul, que fica com a arrecadação do ICMS.

Foram implementadas grandes intervenções viárias (Rodoanel e o prolongamento da Avenida Jacu-Pêssego/Nova Trabalhadores), que facilitam acesso à cidade e influenciam no crescimento da atividade industrial, que sofria com o estrangulamento da malha viária e com sua crônica falta de manutenção.

Mauá/SP possui uma incidência de pobreza de 46% segundo IBGE, Censo demográfico de 2000 e pesquisa de orçamentos familiares 2002/2003. A distribuição da população com renda per capita é inferior a meio salário mínimo segundo raça/cor. Destaca-se que 50% da população com baixa renda se autorreferiram como pretos ou pardos, sendo que todas as estratégias a serem implementadas devem considerar esta situação. Vale destacar a presença de população indígena no município, embora não vivam em aldeias.

Quanto à escolaridade, importante indicador socioeconômico que influencia indiretamente na saúde do indivíduo, tem-se que a maior parte da população possui, segundo dados de 2010, 2º ciclo fundamental completo ou mais. Vale ressaltar, no entanto, que 16,2% possui nenhuma instrução ou 1º ciclo fundamental incompleto, significando que aproximadamente 68.835 pessoas possuem baixa escolaridade (MAUÁ, 2013).

O município de Mauá localiza-se na região sudeste da Região Metropolitana de São Paulo, no ABC paulista. Com área territorial de 61,909 km² e população estimada em 457.696 habitantes (IBGE, 2016), possui densidade demográfica de 7.393 hab/km². Possui Índice de

Desenvolvimento Humano de 0,766, o 6º da região de sete municípios, e o 76º maior Produto Interno Bruto do país (IBGE, 2015).

A organização atual da rede de Atenção à Saúde do Município de Mauá é composta na atenção básica por 23 Unidades Básicas de Saúde, na atenção especializada, 13 estabelecimentos como Centro de reabilitação, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), na Atenção de Urgência e Emergência seis estabelecimentos que incluem Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), e dois hospitais na Atenção Hospitalar a serviço da população, conforme Quadro 1.

Quadro 1 – Organização da Rede de Atenção à Saúde do município de Mauá/SP.

Nº	Atenção Básica	CNES
1	UBS Vila Magini	2053594
2	UBS Jd. Oratório	2051745
3	UBS Paranaíba	2075938
4	UBS Capuava	2053624
5	UBS Sônia Maria	2044501
6	UBS Carlina	2053632
7	UBS Parque São Vicente	2034646
8	UBS Vila Assis	2054663
9	UBS Jd. Primavera	2051737
10	UBS Zaíra I	2038978
11	UBS Zaíra II	2034654
12	UBS Zaíra III	7064888
13	UBS Macuco	6893074
14	UBS Flórida	2059266
15	UBS Itapark	2031469
16	UBS Parque das Américas	2038986
17	UBS Santa Lídia	2032090
18	UBS Jd. Santista	2032112
19	UBS São João	7209169
20	UBS Jd. Mauá	2035537
21	UBS Kennedy	5490774
22	UBS Feital	2035545
23	UBS Guapituba	2038994

Nº	Atenção Especializada	CNES
1	CEMMA – Centro de Especialidades Médicas de Mauá	3282368
2	CRS – Centro de Referência em Saúde	2751739
3	Centro de Reabilitação	2033429
4	CER IV – Centro de Atenção à Pessoa com Deficiência	7236174
5	CEO – Centro de Especialidades Odontológicas	3482308
6	Centro de Referência Saúde da Mulher, Criança e Adolescente	6442781
7	CAPS Adulto	3357082
8	CAPS Infantil	3819922
9	CAPS Álcool e Drogas	2032104
10	Consultório de rua	-
11	Residência Terapêutica	-
12	República Terapêutica Infanto-Juvenil	-
13	Ambulatório Médico de Especialidades – AME (Gestão Estadual)	6956718
Nº	Atenção à Urgência e Emergência	CNES
1	SAD – Serviço de Atendimento Domiciliar	3043320
2	SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	3373592
3	UPA Magini – Centro	6950051
4	UPA Vila Assis	6950043
5	UPA Zaíra	6919456
6	UPA Barão de Mauá	2061562
Nº	Atenção Hospitalar	CNES
1	Hospital Dr.Radamés Nardini	2082349
2	Hospital Santa Casa de Mauá	2751747

Fonte: MAUÁ (2013).

4. METODOLOGIA

4.1. Problema

No ano de implantação no Brasil do Programa Mais Médicos, o município de Mauá/SP, contava com 40 Equipes de Saúde da Família, o que correspondia a uma cobertura de 32,73% da população no ano de 2013. E se enquadra nos critérios definidos das regiões prioritária para o SUS estabelecidas na Portaria MS/MEC/MDS n. 1369/2013, com populações em situação de maior vulnerabilidade se enquadrando entre os 100 municípios com mais de 80 mil habitantes, com os baixos níveis de receita per capita e alta vulnerabilidade social de seus habitantes.

Para os gestores locais, o Programa Mais Médicos possibilitaria um aumento na produção de saúde com efeitos diretos e indiretos sobre os indicadores de produção e até mesmo indiretos nos indicadores de resultados.

Três anos se passaram desde a adesão ao Programa Mais Médicos e como gestora em busca de resposta, questiono se de fato, o Programa Mais Médicos impactou na melhora dos indicadores de saúde no município de Mauá/SP. E se esse impacto ocorreu de forma positiva ou negativa em relação aos:

- Aos indicadores de saúde no município de Mauá/SP?
- À mudança de estrutura e forma de organização da rede de saúde do município de Mauá/SP?
- Ao aumento de consultas na rede básica no município de Mauá/SP?
- À diminuição do atendimento na rede de urgência e emergência no município de Mauá/SP?
- Ao controle e redução das doenças crônicas não transmissíveis no município de Mauá/SP?
- À redução de internações de algumas doenças sensíveis à atenção básica no município de Mauá/SP?
- À redução do índice de mortalidade infantil no município de Mauá/SP?

4.2. Tipo de pesquisa

O estudo será do tipo descritivo, exploratório e retrospectivo, utilizando a abordagem quali-quantitativa a partir de dados de fontes secundárias com análise comparativa e descritiva (CONTANDRIOUPOLOS, 1997). Os estudos descritivos e exploratórios proporcionam familiaridade com o problema, tornando-o mais explícito, descrevendo características de uma determinada população ou fenômeno (GIL, 2010).

O uso integrado das abordagens qualitativa e quantitativa é compreendido como um processo de complementaridade, onde as informações de um método podem auxiliar no desenvolvimento do outro, não havendo oposição entre eles.

O estudo utilizou dois tipos de dados neste trabalho: dados primários e dados secundários conforme especificados nas próximas subseções.

4.2.1 Dados primários

Os dados primários foram obtidos a partir de entrevistas semiestruturadas (Quadro 2) com secretários de Saúde e com coordenadores da Atenção Básica à Saúde, que atuaram no município no período do estudo.

Destaca-se que o roteiro de perguntas é um instrumento de apoio na exploração de temas e assuntos de interesse e sua aplicação deve se adaptar à dinâmica da entrevista.

Quadro 2 – Perguntas de apoio às entrevistas, conforme áreas de resultados e seus objetivos, para a avaliação do impacto do Programa Mais Médicos.

1 - Nome do(a) entrevistado(a):		
2 - Cargo/Função: () Secretário(a) de Saúde () Coordenador(a) da Atenção Básica à Saúde		
3 - Escolaridade: () Ensino superior incompleto () Ensino superior completo () Pós-graduado(a)		
4 - Caso possua curso de Pós-Graduação, favor informar o curso:		
5 - Formação:		
6 - Há quanto tempo você atua/atuou na Secretaria Municipal de Saúde de Mauá no cargo de Secretário(a) de Saúde/Coordenador(a) de Atenção Básica no período do estudo (2013 a 2016)? () Menos que 1 ano () Entre 1 e 2 anos () Entre 2 e 3 anos () Entre 3 e 4 anos		
7 - Há quanto tempo você atua/atuou na Secretaria Municipal de Saúde de Mauá/SP? () Menos que 1 ano () Entre 1 e 5 anos () Entre 5 e 10 anos () Mais que 10 anos		
8 - Há quanto tempo você atua no Sistema Único de Saúde? () Menos que 1 ano () Entre 1 e 5 anos () Entre 5 e 10 anos () Mais que 10 anos		
ÁREAS DE RESULTADOS	OBJETIVOS	PERGUNTAS DE APOIO
1 - Redução das desigualdades	Identificar a contribuição do Programa Mais Médicos para a redução das desigualdades em saúde, especialmente relacionadas à distribuição e fixação de profissionais médicos e equipes de saúde, contribuindo para ampliar o acesso da população aos serviços de	1.1 - Por que o município aderiu ao Programa Mais Médicos? 1.2 - Como era a situação do provimento e da fixação de profissionais médicos nas unidades de saúde antes do

	saúde integrais e de qualidade.	<p>Programa Mais Médicos?</p> <p>1.3 - Quais eram as dificuldades para a fixação e o provimento desses profissionais?</p> <p>1.4 - E após adesão do município ao Programa Mais Médicos, como avalia a questão do provimento e da fixação dos médicos?</p>
2 - Satisfação e aceitação dos usuários	<p>Medir a satisfação e aceitação dos usuários em relação à atenção dos profissionais médicos do Programa Mais Médicos, bem como a produção de vínculo e a integração desses profissionais nas comunidades e na cultura local.</p>	<p>2.1 - Como foi a aceitação dos usuários em relação à chegada dos profissionais médicos e a integração desses profissionais na comunidade?</p> <p>2.2 - Qual o grau de aceitação dos usuários com relação ao Programa Mais Médicos?</p> <p>2.3 - A população teve problemas com os médicos do Programa Mais Médicos devido a fatores ligados à diferença de idioma, costumes e modus operandi? Se sim, quais problemas?</p>
3 - Melhora das condições de saúde	<p>Avaliar o impacto do Programa Mais Médicos, em especial do cuidado médico, nas condições de saúde da população.</p>	<p>3.1 - A partir da chegada dos médicos, quais foram as principais mudanças que ocorreram nos serviços de saúde do município?</p> <p>3.2 - A implementação do Programa Mais Médicos em Mauá/SP promoveu a redução de internações de algumas doenças sensíveis à atenção primária à saúde?</p>
4 - Qualidade da atenção primária	<p>Avaliar os resultados do Programa Mais Médicos com relação à melhoria da qualidade da atenção, com foco nos atributos da atenção primária à saúde, avaliando a eficácia clínica, incluindo as habilidades, competências e motivação dos profissionais.</p>	<p>4.1 - A implementação do Programa Mais Médicos em Mauá/SP favorece a produção de serviços na atenção primária à saúde (aumento do número de consultas, procedimentos, atividades de promoção e prevenção na comunidade)?</p>

		<p>4.2 - A implementação do Programa Mais Médicos em Mauá/SP favorece a visita domiciliar?</p> <p>4.3 - A implementação do Programa Mais Médicos em Mauá/SP contribui para o uso racional de medicamentos e indicação de exames complementares? Por quê?</p>
5 - Fortalecimento dos sistemas de saúde	<p>Identificar a introdução de inovações em saúde que estão produzindo resultados positivos na mudança do modelo de atenção, baseado nas necessidades em saúde e a contribuição para a organização das redes de serviços coordenada pela atenção primária à saúde.</p>	<p>5.1 - Que efeitos o provimento emergencial de médicos provocou na cobertura da Estratégia Saúde da Família em Mauá/SP?</p> <p>5.2 - A implementação do Programa Mais Médicos em Mauá/SP impactou na mudança de estrutura e forma de organização da rede de saúde do município?</p> <p>5.3 - A implementação do Programa Mais Médicos em Mauá/SP aprimora o sistema de referência e contra referência entre os níveis de atenção da Rede de Saúde?</p> <p>5.4 - Houve diminuição do atendimento na rede de urgência e emergência no município de Mauá/SP devido ao Programa Mais Médicos?</p> <p>5.5 - O Programa Mais Médicos impacta na melhora dos indicadores de saúde?</p> <p>5.6 - O Programa Mais Médicos impacta na redução da mortalidade infantil?</p>
6 - Formação	<p>Analisar as mudanças do paradigma da formação médica, tanto em âmbito acadêmico como nas práticas em serviço.</p>	<p>6.1 - A mudança de paradigma da formação proposta pelo programa Mais Médicos (reorientação da formação e integração da carreira às necessidades do SUS) traz benefícios para a saúde da população?</p>

		6.2 - A implementação do Programa Mais Médicos em Mauá/SP favorece a educação permanente dos profissionais da atenção primária à saúde?
7 - Sustentabilidade da intervenção	Analisar o Programa Mais Médicos do ponto de vista da sustentabilidade das intervenções, frente a diferentes perspectivas como a política, financeira, institucional, técnica e de gestão.	<p>7.1 - Considerando o objetivo de fortalecer a atenção primária à saúde em Mauá/SP, o que precisa ser aprimorado no Programa Mais Médicos (Potencialidades, Fragilidades, Oportunidades e Ameaças)?</p> <p>7.2 - Se o Programa Mais Médicos for extinto, quais serão os impactos para o município, e para os usuários? Como contornar esses impactos?</p> <p>7.3 - Quais os principais desafios para continuidade do Programa Mais Médicos na perspectiva do município?</p> <p>7.4 - O Programa Mais Médicos pode ser considerado um importante capítulo da reforma sanitária?</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

As perguntas foram adaptadas a partir do consolidado de estudos de casos presentes no Sistema Integrado de Informação Mais Médicos (SIMM), que foi desenvolvido com a finalidade de integrar os dados das principais fontes de informação sobre o Programa Mais Médicos. O SIMM é uma iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde, da Organização Mundial da Saúde e do Campus Virtual de Saúde Pública, em parceria e apoio do Ministério da Saúde do Brasil e do Ministério da Saúde de Cuba (SIMM, 2017). E neste trabalho devido o n amostral, foi utilizado para transparecer a visão dos gestores do município em estudo sobre a implementação e avanços do Programa Mais Médicos.

Tasca (2016), ao abordar os desafios da avaliação dos resultados do Programa Mais Médicos, traz a reflexão de sete áreas de resultados aptas para a avaliação do impacto do programa, as quais serviram de base para o roteiro das entrevistas.

A entrevista semiestruturada (Anexo 2) foi confeccionada a partir de um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista (MANZINI, 1990/1991).

A inclusão e exclusão dos entrevistados se deu pelos seguintes critérios: ser Secretário de Saúde e/ou Coordenadores de atenção básica e terem atuado no período de 2013 a 2016 na saúde do município de Mauá/SP.

Para a realização do “Questionário para avaliação do impacto do Programa Mais Médicos no município de Mauá/SP”, utilizou-se sistema baseado em nuvem para desenvolvimento de pesquisas *online*, SurveyMonkey[®]. Os links para preenchimento do formulário foram disponibilizados para cinco gestores, os quais responderam por e-mail via mala direta do próprio sistema. O formulário foi disponibilizado por sete dias e o acompanhamento quanto ao preenchimento era realizado de forma diária com envio de lembretes quando necessário.

Utilizou-se ainda nesta dissertação, dados secundários, condizente ao objeto de estudo em questão, produzidos pelo município e disponibilizados nos Sistemas de Informação Nacional de Saúde para consultas. Estes sistemas, por sua vez são instrumentos padronizados de monitoramento e coleta de dados, que tem como objetivo o fornecimento de informações para análise e melhor compreensão de importantes problemas de saúde da população, fornecendo subsídios para a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal.

4.2.2 Dados secundários

A coleta de dados do estudo ocorreu a partir de bases de dados provenientes de registro contínuo e de sistemas de informação da Secretaria Municipal de Saúde de Mauá/SP; de dados do Departamento de Atenção Básica e da Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde; da Plataforma de Conhecimentos do Programa Mais Médicos (Quadro 3).

Quadro 3 – Detalhamento dos indicadores utilizados, variáveis/notas e fonte.

Indicadores	Seleções Variáveis/Notas	Fonte
Quantidade de Consultas na Atenção Básica	Consultas Básica por Ano segundo Município; Município: 352940 Mauá; Período: 2012-2015.	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA-SUS/DATASUS/MS - Atualizado em 03/2016.
Médicos cadastrados no CNES em estabelecimentos tipos de Atenção Primária Básica	Quantidade por Ano/mês competência segundo Médicos; Município: 352940 Mauá.	Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.
	Tipo de Estabelecimento: Centro de Apoio a Saúde da Família-CASF, Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde, Posto de Saúde, Unidade de Saúde da Família.	
	Atende no SUS: Sim; Período: janeiro/2012-novembro/2017	
	Especialidades médicas: Clínico Geral; Médico Clínico; Médico Generalista Alopata; Gineco Obstetra; Médico Ginecologista Obstetra; Médico de Família; Médico da estratégia de Saúde da Família; Pediatra; Médico Pediatra; Psiquiatra; Médico Psiquiatra.	
Médicos que atendem no SUS em todas as especialidades	Anestesista, Médico Anestesiologista; Cirurgião Geral; Médico Cirurgião Geral; Clínico Geral; Médico Clínico; Médico Generalista Alopata; Gineco Obstetra; Médico Ginecologista Obstetra; Médico de Família; Médico da Estratégia de Saúde da Família; Pediatra; Médico Pediatra; Psiquiatra; Médico Psiquiatra; Radiologista; Médico em Radiologia e Diagnóstico por imagem; Outras Especialidades Médicas; Médico Alergista e Imunologista; Médico Anatomopatologista; Médico Cardiologista; Médico Cirurgião Pediátrico; Médico Cirurgião Plástico; Médico Dermatologista; Médico do Trabalho; Médico em Cirurgia Vascular; Médico em Endoscopia; Médico em Medicina Intensiva; Médico Endocrinologista e Metabologista; Médico Gastroenterologista; Médico Hematologista; Médico Infectologista; Médico Mastologista; Médico Nefrologista; Médico Neurologista; Médico Nutrologista; Médico Oftalmologista; Médico Ortopedista e Traumatologista; Médico Otorrinolaringologista; Médico Pneumologista; Médico Residente; Médico Urologista.	Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.
Média de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas	Média Consultas/habitante por Ano segundo Município; Município: 352940 Mauá.	Consultas: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA-SUS/DATASUS/MS - Período 2014 - 2015 - Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/CGIAE - Atualizado em 08/2017.
Percentual de Internações Sensíveis	% Internações condições sensíveis na atenção básica por Ano segundo Município.	Ministério da Saúde - Dados de 2008 a 2015 atualizados até o processamento de janeiro/2016, com data de fechamento de 29/02/2016.
	Período: 2012-2015.	
	Numerador: Nº de internações por causas selecionadas sensíveis à atenção básica, por local de residência e ano de internação.	

	Denominador: Total de internações clínicas, por local de residência e ano de internação - Fator de multiplicar= 100.	
Casos de Hipertensos Cadastradas e Acompanhadas	Hipertensos Cadastrados por Município e Ano/Mês.	Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB - Disponíveis no sistema para consulta até setembro de 2014.
	Hipertensos Acompanhados por Município e Ano/Mês.	
	Município: 352940 Mauá; Período:2013-2015.	
Casos de Diabetes cadastradas e acompanhadas	Diabetes Cadastradas por Município e Ano/Mês.	Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB - Disponíveis no sistema para consulta até setembro de 2014.
	Município: 352940 Mauá; Período:2013-2015.	
Casos de Hanseníase cadastrados e casos de Hanseníase acompanhado	Hanseníase Cadastrados por Município e Ano/Mês.	Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB - Disponíveis no sistema para consulta até setembro de 2014.
	Hanseníase Acompanhados por Ano/Mês segundo.	
	Município: 352940 Mauá; Período: 2013-2015.	
Casos de Tuberculose cadastrados e casos de tuberculose acompanhados	Tuberculose Cadastrados por Município e Ano/Mês.	Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB - Disponíveis no sistema para consulta até setembro de 2014.
	Tuberculose Acompanhados por Município e Ano/Mês.	
	Município: 352940 Mauá; Período:2013-2015.	
Taxa de mortalidade infantil	Numerador: N° de óbitos em menores de 1 ano de idade em um determinado local de residência e ano.	Ministério da Saúde - Sistema de Mortalidade - Dados de 2008 a 2015 obtidos da Base Nacional de Dados de 2016 preliminares, com situação da base nacional em 23/12/2016.
	Denominador: N° de nascidos vivos residentes nesse mesmo local e ano.	
	Fator de multiplicador: 1.000 nascidos vivos.	
	Indicador apresentado apenas para os municípios com 100.000 ou mais habitantes.	
Estimativas populacionais	População estimada por Ano segundo Município.	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE - Estimativas de população
	Município: 352940 Mauá; Período: 2012-2016.	
Cobertura populacional estimada pelas equipes de	Consulta por período por Unidade Geográfica.	e-Gestor Atenção Básica;

Atenção Básica	Município Mauá; Competência Janeiro de 2012 a novembro de 2017.	
-----------------------	---	--

Fonte: Elaborado pela autora.

A coleta de dados tem como finalidade fornecer meios para a análise dos indicadores de saúde no município de Mauá/SP após a implantação do Programa Mais Médicos, descrever as características da implantação do Programa Mais Médicos no município de Mauá/SP e refletir sobre as perspectivas do Programa Mais Médicos na rede de atenção à saúde do município de Mauá/SP.

4.3. Análise dos dados

A análise foi realizada no programa “R Studio”, versão 3.4.1 (2017-06-30) "*Single Candle*" Copyright (C) 2017 The R Foundation for Statistical Computing Platform”, com nível de significância de 0,05. Optou-se por utilizar os dados da mediana e dos interquartis (25% e 75%), uma vez que as variáveis do estudo não apresentaram distribuição normal. Lembrando que o primeiro quartil, Q1, é o número que deixa 25% das observações abaixo e 75% acima, o terceiro quartil, Q3, deixa 75% das observações abaixo e 25% acima. E Q2 é a mediana, que deixa 50% das observações abaixo e 50% das observações acima.

Para testar a hipótese optou se pelo teste Wilcoxon Signed-Rank, um teste não paramétrico equivalente ao teste t dependente, que não assume normalidade nos dados, aqui foi utilizado para comparar os indicadores no ano quando da implantação e depois da implantação do Programa Mais Médicos.

Para as variáveis “Percentual de internações sensíveis”, “médias de consultas médicas por habitantes nas especialidades básicas”, “número de consultas de urgência por consultas básicas”, “média de médicos cadastrados no CNES”, “proporção de médicos por 1.000 habitantes” e “mortalidade infantil” foram apresentados os dados anuais de forma qualitativa com objetivo de descrever o cenário para geração de novas hipóteses.

As entrevistas foram analisadas a partir da Análise de Conteúdo, conforme proposta por Bardin (2010). Definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens. Possibilitando, assim, analisar a estrutura de um texto, compreendendo as motivações, atitudes, valores e construções ideológicas (BARDIN, 2010; TRIVIÑOS, 2006).

A adesão dos entrevistados se deu de forma voluntária, e todos concordaram em responder as entrevistas quando convidados por via eletrônica (Anexo 1). Todos os preceitos éticos foram respeitados conforme Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

5. RESULTADOS

Foram entrevistados três secretários de Saúde e dois Coordenadores da Atenção Básica à Saúde. Todos informaram possuir pós-graduação na área de Ciências ou Saúde, ter mais de 10 anos de experiência atuando no Sistema Único de Saúde, atendendo o critério de inclusão na pesquisa, ou seja, terem atuado no período de implantação do Programa Mais Médicos no município de Mauá/SP. Em relação ao tempo de atuação na Secretaria Municipal de Saúde de Mauá, três entrevistados apresentaram de 1 a 5 anos e dois entrevistados com 5 a 10 anos de atuação.

Os resultados dos dados primários e secundários serão apresentados conforme as dimensões estabelecidas: *Redução das desigualdades; Satisfação e aceitação dos usuários; Melhora das condições de saúde; Qualidade da atenção primária; Fortalecimento dos sistemas de saúde; Formação médica e Sustentabilidade da intervenção.*

5.1. Redução das desigualdades

Nesta dimensão teve como objetivo identificar a contribuição do Programa Mais Médicos para a redução das desigualdades em saúde, especialmente relacionadas à distribuição e fixação de profissionais médicos e equipes de saúde, contribuindo para ampliar o acesso da população aos serviços de saúde integrais e de qualidade.

Na percepção dos gestores, houve a redução das desigualdades para todos os cinco entrevistados. Nos relatos apontados pelos mesmos, destacou-se a necessidade de fixar profissionais na periferia dos grandes centros, por considerar uma política que ajudará nesta fixação de profissionais médicos e na formação dos mesmos conforme os trechos transcritos das entrevistas:

1. *“Por concordar com a política de ampliação da atenção básica e principalmente devido à necessidade de fixar profissionais na periferia dos grandes centros”.*

2. *“Por considerar esta, uma política pública que podia contribuir para melhorar a fixação de médicos nas unidades do município e a possibilidade de formação de médicos com perfil para rede do SUS”.*
3. *“Pela dificuldade de contratação de médicos para atuarem no programa de estratégia de família”.*
4. *“Por ser um município de grande porte e com dificuldade de fixação do profissional médico além de entender que o investimento conjunto na Atenção Básica do município seria ótimo para qualificar a política de saúde”.*

Antes do Programa Mais Médicos havia vazios existenciais, e entre as dificuldades para fixação dos profissionais, as causas mais citadas foram lugares onde médicos e médicas brasileiras não tinham interesse ou não conseguiam se estabelecer (80%) e dificuldade de acesso nas regiões para provimento (60%). E para 100% dos entrevistados, após adesão do município ao Programa Mais Médicos, houve ampliação na democratização do acesso aos serviços de saúde (Tabela 7).

Tabela 7 – Situação do provimento e de fixação de profissionais médicos no município de Mauá/SP.

Pergunta	Respostas	N (%)
Como era a situação do provimento e da fixação de profissionais médicos nas unidades de saúde antes do Programa Mais Médicos?	Havia vazios assistenciais	5 (100)
	Lugares onde médicos e médicas brasileiras não tinham interesse ou não conseguiam se estabelecer	4 (80)
Quais eram as dificuldades para a fixação e o provimento desses profissionais?	Alto índice de violência nas regiões para provimento	2 (20)
	Falta de estrutura básica para atendimento clínico	1 (20)
	Dificuldade de acesso nas regiões para provimento	3 (60)
E após adesão do município ao Programa Mais Médicos, como avalia a questão do provimento e da fixação dos médicos?	Ampliação e democratização do acesso	5 (100)

Fonte: Elaborado pela autora.

5.2. Satisfação e aceitação dos usuários

As perguntas buscam medir a satisfação e aceitação dos usuários em relação à atenção dos profissionais médicos do Programa Mais Médicos, bem como a produção de vínculo e a integração desses profissionais nas comunidades e na cultura local. No geral teve boa aceitação. A aceitação dos usuários do SUS com a chegada dos profissionais médicos bem como o vínculo médico/comunidade, na visão de 100% dos entrevistados, foi bem aceito. O nível de aceitação dos usuários foi de muito satisfeitos para 80% dos gestores a satisfeitos

para 20%. Quanto a dificuldades em relação ao idioma, cultura e *modus operandi* dos médicos, foi relatado por 40% dos gestores entrevistados (Tabela 8).

Tabela 8 – A percepção dos gestores quanto a aceitação pelos usuários do SUS dos profissionais médicos do Programa Mais Médicos no município de Mauá/SP.

Pergunta	Respostas	N (%)
Como foi a aceitação dos usuários em relação à chegada dos profissionais médicos e a integração desses profissionais na comunidade?	Aceitação com criação de vínculo médico/comunidade	5 (100)
Grau de aceitação dos usuários em relação ao Programa Mais Médicos?	Muito satisfeitos	4 (80)
	Satisfeitos	1 (20)
	Sim	2 (40)
A população teve problemas com os médicos do Programa Mais Médicos devido a fatores ligados à diferença de idioma, costumes e <i>modus operandi</i> ?	Não	1 (20)
	Não tive percepção nesse sentido	2 (40)

Fonte: Elaborado pela autora.

5.3. Melhora das condições de saúde

Nesta dimensão se propõe avaliar o impacto do Programa Mais Médicos, em especial do cuidado médico, nas condições de saúde da população. As opiniões dos entrevistados foram divergentes, mas percebe-se em suas falas a aproximação da realidade da comunidade, cuidado mais integral e criação de vínculo da população com as unidades de saúde e o acesso e acompanhamento de condições crônicas conforme trechos destacados:

1. *“Aproximação da realidade da comunidade, acesso ao cuidado médico, oferta de uma escuta mais qualificada nas unidades.”*
2. *“A entrada específica deles ampliou acesso na periferia, aproximou médicos e usuários que passaram a morar no mesmo bairro, garantiu cuidado mais integral”.*
3. *“Uma garantia da equidade no atendimento; conseguimos ampliar nossos atendimentos; uma integralidade nas equipes multiprofissionais; humanização nos processos de atendimento.”*

4. “Criação de vínculo da população com as unidades de saúde melhorou muito e não pude avaliar indicadores pelo pouco tempo que permaneci no Município”.

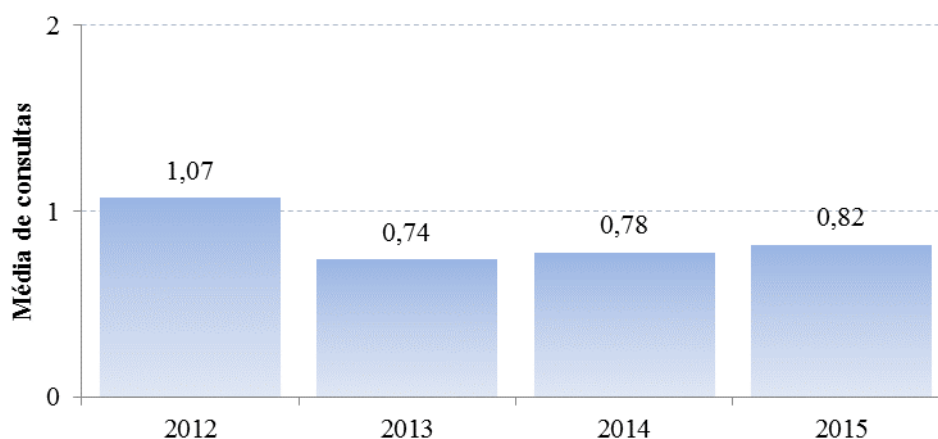
5. “Acesso e acompanhamento de condições crônicas”.

Para 60% (3) dos gestores houve redução de internações de algumas doenças sensíveis à atenção primária à saúde após a adesão ao Programa Mais Médicos e, para 40% (2), não tiveram percepção nesse sentido.

Para avaliar esta dimensão utilizou ainda, dados secundários como: *a média de consultas médicas por habitantes nas especialidades básicas; número de consultas de urgências, casos de diabetes, hipertensos, hanseníase e tuberculose cadastrados e acompanhados, internações de algumas doenças por condições sensíveis à atenção básica e o índice de mortalidade infantil.*

A média de consultas médicas por habitantes nas especialidades básicas variou de 0,74 a 0,82. Média inferior ao apresentado em 2012 (Figura 3).

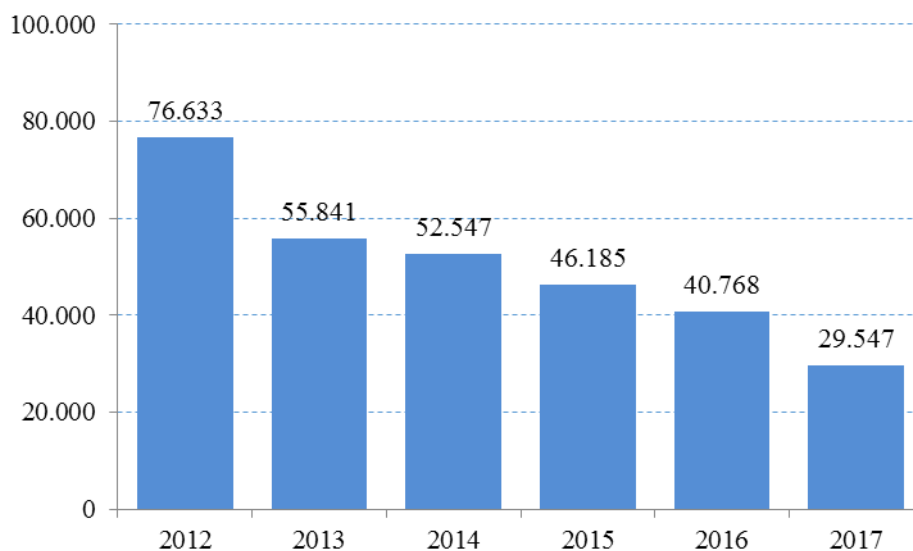
Figura 3 – Média de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas, 2012 a 2015 – Mauá/SP.



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA-SUS/DATASUS/MS.

Enquanto que o número de consultas de urgências, entre os anos 2012 a 2017, regrediu consideravelmente, de 76.633 consultas, para 29.547 consultas (Figura 4).

Figura 4 – Número de consultas de urgência, 2012 a 2015 – Mauá/SP.



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA-SUS/DATASUS/MS.

Os dados parecem sugerir que para o município em questão a implantação do Programa Mais Médicos, e possivelmente pela expansão da atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família, contribuiu para a diminuição do número de consultas de urgências, porém não aumentou significativamente as consultas nas especialidades básicas. E o pouco registro de encaminhamentos de consultas de urgência pode ser fundamentado pela expansão e melhor resolutividade da atenção básica, para o município de Mauá/SP.

Um ponto para discussão que poderia refletir nos resultados acima, seria a forma de lotação dos médicos no município, que poderia interferir nos resultados esperados de ampliação de consultas nas especialidades básicas, por exemplo, nas Unidades Básicas de Saúde sem ACS. Conforme dados oficiais do Ministério da Saúde, em junho de 2013, o município possuía 161 ACS registrados, este número subiu para 289 em dezembro de 2016 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017), sugerindo que o mesmo contribuiu para o fortalecimento de um modelo focado no médico de família. Apesar dos resultados apresentados há

necessidade de estudos “*in loco*” visando mapear os critérios utilizados pelo município para a lotação dos médicos pelo Programa Mais Médicos nas UBS.

Nunes (2014), ao realizar um levantamento em 2.347 municípios com pelo menos um médico do Programa Mais Médicos, encontrou dados de que após um ano de implantação o número de consultas aumentou em 34,9% de janeiro de 2013 a janeiro de 2014.

Quanto ao controle e redução das doenças crônicas não transmissíveis, os indicadores de produção selecionados foram relacionados ao cadastramento e acompanhamento. Verificou-se uma redução tanto nos dados cadastrados, como nos acompanhados. Com exceção de Hanseníase cadastrada e acompanhada. Houve uma queda significativa nos casos de diabéticos e hipertensos acompanhados em comparação do ano de 2013 para o ano de 2014. Para os cadastrados não houve diferenças estatística de 2013 para 2014 (Tabela 9).

Tabela 9 – Mediana, intervalo interquartil e valor de p (2013 e 2014) dos valores mensais dos indicadores de produtividade de doenças crônicas do município de Mauá/SP.

Indicadores de produtividade de doenças crônicas	Md (IIQ) 2013	Md (IIQ) 2014	Valor p
Casos de Diabetes cadastrados	3.487 (3.341-3972)	3.388 (3.286-3.545)	0,2581 ^a
Casos Diabetes acompanhadas	2.257 (1.826-2424)	1.559 (1.428-1582)	0,01 ^b
Casos de Hipertensos cadastrados	11.352 (10.939-12.823)	10.939 (10.608-11.120)	0,2581 ^a
Casos de Hipertensos acompanhados	7.153 (5.705-7.716)	4.737 (4.086-4.807)	0,01 ^b
Casos de Tuberculose cadastrada*	13 (12-16)	12 (11-13)	**
Casos de Tuberculose acompanhada*	11 (11-15)	11 (9-12)	**
Casos de Hanseníase cadastrada*	2 (2-3)	4 (2-4)	**
Casos de Hanseníase Acompanhada*	2 (2-3)	3 (2-4)	**

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB - Disponíveis no sistema para consulta até setembro de 2014.

Legenda: Md – Mediana; IIQ – Intervalo interquartil (25%-75%);

Nota: ^a p>0,05; ^b p<0,05. ** não foi possível computar.

Os dados encontrados para Mauá/SP foram divergentes dos obtidos em região mais vulnerável do estado de São Paulo, conforme descrito por Silva, *et al.* (2016, p.2905). Porém, os autores:

“acreditam que a redução na porcentagem de acompanhamentos de hipertensos e diabéticos, o que esperávamos ter aumentado pela maior cobertura médica. Tal fato pode ser reflexo da desconstrução de programas específicos para hipertensão e diabetes, como o Hiperdia, o que desagrega e desfocaliza o acompanhamento”. Não podendo o Programa Mais Médicos ter influenciado nos resultados”.

No entanto, a mídia tem divulgado um aumento no atendimento de pessoas com diabetes de 45%, passando de 587.535 em janeiro de 2013 para 849.751 em janeiro de 2014 no país, dados estes apresentados por Laboissière (2014) na revista *exame*. Levy & Santos (2015) apontam este mesmo resultado.

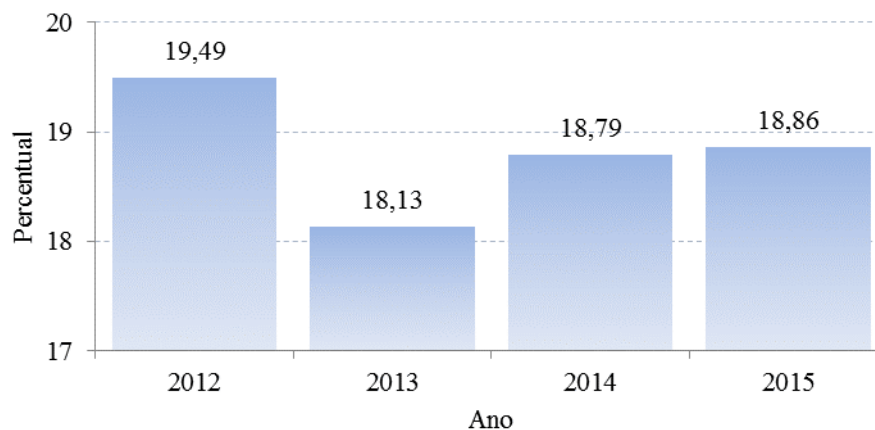
Enfatizam que estes dados são divulgados em três sistemas de informações diferentes, são eles: SIAB, HIPERDIA e SINAN, pelo Ministério da Saúde. Araújo *et al.*, (2016), ao analisar os dados registrados nos três sistemas citados, constatou divergência entre o número de diabetes registrado no HIPERDIA em relação ao SIAB. Pois, este último consolida o retrato do território em um determinado tempo e os dados são colhidos pelos Agentes Comunitários de Saúde e o HIPERDIA é preenchido pelos profissionais médico e enfermeiro da ESF, a partir do contato do usuário portador de diabetes com o serviço.

Há necessidade de aprofundar a pesquisa quanto à forma de registro utilizada no município, como estão sendo compilados os dados e se há padronização de informação por todas as unidades de saúde.

Geralmente as altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção básica têm sido associadas às deficiências na cobertura dos serviços ou mesmo na baixa resolutividade dos serviços ofertados pela atenção básica. O que levou a avaliar a situação das internações sensíveis no município.

Observou-se, por meio dos percentuais, que as internações por condições sensíveis à atenção básica apresentaram redução de 2012 a 2015. Inicialmente era de 19,49% e oscilou de 18,13 a 18,86% nos anos subsequentes (Figura 5).

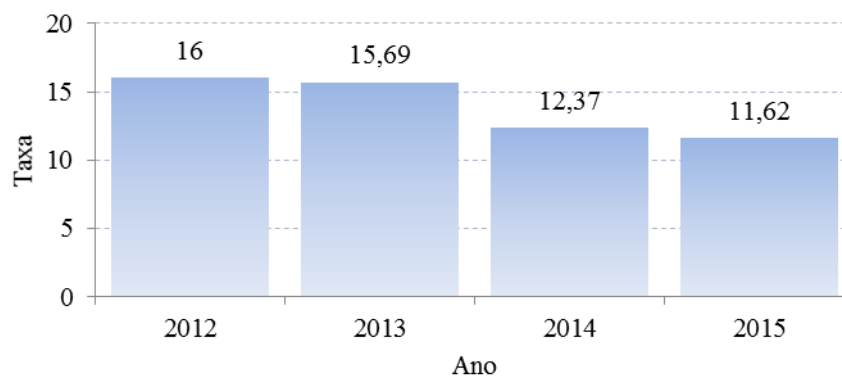
Figura 5 – Percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica no município de Mauá/SP.



Fonte: Ministério da Saúde - Dados de 2008 a 2015 atualizados até o processamento de janeiro/2016, com data de fechamento de 29/02/2016.

Situação similar ocorreu com a taxa de mortalidade infantil, registrada em 2012 em 16 óbitos em 1.000 nascimentos, oscilou nos demais anos entre 15,69 a 11,62 (Figura 6).

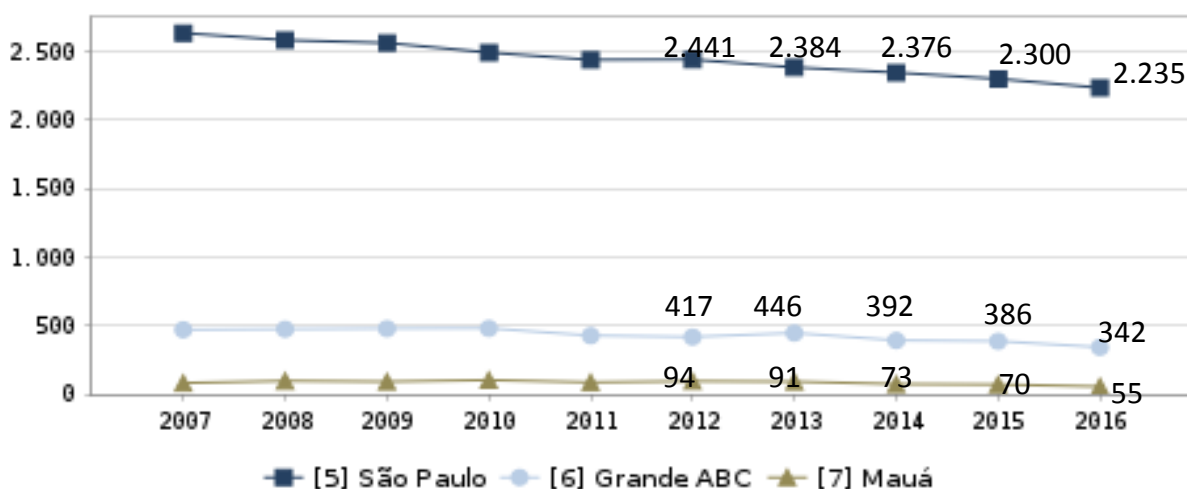
Figura 6 – Taxa de Mortalidade infantil no município de Mauá/SP – 2012 a 2015.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Mortalidade - Dados de 2008 a 2015 obtidos da Base Nacional de Dados de 2016 preliminares, com situação da base nacional em 23/12/2016.

Ao analisar o monitoramento dos números de óbitos infantis disponibilizado na página do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), nos últimos nove anos para o estado de São Paulo, região de Saúde do Grande ABC e no município de Mauá/SP, observa-se uma tendência de queda após o ano de 2013 (Figura 7).

Figura 7 – Número de óbitos infantis (masculinos e femininos) notificados, no ano selecionado e últimos nove anos precedentes. [5] Microrregião (UF) [6] Região de Saúde [7] Município.



Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade - Maio de 2017, extraído do link citada acima no dia 08 de janeiro de 2018.

A atenção básica é primordial, pois é a porta de entrada do Sistema em Saúde, como destaca Nunes (2014), “*existem problemas de saúde que são atendidos por ações típicas do primeiro nível de atenção e cuja evolução, na falta de atenção oportuna, pode exigir hospitalização. Estes problemas são conhecidos como Condições Sensíveis à Atenção Básica (CSAB)*”.

Apesar da diminuição da taxa de mortalidade infantil as mesmas ainda estão acima do preconizado pela Organização Mundial da Saúde (10 óbitos para cada mil nascimentos). O que requer uma atenção aos serviços ofertados pela atenção básica, às puérperas e às crianças menores de 1 ano.

5.4. Melhoria da qualidade da atenção primária

Nesta dimensão foram avaliados: *o aumento do número de consultas, de procedimentos, de atividades de promoção e de prevenção na comunidade, a visita domiciliar e o uso racional de medicamentos e indicação de exames complementares.*

Para 100% dos entrevistados, com a implementação do Programa Mais Médicos no município, ocorreu um aumento no número de consultas, procedimentos e atividades de promoção e prevenção na comunidade. Perceberam, ainda, o favorecimento à visita domiciliar (80%), e a contribuição para o uso racional de medicamentos e indicação de exames complementares (40%) (Tabela 10).

Tabela 10 – A percepção dos gestores quanto ao impacto na melhora da qualidade da atenção no Município de Mauá/SP, com a implantação do Programa Mais Médicos.

Pergunta	Respostas	N (%)
A implementação do Programa Mais Médicos em Mauá/SP favorece a produção de serviços na atenção primária à saúde (aumento do número de consultas, procedimentos, atividades de promoção e prevenção na comunidade)?	Sim	5 (100)
A implementação do Programa Mais Médicos em Mauá/SP favorece a visita domiciliar?	Sim Não teve percepção nesse sentido	4 (80) 1 (20)
A implementação do Programa Mais Médicos em Mauá/SP contribui para o uso racional de medicamentos e indicação de exames complementares?	Sim Não teve percepção nesse sentido	2 (40) 3 (60)

Fonte: Elaborado pela autora.

5.5. Fortalecimento dos sistemas de saúde

Para avaliar essa dimensão considerou importante mensurar: *o efeito na cobertura da Estratégia Saúde da Família, a estrutura e forma de organização da rede de saúde do*

município, o sistema de referência e contra referência entre os níveis de atenção da Rede de Saúde; o atendimento na rede de urgência e emergência e na melhora dos indicadores de saúde entre este o de mortalidade infantil.

Na percepção de 80% (4) dos entrevistados, o provimento emergencial de médicos possibilitou maior cobertura da Estratégia Saúde da Família em Mauá/SP, bem como impactou na mudança de estrutura e forma de organização da rede de saúde do município. E também, uma melhora nos indicadores de saúde e na redução da mortalidade infantil. Quanto ao aprimoramento o sistema de referência e contra referência entre os níveis de atenção da Rede de Saúde, para 60% não influenciou ou não tiveram essa percepção. Situação similar para a diminuição do atendimento na rede de urgência e emergência no município de Mauá/SP, devido ao Programa Mais Médicos, os quais não perceberam a diminuição (Tabela 11).

Tabela 11 – Efeitos da implantação do Programa Mais Médicos na cobertura da Estratégia Saúde da Família, na organização da rede de saúde, na melhora dos indicadores de saúde.

Pergunta	Respostas	N (%)
Que efeitos o provimento emergencial de médicos provocou na cobertura da Estratégia Saúde da Família em Mauá/SP?	Possibilitou maior cobertura da ESF	4 (80)
	Possibilitou de forma parcial maior cobertura da ESF	1 (20)
A implementação do Programa Mais Médicos em Mauá/SP impactou na mudança de estrutura e forma de organização da rede de saúde do município?	Sim	4 (80)
	Não teve percepção nesse sentido	1 (20)
A implementação do Programa Mais Médicos em Mauá/SP aprimora o sistema de referência e contra referência entre os níveis de atenção da Rede de Saúde?	Sim	2 (40)
	Não	1 (20)
	Não teve percepção nesse sentido	2 (40)
Houve diminuição do atendimento na rede de urgência e emergência no município de Mauá/SP devido ao Programa Mais Médicos?	Não	3 (60)
	Não teve percepção nesse sentido	2 (40)
O Programa Mais Médicos impacta na melhora dos indicadores de saúde?	Sim	4 (80)
	Não teve percepção	1 (20)

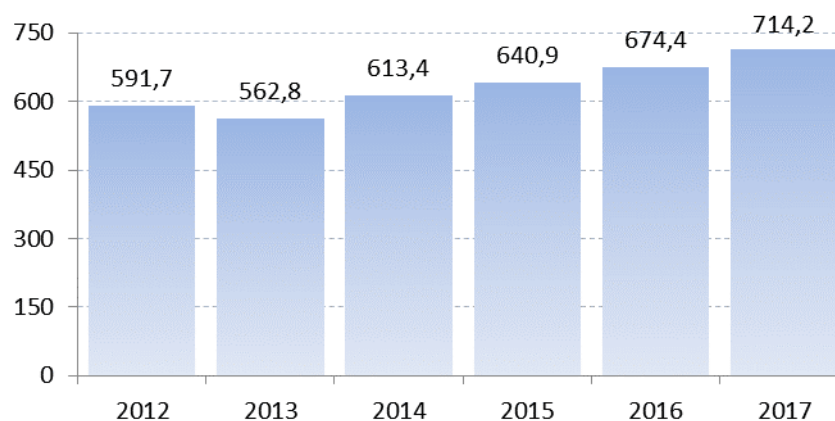
	nesse sentido	
O Programa Mais Médicos impacta na redução da mortalidade infantil?	Sim	4 (80)
	Não teve percepção nesse sentido	1 (20)

Fonte: Elaborado pela autora.

A partir dos dados secundários obtidos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde no Brasil (CNES) buscou-se mensurar a estrutura e forma de organização da rede de saúde do município de Mauá/SP e quanto têm contribuído para o fortalecimento dos sistemas de saúde.

Na Figura 8, observa-se que a média de médicos cadastrados era de 591,7 em 2012, antes da implantação do Programa Mais Médicos, tendo um aumento anual, em 2017, de 714,2.

Figura 8 – Quantitativos de médicos cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) no município de Mauá/SP.

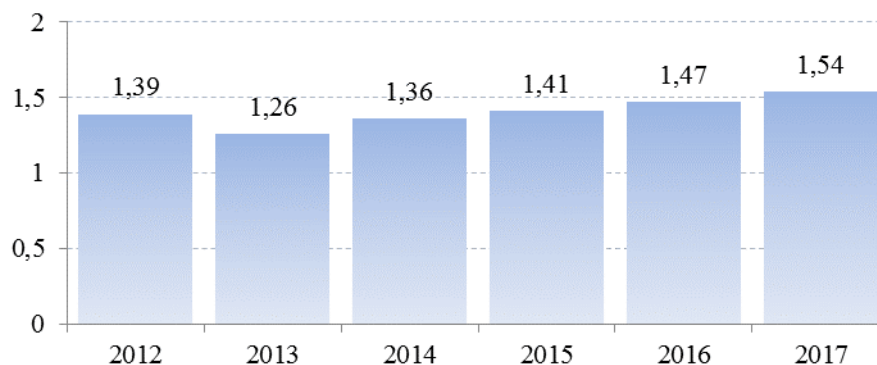


Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Outro item analisado foi a proporção de médicos por 1.000 habitantes, onde em 2012 era de 1,39 e em 2017 passou para 1,54 (Figura 9). A meta estabelecida pelo Ministério da Saúde é de 2,5 médicos para cada 1.000 habitantes (BRASIL, 2013).

O Relatório Mundial de Saúde 2006 (BRASIL, 2015) aponta que a população em países menos desenvolvidos, como no Brasil, é servida apenas por 25% dos médicos disponíveis. Evidenciando que, apesar do aumento no quantitativo de médicos, Mauá/SP ainda está abaixo do necessário para atender a população atual.

Figura 9 – Proporção de médicos por habitantes no município de Mauá/SP.



Fonte: Ministério da Saúde – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

Em relação aos dados de médicos cadastrados que atendem no SUS, os resultados mostraram que o quantitativo de médicos em 2014 foi significativamente superior ao ano de 2013 (476[113-116] mediana [intervalo interquartil]). Situação similar aos quantitativos de médicos que atendem no SUS somente nos estabelecimentos de atenção básica, apresentando diferença significativa em 2014 quando comparado ao ano de 2013 (Tabela 12).

Tabela 12 – Mediana, intervalo interquartil e valor de p (2013-2016) dos valores mensais dos indicadores recursos humanos (médicos que atendem no SUS) em todas os estabelecimentos e nos estabelecimentos exclusivos da atenção básica do município de Mauá/SP.

	Md (IIQ) 2013	Md (IIQ) 2014	Valor p
Quantitativo de Médicos que atendem no SUS	420 (414-423)	476 (113-116)	0.0021 ^a
Quantitativos de Médicos que atendem no SUS somente nos estabelecimentos de atenção básica	103 (95-104)	116 (113-116)	0.0020 ^a

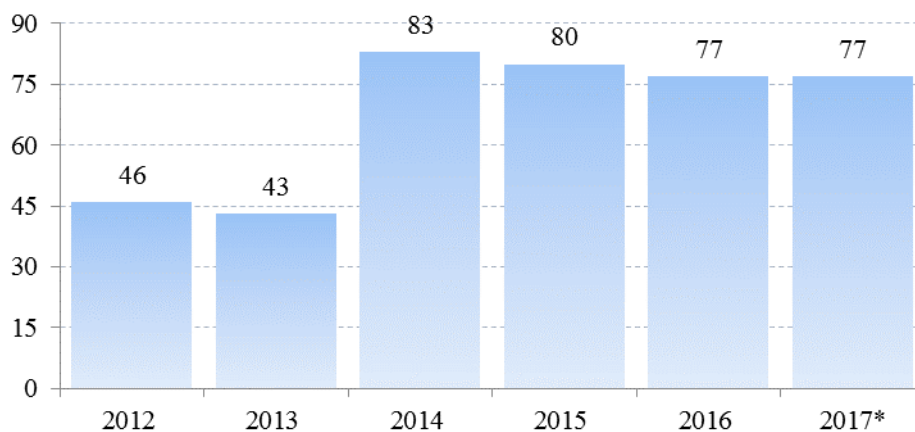
Legenda: Md - Mediana; IIQ - Intervalo interquartil (25%-75%);

Nota: ^a p<0,05.

Fonte: Elaborada pela autora.

Quanto à extensão e cobertura da rede de atenção básica no município, a partir dos dados do número de equipes de Saúde da Família (eSF), houve um aumento de 2012 a 2016. Inicialmente, o município contava com 46 equipes e em 2016 fechou com 77, mantendo em novembro de 2017 (Figura 10). Porém, abaixo do pactuado no Plano Municipal de Saúde (2014-2017), elaborado pela gestão de 2013 a 2016, que esperava fechar 2017 com 96 equipes.

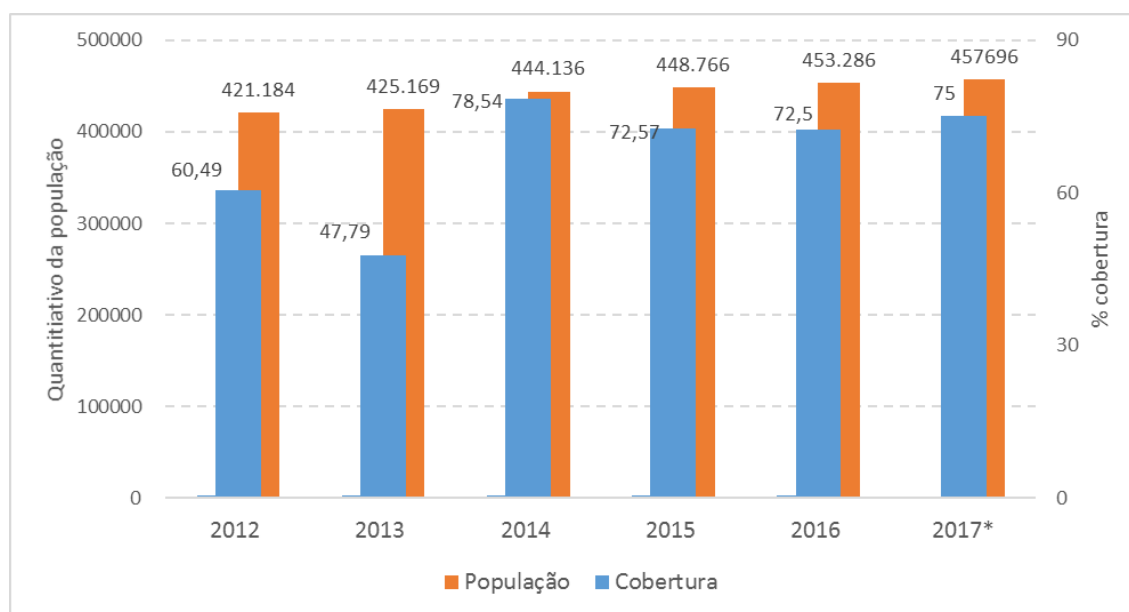
Figura 10 – Número de Equipes Saúde da Família, 2012 a 2017 – Mauá/SP.



Legenda: *Dados parciais até novembro.
Fonte: e-Gestor Atenção Básica.

A cobertura da atenção básica no município antes da implantação do Programa Mais Médicos oscila de 60,49 a 47,79%, apresentando fortalecimento da estrutura com ampliação da cobertura entre 72,57 a 78,54% (Figura 11).

Figura 11 – População estimada em relação a cobertura da atenção básica, 2012 a 2017 – Mauá/SP.



Legenda: *Dados parciais até novembro.

Fonte: e-Gestor Atenção Básica

Dados apresentados por Andrade, Oliveira & Pereira (2017) corroboram com os dados apresentados acima. Os autores destacam que após mais de três anos de implantação do Programa Mais Médicos, dados oficiais divulgados pelo Ministério da Saúde apontam um aumento da cobertura da atenção primária à saúde em todo o país, com médicos do Programa passando a fazer parte de equipes de Saúde da Família, fortalecendo as ações de saúde. Também similar aos resultados para a região do Recôncavo Baiano, descritos pelos autores acima, observou-se a ampliação da oferta de serviços de saúde na atenção primária à saúde com mudanças na composição e expansão de equipes de Saúde da Família.

Uma boa cobertura com Estratégia Saúde da Família está associada à redução da ocorrência de hospitalizações e dos coeficientes de mortalidade por doenças cardio e cerebrovasculares, incluídas na lista brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária em Saúde. Nos municípios com maior cobertura, a redução da ocorrência de internações, da mortalidade por doenças cardiovasculares e por doenças cerebrovasculares também foi maior (NUNES, 2014). O que é de se esperar que venha a acontecer em Mauá/SP, pois na visão dos entrevistados houve um aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família bem como na melhora dos indicadores e na diminuição da taxa de mortalidade infantil.

Nunes (2014) relata que uma das dificuldades encontradas para atingir a cobertura universal da Estratégia Saúde da Família no Brasil é que o número de médicos por mil habitantes é menor o que observado em muitos outros países, inclusive da América do Sul, considerada insuficiente para atingir as metas desejadas. Apesar da oferta de empregos nos últimos dez anos ter excedido em 53 mil cargos o número de novos médicos formados, no entanto, os gestores municipais não têm conseguido por si só contratar e fixar a quantidade de médicos que precisam. Por isso a importância do Programa Mais Médicos como evidenciados nos dados apresentados neste trabalho.

5.6. Formação médica

Na dimensão proposta buscou-se analisar as mudanças do paradigma da formação médica, tanto em âmbito acadêmico, como nas práticas em serviço. Todos os entrevistados afirmaram que a mudança da formação proposta pelo programa Mais Médicos (reorientação da formação e integração da carreira às necessidades do SUS) traz benefícios para a saúde da população.

Abordou-se também se a implementação do Programa Mais Médicos em Mauá/SP favorece a educação permanente dos profissionais da atenção primária à saúde. Para 60% (3) dos entrevistados ela favorece.

Destaca-se que a Portaria Interministerial n. 1, de 21 de janeiro de 2014, estabelece que os médicos com formação em outros países, antes de iniciarem suas atividades, devem passar por um curso preparatório de formação cujo conteúdo inclui tópicos sobre o Sistema Único de Saúde e legislação brasileira, realidades sociodemográficas e epidemiológicas do país e da região onde irão atuar, língua portuguesa e funcionamento e regras para se trabalhar nas Unidades Básicas de Saúde ou estabelecimentos similares constantes no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Essa exigência na norma proporciona aos profissionais conhecerem a realidade da região de atuação, influenciando de forma positiva nos resultados.

5.7. Sustentabilidade da intervenção

Nesta dimensão buscou analisar o Programa Mais Médicos do ponto de vista da sustentabilidade das intervenções, frente a diferentes perspectivas como a política, financeira, institucional, técnica e de gestão do Programa Mais Médicos.

A partir dos relatos dos entrevistados, observou-se um receio na sustentabilidade do Programa. A revisão do financiamento da atenção básica e a ampliação da estratégia foram destacados, assim como o momento político do país e a formação acadêmica dos profissionais, conforme trechos:

1. “Acredito que o financiamento da atenção básica como um todo deve ser revisto assim como a ampliação da estratégia”.
2. “Hoje não tenho elementos para avaliar”.
3. “Ameaças: vivemos um momento político crítico no país, havendo um retrocesso nos avanços antes conseguidos por um governo mais popular, principalmente na Atenção primária. Potencialidades: Transformações: Conseguiram promover transformações profundas requerida pela sociedade superando a primazia dos interesses do capital das medicinas de grupo”.
4. “Necessário dar continuidade e expandir o programa! Investir em educação permanente e iniciar o curso de Medicina! Grande ameaça parece ser a mudança de rumo do governo federal com relação ao programa!”.
5. “Continuar e aprofundar os outros eixos do programa: formação na graduação e residência médica”.

No intuito de identificar os possíveis impactos caso o Programa Mais Médicos deixasse de existir, os gestores citaram como impacto o provimento de médicos da família. E para esta situação, citaram a necessidade do envolvimento das três esferas de governo, o empoderamento do SUS pelo município e uma maior articulação do município com

Ministério da Saúde. Por ser uma pergunta aberta, esperava-se mais detalhamento dos mesmos nas respostas, que se deram conforme transcrição a seguir:

1. Vontade política das 3 esferas de governo”.
2. “Do ponto de vista da formação integrar cada vez mais a faculdade de medicina com a rede de cuidados municipal Do ponto de vista assistencial não tenho elementos para falar de hoje”.
3. “Administração do próprio município, ou seja, a falta de Recursos Humanos qualificados e empoderado do SUS”.
4. “Articular com ministério da Saúde a continuidade e expansão do programa demonstrando sua eficácia! Poderiam demonstrar os indicadores do período em série histórica na região do ABCD onde houve grande investimento em gestões anteriores”.
5. “Provimento de médicos da família”.

De forma abrangente, para 100% dos entrevistados o Programa Mais Médicos pode ser considerado um importante capítulo da Reforma Sanitária. Em consonância com Campos (2015), o Programa Mais Médicos trouxe importante benefício imediato a milhões de brasileiros ao lhes garantir o direito à saúde. Também estimulou a aproximação entre as universidades e o SUS, com ganhos para os dois lados desta cooperação.

É necessária uma ampla reforma do Estado brasileiro, em especial a reforma da gestão pública da saúde. Pois os municípios por si só não poderiam implementar e gerenciar redes de atenção básica com qualidade, sustentabilidade e cobertura para 80% da população brasileira sem a interferência direta do Ministério da Saúde. Foram mais de 14.462 médicos ao SUS em pouco mais de um ano de implantação do Programa Mais Médicos. Reforça-se a urgência de unificar e integrar o sistema público mediante a implementação de um organismo público interfederativo organizados em regiões de saúde, constituído por todos os municípios, estados e pela União. Outra estratégia citada é relativa à constituição de Políticas de Pessoal condizente com a complexidade das necessidades de saúde dos brasileiros. Pensando em carreiras de âmbito estadual ou nacional, por esferas organizativas do SUS, submetendo-se às normas de gestão do SUS brasileiro. E claro, acabar com as restrições à circulação da mão de

obra das pessoas, e intensificar a luta pelos direitos sociais, pois esta depende da defesa de direitos da população trabalhadora (CAMPOS, 2015).

E por último, o Programa Mais Médicos pode ser considerado um importante capítulo da reforma sanitária, e para isso faz necessário o já citado por Campos (2015) que os nossos governantes, parlamentares e parte da sociedade, diante dos problemas estruturais e crônicos das políticas públicas de saúde do Brasil, saiam da inércia em que estão.

6. CONCLUSÃO

6.1. Principais Resultados da Pesquisa

Os dados sugerem uma melhora nos indicadores de saúde de Mauá/SP, a partir da implantação do Programa Mais Médicos. O Programa proporcionou benefício imediato à população usuária do SUS ao ampliar o acesso e garantir o direito a saúde, fato este comprovado tanto na visão dos entrevistados (gestores), como em dados secundários obtidos nos sistemas nacionais de informação em saúde.

Observou-se melhora principalmente no aumento de consultas, no número de pacientes com diabetes e hipertensão acompanhados e controlados, na redução do número de óbitos em menores de 1 ano.

De forma concreta, pode-se afirmar que ocorreram mudanças na estrutura e organização da rede de saúde no município, com significativa diminuição do atendimento na rede de urgência e emergência, discreto aumento nas consultas médicas em especialidades básicas, na democratização do acesso aos serviços de saúde; na realização de visitas domiciliares; no aumento da proporção de médicos por habitantes; e no aumento da cobertura da rede de atenção básica.

Como impacto negativo, a não redução de internações de causas sensíveis à atenção básica como esperado, situação similar ao diagnosticado por Gonçalves *et.al.*, (2016), este ainda, relata que tal situação, poderia estar correlacionada também aos problemas de infraestrutura nas unidades de saúde, bem como as condições insalubres de trabalho, ausência de equipamentos, de materiais e de insumos necessários à execução das atividades estiveram entre as principais queixas dos médicos, levando a desistência dos profissionais nestas unidades.

Outro impacto negativo, está relacionado às consultas médicas em especialidades básicas, cuja a expectativa era de aumento, o que não ocorreu. Porém, pondera, que a forma de lotação dos médicos do programa prioriza UBS localizadas nas áreas mais vulneráveis dos

municípios brasileiros. Não se considera as características destas unidades. Por exemplo, se as mesmas possuem equipes da Atenção Básica tradicionais (parametrizada – UBS), ou a presença de equipes da ESF.

No trabalho apresentado pelos autores De-Carli *et.al*, (2015), os mesmos observaram que as visitas domiciliares e o cuidado em domicílio eram mais realizados pelas equipes da ESF do que pelas EqAB tradicionais (parametrizada – UBS) e que as internações hospitalares por causas sensíveis à Atenção Básica são influenciadas de forma positiva com a presença das equipes da ESF nas UBS do que pelas equipes tradicionais. Diante do exposto acredita ser necessário a realização de uma pesquisa mais ampla para testar tal hipótese.

De forma geral, é necessário que os municípios busquem instituir uma política que assegure qualidade e estabilidade do SUS no âmbito local para que programas de saúde tenham sustentabilidade e não sejam perenes. Com o congelamento de recursos e sem investimento a longo prazo na saúde pública, torna-se necessário que municípios e estados busquem assegurar essa sustentabilidade, em especial a continuidade do Programa Mais Médicos.

Por fim, o estudo deixa como recomendações a importância da continuidade desse programa como importante estratégia na execução de políticas públicas de qualidade, sendo que, apesar do governo federal por meio da Medida Provisória n. 621, de 8 de julho de 2013 e da Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013, ter transformado o Programa Mais Médicos em uma política de Estado, é imprescindível que se pense em meios e instrumentos para garantia de sustentabilidade desta política.

Importante destacar que a mesma foi validada pelo Supremo Tribunal Federal no dia 30 de novembro de 2017, que deu parecer pela constitucionalidade do Programa Mais Médicos, uma vez que a Medida Provisória 621/2013, depois convertida na Lei 12.871/2013, é constitucional, inclusive nos artigos que permitiram a contratação de médicos estrangeiros sem revalidação do diploma e alterações nos cursos de medicina para enfatizar o atendimento na saúde básica.

6.2. Desafios para Sustentabilidade do SUS e do Programa Mais Médicos

No cenário atual, durante o governo ilegítimo de Michel Temer, o modelo de investimento está centrado nas portas giratórias de mercado, ou seja, na ida e vinda de representantes do setor privado ao público para trabalhar pelos interesses de suas áreas do privado. Haja vista o congelamento de gastos em saúde por 20 anos com consequentes impactos como a falta de qualidade e oferta de serviços de saúde. Ao manter as execuções orçamentárias anuais do governo federal sempre muito próximas ao mínimo constitucional, o governo acaba inviabilizando a garantia dos direitos sociais declarados na Constituição Federal de 1988 e fortalecendo o artigo 199, na Seção II Da Saúde: “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada”.

A coalizão de interesses de hospitais privados, empresas farmacêuticas e operadoras de planos de saúde, além da defesa do capital estrangeiro, pretendem ampliar a participação do setor privado na formulação das políticas nacionais de saúde, expandir o mercado privado e obter desonerações e reduções tributárias.

Em “O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro”, Mário Scheffer (2015) detalha esses interesses escusos do governo, mostrando que a privatização ativa, processo no qual o governo toma decisões políticas que encorajam ativamente o crescimento da participação privada na saúde, bem como da abertura do sistema de saúde ao capital estrangeiro, passa a ser palavra de ordem.

Scheffer (2015) assegura que o governo federal será o grande avalista do capital estrangeiro na saúde, seja por meio de desregulação e incentivos ao crescimento do mercado de planos de saúde, que se beneficiará diretamente da rede privada hospitalar e de diagnóstico expandida com recursos externos, seja comprando estes mesmos serviços para atenuar a insuficiência da oferta da atenção de média complexidade no SUS.

Com volatilidade e vocação especulativa, investimentos estrangeiros escolherão leitos, exames e procedimentos que geram altos retornos financeiros, principalmente serviços baseados em valores e preferências particulares, e que praticam a seleção adversa, afastando-se do atendimento a populações que vivem em áreas distantes de recursos assistenciais, do

atendimento a idosos, crônicos graves, portadores de transtornos mentais e outros pacientes que demandam atenção contínua.

A expansão de rede privada com essas características fará aumentar a individualização das demandas, os pagamentos diretos em clínicas populares e o consumo de planos de saúde baratos no preço, mas com armadilhas contratuais e sérias restrições de coberturas. Mais uma vez o SUS, o fundo público, será utilizado como fiador e resseguro das operações privadas.

Mas o que esperar de um governo com medidas liberais, no qual o atual Ministro da Saúde, Ricardo Barros, foi eleito para o mandato de deputado federal com financiamento de empresa de plano de saúde? A conta a ser paga é essa, porém quem paga é a população, especialmente a mais vulnerável, sendo cada vez mais privada de acesso e assistência.

No artigo “O financiamento de campanhas pelos planos e seguros de saúde nas eleições de 2010”, os autores Mário Scheffer e Lígia Bahia corroboram a existência dessa prática de jogos de interesses e relatam o valor destinado das empresas de planos de saúde nas eleições de 2010: R\$ 11,8 milhões em doações oficiais para as campanhas de 153 candidatos a cargos eletivos. Faz-se necessário tornar mais transparente o financiamento e o lobby dos planos de saúde, para que prevaleçam interesses públicos e coletivos na definição de políticas, na regulação e no funcionamento do sistema de saúde brasileiro (SCHEFFER & BAHIA, 2013).

A saúde é um bem público construído com a participação solidária de todos os setores da sociedade brasileira e nesse momento se faz ainda mais necessária essa participação em todos os espaços democráticos do SUS, pois com o desmonte e congelamento de investimentos, o setor privado terá mais forças para ditar as regras e precarizar a assistência e o acesso pelo SUS.

Com suas pesquisas, Stuckler e Basu (2014) mostram-nos que sem investir na saúde pública não pode haver crescimento econômico sustentável. Após mais de uma década de pesquisa científica com ferramentas estatísticas para analisar políticas aplicadas contra recessões em todo o mundo, David Stuckler obteve um resultado chocante:

"As medidas de austeridade são sempre devastadoras para a saúde pública, causando dezenas de milhares de mortes sem ajudar, no mínimo, a recuperação econômica. Se as políticas de austeridade econômica tivessem sido organizadas como um ensaio clínico em massa, teriam sido rapidamente interrompidas como evidências de seus efeitos colaterais mortais" (STUCKLER & BASU (2014).

Essa certeza não vem de convicções ideológicas, nem de estimativas ou hipóteses, mas de pesquisa. Seu trabalho é essencial para entender a crueldade com que muitos governos nos forçam a enfrentar a crise. “A austeridade mata”, afirma Stuckler (STUCKLER & BASU (2014).

Diversas discussões estão acontecendo no sentido da sustentabilidade do SUS no cenário atual, mediante fortes ataques à atenção primária à saúde no país. Em pouco tempo medidas foram tomadas na direção do desmonte de todo um sistema construído em anos de luta. Focam no retrocesso com a volta de financiamento para leitos de internação, possibilitando o retorno a um modelo criticado e desumano “manicomial”, um modelo institucional em uso desde 1934 considerado falido e com base ideológica desmitificada, bem como o fim do Programa Farmácia Popular do Brasil Rede Própria, prejudicando o acesso de milhões de brasileiros a medicamentos básicos essenciais.

Ainda, considerando as mudanças e indefinições do cenário político brasileiro, que atentam contra o direito à saúde, nesse contexto de subfinanciamento crônico do SUS, o governo ilegítimo aprovou em 2017 a nova revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que para Hêider Pinto (2017) apresenta diversos retrocessos. A mesma, enquanto norma política, é silenciosa, dissimulada, não clara, além de contar com a ausência do Conselho Nacional de Saúde nos debates. O autor citado deixa questionamentos para reflexão como: Quem defende a publicação de uma nova PNAB, defende por que mesmo? Já que não tem nenhuma norma explícita (ou com coragem de ser explicitada) relevante que justifique a mudança da política de 2011?

Destaca, ainda, que

a proposta de reforma da PNAB se configura no contexto de reorientação das políticas sociais de forma seletiva e focalizadas, distorcendo os princípios da universalidade e da integralidade. Aponta a perspectiva de um pacote limitado de serviços de baixa complexidade e qualidade para a população empobrecida, configurando o que muitos denominam de uma “política pobre para os pobres”. Se não estão considerando as necessidades sociais, já que não houve estudos e nem mesmo apresentação de dados por parte das esferas de governo que apontem de forma segura possíveis ajustes, somos levados a crer que tais decisões são frutos de um determinante econômico, condicionado pela escassez de recurso. Para tanto, “qualquer retrocesso na organização do sistema intensifica as desigualdades já existentes, em vez de enfrentá-las” (PINTO, 2017b).

Ressalta que, apesar de alguns poucos pontos positivos da nova revisão, se a mesma não for regulamentada por meios de instrumentos e normas mais objetivas, a subjetividade da mesma não proporcionará avanços no acesso e na qualidade dos serviços de saúde para a população local.

Nesse sentido, visando evitar que esses retrocessos atinjam também o Programa Mais Médicos, há necessidade no âmbito da Saúde que estados e municípios pensem em meios e instrumentos para a sustentabilidade desta política essencial para a população brasileira em situação de vulnerabilidade e centrem esforços junto ao governo federal no intuito de implementá-la, pois sem um aporte importante desse ente, não há como garantir a sustentabilidade do Programa.

Em países europeus com economia, políticas, ideias diferentes de países da América Latina, autores destacam que mesmo na Europa é necessário que os profissionais de saúde se preocupem com a precariedade, pois é um fator que afeta a saúde das pessoas mais vulneráveis nas sociedades, e, a sociedade, por sua vez, deve se preocupar com o crescimento e a persistência de um grupo da população que se sente deixada para trás, em um mundo caracterizado pela incerteza (MCKEE, REEVES, CLAIR, & STUCKLER, 2017). Aqueles preocupados com a saúde da população, especialmente com os mais desfavorecidos, devem tentar entender o impacto das mudanças que estão ocorrendo na sociedade e que o Programa Mais Médicos, como uma política de Estado, contribui para atenuar os efeitos da austeridade sobre as condições de saúde dessa população.

Em síntese, esse estudo reforça que o Programa Mais Médicos é revolucionário no tocante à democratização do acesso, redução das iniquidades, imprescindível para expansão da ESF, sendo certamente um importante capítulo da reforma sanitária, evidenciando a necessidade de se garantir medidas que venham transpor os desafios postos para sua sustentabilidade.

7. REFERÊNCIAS

ALENCAR, T. **Reforma Sanitária Brasileira e políticas farmacêuticas: 1976-2014**. São Paulo: Hucitec, 2016.

ANDRADE, M. de.; OLIVEIRA, A. E.; PEREIRA, S. de. **O Programa Mais Médicos no Brasil e a ampliação da cobertura dos serviços Bahia – Nordeste Brasileiro**. XVI Congresso Internacional do Fórum Universitário Mercosul (FoMerco). Salvador/BA, 2017. Disponível em:
http://www.congresso2017.fomerco.com.br/resources/anais/8/1505652365_ARQUIVO_OProgramaMaisMedicosnoBrasileaaampliacaodacoberturadosservicosdeAtencaoPrimariaaSaudeoTerritoriodeIdentidadedoReconcavodaBahiaNordesteBrasileiro.pdf. Acesso em: 15 jan. 2018.

ARAÚJO, Y. B. de; Rezende, L. C. M.; QUEIROGA, M. M.D. de; SANTOS, S.R. do. Sistemas de Informação em Saúde: inconsistências de informações no contexto da Atenção Primária. **J. Health Inform.** 2016; 8(Complemento):164-70.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Ed. rev. e atualizada. Lisboa: Edições 70, 2010

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília/DF, 5 out. 1988.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

BRASIL, 1993. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde/Departamento de Desenvolvimento, Controle e Avaliação dos Serviços de Saúde. **Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS)**. Brasília, novembro, 1993

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para a Organização da Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 nov. 1998b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acesso em: 19 jan. 2018.

BRASIL. Decreto Presidencial nº 3.745, de 05 de fevereiro de 2001. Institui o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2001a.

BRASIL. Portaria Ministerial nº 227 - Gabinete do Ministro da Saúde, de 16 de fevereiro de 2001. Aprova as orientações, normas e critérios gerais do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 fev. 2002b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html. Acesso em: 15 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde**: Contexto, premissas, diretrizes gerais, agenda tripartite para discussão e proposta de metodologia para apoio à implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011a. (Coleção Para entender a gestão do SUS 2011, 13).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **SUS: a saúde do Brasil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 2.087, 1º de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 set. 2011c. Seção 1, p.92.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n. 271, de 27 de fevereiro de 2013. Institui a Base Nacional de Dados de ações e serviços da Assistência Farmacêutica e regulamenta o conjunto de dados, fluxo e cronograma de envio referente ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 fev. 2013a..

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n. 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 jul. 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos**: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais Médicos**: conheça o programa. Brasília, DF: MS, 2013a. Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/conheca-programa>>. Acesso em: 09 dez. 2016.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 09 dez. 2016.

BRASIL. Departamento de Informação e Análise Epidemiológica. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Painel de Monitoramento da Situação de Saúde**. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 2002b. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 fev. 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 15 jan. 2018.

CAMPELLI, M. G.; CALVO, M. C. O cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1613-1623, jul. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000700012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 2 jan. 2018.

CAMPOS, G.W.; GUERRERO, A.V.P. **Manual de práticas de atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. Ed. Hucitec. SP 2010.

CAMPOS, G. W. Mais médicos e a construção de uma política de pessoal para a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS). **Comunicação Saúde Educação**, 19(54), 641-642. Jul. 2015.

CARVALHO, M. S. de; SOUSA, M. F. de. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 17, n. 47, p. 913- 926, dez. 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000400012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 16 abr. 2018.

CIB/SP. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB n. 36, de 21 de setembro de 2011. Trata da Constituição das Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**. São Paulo/SP, 22 set. 2011.

3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1963. Disponíveis http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd07_01.pdf . acesso em 10 de abril de 2018.

CONTANDRIOUPOLOS, A. A avaliação na área de Saúde: conceitos e métodos. **In:** Z. M. Hartz, Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas (pp. 29-48). Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

CONSORCIO GRANDE ABC. Consórcio Intermunicipal Grande ABC. **Estatuto do Consórcio Intermunicipal Grande ABC**. 04 de maio de 2015. Santo André/SP, 2015.

COSTA, H. Entrevista com ministro da saúde. **Boletim Abrasco**, n.87, nov. 2002, p.4-7, abr. 2003.

COSTA, A. M. Rumo ao direito universal à saúde. In: RIZZOTO, M. L. F.; COSTA, A. M. (Org.). **25 anos do direito universal à saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2014.

DE-CARLI, A. D.; SANTOS, M. L. M.; SOUZA, A. S.; KODJAOGLANIAN, V. L.; BATISTON, A. P. Visita domiciliar e cuidado domiciliar na Atenção Básica: um olhar sobre a saúde bucal. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.441-450, 2015.

SCOREL, S. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

SCOREL, S. & BLOCH, R. A de. As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. **In:** LIMA, N. T. et al (Orgs.). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p.83-119.

ESPING-ANDERSEN, G. The Three Worlds of Welfare Capitalism. Cambridge: **Polity Press**, 1990.

FACCHINI, L.; BATISTA, S.R., SILVA JR., A.G; GIOVANELLA, L. A. Pesquisas sobre o Programa Mais Médicos: análises e perspectivas”. **Ciência & Saúde Coletiva**, volume 21, número 9, p. 2652, 2016.

FIOCRUZ. VideoSaúde - Distribuidora da Fiocruz. **A história da saúde pública no Brasil – 500 anos na busca de soluções**. Youtube, 22 fev. 2016. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=7ouSg6oNMe8>. Acesso em: 15 nov. 2017.

FUNCIA, F. Implicações da Emenda Constitucional n. 86/2015 para o processo de financiamento do Sistema Único de Saúde. **Consensus - Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Ano 5. Número 15. abr., maio e jun. 2015. Disponível em: < http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/revistaconsensus_15.pdf> . Acesso em: 20 dez. 2017.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIOVANELLA, L. *et al.* A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2697-2708, Set. 2016.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H.M. de. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AL, organizadores. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 493–546, 2012.

GLOBO, **Dilma anuncia programa que prevê contratação de médicos estrangeiros**. Rio de Janeiro, 08 de Julho de 2013. Disponível em <http://g1.globo.com/politica/noticia/2013/07/dilma-anuncia-programa-que-preve-contratacao-de-medicos-estrangeiros-1.html>. Acesso em 24 de abril de 2018.

GOVERNO BRASIL, 2014. **Saúde**: Mauá (SP) atinge cobertura de 76% da população . Disponível em <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/04/maua-sp-atinge-cobertura-de-76-da-populacao>. Acesso em 15 de abril de 2018.

GUERRA, A. L. **Estado, garantia de renda e geração de oportunidades: a estratégia da Prefeitura de Osasco no período 2005-2012**. 2017. Tese de doutorado (Escola de Administração de Empresas de São Paulo). São Paulo: Fundação Getúlio Vargas.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais** - Uma análise das condições de vida da população Brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Produto Interno Bruto dos Municípios 2010-2013**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Contas Nacionais. Rio de Janeiro: IBGE, 2015c. (Contas Nacionais, n. 49).

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da população residente no Brasil e Unidades da Federação com data de referência em 1º de julho de 2015. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 28 ago. 2015a.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2015**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas, Informação Demográfica e Socioeconômica n. 35. Rio de Janeiro: IBGE, 2015b.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da população residente no Brasil e Unidades da Federação com data de referência em 1º de julho de 2016. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 30 ago. 2016.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS): Saúde**. Brasília, 2011.

JLI. Joint League Initiative. Human resources for health. Overcoming the crisis. Global Health Initiative/**Harvard University Press**, 2004.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G., **Medicina Preventiva**. Editora McGrawHill do Brasil Ltda, 1987.

LEVY, D. R; SANTOS, C.E.G. O Programa Mais Médicos e os impactos na saúde da população brasileira. **Revista Brasileira de Previdência**, 4ª Edição - Novembro de 2015, 10p. Disponível em <http://www.prev.unifesp.br/index.php/edicoes-anteriores/vol-4-novembro-de-2015/54-medicos?tmpl=component&print=1&layout=default&page=>

LIMA, R. T., FERNANDES, T. G., BALIEIRO, A. A., COSTA, F. d., SCHARAMM, J. m., SCWICKARDT, J. C., & FERLA, A. A.. **A atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção**. 21 (9), 2685-2686, 2016.

LOBATO, L.; & GIOVANELLA, L. **Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica**. *In: S. & ESCOREL, Política e Sistema de Saúde no Brasil*, pp. 111-112, . 2008. Rio de Janeiro: Fiocruz.

LABOISSIÈRE, P. Programa Mais Médicos completa um ano. **Revista Exame.com**, 08 jul. 2014. Disponível em: <http://exame.abril.com.br/brasil/noticias/programa-mais-medicos-completa-um-ano>. Acesso em: 30 dez. 2017.

MACIEL FILHO, R. **Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro**. Tese (doutorado), Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. 2007 262 f.

MALIK, A. M., SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo: Petrópolis, 1998.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cad. Saúde Pública**, 18 suplemento, 163-171, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v18s0/13802.pdf> . Acesso em: 02 jan. 2018.

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

MAUÁ. Prefeitura Municipal de Mauá. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde - 2014-2017**. Mauá/SP, 2013. Disponível em: http://www.maua.sp.gov.br/Arquivos/Secretarias/Saude/plano_municipal_saude.pdf. Acesso em: 13 dez. 2017.

MARX, K. **O capital**. (C. J. Teixeira Martins e Vital Moreira, Trad.) Coimbra. 1974.

MCKEE, M., REEVES, A., CLAIR, A.; STUCKLER, D. Living on the edge: precariousness and why it matters for health. **Archives of Public Health**, 75:13, pp. 1-10, 2017. Disponível em: <https://archpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13690-017-0183-y?site=archpublichealth.biomedcentral.com> . Acesso em: 11 dez. 2017.

MINAYO, M.C de S. Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, supl. 1, p. 83-91, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Informação da Gestão da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. 2017. Disponível em <https://egestorab.saude.gov.br/index.xhtml>. Acesso em 15 de abril de 2018.

MOURA, L.B.A; VASCONCELOS, A.B. Ensinações criativas em desenvolvimento: um relato de experiência. **Revista Perspectivas do Desenvolvimento.**, v. 1, nº 1, 2013.

NUNES, F. Influência do Programa mais médicos nos indicadores de Saúde. **CEBES**, Set. 2014, p.1-10. Disponível em: <http://cebes.org.br/2014/09/influencia-do-programa-mais-medicos-nos-indicadores-de-saude/>. Acesso em: 1 jan. 2018.

OCKÉ-REIS, C. O. **Sistemas de saúde comparados: gasto, acesso e desempenho**. Rio de Janeiro: Ipea, 2006. Seminário interno Ipea-RJ n. 237.

OCKÉ-REIS, C. O. Os problemas de gestão do SUS decorrem também da crise crônica de financiamento?. **Trabalho, Educação e Saúde**, , v. 6, p. 613-622, 2008.

OKMA, K. What is the best public-private model for Canadian health care? **Policy Matters**. Institute for Research on Public Policy, Canada, v.3, n. 6, 2002.

OLIVEIRA, F.P. et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Rev Interface**; 19(54): 623-34, 2015.

OLIVEIRA JÚNIOR, M. O financiamento do Sistema Único de Saúde no Brasil. In: GOULART, F. A. A. (Org.). **Os médicos e a Saúde no Brasil**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Estatísticas sanitárias mundiais**. OMS, 2012.

OPAS. Organização Pan Americana de saúde. **Relatório Técnico**. 2016. 28p. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&slug=rt-tc-80-d&Itemid=965. Acesso em 15 de abril de 2018.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F.. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 40, n. spe, p. 73-78, Aug. 2006 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 dez. 2017.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuições para compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAIM, J. S. Análise do processo da Reforma Sanitária Brasileira no período 2007 a 2016 - Financiamento em 2014. **Observatório de análise política em saúde**, Salvador, mar. 2015. Disponível em: <http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/matriz/>. Acesso em: 10 jan. 2018.

PADILHA, A. R. S.; OLIVA, A. M.; BELCHIOR, M. A. **Exposição de Motivos Interministerial n. 24-2013/MS-MEC-MP vinculada à Lei Federal n. 12.871/2013**. Brasília/DF, 2013.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**. Manginhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar., p.15-35, 2014.

PINTO, H.A; KOERNER, R.S; CASTRO, D.A. **Prioridade se traduz em mais e melhores recursos para a Atenção Básica**. Jun. 2012. Disponível em: <http://www.rededespesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2012/06..> Acesso em: 12 dez. 2017.

PINTO, H. A “Nova” Política de Atenção Básica de 2017: avanços, silêncios ruidosos e retrocessos esperados. Ago. 2017a. Disponível em: <https://heiderpintoblog.files.wordpress.com/2017/08/pinto-heider-nova-pnab.pdf>.. Acesso em: 20 dez. 2017.

PINTO, H. **Relatório do Grupo de Trabalho de revisão da Política Nacional da Atenção Básica - PNAB**. Set. 2017b. Disponível em: <https://heiderpintoblog.files.wordpress.com/2017/09/relatorio-pnab-do-gt-ab-cns.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2018.

REIS, D. O.; ARAÚJO; E. C.; CECÍLIO, L. C. O. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde**. (Especialização em Saúde da Família – UNA-SUS). Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). 2013. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf. Acesso em: 15 out. 2017.

RIBAS, A.N. **Programa Mais Médicos: uma avaliação dos resultados iniciais referentes ao eixo do provimento emergencial a partir da Teoria da Avaliação de Programas**. Dissertação (em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional (PPGDSCI) do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM) – UNB. Brasília, 119p. 2016.

RODRIGUEZ NETO, E. **Saúde: promessas e limites da Constituição**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

SANTOS, L. M., COSTA, A. M., & GIRARDI, S. N. . **Programa Mais Médico: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015, 20(11), pp. 3547-3552.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Conselho de Secretários Municipais de Saúde. **SUS no Estado de São Paulo: Atualizações para os gestores municipais**. São Paulo: PoloBooks, 2013.

SCHEFFER, M. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 663-666, abr. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000400663&lng=en&nrm=iso. . Acesso em: 15 jan. 2018.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L. O financiamento de campanhas pelos planos e seguros de saúde nas eleições de 2010. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 96-103, mar. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000100011&lng=en&nrm=iso.. Acesso em: 15 jan. 2018.

SILVA, L. M. V. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 331-339, 1999. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200008&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 14 dez. 2017.

SILVA, B. P., STOCKMANN, D., LÚCIO, D. d., HENNA, E., ROCHA, M. C., & JUNQUEIRA, F. M. Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos? **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(9), pp. 2899-2906. 2016.

SIMM - Sistema Integrado de Informação Mais Médicos. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. 2017. Disponível em: <http://simm.campusvirtualsp.org> . Acesso em: 21 dez. 2017.

SOARES, E. S., & BITENCOURT, C. M. (2015). **A Previdência social no contexto do capitalismo do século XXI: o estado social e o estado fiscal social brasileiros.** Anais do X Seminário Nacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea. Porto Alegre/RS. 2015.

SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. **Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro.** Campinas. Saberes, 2014.

SOUZA, N.P. C. de. **A 3ª Conferência Nacional de Saúde (1963): antecedentes para um Sistema Nacional de Saúde Público e Descentralizado.** 2014. 160 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 2014.

STRALEN, C J. V. O Cebes e a defesa intransigente do direito à saúde e da democracia. **Saúde Debate.** Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 4-7, jan-mar 2016.

STUCKLER, D. & BASU, S. **A Economia Desumana: Porque mata a austeridade.** Portugal: Editora Bizâncio, 2014.

TASCA, R. **Desafios da Avaliação de resultados do Programa Mais Médicos: Reflexões e propostas.** (Apresentação). Seminário Programa Mais Médicos: Resultados, Lições Aprendidas e Desafios. Brasília, 2016.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. **Saúde em debate**, v.29, n.71, p.268-283, set./dez. 2005.

TRIVIÑOS, A.N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais.** São Paulo: Atlas, 2006.

TCGU- Relatório e Auditoria Anual de Contas. Secretaria Federal de Controle Interno. Coordenação-Geral de Auditoria da Área de Saúde. 2015, p141. Disponível em:

<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/mais-medicos/Relatorio-de-Auditoria-Anual-de-Contas-n201600675-SGTES-Exercicio-2015.pdf> . Acesso em 16 de abril de 2018.

VIANA, A. L. A.; MACHADO, C. V. **Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde**, 2009.

VIEIRA, R.S.; SERVO, L.M.S. **Estimativas de custos dos recursos humanos em atenção básica: Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB)**. Nota Técnica nº 16/2013. IPEA Brasília, 2013.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. D. S. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. IPEA, 2016. Disponível em:
http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=28589. Acesso em: 11 dez. 2017.

8. ANEXOS

Anexo 1 – Convite eletrônico para participação da pesquisa do Programa Mais Médicos no município de Mauá/SP.

Prezado (a),

Sou aluna do Mestrado profissionalizante em Estado, Governo e Políticas Públicas da Fundação Perseu Abramo (FPA)/FLACSO Brasil e estou pesquisando sobre os impactos do Programa Mais Médicos no município de Mauá/SP nos anos de 2013 a 2016.

Como metodologia de pesquisa, optei pela análise dos indicadores de saúde, bem como a aplicação de questionário aos secretários de saúde e coordenadores de atenção básica no período.

As perguntas foram adaptadas a partir do consolidado de estudos de casos presentes no Sistema Integrado de Informação Mais Médicos (SIMM), que foi desenvolvido com a finalidade de integrar os dados das principais fontes de informação sobre o Programa Mais Médicos. O SIMM é uma iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde, da Organização Mundial da Saúde e do Campus Virtual de Saúde Pública, em parceria e apoio do Ministério da Saúde do Brasil e do Ministério da Saúde de Cuba (SIMM, 2017).

Renato Tasca (2016), ao abordar os desafios da avaliação dos resultados do Programa Mais Médicos, traz a reflexão de sete áreas de resultados aptas para a avaliação do impacto do programa, as quais serviram de base para o roteiro das entrevistas.

Assim sendo, para que possa enriquecer a pesquisa com sua valiosa percepção dos resultados do programa, encaminho o "Questionário para avaliação do impacto do Programa Mais Médicos no município de Mauá/SP (2013/2016)" localizado logo abaixo no botão "Iniciar Questionário".

Agradeço a valorosa colaboração e me coloco a disposição para quaisquer dúvidas a respeito da presente iniciativa.

AbraSUS,

Melissa Sproesser Alonso

Contato: ms.alonso@uol.com.br

Anexo 2. Questionário semiestruturado aplicado no município de Mauá/SP

**QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS
NO MUNICÍPIO DE MAUÁ/SP (2013/2016)**

Instruções de preenchimento do formulário:

Todas as questões deverão ser respondidas, e de acordo com a resposta, serão redirecionadas automaticamente para a próxima questão na sequência do Instrumento;

Para navegar entre as páginas do formulário utilize os botões localizados ao final de cada página: “Voltar à Página Anterior” ou “Salvar e seguir para Próxima Página”. Não utilizar botões retroceder e/ou avançar do navegador;

Para suspender temporariamente o preenchimento do formulário, salve a última página respondida (botão “Salvar e seguir para Próxima Página” no final da página) e feche o formulário clicando no botão SAIR localizado à direita e no alto de cada página;

Para retornar ao preenchimento acesse novamente o link encaminhado e prossiga a partir da última página salva anteriormente;

O percentual de perguntas respondidas poderá ser acompanhado pela barra de progresso, ao final de cada página;

O questionário on-line estará disponível para preenchimento até o dia 10 de janeiro de 2018.

Identificação do respondente:

*1. Nome do(a) entrevistado(a):

*2. Cargo/Função

- () Secretário(a) de Saúde
() Coordenador(a) da Atenção Básica à Saúde

*3. Escolaridade:

- () Ensino superior incompleto
() Ensino superior completo
() Pós-graduado(a)

*4. Caso possua curso de pós-graduação, favor informar o curso:

*5. Formação:

*6. Há quanto tempo você atua/atuou na secretaria municipal de saúde de Mauá/SP no cargo de Secretário(a) de Saúde / Coordenador(a) de Atenção Básica no período do estudo (2013 a 2016)?

- () Menos que 1 ano
() Entre 1 e 2 anos
() Entre 2 e 3 anos
() Entre 3 e 4 anos

*7. Há quanto tempo você atua/atuou na secretaria municipal de saúde de Mauá/SP?

- () Menos que 1 ano
() Entre 1 e 5 anos
() Entre 5 e 10 anos
() Mais que 10 anos

*8. Há quanto tempo você atua no Sistema Único de Saúde?

- Menos que 1 ano
- Entre 1 e 5 anos
- Entre 5 e 10 anos
- Mais que 10 anos

Dimensão 1

Redução das desigualdades (Identificar a contribuição do Programa Mais Médicos para a redução das desigualdades em saúde, especialmente relacionadas à distribuição e fixação de profissionais médicos e equipes de saúde, contribuindo para ampliar o acesso da população aos serviços de saúde integrais e de qualidade).

*9. Por que o município aderiu ao Programa Mais Médicos?

*10. Como era a situação do provimento e da fixação de profissionais médicos nas unidades de saúde antes do Programa Mais Médicos?

- Havia vazios assistenciais e Iniquidades de acesso à saúde
- Não havia vazios assistenciais e iniquidade de acesso à saúde relevante
- Não havia problemas de provimento e fixação de profissionais médicos

*11. Quais eram as dificuldades para a fixação e o provimento desses profissionais? (Marque uma ou mais alternativas)

- Lugares onde médicos e médicas brasileiras não tinham interesse ou não conseguiam se estabelecer
- Falta de estrutura básica para atendimento clínico
- Alto índice de violência nas regiões para provimento
- Dificuldade de acesso nas regiões para provimento
- Não havia problemas de provimento e fixação de profissionais médicos
- Não havia dificuldades relevantes nesse sentido
- Outro(s)? Especifique-o(s)

*12. E após adesão do município ao Programa Mais Médicos, como avalia a questão do provimento e da fixação dos médicos?

- Ampliação e democratização do acesso
- Não ocorreu mudança significativa
- Não havia problema nesse sentido

Dimensão 2

Satisfação e aceitação dos usuários (Medir a satisfação e aceitação dos usuários em relação à atenção dos profissionais médicos do Programa Mais Médicos, bem como a produção de vínculo e a integração desses profissionais nas comunidades e na cultura local).

*13. Como foi a aceitação dos usuários em relação à chegada dos profissionais médicos e a integração desses profissionais na comunidade?

Aceitação com criação de vínculo médico/comunidade Aceitação sem criação de vínculo médico/comunidade Sem aceitação

*14. Qual o grau de aceitação dos usuários com relação ao Programa Mais Médicos?

- Muito satisfeitos
- Satisfeitos
- Insatisfeitos

*15. A população teve problemas com os médicos do Programa Mais Médicos devido a fatores ligados à diferença de idioma, costumes e modus operandi?

- Sim
- Não
- Não tive percepção nesse sentido

*16. Se sim, quais problemas? (Marque uma ou mais alternativas)

- Diferença de idioma
- Diferença de costume
- Diferença no modus operandi
- Outro(s)? Especifique-o(s)

Dimensão 3

Melhora das condições de saúde (Avaliar o impacto do Programa Mais Médicos, em especial do cuidado médico, nas condições de saúde da população).

*17. A partir da chegada dos médicos, quais foram as principais mudanças que ocorreram nos serviços de saúde do município?

*18. A implementação do Programa Mais Médicos em Mauá/SP promoveu a redução de internações de algumas doenças sensíveis à atenção primária à saúde?

- Sim
- Não
- Não tive percepção nesse sentido

Dimensão 4

Qualidade da atenção primária (Avaliar os resultados do Programa Mais Médicos com relação à melhoria da qualidade da atenção, com foco nos atributos da atenção primária à saúde, avaliando a eficácia clínica, incluindo as habilidades, competências e motivação dos profissionais).

*19. A implementação do Programa Mais Médicos em Mauá/SP favorece a produção de serviços na atenção primária à saúde (aumento do número de consultas, procedimentos, atividades de promoção e prevenção na comunidade)?

- Sim
- Não
- Não tive percepção nesse sentido

*20. A implementação do Programa Mais Médicos em Mauá/SP favorece a visita domiciliar?

- Sim
- Não
- Não tive percepção nesse sentido

*21. A implementação do Programa Mais Médicos em Mauá/SP contribui para o uso racional de medicamentos e indicação de exames complementares?

- Sim
- Não
- Não tive percepção nesse sentido

*22. Por que contribui para o uso racional de medicamentos e indicação de exames complementares?

Dimensão 5

Fortalecimento dos sistemas de saúde (Identificar a introdução de inovações em saúde que estão produzindo resultados positivos na mudança do modelo de atenção, baseado nas necessidades em saúde e a contribuição para a organização das redes de serviços coordenada pela atenção primária à saúde).

*23. Que efeitos o provimento emergencial de médicos provocou na cobertura da Estratégia Saúde da Família em Mauá/SP?

- Possibilitou maior cobertura da ESF
- Possibilitou de forma parcial maior cobertura da ESF
- Não possibilitou maior cobertura da ESF

*24. A implementação do Programa Mais Médicos em Mauá/SP impactou na mudança de estrutura e forma de organização da rede de saúde do município?

- Sim
- Não
- Não teve percepção nesse sentido

*25. A implementação do Programa Mais Médicos em Mauá/SP aprimora o sistema de referência e contra referência entre os níveis de atenção da Rede de Saúde?

- Sim
- Não
- Não teve percepção nesse sentido

*26. Houve diminuição do atendimento na rede de urgência e emergência no município de Mauá/SP devido ao Programa Mais Médicos?

- Sim
- Não
- Não teve percepção nesse sentido

*27. O Programa Mais Médicos impacta na melhora dos indicadores de saúde?

- Sim
- Não
- Não teve percepção nesse sentido

*28. O Programa Mais Médicos impacta na redução da mortalidade infantil?

- Sim
- Não
- Não teve percepção nesse sentido

Dimensão 6

Formação (Analisar as mudanças do paradigma da formação médica, tanto em âmbito acadêmico como nas práticas em serviço).

*29. A mudança de paradigma da formação proposta pelo programa Mais Médicos (reorientação da formação e integração da carreira às necessidades do SUS) traz benefícios para a saúde da população?

- Sim
- Não
- Não teve percepção nesse sentido

*30. A implementação do Programa Mais Médicos em Mauá/SP favorece a educação permanente dos profissionais da atenção primária à saúde?

- Sim

- Não
- Não tive percepção nesse sentido

Dimensão 7

Sustentabilidade da intervenção (Analisar o Programa Mais Médicos do ponto de vista da sustentabilidade das intervenções, frente a diferentes perspectivas como a política, financeira, institucional, técnica e de gestão).

*31. Considerando o objetivo de fortalecer a atenção primária à saúde em Mauá/SP, o que precisa ser aprimorado no Programa Mais Médicos (Potencialidades, Fragilidades, Oportunidades e Ameaças)?

*32. Se o Programa Mais Médicos for extinto, quais serão os impactos para o município, e para os usuários? Como contornar esses impactos?

*33. Quais os principais desafios para continuidade do Programa Mais Médicos na perspectiva do município?

*34. O Programa Mais Médicos pode ser considerado um importante capítulo da reforma sanitária?

- Sim
- Não
- Não tive percepção nesse sentido

Página Final

Você chegou ao final deste questionário.

Ao clicar em "Finalizar e Enviar Formulário" o acesso a esse formulário será encerrado em definitivo.

Se deseja consultar alguma resposta, clique em "Voltar à Página Anterior".

Caso contrário, clique em "Finalizar e Enviar Formulário".

Anexo 3 – Convite da Sessão Solene na Câmara Municipal de Mauá, em 09 de novembro de 2016, que concedeu a cidadania mauaense aos médicos cubanos.



**CÂMARA MUNICIPAL
DE MAUÁ / S.P.**

Convite

O Legislativo Mauaense convida para a Sessão Solene em Homenagem aos

Médicos Intercambistas do Programa Mais Médicos

9 de novembro de 2016, quarta-feira | Recepção: 19h00. Início: 19h30
Plenário Ruy Barbosa, Sede do Legislativo | Av. João Ramalho, 305, Vl. Noémia
R.S.V.P: comunicacao@camaramaua.sp.gov.br | 11 4512-4513

Marcelo Oliveira (Presidente), Adeldo Cachorrão, Admir Jacomussi, Betinho Dragões, Chiquinho do Zaíra, Dr. Cincinato, Dra. Sandra, Edgard Grecco, Eugênio Rufino, Gil Miranda, Ivan, Jair da Farmácia, José Luiz Cassimiro, Jotão, Manoel Lopes, Prof. Betinho, Ricardinho da Enfermagem, Rogério de Paula – Kuka, Rogério Santana, Severino do MSTU, Simão, Wagner Rubinelli e Wilson Melão.

Anexo 4 – Projeto de decreto legislativo nº 24, de 03 de Novembro de 2016.



CÂMARA MUNICIPAL DE MAUÁ
S. P .

Fls. n.º 1

PROCESSO Nº 83.247

PROJETO DE DECRETO LEGISLATIVO Nº 24 / 16

Concede os títulos de “Cidadãos Mauaenses” aos médicos intercambistas do Programa Mais Médicos pelos seus relevantes serviços prestados à comunidade e sua dedicação na história do município, e dá outras providências.

A Câmara Municipal de Mauá decreta:

Art. 1º - Ficam concedidos os títulos de “Cidadãos e Cidadãs Mauaenses” aos médicos ADALBERTO PELAEZ POLO, ADRIAN GUILLERMO ECHENAGUSIA MARIN, ALEIDA PETRA OLIVA, AYLIN TORRES CUTINO, BEATRIZ RAMOS PELEGRIN, CARLOS CASTRO CABANES, DAGNE TOLEDANO PEREZ, DENIS AMADO CABADA PARRA, DIANA ROSA ALEJO LOPEZ, EDUARDO MARTINEZ SAVIGNON, EDUARDO RAFAEL VASQUEZ HERNANDEZ, ELIECER TORRES GARCIA, GABRIEL DE JESUS REY PEREZ, IDALMI CARMENATE OLIVA, IDANIA ZALDIVAR RONDON, IDOLKA BLANCO TORRES, ISABEL MARIA MONTEJO NOBAL, JAVIER URBANO PAZ CABALLERO, JUAN DANIEL NAVARRO DE LA MAZA, JUAN MIGUEL SERRANO FUENTES, JULIO MANUEL GUTIERREZ, JUSTO LAFFITTA CRUZ, LAZARO RAMIRO RODRIGUEZ NUNEZ, LIEN ISABEL LOPEZ PEREZ, LISANDRA DUBOY TORRES, LISANDRA ELVIA GALBAN DURAN, LUREDYS PEDRAZA ZADA, MAILEN MARIELA LABRADA CRUZ, MARIA AMALIA MARESMA SAN MIGUEL, MARTHA REINA PEDROSO DIAZ, MILDARAY CALVINO SALABARRIA, NALLIVER GARCIA OSORIO, NIUVIS LABRADA GOMEZ, NORAILYS PEREZ CALERO, ODALIS OSORIO JIMENEZ, ODELSYS CABRERA ORDONEZ, ORELVYS CAMPOS VIART, RENE SANTIAGO SOCARRAS LEYVA, SANDRA LISIDY CASTRO MARQUES, TANIA OFELIA CASTRO GARCIA, YAMILA RODRIGUEZ LOPES, YORLAINE TORRES ARENCIBIA, YURAMIS GONZALEZ DIAS, YUVILEXY AGUILAR GARCIA, ZULEMA COBAS BUENO, pelos relevantes serviços prestados ao Município de Mauá.

Art. 2º - A homenagem de que trata o artigo anterior será prestada em solenidade a ser definida posteriormente.



CÂMARA MUNICIPAL DE MAUÁ
S. P.

Fls. n.º 2

PROCESSO Nº 83.247
(continuação)

Art. 3º - As despesas decorrentes da execução do presente Decreto Legislativo onerarão as dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 4º - Este Decreto Legislativo entra em vigor na data de sua publicação.

Sala das Sessões, 03 de novembro de 2016.

Vereador **MARCELO OLIVEIRA**



CÂMARA MUNICIPAL DE MAUÁ
S. P.

Fls. n.º 3

PROCESSO Nº 83.247
(continuação)

JUSTIFICATIVA:

Conforme consta no site do Ministério da Saúde o Programa Mais Médicos (PMM) é parte de um amplo esforço do Governo Federal, com apoio de estados e municípios, para a melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Além de levar mais médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais, o programa prevê, ainda, mais investimentos para construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de novas vagas de graduação, e residência médica para qualificar a formação desses profissionais.

Assim, o programa busca resolver a questão emergencial do atendimento básico ao cidadão, mas também cria condições para continuar a garantir um atendimento qualificado no futuro para aqueles que acessam cotidianamente o SUS. Além de estender o acesso, o programa provoca melhorias na qualidade e humaniza o atendimento, com médicos que criam vínculos com seus pacientes e com a comunidade.

O Mais Médicos se somou a um conjunto de ações e iniciativas do governo para o fortalecimento da Atenção Básica do país. A Atenção Básica é a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), que está presente em todos os municípios e próxima de todas as comunidades. É neste atendimento que 80% dos problemas de saúde são resolvidos.

Nesses dois anos, o Mais Médicos conseguiu implantar e colocar em desenvolvimento os seus três eixos pilares: a estratégia de contratação emergencial de médicos, a expansão do número de vagas para os cursos de Medicina e residência médica em várias regiões do país, e a implantação de um novo currículo com uma formação voltada para o atendimento mais humanizado, com foco na valorização da Atenção Básica, além de ações voltadas à infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde.

Por todo o trabalho realizado pelos médicos cubanos em nosso município, que abdicaram de suas famílias, filhos e cultura e com extrema dedicação, empenho e dedicação cuidam de nossa população, alcançando aprovação e respeito de todos os munícipes e equipe de trabalho, apresentamos o presente projeto de Decreto Legislativo a fim de ser concedido o título de Cidadão Mauaense aos seguintes médicos e médicas:

DOUTOR ADALBERTO PELAEZ POLO

Doutor Adalberto chegou em Mauá na data de 13 de dezembro de 2013, iniciando o Programa Mais Médicos na UBS Zaíra II

Após quatro meses de sua chegada conheceu uma pessoa muito especial, sua esposa Lívia Dias, com quem está casado e tem uma linda filha chamada Sophia.

Tem boa relação com os demais trabalhadores, não tem qualquer queixa da equipe e o relacionamento interpessoal é muito bom, sendo que a equipe em que trabalha possui boas pessoas e bons profissionais.

A redação do presente documento é de inteira responsabilidade do Gabinete do Vereador Marcelo Oliveira



CÂMARA MUNICIPAL DE MAUÁ
S. P.

Fls. n.º 4

PROCESSO Nº 83.247
(continuação)

Atualmente está tentando renovar meu contrato por seis anos mais e trabalha na UBS Santa Lidia.

DOUTOR ADRIAN GUILLERMO ECHENAGUSIA MARIN

Doutor Adrian Guillermo Echenagusia Marin, nasceu em 04 de setembro de 1971 no Município de Trinidad, na província de Sancti – Spiritus – Cuba, onde mora com sua família até hoje.

Solteiro, graduado em Medicina em 1995, especialista em Medicina Geral e integral.

Participou de missões em Bairro Adentro em Venezuela e desembarcou no Brasil em novembro de 2013.

É pós-graduado em trombolise, maternidade e paternidade consciente, reanimação cardiopulmonar e atenção Integral á família.

Atualmente trabalha na UBS do Jardim Primavera.

DOUTORA ALEIDA PETRA OLIVA

Doutora Aleida Petra Oliva é nascida em Cuba divorciada e mãe de dois filhos de 16 e 19 anos de idade,

Se formou na Faculdade de Ciências Médicas de Lãs Tunas em Cuba, e tem experiência de 26 anos como médica de família,

Chegou no Brasil neste ano e trabalha na UBS do Parque das Américas.

DOUTORA AYLIN TORRES CUTINO

Dra Aylin Torres Cutino nasceu em Las Tunas, é filha da dona de casa Santa Cutino e do professor de educação física e tênis Arcenio Torres Ribeiro.

Tem 31 anos, é casada, tem um filho e dois irmãos.

Percebeu sua vocação como médica, pois, sempre gostou de ajudar o próximo.

Realizou uma missão anterior na Venezuela de 2011 até 2014.

Em Cuba gosta de passear nas praias com os amigos e família.

Ingressou agora em Mauá, ainda conhece pouco, mas está se adaptando bem.

Seu desejo é trazer a família pra perto.

Atualmente trabalha na UBS do Jardim Flórida.



**CÂMARA MUNICIPAL DE MAUÁ
S. P .**

Fls. n.º 5

PROCESSO Nº 83.247
(continuação)

DOUTORA BEATRIZ RAMOS PELEGRIN

Doutora Beatriz Ramos Pelegrin nasceu em 10 de abril de 1985, é filha de Ana e Guilherme, nasceu em Bayamo Granma, Cuba, é casada com Herly Rosales e tem um filho de 9 anos.

É formada em medicina há 7 anos e fez especialização em Medicina Geral Integral.

Trabalhou na Venezuela no ano 2013.

Chegou ao Brasil através do Programa Mais Médico em 18 de março de 2014 desembarcando no Estado do Ceará, ficou por um mês no município do Beberibe realizando curso preparatório.

Em 14 de abril de 2014 chegou a nosso o município onde trabalha até hoje na Unidade Básica de Saúde Jardim Zaira II e há 3 anos atua no Programa Saúde Família como Médica Generalista com dedicação, atendimento de qualidade e destreza à população do Jardim Zaira.

DOUTOR CARLOS CASTRO CABANES

Doutor Carlos Castro Cabanes é nascido na cidade de Santa Clara, em Cuba e se formou na Universidade de Cienfuegos, no ano de 1989.

É especialista em Medicina da Família e Cardiologia, possui mestrado em Administração de Saúde, é professor titular da Universidade de Medicina de Cienfuegos em Cuba e consultor de OPAS desde o ano de 2006.

Trabalhou na Guatemala, Bolívia, Venezuela, Paquistão, Panamá.
Chegou ao Brasil em 2014 e atualmente trabalha na UBS Santista.

DOUTORA DAGNE TOLEDANO PEREZ

Doutora Dagne Toledano Perez nasceu em 24 de janeiro de 1978 em Campechuela Granma, Cuba, é filha de Norma, e tem uma filha de 5 anos.

É formada em Medicina há 6 anos e fez especialização em Medicina Geral Integral em 2008.

Trabalhou na Venezuela no ano 2013 e chegou ao Brasil através do Programa Mais Médico em 18 de março de 2014 desembarcando no Estado do Ceará, onde ficou por um mês no município do Beberibe realizando curso preparatório.

Em 14 de abril de 2014 veio para o município de Mauá onde trabalha até hoje na Unidade Básica de Saúde Jardim Zaira II, atuando há 3 anos no Programa Saúde Família como médica generalista com dedicação e atendimento de qualidade.



CÂMARA MUNICIPAL DE MAUÁ
S. P.

Fls. n.º 6

PROCESSO Nº 83.247
(continuação)

DOUTOR DENIS AMADO CABADA PARRA

Doutor Denis Amado Cabada Parra é nascido em 04 de março de 1979, na cidade de Guaimaro em Cuba, é filho de Elena e Floro Amado e é solteiro.

Estudou medicina no Instituto Carlos Juan Finlay graduando-se em 2007, trabalhou por dois anos na região do interior em Cuba e logo depois foi trabalhar na Venezuela.

Chegou ao Brasil no dia 11 de novembro de 2013, onde começou a trabalhar na UBS Vila Magini, onde se encontra até hoje.

Gosta muito do Brasil onde foi bem recebido e gostaria de ficar mais tempo, está adaptado com as pessoas do trabalho e pacientes.

DOUTORA DIANA ROSA ALEJO LOPES

Doutor Diana Rosa Alejo Lopes é nascida em 04 de março de 1975 na cidade de Ciego de Avila em Cuba, se formou no ano de 1998 e sempre diz gostou de medicina e que quando criança já brincava que era médica.

Após terminar a faculdade, fez mais 2 anos de Serviço Social em um posto médico dentro da prisão em sua cidade e após isso iniciou a especialidade de Medicina Geral Integral e no 3º ano de residência foi para a Venezuela onde ficou até o ano de 2007, neste período também se dedicou ao Mestrado em Urgências Médicas.

Em 2007 retornou para Cuba e iniciou seu trabalho no Centro Provincial de Promoção e Educação da Saúde trabalhando com Doenças Crônicas não Transmissíveis, Drogas e Saúde Mental até 2011, onde neste período também terminou mestrado em Ensino Médico Superior.

Em 2011 foi desenvolver seus trabalhos na Guiana Inglesa até 2013 e em 2014 veio para o Brasil para trabalhar nos Programas Mais Médicos, refere-se que gosta muito de trabalhar em nosso país e ficou muito feliz em participar do Programa Mais Médicos.

Atualmente trabalha na UBS do Parque São Vicente.

DOUTOR EDUARDO MARTINEZ SAVIGNON

Doutor Eduardo Martinez Savignon, é natural de Provincia de Santiago, em Cuba, e é nascido em 20 de agosto de 1972.

Formado desde 1997 em Medicina na Venezuela por seis anos.

Chegou ao Brasil em 11 de novembro de 2013 e trabalhou na UBS Jardim Mauá por 6 meses e atualmente atua como médico da família na UBS Jardim Zaíra III.

DOUTOR EDUARDO RAFAEL VASQUEZ HERNANDEZ

Doutor Eduardo Rafael Vasquez Hernandez é nascido na cidade de Santa Clara em Cuba; filho de pai aposentado, que trabalhou como Técnico de fundição e mãe, dona de casa.

A redação do presente documento é de inteira responsabilidade do Gabinete do Vereador Marcelo Oliveira



CÂMARA MUNICIPAL DE MAUÁ
S. P.

Fls. n.º 7

PROCESSO Nº 83.247
(continuação)

Tem 49 anos, é casado e possui 2 filhos e 2 irmãos, sendo que somente ele se formou em Medicina.

Logo na escola primária percebeu que tinha vocação para Medicina. Quando residia em Cuba, nos momentos de lazer, gostava de jogar beisebol.

A exemplo de outros fez missão na Venezuela.

Chegou no Brasil em 11 de março de 2014 e trabalha na UBS do Sonia Maria, sendo que quando questionado sobre o que mais lhe agrada aqui no Brasil responde é a hospitalidade do povo brasileiro, que levará em sua memória por toda a vida.

DOUTOR ELIECER TORRES GARCIA

Doutor Eliecer Torres Garcia, é de nacionalidade cubana, nascido em 22 de Março de 1969, portanto, com 47 anos, é morador do município de Caibarién província Villa Clara é casado com Sandra Teresa e pai de Melissa e Emmanuel.

Formou-se em julho de 1993 em medicina, em 1997 graduou-se em medicina geral integral e em 2009 especializou-se em Otorrinolaringologia.

Está no Brasil desde 2013, e atua como médico da família na UBS Jardim Zaira III.

DOUTOR GABRIEL DE JESUS REY PEREZ

Doutor Gabriel de Jesus Rey Perez é nascido em 24 de março de 1962, na cidade de Havana, Cuba, onde tem uma filha.

Chegou ao Brasil em 17 de março de 2014 onde fez o curso preparatório em Fortaleza-CE, vindo para Mauá em 21 de abril de 2014, onde foi trabalhar na Unidade Básica do Jardim Paranaíba assumindo a Equipe Laranja.

Passou por um processo de adaptação e aceitação dos pacientes e colegas de trabalho, conquistando a todos e exercendo seu trabalho com qualidade e profissionalismo.

Realizou também o curso de Saúde da Família no SUS.

Conta que foi muito boa sua vivência no Brasil onde adquiriu ainda mais experiência e conhecimento em sua carreira médica.

DOUTORA IDALMI CARMENATE OLIVA

Doutora Idalmis Carmenate Oliva é nascida na Província de Holguin e se formou pelo Instituto Superior de Ciências Médicas na cidade de Santiago em Cuba no ano de 1990.

Trabalhou na Venezuela entre os anos de 2003 a 2011 e está trabalhando aqui no Brasil desde o ano de 2014 na UBS Jardim Santista.



CÂMARA MUNICIPAL DE MAUÁ
S. P.

Fls. n.º 8

PROCESSO Nº 83.247
(continuação)

DOUTORA IDANIA ZALDIVAR RONDON

Doutora Idania Zaldivar Rondon é nascida em 03 de abril de 1964, na cidade de Santiago de Cuba, é solteira e mãe de 3 filhos – Maria Lucia Llauger Zaldivar, Luiz Alberto Llauger Zaldivar e Alvaro Luis llauger Zaldivar

Formou-se em medicina pelo Instituto Superior de Ciências Médicas de Santiago de Cuba em 1988.

Trabalho de 2003 a 2005 na Guatemala como médica oftalmologista e de 2005 a 2011 na Venezuela como clínica médica.

Trabalha no Brasil desde 2013 como clinica médica na UBS São João.

DOUTORA IDOLKA BLANDO TORRES

Doutora Idolka Blaco Torres nasceu em Havana na data de 17 de novembro de 1969 sendo filha de uma médica e de um economista,

Tem 46 anos é divorciada e tem um filho de 16 anos e afirma que sua vocação é desde criança, pois, cresceu tendo como exemplo a mãe.

Possui 23 anos de formada e sempre trabalhou como médica de família, realizando missão na Venezuela por sete anos.

No dia 08 de novembro de 2013 chegou ao Brasil e se adaptou bem ao nosso país, afirma que volta feliz para sua terra com o sentimento de ter ajudado os mais pobres e do dever cumprido.

Atualmente trabalha na UBS da Vila Magine.

DRA ISABEL MARIA MONTEJO NOBAL

Dra Isabel Maria Montejo Nobal é nascida em 18/04/1969 na cidade de Guisa onde reside até hoje.

É casada com Miguel Antonio De Los Reyes Leyva que reside em Cuba juntamente com seu filho Adrian Alejandro Sardiña Montejo.

Formou-se em 24/07/1992 pela Faculdade Ciências Médicas de Granma/Cuba e sua especialidade é Medicina Geral Integral.

Anteriormente participou das missões na República de Honduras entre os anos de 2002 e 2003 e na República Bolivariana de Venezuela entre os anos de 2012 e 2014.

Entrou no Brasil em 11 de dezembro de 2015 2014 onde atua na UBS Jardim Mauá como médica do Programa de Saúde da Família, equipe amarela.

DOUTOR JAVIER URBANO PAZ CABALLERO

Doutor Javier Urbano Paz Caballero vem de Holguin, Cuba, tem 34 anos é casado e não possui filhos.

Chegou ao Brasil em 10 de março de 2014.



**CÂMARA MUNICIPAL DE MAUÁ
S. P.**

Fls. n.º 9

PROCESSO Nº 83.247
(continuação)

Escolheu a medicina, pois, desde pequeno gostou da profissão, e seu sonho sempre foi curar as pessoas doentes.

Graduou-se médico em 2009, especializando-se como médico da família em 2012.

Atuou em Cuba e na Venezuela por 03 anos e seis meses e foi diretor de hospital.

Chegou a Mauá em abril de 2014 e sempre trabalhou como médico da saúde da família na UBS Macuco relata que em sua unidade todos são uma família e foi Mauá o município que o acolheu e ensinou muitas coisas novas.

DOUTOR JUAN DANIEL NAVARRO DE LA MAZA

Doutor Juan Daniel Navarro de La Maza nasceu em Santiago de Cuba, e é filho de um engenheiro de construção e de uma técnica em informática, tem 30 anos e é filho único.

Descobriu a vocação pois tinha sucessivas crises de asma e tinha que visitar sempre os médicos, assim percebeu o quanto admirava a profissão.

Em Cuba adora andar de bicicletas e visitar as praias.

Fez uma missão anterior na Venezuela.

Chegou ao Brasil em 17 de Março, adaptou-se bem, gosta da LIBERDADE e diz que isso não tem preço.

Em Mauá gosta do sistema de saúde, refere que a atenção primária é muito organizada. Considera que sua missão está sendo bem cumprida e quer muito permanecer.

Trabalha na UBS do Jardim Flórida.

DOUTOR JUAN MIGUEL SERRANO FUENTES

Dr. Juan Miguel Serrano Fuentes, nasceu em 19 de junho de 1967 e mora na cidade de Camaguey, e é solteiro.

Formou-se na Faculdade Instituto Superior de Ciencias Medicas de Camaguey no ano de 1992, e sua especialidade é medicina geral integral e é diplomado em imagens (ultrasom).

Trabalhou em missão na Venezuela entre 2003-2006 e 2011-2013, em Djibouti, na África entre 2008-2010.

Chegou ao Brasil em 2014 e trabalha na USB do Jardim Oratório.

DOUTOR JULIO MANUEL GUTIERREZ

Doutor Julio Manuel Gutierrez, nasceu em Habana-Cuba na data de 18 de janeiro de 1961, tem 56 anos é casado e possui 2 filhos.

Tem 3 missões internacionais realizadas nos países: Bolívia, Venezuela e Angola.



CÂMARA MUNICIPAL DE MAUÁ
S. P.

Fls. n.º 10

PROCESSO Nº 83.247
(continuação)

Chegou ao Brasil através do Programa Mais Médico em 17 de janeiro de 2016 desembarcando em Brasília.

Em 29 de janeiro veio para o município de Mauá onde trabalha até hoje na Unidade Básica de Saúde Jardim Zaíra II, há 9 meses atua no Programa Saúde Família como médico generalista com dedicação e atendimento de qualidade.

DOUTOR JUSTO LAFFITA CRUZ

Doutor Justo Laffita Cruz nasceu em Holguin, oriente cubano e é filho de pai e mãe que trabalham nas escolas primárias do governo (setor administrativo), tem 48 anos, 5 irmãos e apenas ele seguiu a medicina, é casado e pai de três filhos.

Percebeu sua vocação de medicina aos 16 anos, pois, sempre gostou de ajudar o próximo, o que mais gosta de fazer é andar de moto em Cuba.

Participou de missões em Guiana Inglesa, Venezuela e atualmente no Brasil.

Chegou ao Brasil em 10 de Março de 2014, se adaptou brilhantemente, e o que mais gosta por aqui é a LIBERDADE, ama a população sempre gentil e amorosa e retorna com sentimento de missão cumprida em todos os aspectos.

Trabalha na UBS do Jardim Flórida

DOUTOR LAZARO RAMIRO RODRIGUEZ NUNEZ

Doutor Lazaro Ramiro Rodriguez Nunez é nascido em 17/12/1961, na cidade de Granma em Cuba e sua mãe é auxiliar de cozinha e o pai pedreiro.

Atualmente com quase 54 anos é casado e pais de um filho com 35 anos e de uma filha com 19 anos de idade.

Trabalha a 24 anos como médico da saúde da família e realizou missão na Nigéria por 2 anos, Angola por 3 anos e na Venezuela 3 anos.

Chegou a Mauá no dia 01 de maio de 2014 e gosta muito do trabalho do Brasil e na UBS Vila Magini, onde foi bem recebido e gostaria de continuar a trabalhar, pois gosta de todos os funcionários e pacientes.

DOUTORA LIEN ISABEL LOPEZ PEREZ

Doutora Lien Isabel Lopez Perez é nascida em 16/08/1970 na cidade de Holguim e reside na cidade de Mayar em Cuba.

É casada com Franklin Ramirez Grgorich que também reside em Mauá, tem uma filha chamada Anabel Reynaldo Lopes que reside em Holguim em Cuba.

Formou-se em 24/07/1997 pela Faculdade Ciências Médicas de Santiago de Cuba e sua especialidade é Medicina Geral Integral;

Anteriormente participou das missões na República Democrática de Gana entre os anos de 2004 e 2006 e na República Bolivariana de Venezuela entre os anos de 2012 e 2014.



CÂMARA MUNICIPAL DE MAUÁ
S. P.

Fls. n.º 11

PROCESSO Nº 83.247
(continuação)

Chegou ao Brasil em 2014 onde atua na UBS Jardim Mauá como médica do Programa de Saúde da Família, equipe vermelha.

DOUTORA LISANDRA DUBOY TORRES

Doutora Lisandra Duboy Torres é nascida em 08 de outubro de 1985 na cidade de Granma onde vive até hoje com sua família.

Chegou ao Brasil em 11 de março de 2014 onde foi trabalhar na Unidade Básica do Bairro Feital.

Formou-se em 2009 e sua especialidade é clínica geral.
Realizou missão na Venezuela.

DOUTORA LISANDRA ELVIA GALBAN DURAN

Doutora Lisandra Elvia Galban Duran é nascida em 12 de janeiro de 1972, casada e mãe de dois meninos de 23 e 13 anos de idade.

Formou-se em 1995 em Universidade Santiago em Cuba e possui especialidade em Medicina General Integral desde 2001.

Trabalhou na Venezuela de 2012 a 2014.

Chegou ao Brasil em março de 2014 e trabalha na UBS do Jardim Feital.

DOUTORA LUREDYS PEDRAZA ZADA

Doutora Luredys Pedraza Zada, nasceu em 05 de agosto na cidade de Sancti – Spiritus – Cuba, onde mora com sua família até hoje.

É Solteira e tem uma filha de 12 anos, graduado em Medicina em 1995, especialista em Medicina Geral e integral,

É graduada em Medicina, Medicina Geral e Integral, especialista em Nefrologia, pós graduada em Nefrologia Pediátrica, transplante renal e participou do Congresso Internacional de HAS em São Paul

Está no Brasil desde março 2014 e atualmente trabalha na UBS do Jardim Primavera.

DOUTORA MAILEN MARIELA LABRADA CRUZ

Doutora Mailen Mariela Labrada Cruz é nascida em 10 de novembro de 1985 em Manzanillo - Granma, é casada e tem 01 filho.

Realizou os estudos básicos na cidade onde nasceu e há 07 anos é graduada em medicina pela Faculdade de Medicina Celia Sánchez Manduley, onde estudou de 2003 a 2009.



CÂMARA MUNICIPAL DE MAUÁ
S. P.

Fls. n.º 12

PROCESSO Nº 83.247
(continuação)

Trabalhou durante 04 anos em diferentes instituições de saúde da província de Granma e de 2011 a 2013 se especializou em Medicina General Integral (Saúde da Família).

Em 2013 viajou para a Venezuela onde permaneceu por quatro, retornando a Cuba para o curso preparatório de integração ao Brasil.

Chegou ao Brasil no ano de 2014, exercendo sua função pelo Programa Mais Médicos na UBS Vila Assis.

Para Mailen, o Brasil foi o país que lhe proporcionou diversas experiências e oportunidades tanto do ponto de vista pessoal, quanto do ponto de vista social, abrangendo todas as esferas da vida, destacando as muitas e diversas experiências como médica, mostrando aos pacientes um novo conceito de atendimento.

DOUTORA MARIA AMALIA MARESMASAN MIGUEL

Doutora Maria Amalia Maresma San Miguel, nasceu em 13 de maio de 1986 e mora em Holguin e sua família em Holguin.

Formou-se na faculdade Instituto Superior de Ciencias Medicas de Holguin em 2010, especialidade em medicina geral integral e diplomada em terapia intensiva.

Trabalhou em missão na Venezuela entre 2010-2014.

Chegou ao Brasil em 2014 e atualmente trabalha na UBS do Jardim Oratório.

DOUTORA MARTHA REINA PEDROSO DIAZ

Doutora Martha Reina Pedroso Diaz, é nascida em Camagüey - Cuba, em 30/07/1967 e é mãe de um filho.

Realizou os estudos básicos e universitários na Universidade de Camagüey - Faculdade de Ciências Médicas Carlos J. Finlay, é graduada em medicina há 25 anos (1991), posteriormente realizou especialidade em Medicina General Integral (Saúde da Família) em 1996 e de 1998 a 2002, realizou nova especialidade na Faculdade de Medicina Militar Hospital Luiz Diaz Soto em Medicina Natural e Tradicional.

Em 2003 começou a trabalhar no Hospital Joaquin Albarrán e neste mesmo ano viajou a trabalho para Venezuela onde permaneceu pelo período de 03 anos, retornando ao Hospital Joaquin Albarrán, onde trabalhou por 11 anos até 2014, quando veio ao Brasil para o Projeto Mais Médicos.

Para Martha, trabalhar no Brasil tem sido uma experiência única e inesquecível.

Atualmente trabalha na UBS da Vila Assis.



**CÂMARA MUNICIPAL DE MAUÁ
S. P.**

Fls. n.º 13

PROCESSO Nº 83.247
(continuação)

DOUTORA MILDARAY CALVINO SALABARRIA

Dra Mildaray Calvino Salabarría é médica do Programa mais Médicos desde 2014.

Nasceu em 05 de janeiro de 1989 na cidade de Santo Espírito em Cuba, se formou no ano de 2012 em medicina, mudando sua opção inicial em cursar enfermagem por influência de sua mãe.

Formada foi trabalhar na Zona Rural em Mayajigua, onde ficou até maio de 2013, após este período dedicou seus ensinamentos na Venezuela, onde trabalhou na cidade de Bolívar até fevereiro de 2014.

Em março deste mesmo ano veio para trabalhar no programa mais médicos aqui no Brasil e desde então atua na UBS Parque São Vicente, afirma gostar do trabalho e sente feliz de ter participado do Programa Mais Médicos.

DOUTORA NALLIVER GARCIA OSORIO

Doutora Nalliver Garcia Osorio, é nascida em 30 de novembro de 1985, tem 30 anos e é natural de Santiago – Cuba.

Solteira e sem filhos é graduada em Medicina em Graduados Instituto Superior de Ciências Médicas Santiago de Cuba.

Trabalha na UBS do Jardim Zaíra I.

DOUTOR NIUVIS LABRADA GOMEZ

Doutor Niuvis Labrada Gomez vem de Bayamo – Granma, Cuba, tem 39 anos é casado e não possui filhos.

Chegou ao Brasil em 11 de março de 2014.

Escolheu a medicina pois desde criança gostou de curar e ajudar as pessoas, assim, formou-se em 13 de agosto de 2000 onde em 2006 especializou-se em medicina geral integral.

Passou por um processo de adaptação e aceitação dos pacientes e colegas de trabalho, conquistando a todos e exercendo seu trabalho com qualidade e profissionalismo.

É médica da família e vice-diretora de docência e investigações e trabalhou por quatro anos na Venezuela.

Chegou em Mauá em abril de 2014 e conta ter boa acolhida por parte da Secretaria de Saúde, os gestores e os colegas da UBS Macuco, onde trabalha desde sua chegada é muito feliz de fazer parte da “Família Macuco” e de acompanhar a população na área de abrangência da Equipe Azul.



CÂMARA MUNICIPAL DE MAUÁ
S. P.

Fls. n.º 14

PROCESSO Nº 83.247
(continuação)

DOUTORA NORAILYS PEREZ CALERO

Doutora Norailys Perez Calero, de nacionalidade cubana, é nascida em 7 de maio de 1979, na cidade de Sancti Spíritus, na província de igual nome, filha de Yolanda M. Calero Salabarría e Edelberto Pérez Concepción, mãe de dois filhos de 5 e 9 anos de idade.

Fez a faculdade de medicina por um período de 6 anos, e se graduou médico no ano 2003, na Faculdade de Ciências Médicas de Sancti Spíritus e se formou em Especialista de 1º grau de Medicina Geral Integral, no ano de 2006.

Prestou serviço de internacionalismo na irmã República de Venezuela por um período de 2 anos, e neste momento se encontra no Brasil como especialista de Medicina Familiar.

Foi inserida no Programa Mais Médicos para o Brasil no ano de 2013, e já está com 3 anos de experiência na UBS Zaíra 3

DOUTORA ODALIS OSORIO JIMENEZ

Doutora Odalis Osório Jimenez é nascida na cidade de Guantánamo onde vive até hoje, sua família é composta por 03 membros, ma filha.

Chegou ao Brasil em 03 de outubro de 2013 onde foi trabalhar na Unidade Básica do Bairro Feital.

Formou-se em 1996 e sua especialidade é médica geral integral. Realizou missão na Venezuela.

DOUTORA ODELYS CABRERA ORDONEZ

Doutora Odelys Cabrera Ordonez, chegou no Brasil na cidade Fortaleza em março de 2014, onde foi muito bem recebida.

Passou por 30 dias em um curso de acolhimento, onde foi ministrada aulas língua portuguesa, preparação sobre o atendimento a ser realizados no Brasil e logo após realizada uma avaliação sobre o conteúdo aprendido, onde obteve resultado positivo.

Logo foi enviada para São Paulo onde chegou em Mauá na data de 16 de abril de 2014, sendo recepcionada na Secretária de Saúde pela Coordenadora da Atenção Básica Yaci, sendo realizada uma grande festa em chegada, ocasião em que tomou conhecimento que iria trabalhar na UBS Santa Lidia, sendo recebida pela gerente Elaine Maria.

Aos poucos foi se instalando na UBS, estabelecendo contato com a equipe e a comunidade com a qual iria trabalhar, recebendo apoio e ajuda em todos os quesitos que precisou.

Começou a desenvolver o trabalho na unidade tendo um bom vínculo com os colegas de trabalho e a população em geral e nos três anos considero que o trabalho realizado foi satisfatório, pois desfruta da satisfação dos seus pacientes e recebe deles confiança e o carinho, sendo recíproco.

Aprendeu a língua portuguesa e a desfrutar das comidas e das festas típicas do Brasil, descreve que o Brasil a presenteou com 2 irmãs, Dra Marielys e Elaine.



CÂMARA MUNICIPAL DE MAUÁ
S. P.

Fls. n.º 15

PROCESSO Nº 83.247
(continuação)

A vinda para Mauá proporcionou à Dra Odelys formar uma família com os colegas de trabalho, do qual se diz muito grata por todo carinho que recebe diariamente, e sempre afirma que lembrara do Brasil e de todos com carinho, respeito e amizade pelos momentos vividos e compartilhados.

Sua única decepção é não ter conseguido ainda aprender a sambar.

DOUTOR ORELVYS CAMPOS VIART

Doutor Orelvys Campos Viart, nasceu em 17 de abril de 1981 na cidade de Colón Estado Matanzas – Cuba e vem de uma família simples e humilde.

Iniciou seus estudos primários na escola Nguyem Van Troi, em que teve muitos cargos políticos em organização pioneril, anos mais tarde passou a estudar o ensino secundário, também participando da organização estudantil, terminado estas etapas começou a estudar na escola militar Camilo Cienfuegos e logo depois passou para o pré-universitário.

Concluída esta etapa tentou vestibular para medicina e não foi classificado, passando assim a estudar enfermagem.

Pouco tempo depois, após concluir o curso de enfermagem, migrou para o curso de medicina por ter boas notas e na Universidade de Medicina Matanzas Antonio Guiteras Gener foi aluno colaborador e ministrou aulas na disciplina de histologia.

Graduou-se como médico básico no ano de 2011, e especializou-se em Medicina Geral Integral, no ano de 2013 onde realizei minha primeira missão internacional na Venezuela.

No ano de 2014 foi chamado para fazer parte do Programas Mais Médico para o Brasil, chegando aqui em 18 de março de 2014 na cidade de Fortaleza, no Ceará, e posteriormente transferido para o Estado de São Paulo e em nosso município foi trabalhar na Unidade Básica de Saúde (UBS) Parque das Américas, onde faz parte da equipe amarela.

Fiz o curso de especialização em Saúde da Família na UNASUS/UNIFESP.

DOUTOR RENE SANTIAGO SOCARRAS LEYVA

Doutor Rene Santiago Socorra Leyva é nascido na cidade de Manzanillo , Província Granma em Cuba, onde é casado com Delvis e possui dois filhos, Roxana e René.

Chegou ao Brasil em 11 de março de 2014 e é formado em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas de Granma no ano de 1995, foi intercâmbista na África, Gana e Guiana na América do Sul.

Atualmente trabalha na UBS do Jardim Guapituba.



**CÂMARA MUNICIPAL DE MAUÁ
S. P.**

Fls. n.º 16

PROCESSO Nº 83.247
(continuação)

DOUTORA SANDRA LIDISY CASTRO MARQUEZ

Doutora Sandra Lidisy Castro Marquez é nascida em 03 de julho de 1973 na cidade de Ciego de Ávila onde vive até hoje, sua família é composta por 03 membros, Chegou ao Brasil em 08 de novembro de 2015 onde foi trabalhar na Unidade Básica do Bairro Feital.

Formou-se em 1997 e sua especialidade é atenção básica.
Realizou missão na Venezuela e na Bolívia

DOUTORA TANIA OFELIA CASTRO GARCIA

Doutora Tania Ofelia Castro Garcia é nascida em 23 de julho de 1967, na cidade de Santiago de Cuba, é solteira e mãe de 2 filhos – Marcos Antonio M. Castro e Thalia de C. Cobas.

Formou-se Instituto Superior de Ciências Médicas de Santiago de Cuba em 1991.

Trabalhou na Venezuela de 2004 a 2009 na como clínica médica.
Trabalha no Brasil desde 2013 como clinica médica na UBS São João.

DOUTORA YAMILA RODRIGUEZ LOPES

Doutora Yamila Rodriguez Lopes nasceu 24 de maio de 1974 em Media Luna Granma, em Cuba e é filha de Merardina e Francisco.

Graduou-se em Medicina no ano de 1997 onde fez especialização em Endoscopia e Medicina Geral Integral.

Trabalhou como Médica Geral em Cuba entre 1997 e 2007 e na Venezuela de 2007 a 2012.

Chegou no Brasil através do Programa Mais Médico em novembro de 2013 onde desembarcou em Brasília.

Em Janeiro de 2014 começou a desenvolver na UBS Zaíra 1 seu trabalho com amor e entrega para a população tentando sempre a máxima satisfação para com pacientes.

DOUTORA YORLAINE TORRES ARENCIBIA

Doutora Yorlaine Torres de Arenaiba, nasceu em 03 de outubro de 1978 e mora em Cárdenas onde é casada e mãe de um menino de 03 anos e um casal de gêmeos.

Formou-se na faculdade Instituto Superior de Ciencias Medicas de Matanzas em 2002 e é especialidade em medicina geral integral.

Chegou ao Brasil em 2014 e atualmente trabalha na UBS do Jardim Oratório.



CÂMARA MUNICIPAL DE MAUÁ
S. P.

Fls. n.º 17

PROCESSO Nº 83.247
(continuação)

DOUTORA YURAMIS GONZALEZ DIAS

Doutora Yuramis Gonzalez Dias é nascido em 26 de outubro de 1966, na cidade de Santiago de Cuba onde vive até hoje, sua família é composta por 03 membros. Chegou ao Brasil em 2014 onde foi trabalhar na Unidade Básica do Bairro Feital.

Formou-se em 1990 e sua especialidade é médica geral integral. Realizou missão na Guatemala e no Paquistão.

DOUTOR YUVILEXY AGUILAR GARCIA

Doutor Yuvilexy Aguilar Garcia é nascido em 28 de março de 1978, mora em Santiago é casado e tem um filho de 04 anos de idade.

Formou-se na faculdade Instituto Superior de Ciências Médicas de Santiago em 2006; é especialista em medicina geral integral e diplomado em endoscopia.

Trabalhou na Venezuela entre 2010-2013.

Chegou ao Brasil em 2014 e trabalha na UBS do Jardim Oratório.

DOUTORA ZULEMA COBAS BUENO

Doutora Zulema Cobas Bueno, nasceu em 22 de agosto de 1962 na Santiago de Cuba, onde mora com sua família até hoje.

É Solteira e tem duas filhas de 28 e 21 anos, de idade graduado em Medicina em 1995, especialista em Medicina Geral e integral,

É graduada em Medicina pela Faculdade II de Santiago de Cuba em 04 de agosto de 1986, e é especialista em Medicina Geral e Integral, com pós-graduação em endoscopia, urgências médicas, atenção à saúde da Mulher e reanimação cardiopulmonar.

Participou de missões em 2000/2004 em Burkina Fasso, na África e em 2008/2013 na Venezuela.

Atualmente trabalha na UBS do Jardim Primavera.

Anexos 5 – Decreto Legislativo n. 22, de 4 de novembro de 2016, que concede os títulos de “Cidadãos Mauaenses” aos médicos intercambistas do Programa Mais Médicos.



CÂMARA MUNICIPAL DE MAUÁ
S.P.

DECRETO LEGISLATIVO Nº 22, DE 04 DE NOVEMBRO DE 2016

Concede os títulos de “Cidadãos Mauaenses” aos médicos intercambistas do Programa Mais Médicos pelos seus relevantes serviços prestados à comunidade e sua dedicação na história do município, e dá outras providências.

Vereador **FRANCISCO MARCELO DE OLIVEIRA**,
Presidente da Câmara Municipal de, usando das atribuições que lhe são conferidas por Lei,

Art. 1º Ficam concedidos os títulos de “Cidadãos e Cidadãs Mauaenses” aos médicos ADALBERTO PELAEZ POLO, ADRIAN GUILLERMO ECHENAGUSIA MARIN, ALEIDA PETRA OLIVA, AYLIN TORRES CUTINO, BEATRIZ RAMOS PELEGRIN, CARLOS CASTRO CABANES, DAGNE TOLEDANO PEREZ, DENIS AMADO CABADA PARRA, DIANA ROSA ALEJO LOPEZ, EDUARDO MARTINEZ SAVIGNON, EDUARDO RAFAEL VASQUEZ HERNANDEZ, ELIECER TORRES GARCIA, GABRIEL DE JESUS REY PEREZ, IDALMI CARMENATE OLIVA, IDANIA ZALDIVAR RONDON, IDOLKA BLANCO TORRES, ISABEL MARIA MONTEJO NOBAL, JAVIER URBANO PAZ CABALLERO, JUAN DANIEL NAVARRO DE LA MAZA, JUAN MIGUEL SERRANO FUENTES, JULIO MANUEL GUTIERREZ, JUSTO LAFFITTA CRUZ, LAZARO RAMIRO RODRIGUEZ NUNEZ, LIEN ISABEL LOPEZ PEREZ, LISANDRA DUBOY TORRES, LISANDRA ELVIA GALBAN DURAN, LUREDYS PEDRAZA ZADA, MAILEN MARIELA LABRADA CRUZ, MARIA AMALIA MARESMA SAN MIGUEL, MARTHA REINA PEDROSO DIAZ, MILDARAY CALVINO SALABARRIA, NALLIVER GARCIA OSORIO, NIUVIS LABRADA GOMEZ, NORAILYS PEREZ CALERO, ODALIS OSORIO JIMENEZ, ODELSYS CABRERA ORDONEZ, ORELVYS CAMPOS VIART, RENE SANTIAGO SOCARRAS LEYVA, SANDRA LISIDY CASTRO MARQUES, TANIA OFELIA CASTRO GARCIA, YAMILA RODRIGUEZ LOPES, YORLAINE TORRES ARENCIBIA, YURAMIS GONZALEZ DIAS, YUVILEXY AGUILAR GARCIA, ZULEMA COBAS BUENO, pelos relevantes serviços prestados ao Município de Mauá.



CÂMARA MUNICIPAL DE MAUÁ
S.P.

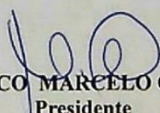
DECRETO LEGISLATIVO Nº 22, DE 04 DE NOVEMBRO DE 2016 – FLS. 02/02

Art. 2º A homenagem de que trata o artigo anterior será prestada em solenidade a ser definida posteriormente.

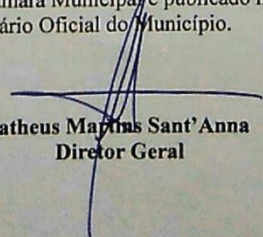
Art. 3º As despesas decorrentes da execução do presente Decreto Legislativo onerarão as dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 4º Este Decreto Legislativo entra em vigor na data de sua publicação.

Câmara Municipal de Mauá, 04 de novembro de 2016, 61ª da emancipação político-administrativa do município.


FRANCISCO MARCELO OLIVEIRA
Presidente

Registrado na Diretoria Geral,
Afixada no quadro de editais da
Câmara Municipal e publicado no
Diário Oficial do Município.


Matheus Martins Sant'Anna
Diretor Geral

Anexos 6 – Fotos da solenidade na Câmara Municipal de Mauá, em 09 de novembro de 2016, que concedeu a cidadania mauaense aos médicos cubanos

