

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - FS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - PPGSC

FÁTIMA SONALLY SOUSA GONDIM

**PROJETO MAIS MÉDICOS NA SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL: perfil e cobertura  
dos profissionais nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI**

BRASÍLIA - DF  
2018

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - FS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - PPGSC

FÁTIMA SONALLY SOUSA GONDIM

**PROJETO MAIS MÉDICOS NA SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL: perfil e cobertura dos profissionais nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Dra. Maria da Graça Luderitz Hoefel

BRASÍLIA - DF  
2018

FÁTIMA SONALLY SOUSA GONDIM

**PROJETO MAIS MÉDICOS NA SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL: PERFIL E  
COBERTURA DOS PROFISSIONAIS NOS DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS  
INDÍGENAS – DSEI**

Aprovado pela banca examinadora em 14/12/2018

---

Profa. Dra. Maria da Graça Luderitz Hoefel  
Orientadora

---

Profa. Dra. Leonor Maria Pacheco Santos  
Membro Examinador Interno

---

Dra. Elisandrée Sguario Kemper  
Membro Examinador Externo

---

Profa. Denise Osório Severo  
Universidade de Brasília (UnB)

BRASÍLIA - DF  
2018

Dedico este trabalho aos povos indígenas, os quais merecem todo o nosso respeito, e uma saúde digna e de qualidade; a todos os médicos do Programa Mais Médicos (PMM) que atuam na saúde indígena, os quais merecem toda admiração por optarem atuar nesses territórios, e mesmo com barreiras territoriais, geográficas, linguísticas, dentre tantas outras, junto com suas equipes proporcionam uma melhor atenção à saúde a estes povos.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por sempre me abençoar, fortalecer a minha fé diariamente e não permitir que eu desistisse mesmo diante das dificuldades.

A Nossa Senhora de Fátima, minha mãezinha protetora, por sempre me guiar e mostrar em meu coração o melhor caminho a seguir, e com o seu manto sagrado me proteger.

A minha mãe, sinônimo de amor, fé e cuidado. Sempre ao meu lado, fazendo dos meus sonhos os seus sonhos, e não medindo esforços para fazer com que eu os realize. Te amo, mainha.

A toda a minha família, por todo o amor e carinho. Em especial, a minha tia querida Zélia (*in memoriam*).

Aos meus padrinhos, Bosco, Estrela e Corrinha, por desde o início me incentivarem nas minhas decisões e, em especial a chegar até aqui.

A minha tia, Maria Suely e família, por todo cuidado, carinho e apoio.

Aos meus amigos, que desde o início me incentivaram e apoiaram com gestos e palavras.

Aos amigos Theresa, Carol e Aurélio, que desde o início que cheguei à Brasília foram e são tão presentes e especiais para mim.

A minha amiga, Márcia Cristina, por todo cuidado, incentivo e apoio durante estes dois anos. Obrigada querida por tudo que representou e representa para mim.

Ao Dr. Felipe Proença por todo o incentivo e apoio desde o início quando decidi trabalhar com o PMM.

Ao “mocinho” que foi muito especial e importante nessa trajetória.

Aos companheiros de trabalho os quais tive a honra de conhecer em diversos espaços do SUS, pelas trocas de experiências e saberes, que juntos me motivam a ser e fazer melhor enquanto militante do nosso sistema.

Aos povos indígenas, por me mostrarem um novo olhar em relação à vida, saúde e desafios.

Aos médicos do PMM que atuam na saúde indígena, por serem motivação de trabalho para o nosso Sistema Único de Saúde (SUS), e mostrarem que à saúde vai muito além de onde se pode imaginar.

A minha orientadora, Dra. Graça Hoefel. Querida, não tenho palavras para agradecer a sua dedicação, paciência e carinho para comigo. Obrigada por todos os

ensinamentos, incentivo e por estar sempre presente em cada momento, principalmente os mais difíceis nessa reta final.

Aos colegas da turma, por todos os momentos de companheirismo, aprendizado e troca de saberes nesse imenso “mundão do SUS”. Sofremos, aprendemos e vencemos juntos.

Aos professores da UNB, por todos os ensinamentos e espaços riquíssimos de aprendizado e conhecimento.

Aos colegas da SESAI/MS, em especial aqueles que contribuíram para novos conhecimentos e troca de saberes relacionado à saúde indígena.

Ao Dr. Osnei Okumoto (Secretário da Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), Eduardo Firizzola (Chefe de Gabinete) e a Dra Sônia Brito (Diretora do departamento de Gestão), bem como todos os colegas de trabalho da secretaria, por todo incentivo, compreensão e apoio .

Aos membros da banca, por toda a colaboração para melhoria da pesquisa.

“Ando devagar  
Porque já tive pressa  
E levo esse sorriso  
Porque já chorei demais

Hoje me sinto mais forte  
Mais feliz, quem sabe  
Só levo a certeza  
De que muito pouco sei  
Ou nada sei

Conhecer as manhas  
E as manhãs  
O sabor das massas  
E das maçãs

É preciso amor  
Pra poder pulsar  
É preciso paz pra poder sorrir  
É preciso a chuva para florir

Penso que cumprir a vida  
Seja simplesmente  
Compreender a marcha  
E ir tocando em frente

Como um velho boiadeiro  
Levando a boiada  
Eu vou tocando os dias  
Pela longa estrada, eu vou  
Estrada eu sou  
Conhecer as manhas  
E as manhãs  
O sabor das massas  
E das maçãs

É preciso amor  
Pra poder pulsar  
É preciso paz pra poder sorrir  
É preciso a chuva para flori  
Todo mundo ama um dia  
Todo mundo chora  
Um dia a gente chega  
E no outro vai embora

Cada um de nós compõe a sua história  
Cada ser em si  
Carrega o dom de ser capaz  
E ser feliz”  
(Almir Sater)

GONDIM, Fátima Sonally Sousa. **Projeto Mais Médicos na Saúde Indígena no Brasil: perfil cobertura dos profissionais nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI**. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

Antes do Programa Mais Médicos (PMM), é de conhecimento do MS que, a saúde indígena sempre foi marcada pela ausência de médicos nas Equipes Multidisciplinares em Saúde Indígena (EMSI) que atuam nos territórios sob a coordenação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). A partir de 2013, essa realidade foi alterada, com a implementação do eixo provimento emergencial através do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) nos Distritos, aprimorando não apenas a Atenção Primária a Saúde (APS), mas também a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) sob a coordenação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) do MS. Essa dissertação objetivou analisar o perfil e cobertura dos profissionais do Projeto Mais Médicos na saúde indígena no Brasil. Trata-se de um estudo quantitativo ecológico descritivo, realizado nos 34 DSEIs, tendo como fonte de dados o E – SUS Mais Médicos. A população e amostra do estudo correspondem aos 352 médicos do PMMB atuantes nos 34 Distritos do País no ano de 2017. Realizou-se análise por meio de estatísticas descritivas e elaboração de medidas de distribuição e de tendência central. Os principais resultados apontam que os médicos são em sua maioria do sexo masculino (88,4%), cubanos (92%), intercambista cooperados (92%), faixa etária entre 25 a 39 anos (62,8%) e 57,1% estão concentrados na região Norte. A cobertura de médico/população foi de 7,0 médicos por 10 mil indígenas; dos 34 DSEI, 14 (41%) apresentaram taxas de médico abaixo do observado no total de distritos e 33 abaixo da média nacional; e, dez distritos apresentaram taxa formada em sua totalidade por médicos do programa. É notório que por mais que seja considerado como impacto positivo o PMM na saúde indígena, as vagas que existem são consideradas ainda como insuficientes para atingir a cobertura desejável da APS nesse território, e, diante dos médicos que estão inseridos nos 34 DSEIs, estes ainda apresentam uma má distribuição entre os distritos.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos, Projeto Mais Médicos, Saúde Indígena.

GONDIM, Fátima Sonally Sousa. **More Doctors Project in Indigenous Health in Brazil: profile of professionals in the Indigenous Special Sanitary Districts - ISSD**. Dissertation (master's degree). Postgraduate Program in Collective Health, University of Brasilia, Brasília, 2018.

Prior to the MSP program, MS is aware that indigenous health has always been marked by the absence of doctors in the Multidisciplinary Teams of Indigenous Health (EMSI) who work in the territories under the coordination of the Special Indigenous Sanitary Districts (DSEIs). From 2013, this reality was changed, with the implementation of the emergency provision axis through the PMM in the Districts, improving not only PHC, but also the National Policy on Health Care for Indigenous Peoples (PNASPI) under the coordination of the Special Secretariat of Indigenous Health (SESAI) of the MS. This dissertation aimed to analyze the profile and coverage of the professionals of the Mais Médicos Project in indigenous health in Brazil. This is a descriptive ecological quantitative study, carried out in 34 DSEIs, based on data from the E-SUS Mais Médicos. The population and sample of the study correspond to the 352 physicians of the PMMB operating in the 34 Districts of the Country in the year 2017. An analysis was made through descriptive statistics and elaboration of distribution and central tendency measures. The main results indicate that doctors are mostly male (88.4%), Cuban (92%), cooperative exchanges (92%), age group between 25 and 39 years old (62.8%) and 57, 1% are concentrated in the North. The physician / population coverage was 7.0 physicians per 10,000 indigenous; of the 34 DSEIs, 14 (41%) had physician rates below those observed in the total districts and 33 below the national average; and, ten districts presented a rate formed in their entirety by program physicians. It is noteworthy that although the PMM is considered to have a positive impact on indigenous health, the vacancies that exist are still considered insufficient to achieve the desirable coverage of PHC in that territory and, in the presence of the doctors who are included in the 34 DSEIs, these are still districts.

Keywords: More Doctors Program, More Doctors Project. Indigenous Health.

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 01:</b> Ciclo histórico da APS no Brasil.....	23
<b>TABELA 02:</b> Marco Histórico da APS no Brasil.....	31
<b>TABELA 03:</b> Tabela 01: Caracterização geral dos médicos do PMMB nos DSEIs, segundo variáveis de cadastro, Brasil, 2017.....	61
<b>TABELA 04:</b> TABELA 02: Caracterização do profissional médico do PMM nos DSEIs, segundo sexo, Brasil, 2017.....	63
<b>TABELA 05:</b> Tabela 03: Estatística descritiva dos atendimentos médicos PMM nos DSEIs, segundo nacionalidade, Brasil, 2017.....	63

**LISTA DE GRÁFICO**

<b>GRÁFICO 01:</b> Distribuição de médicos no Brasil (2011).....	33
--	----

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 01:</b> A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde (RAS).....	29
<b>FIGURA 02:</b> Distribuição dos 34 DSEIs no Brasil.....	44
<b>FIGURA 03 –</b> Organização dos DSEIs.....	45
<b>FIGURA 04:</b> Cobertura de médicos que atuam nos DSEIs.....	51
<b>FIGURA 05:</b> Figura 01: Taxa de médicos (por 10 mil indígenas), segundo DSEI, Brasil, 2017.....	64

## LISTA DE SIGLAS

ACE – Agentes Comunitários de Endemias  
 ACS – Agentes Comunitários de Saúde  
 AIS – Agentes Indígenas de Saúde  
 APS – Atenção Primária a Saúde  
 CBO – Classificação Brasileira de Ocupações  
 CFM – Conselho Federal de Medicina  
 CHS – Carga Horária Semanal  
 CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde  
 CNS – Conselho Nacional de Saúde  
 CRM – Conselho Regional de Medicina  
 CSMC – Comercializadora de Serviços Médicos Cubanos  
 DAB – Departamento de Atenção Básica  
 Datasus – Departamento de Informática do SUS  
 DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais  
 DSEIs – Distritos Sanitários Especiais Indígenas  
 EAD – Educação a Distância  
 EMSI – Equipes Multidisciplinares em Saúde Indígena  
 EPSM – Estação de Pesquisas de Sinais de Mercado  
 eSF – equipes de Saúde da Família  
 ESF – Estratégia de Saúde da Família  
 E- SUSAB – Sistema de Informação da Atenção Básica  
 FNP – Frente Nacional de Prefeitos  
 FUNRURAL – Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural  
 IC – Intervalo de Confiança  
 ICSAB – Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica  
 IES – Instituições de Ensino Superior  
 MEC – Ministério da Educação  
 MGI – Medicina Geral e Integral  
 MGFC – Medicina Geral de Família e Comunidade  
 MS – Ministério da Saúde  
 NASF – Núcleo de Apoio ao Saúde da Família  
 OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico  
 ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável  
 OPAS – Organização Pan- Americana de Saúde  
 OMS – Organização Mundial da Saúde  
 PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
 PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade  
 PMM – Programa Mais Médicos  
 PMMB – Projeto Mais Médicos para o Brasil  
 PNAB – Política Nacional de Atenção Básica  
 PNAISP – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional  
 PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNASPI – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas  
PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal  
PNUD – Programa das Nações Unidas  
PROVAB – Programa de Provimento do Profissional da Atenção Básica  
PSF – Programa Saúde da Família  
RAS – Rede de Atenção à Saúde  
RMS – Registro Médico do Ministério da Saúde  
RequalificaUBS – Programa Requalifica Unidades Básicas de Saúde  
RISS – Redes Integradas de Serviços de Saúde  
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde  
SASI-SUS – Subsistema de Atenção à Saúde Indígena  
SCNES – Sistema de Cadastro de estabelecimentos de Saúde  
SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena  
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública  
SIPNI – Sistema de Informação nominal do Programa Nacional de Imunização  
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde  
SGP – Sistema de Gerenciamento de Pessoas  
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UNA-SUS – Universidade Aberta do SUS  
UBS – Unidades Básicas de Saúde  
UnB – Universidade de Brasília  
UNIFEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância  
UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo  
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais  
USP – Universidade de São Paulo  
TC – Termo de Cooperação

## APRESENTAÇÃO

Enquanto enfermeira de formação e ex-gestora de um município no alto sertão do Estado da Paraíba no período de 2011 a 2015, acompanhei a implantação do Programa Mais Médicos (PMM) e o impacto deste na Atenção Primária a Saúde (APS). Em seguida, no final de 2016, iniciei minhas atividades no Ministério da Saúde (MS) por meio da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) na função de referência técnica do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB).

Ambas as experiências colaboraram para o interesse pela temática, de modo que a motivação para a realização dessa pesquisa emergiu do meu trabalho na SESAI/MS, ao observar a grande relevância do PMMB nos territórios indígenas, de maneira a romper os desafios territoriais, linguísticos, culturais, entre outros. E assim, proporcionar, por meio de uma determinada política de saúde, melhoria nas ações e serviços a partir da presença do médico junto às equipes nas aldeias.

Ainda, tendo em vista que antes do PMM ainda existia, em sua maioria, Equipes Multidisciplinares em Saúde Indígena (EMSI) que não contavam com o profissional médico em sua composição, considera-se o programa como um dos principais avanços na saúde indígena nos últimos 4 (quatro) anos, pois sendo a única estratégia que garantiu a fixação e possibilitou, em sua maioria, a presença do médico nos territórios indígenas, distribuídos em todo o País através dos 34 (trinta e quatro) Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), respeitando as especificidades étnicas e culturais, vencendo obstáculos logísticos e barreiras territoriais, proporcionando a assistência à saúde e a melhoria da qualidade de vida dessa população.

É notória a importância do PMMB e a presença desses profissionais nos territórios indígenas. Ainda assim, o MS, através da SESAI, não havia uma rotina de elaboração de relatórios ou de divulgação de dados, informações ou pesquisas que retratassem o impacto do Programa na saúde indígena, ou até mesmo como ele estava implementado na Secretaria. Ainda, em um universo de várias pesquisas relacionadas ao PMM no decorrer destes cinco anos de programa, pouco se dispõe de publicações referentes ao PMMB na saúde indígena, despertando mais ainda o interesse pelo estudo.

Sendo assim, essa dissertação está constituída em seus resultados, um estudo o qual encontra-se sob o formato de artigo científico, no qual se apresentam o perfil dos médicos do PMMB que atuam na saúde indígena, bem como, a cobertura destes profissionais nos 34 DSEIs do país. Desta forma, espera-se com esta pesquisa, favorecer melhorias no acesso, na cobertura e nas ações destes profissionais na saúde indígena, e também, na gestão do Programa.

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	15
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	21
2.1 GERAL.....	21
2.2 ESPECÍFICOS.....	21
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	22
3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS).....	22
3.2 PROGRAMA MAIS MÉDICOS (PMM).....	36
3.3 PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL (PMMB) NA SAÚDE INDÍGENA.....	46
<b>4 MÉTODOS</b> .....	58
4.1 TIPO E NATUREZA DO ESTUDO.....	58
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	58
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	58
4.4 FONTE DE DADOS.....	58
4.5 TRATAMENTO ESTATÍSTICO.....	59
4.6 DISPOSIÇÕES ÉTICAS DA PESQUISA.....	60
<b>5 RESULTADOS</b> .....	61
5.1 ARTIGO 01 - PROJETO MAIS MÉDICOS NA SAÚDE INDÍGENA: PERFIL E COBERTURA DOS PROFISSIONAIS NOS DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS (DSEI).....	61
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	78
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	80
<b>APÊNCIDE</b> .....	
APÊNDICE A – Termo de Confidencialidade da Informação do Departamento de Informática do SUS - DATASUS	
<b>ANEXO</b> .....	
FOTOS -	

## 1 INTRODUÇÃO

Historicamente, o Brasil sempre apresentou carência de médicos e isso vinha se agravando nos últimos anos. Em 2012, dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) demonstraram a disparidade existente na proporção de médicos para cada 1.000 habitantes, quando comparados aos países que possuem sistemas de saúde públicos. No Brasil, tal indicador encontrava-se na casa dos 1,8, número muito inferior ao de outros países que adotam sistemas nacionais de saúde com base na Atenção Primária em Saúde (APS) como, por exemplo, Cuba (6,7), Espanha (4,0), Portugal (3,9), Uruguai (3,7), Reino Unido (2,7) e Canadá (2,0)<sup>1</sup>.

Além da escassez de médicos, nesse período o País também enfrentava um grande desafio para a organização da APS nos municípios, devido à alta rotatividade dos profissionais de saúde, especialmente do profissional médico nas equipes de Saúde da Família. Isso é considerado desestruturante para a APS, uma vez que esse modelo de atenção tem por objetivo ser a principal porta de entrada aos sistemas e serviços de saúde, e é a estratégia mais eficaz da promoção da equidade no Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>2,3</sup>.

Com a proposta de enfrentar essas dificuldades, o Governo Federal, através do MS, desencadeou iniciativas como o Programa de Provimento do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), em 2011, constituindo uma estratégia de aprimoramento das ações e dos serviços de saúde em áreas de difícil acesso e provimento com populações de maior vulnerabilidade, o que não foi suficiente para solucionar o problema de escassez de médicos no País<sup>4</sup>.

Diante disso, em meio a um cenário de manifestações da população brasileira, aos 4 de fevereiro de 2013 ocorreu a manifestação pública da Frente Nacional de Prefeitos (FNP). Liderando um movimento denominado “*Cadê o médico?*”, a FNP organizou uma petição por mais médicos no SUS, demandando resposta ao Governo Federal. A Frente reivindicou a adoção imediata das medidas necessárias para a contratação de médicos, inclusive aqueles formados em outros países<sup>5</sup>.

Dessa forma, no ano 2013, foi criado o PMM, por meio de publicação da Medida Provisória nº 621, em 08 de julho, e regulamentada pela Lei nº 12.871, em 22 de outubro do mesmo ano, baseado em evidências que apontavam um cenário

de escassez de médicos, especialmente em áreas rurais e remotas do Brasil, e também com o objetivo de ampliar a APS e melhorar o atendimento aos usuários do SUS<sup>6,7</sup>.

De acordo com o MS, o PMM é composto por três eixos: o primeiro prevê investimentos em infraestrutura de Unidades Básicas de Saúde (UBS); o segundo tem o objetivo de aprimorar e ampliar a formação médica no país através do aumento do número de vagas nos cursos de Medicina e de residência médica; e o terceiro relacionado ao provimento emergencial, o qual é realizado por intermédio do PMMB, que busca suprir, emergencialmente, a carência de médicos no interior do país e nas localidades de difícil acesso<sup>5</sup>.

Em conformidade com o Programa, para atuar no PMMB os profissionais devem possuir o diploma de Medicina, formados em Instituição de Educação Superior (IES) brasileira ou com diploma revalidado no Brasil e médicos intercambistas. Dessa forma, caracterizando - se em três perfis profissionais: a) médico com registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) – Brasil, o qual é formado por uma IES ou com diploma revalidado no Brasil; b) médico intercambista: formado em IES estrangeira com habilitação para o exercício da Medicina no exterior (acesso por chamada pública de adesão); c) médico intercambista cooperado: formado em IES estrangeira com habilitação para o exercício da Medicina no exterior (acesso por cooperação internacional)<sup>8</sup>.

O mecanismo de ingresso no PMMB segundo o MS se dá através de duas modalidades: a) por chamadas públicas de adesão (ciclos), direcionadas aos médicos brasileiros e estrangeiros com formação em IES, brasileira ou estrangeira, ou diploma revalidado no Brasil. b) por cooperação internacional, aos médicos formados em IES estrangeiras, por meio de intercambio (contingente reserva)<sup>8</sup>.

Durante os dois primeiros anos do PMM o MS conseguiu inserir no SUS, através da Atenção Primária, mais de 18.000 profissionais. Grande parte destes profissionais médicos foi recrutada mediante cooperação internacional tripartite através da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), entre o governo de Cuba e o governo brasileiro, depois de um período de inscrição para médicos formados no Brasil e em outros países<sup>9</sup>.

Para mais, considerando as relações internacionais para a cooperação em saúde, bem como a *expertise* dos médicos cubanos em missões internacionais de

assistência em regiões vulneráveis, a OPAS firmou acordo com a República de Cuba para recrutamento de médicos cubanos para atendimento das finalidades do PMMB. Assim, a República Federativa do Brasil estabeleceu vínculo de cooperação internacional com a OPAS por meio do Termo de Cooperação (TC) nº 80, que traz os princípios e as normas de direito internacional que devem ser cumpridos na sua integralidade. Desse modo, assumindo a cooperação com o PMMB como um projeto fundamental de apoio a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), cujo propósito é ampliar o acesso aos serviços de saúde no SUS, fortalecendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) <sup>10</sup>.

Assim, a atuação destes profissionais tem sido considerada relevante e positiva, e, principalmente, por adotarem no processo de trabalho um padrão de responsabilidade sanitária que além de permitir atuar conforme perfil epidemiológico da população, lhes tem propiciado estabelecer maior vínculo e interação com usuários devido a sua maior permanência na comunidade. Além disso, outro aspecto relevante foi a possibilidade do planejamento da distribuição destes novos médicos para a Atenção Primária segundo os princípios do SUS, com foco na equidade, por favorecer os critérios de vulnerabilidade social e de populações específicas. Considerado ainda uma das boas práticas relevantes para a implementação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), aprovados na Cúpula das Nações Unidas sobre o desenvolvimento Sustentável, em setembro de 2015<sup>11</sup>.

A seleção de profissionais brasileiros e estrangeiros para as vagas do PMMB é feita por meio da classificação de acordo com os diferentes perfis de atuação nas regiões, sendo considerados de maior vulnerabilidade os DSEIs, não apenas pelo fato de tais populações se encontrarem distribuídas em áreas remotas, mas principalmente pelas especificidades socioculturais e ambientais, as quais se destacam entre os determinantes da condição de saúde da população indígena e processo de trabalho diferenciado dos municípios<sup>12</sup>.

Os DSEIs são unidades descentralizadas do MS vinculados, desde 2010, à SESAI, que tem a responsabilidade de executar as ações do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS). O SASI-SUS foi criado no âmbito do SUS pela Lei 9836/1999 (Lei Arouca) para organizar ações e serviços de saúde voltados ao atendimento das populações indígenas<sup>13</sup>.

Em conformidade com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), o DSEI é responsável pela realização de atividades no território indígena, visando medidas de qualificação de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência aos povos indígenas<sup>14</sup>.

Mesmo a PNASPI estabelecendo que as equipes de saúde indígena que atuam nos DSEIs, devam ser compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde (AIS), o cotidiano do trabalho das equipes foi marcado historicamente pela ausência de profissionais médicos devido às dificuldades de acesso e à diversidade étnico-cultural, principalmente na Amazônia Legal<sup>13,15</sup>.

Após a implantação do PMM esta realidade vem se transformando na saúde indígena. De acordo com dados da SESAI, foram incorporados, no primeiro ano do programa, 310 médicos e, nos dois primeiros anos, 339 médicos nos DSEI. Isto representou uma ampliação de 79% em relação ao quantitativo de médicos que atuavam nessas áreas em agosto de 2013. Já no ano de 2018, observou-se um aumento de 33 vagas, passando a 372 profissionais em atuação nos territórios indígenas<sup>16</sup>.

Entre as experiências exitosas do PMM, o MS considera um dos maiores impactos positivos do programa ter atingido os 34 DSEIs, considerando o aumento da cobertura e acesso aos serviços de saúde através do provimento emergencial<sup>8</sup>. Mesmo diante dessa realidade, no tocante ao PMMB na saúde indígena, até então, não se tem dados e informações específicas que demonstrem a atuação, o impacto e a distribuição destes profissionais no território. Assim, colaborando com esse raciocínio, muito me instigaram os seguintes questionamentos: qual o perfil profissional do PMMB que mais predomina na saúde indígena? Como estão sendo desenvolvidas as ações em saúde por estes profissionais? Como está a distribuição dos médicos nos 34 DSEIs do País?

Assim, a escolha do tema se justifica tendo em vista a relevância do PMMB na saúde indígena, seu benefício frente à saúde desses povos e a necessidade de avaliar o Programa nos DSEI. Dessa forma, pretendeu-se com este estudo analisar o perfil e a cobertura dos médicos do PMMB que atuam nos DSEIs do país, a fim de

conhecer como estão distribuídos os profissionais conforme perfil de atuação nos distritos, bem como contribuir no fortalecimento da APS e, ainda, para o desenvolvimento de novas pesquisas e publicações que retratem a experiência e o impacto do programa na saúde indígena.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o perfil profissional e a cobertura populacional do Projeto Mais Médicos na Saúde Indígena no Brasil.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil dos médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) que atuam nos DSEIs;
- Analisar a distribuição profissional e a cobertura populacional do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) que atuam nos DSEIs;
- Caracterizar e quantificar as ações prioritárias realizadas pelo profissional nos DSEIs.

### 3 REFERENCIAL TEORICO

#### 3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS)

A concepção de APS surgiu em 1920 no Reino Unido por meio do Relatório Dawson, o qual preconizou a organização do sistema de atenção à saúde por níveis de complexidade e sob uma base geográfica definida, descrevendo as funções de cada nível e as relações que deveriam existir entre eles. Esse modelo de serviço, representa o texto precursor da regionalização dos sistemas de atenção à saúde organizados a partir de bases populacionais, tendo sua concepção influenciado na criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948 e na organização desses sistemas em vários outros países do mundo<sup>17,18</sup>.

Vários foram os movimentos no período de 1920 a 1970, que estabeleceram um clima propício nos campos cultural e político para a institucionalização da APS na escala planetária. Além da criação do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, outro marco histórico foi a “Declaração de Alma-Ata”, há 40 anos atrás, que veio a ocorrer na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, na república do Cazaquistão, em 1978, sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), que definiu um conjunto de princípios para proteger a saúde de todas as pessoas, enunciando a APS como orientadora de um sistema universal<sup>19</sup>, determinando ainda que a APS:

Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde<sup>20,2</sup>.

Em 1979, a Assembleia Mundial da Saúde solicitou a todos os países-membros a definir e pôr em prática estratégias nacionais, regionais e globais, tendentes a alcançar a meta de “Saúde para Todos no ano 2000”. Entretanto, quando a OMS propôs sua agenda para operacionalização das metas acordadas em Alma-Ata, os países industrializados já as haviam alcançado em grande parte, enquanto a maioria dos países em desenvolvimento ainda estava longe de atingi-las. Isso gerou problemas de conceituação e, por consequência, de implementação da

APS<sup>21</sup>. As variações na interpretação da APS se explicam devido à história de como se gestou e evoluiu o conceito e pela ambiguidade de algumas de suas definições formais estabelecidas nos foros internacionais. Por essa razão, há três interpretações principais da APS: a) a APS como atenção primária seletiva, a qual é entendida como um programa específico destinado a populações e regiões pobres, a quem deveriam ser oferecidas tecnologias simples e de baixo custo; b) a APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde, ou seja, modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais comuns de saúde; c) a APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde, como forma singular de apropriar, recombina e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população<sup>22</sup>.

Logo após, a partir de 1990, o Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde analisou reformas orientadas pela Atenção Primária em países da União Europeia e destaca a importância da APS nesses processos<sup>18</sup>. Sendo assim, é importante observar que a APS foi um elemento-chave na constituição dos sistemas nacionais de saúde, com capacidade de influir nos indicadores e com grande potencial regulador na utilização dos recursos de alta densidade tecnológica, garantindo o acesso universal aos serviços e contemplando benefícios à saúde da população<sup>23</sup>.

Ao longo do tempo, a APS se estabeleceu em torno da organização dos serviços, a partir do enfoque familiar e comunitário, sendo-lhe amplamente atribuída a função de primeiro contato para o cuidado e a promoção do acesso integrado a outros recursos no sistema de serviços de saúde, devendo responder à maior parte das necessidades de saúde da população e conduzir ações articuladas a outras abrangências políticas mais amplas<sup>24,25</sup>.

No processo histórico brasileiro também houve diferentes interpretações referentes à APS. Na década de 1980, a noção de que os cuidados primários de saúde, ao assumir um caráter de programa de Medicina simplificada para os pobres de áreas urbanas e rurais, em vez de uma estratégia de reorientação do sistema de serviços de saúde, gerou o afastamento da discussão naquela época. Com isso, o Ministério da Saúde do Brasil, diferente dos outros países, não adotou oficialmente a expressão APS, mas sim, Atenção Básica a Saúde, como reflexo da necessidade de

diferenciação entre a proposta da Saúde da Família e a dos cuidados primários de saúde, interpretados como política de focalização e APS<sup>23</sup>.

A história da APS no Brasil tem seus primeiros registros nos anos de 1920, na mesma época da criação das escolas de Medicina no país, com organização sistêmica e moldada pela oferta de serviços de maneira coletiva e individual, marcada quando os Centros de Saúde da Universidade de São Paulo (USP) se organizavam com influência do olhar *dawsoniano*<sup>26</sup>. Naquela época, a assistência básica era majoritariamente realizada por profissionais voluntários, ligados a faculdades médicas ou a instituições beneficentes, tendo como objetivo principal prevenir doenças e agravos à saúde, sendo assim, conhecida como Atenção Primária Seletiva, devido a sua abordagem quase que exclusivamente preventiva, por possuir baixos custos financeiros aos mantenedores e por ter como público-alvo a população em situação de maior vulnerabilidade<sup>25</sup>.

Outras iniciativas destacadas foram: a criação da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em 1960 – vinculada ao MS e que tinha atuação nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste, organizando e operando serviços públicos e de assistência médica; a expansão dos Centros de Saúde vinculados às Secretarias de Estado da Saúde durante a década de 1960 – com atuação voltada predominantemente a atenção materno-infantil e para o desenvolvimento de ações de saúde pública, inclusive ao enfrentamento das grandes endemias predominantes naquela época; e as primeiras experiências de Medicina comunitária da década de 1970, sob influência do Movimento de Reforma Sanitária e com apoio das universidades – que marcaram o início de participação dos municípios no desenvolvimento da APS<sup>27</sup>.

No ano de 1980, previamente à implantação do SUS, inexistia uma política nacional de Atenção Primária, sendo observadas a segmentação de coberturas e a fragmentação de assistência à saúde. A assistência médica vinculada ao seguro social prestava serviços de pronto atendimento e atenção ambulatorial, inexistindo a figura de um médico generalista ou especialista em Medicina de Família e Comunidade, apresentando forte ênfase na atenção especializada. Os trabalhadores rurais eram parcialmente cobertos pelo Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), por meio da contratação de terceiros, em geral hospitais filantrópicos (Santas Casas), e nas áreas rurais das regiões Norte e Nordeste, os serviços eram

ofertados pelas pequenas unidades mistas da SESP, com foco no controle de epidemias. Como observado, poucos municípios prestavam serviços de saúde, no geral, apenas serviços de urgência, o que refletia na importante parcela da população sem cobertura, recorrendo a hospitais filantrópicos e sem acesso a atenção primária<sup>28</sup>.

Nesse mesmo período, mais precisamente em meados dos anos 80, passaram a serem desenvolvidas experiências municipais esparsas e de integração entre universidade e serviços de saúde, tendo como base a Atenção Primária. Com isso, foi criado um programa de assistência médica previdenciária de cunho racionalizador, o qual buscou promover a integração dos serviços de atenção individual da Previdência Social com os serviços de saúde pública de estados e municípios na Estratégia de Ações Integradas de Saúde (AIS). Estas aceleraram a ampliação da rede de Atenção Básica, uma vez que suas ações passaram de 112 municípios em 1984 para 2.500 em 1987, sendo criado nesse mesmo ano o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), substituindo as AIS<sup>28,29</sup>.

Na década de 1980, a noção de que os cuidados primários de saúde, ao assumir um caráter de programa de Medicina simplificada para os pobres de áreas urbanas e rurais, em vez de uma estratégia de reorientação do sistema de serviços de saúde, gerou o afastamento da discussão naquela época. Com isso, o Ministério da Saúde do Brasil, diferente dos outros países, não adotou oficialmente a expressão APS, mas sim, Atenção Básica a Saúde, como reflexo da necessidade de diferenciação entre a proposta da Saúde da Família e a dos cuidados primários de saúde, interpretados como política de focalização e APS<sup>23</sup>.

Para Mendes<sup>21</sup>, a APS no Brasil tem uma história singular, registrada por ciclos de desenvolvimento:

**TABELA 01:** Ciclo histórico da APS no Brasil

<b>Ciclos</b>	<b>Período</b>	<b>Referências</b>	<b>Características principais</b>
Primeiro	1924	Centros de Saúde criados pela Universidade de São Paulo (USP)	Estes centros sofreram possivelmente influência do pensamento dawsoniano do Reino Unido.
Segundo	1940	Serviço Especial	Deu-se com a criação do SESP,

		de Saúde Pública (SESP)	hoje Fundação Nacional de Saúde.
Terceiro	Metade dos anos 60	Secretarias Estaduais de Saúde	Focalizado nas ações de prevenção de doenças, mas incorporando a atenção médica num modelo dirigido especialmente para o grupo materno – infantil e para as doenças infecciosas como tuberculose e hanseníase, os denominados programas de saúde pública, exercitados com algum grau de verticalidade.
Quarto	1970	Conferência Alma – Ata	Forma de programas de extensão de cobertura, referidos claramente pela decodificação da APS como programa de atenção primária seletiva com objetivos de extensão de cobertura.
Quinto	1980	Ações Integradas de Saúde (AIS)	Grave crise da Previdência Social que levou a instituição das AIS, que levaram para as unidades de APS parte da cultura do INAMPS.
Sexto	1988	Institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS)	Concretizou – se por meio da municipalização das unidades de APS dos estados, que passaram à gestão dos municípios, gerando uma enorme expansão dos cuidados primários.
Sétimo	1994	Implantação do Programa de Saúde da Família (PSF)	Significou o desenvolvimento da APS na saúde pública brasileira, que se denominado ciclo de atenção básica à saúde e que vige atualmente.

FONTE: Sistematizado pela pesquisadora, 2018.

Em 1988, com a aprovação da Carta Magna brasileira por meio da Lei Orgânica de Saúde do SUS (LOS 8.080/90), o Estado brasileiro passa a ser plenamente responsável por assegurar aos seus cidadãos e cidadãs o direito à saúde<sup>30</sup>. Desta forma, há 30 anos atrás, surge o SUS, não somente na expressão institucional de saúde, como também ressaltando princípios da universalidade, equidade e integralidade, válidos em todo território nacional, que o consolida como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo<sup>31</sup>. De acordo com a Constituição de 1988, em seu artigo 196 tem-se que “*saúde é direito de todos e dever do Estado*”, e ainda que:

A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação <sup>32:186</sup> (Art 196).

Com a criação do SUS, financiado com recursos fiscais, o acesso passou a ser universal como direito inerente à condição de cidadão, independente da inserção no mercado de trabalho<sup>28</sup>. Consequente a isso, foram ocorrendo mudanças no paradigma da prática em saúde, em particular na APS, que nestes 30 anos de implementação do SUS passou e continua passando por grandes transformações.

Nesse período observou-se a permanência de várias iniciativas dos estados e municípios em relação à APS sem, no entanto, se configurar em um modelo nacional. Em 1990, somente com a municipalização do SUS, é que começou a haver uma estruturação mais uniforme da APS sob responsabilidade dos municípios brasileiros incentivados pelo Ministério da Saúde (MS) através das normatizações e financiamento<sup>27</sup>. Para Sousa<sup>29</sup> a APS surge neste período como estratégia para reorientar a organização do sistema de saúde, tendo como pressuposto responder as necessidades da população no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais para promoção da saúde como direito social, com concepções abrangentes desde os cuidados ambulatoriais como porta de entrada à política de reorganização do modelo de atenção, propiciando a adoção de papéis mais dialógicos, autônomos e participativos, fortalecendo o vínculo entre os sujeitos,

e, nesta dinâmica, construindo relações cotidianas de promoção e proteção à saúde com os indivíduos e a comunidade.

Starfield<sup>24</sup>, em sua publicação mais conhecida no Brasil, denominada *“Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologias”*, define a APS como um conjunto de serviços do sistema de saúde que oferece acesso como porta de entrada do sistema a todas as necessidades e problemas na atenção à pessoa no seu autocuidado, em um determinado espaço de tempo, com a finalidade de promover a saúde.

Diante desse novo cenário de reorientação do modelo assistencial na APS, a redistribuição de atribuições, responsabilidades e poderes entre os três entes federativos gerou mudanças na forma que o gestor federal exerce suas funções no SUS. Na gestão federal, a condução política da APS ficou direcionada a regulação, baseada na emissão de portarias e pelo financiamento, com discreto aumento da participação no gasto federal. Os municípios, por sua vez, determinam a descentralização do SUS, com atuação direta na oferta de ações e serviços de saúde na APS, o que constituiu uma enorme mudança do ponto de vista institucional, gerencial, político e financeiro, de modo que cada município precisou elaborar uma estrutura gerencial, representada pela Secretaria Municipal de Saúde, e implantar serviços de saúde mesmo onde, até então, não havia uma única unidade de saúde, além de participar no financiamento da atenção à saúde<sup>33,28</sup>.

No que concerne aos marcos prevalentes na década de 90, tem-se como destaque, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o qual iniciou no estado do Ceará e teve larga repercussão política pelos seus resultados positivos, especialmente na diminuição da mortalidade infantil no estado, razão pelo qual foi estendido por todo o país. Porém, o PACS, por atuação isoladamente, era uma proposta de atenção primária seletiva, incomparável aos princípios do SUS. Assim, sendo proposto subsequentemente pelo MS em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), representando um relevante processo na mudança organizativa da APS, proporcionando mudanças ontológicas e epistemológica no modelo de atenção à saúde, que logo depois passou a ser entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, passando a chamar-se ESF<sup>29</sup>.

Cada equipe do PSF/ESF foi constituída inicialmente por, no mínimo, um médico generalista, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, e de quatro a seis

agentes comunitários de saúde (ACS) e, em 2003, sendo lançada por meio do MS, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), incorporando a equipe de saúde bucal, representada pelo dentista e auxiliar de saúde bucal à eSF. A ESF mantém os princípios do SUS, apoiada nos atributos da APS, apresentando uma proposta consecutiva de transformação da realidade com base no planejamento territorial, na ampliação dos mecanismos de participação social, na gestão com a oferta das ações e serviços, inclusão e integração das populações vulneráveis<sup>28,29,34</sup>.

Sousa<sup>29</sup> reforça que a ESF é tida como a porta de entrada do SUS, sendo assim, a equipe deve entender o seu papel amplamente, no sentido de garantir a promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, diminuição dos riscos à saúde e organização da rede de serviços, além de proporcionar a equidade, a justiça social como direito a saúde, a vida como um bem da coletividade que deve ser assegurado de forma integrada, conforme as necessidades da população, reduzindo as iniquidades e estimulando o debate intersetorial ancorado no conceito de saúde num locus privilegiado de responsabilidade sanitária da equipe. Ressalta ainda a importância do investimento na ESF, tendo em vista o resultado a obtenção da promoção da saúde para a comunidade acompanhada.

Com isso, em 28 de março de 2006, através da Portaria nº 648, publicou-se a PNAB, sendo considerada um marco histórico para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, e consolidação e expansão da ESF:

A Atenção Básica caracteriza – se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de território bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território e que vivem essas populações<sup>35</sup>.

A PNAB<sup>35</sup> foi inovadora ao assumir o PSF como estratégia fortalecedora na mudança do modelo assistencial, estabelecendo a equipe multiprofissional como porta de entrada do SUS e de ordenadora da rede de cuidados, fortalecendo a Atenção Básica no país.

Desde sua criação em 1994, o PSF foi gradualmente se tornando a principal estratégia para a ampliação do acesso de primeiro contato e de mudança do modelo assistencial no país. Pouco mais de 10 anos após foi transformado em ESF,

enunciado na PNAB em 2006, que posteriormente foi revisada em 2011 e recentemente em 2017<sup>28</sup>.

Inicialmente, cada eSF era responsável por até 4.500 pessoas, com o passar dos anos esse número diminuiu para um quantitativo que varia de 3.000 a 4.000, e com a PNAB de 2017, estabeleceu-se uma população entre 2.000 a 3.500. Ainda, para melhor ampliar as ações de vigilância em saúde, em 2010, foi integrado junto as eSF os Agentes Comunitários de Endemias (ACE), por meio da Portaria MS nº 3.252 de 22 de dezembro de 2009, que aprovou o incentivo do MS para a integração destes profissionais juntos as eSF<sup>29,30</sup>.

No início dos anos 2000, a ESF teve o período de maior expansão, sendo que o aumento da cobertura foi maior em municípios de pequeno e médio porte, principalmente na região Nordeste. Assim, a expansão de serviços de APS no país, incluindo áreas remotas, vulneráveis e desfavorecidas, ampliou o acesso à atenção coletiva e individual, produzindo impactos positivos na saúde da população<sup>28</sup>.

Para Starfield<sup>24</sup> e Mendes<sup>21</sup>, a interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde implica exercitar de forma a obedecer a certos atributos, tais como: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural; e a desempenhar algumas funções consideradas primordiais: resolutividade, comunicação e responsabilidade. De acordo com os autores, só haverá uma APS de qualidade quando seus sete atributos estiverem sendo operacionalizados, em sua totalidade, sendo os primeiros quatro atributos essenciais e os três últimos derivados.

A presença dos sete atributos da APS é importante para garantia dos resultados de qualidade da atenção. Há evidências produzidas em nosso país de que a heterogeneidade da qualidade da APS está, em geral, associada à ausência de um ou mais desses atributos<sup>22</sup>. Ainda, as evidências sobre a APS são abundantes e robustas e têm sido produzidas em diferentes países<sup>22</sup>.

Heimann *et al*<sup>33</sup>, em um artigo que analisa a APS na região Metropolitana de São Paulo, traz análises comparativas que apontam que a APS tem sido implementada com importantes variações no enfoque e oferta de serviços, dependendo do modelo de proteção social e das políticas de saúde predominantes em diversos contextos sociais. Menciona ainda que, em países europeus com

sistemas de saúde universais, observa-se que os serviços de APS são realizados por serviços clínicos ambulatoriais, nos quais o médico generalista exerce a função de *gatekeeper*, ou seja, a porta de entrada e o filtro para os serviços especializados. Já na América Latina, muitos países enfrentam problemas para garantir cobertura universal em saúde, e a APS refere-se basicamente a programas focalizados e seletivos, com oferta restrita de serviços e voltados para populações mais pobres. Ressalta também que países desta região, tem passado distintos processos de reforma política administrativa no setor saúde, e com isso, a APS tem ganhado espaço na agenda, incorporando a formulação de novas estratégias para o seu fortalecimento.

O modelo brasileiro de Saúde da Família é considerado por Mendes<sup>22</sup> como autóctone, mesmo que tenha recebido influências externas importantes, mas diferiu delas, sobretudo, por não instituir-se como uma proposta exclusiva de medicina familiar, e sim como uma política pública voltada para a saúde da família. O PSF é uma proposta de saúde da família singular que se distanciou dos modelos de medicina familiar prevalentes no mundo desenvolvido que, em geral, se articulam em torno do papel protagônico dos médicos generalistas ou de família. A expansão do PSF foi significativa, diante do fato de que, em agosto de 2011, as eSF estavam implantadas em 5.284 municípios brasileiros, sendo 32.079 equipes de PSF que cobriram, nominalmente, aproximadamente 110 milhões de brasileiros, o que configura em mais da metade da população.

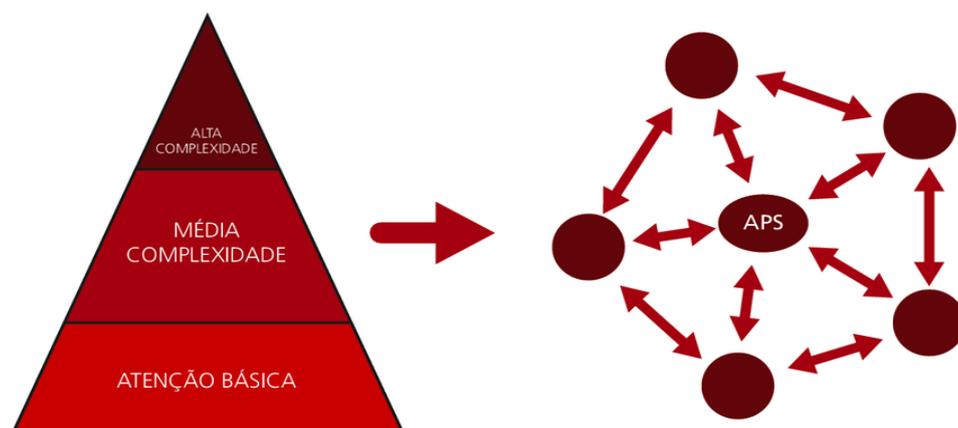
Nesse período, mesmo com os avanços desenvolvidos na APS, surgiram também debilidades e desafios que desencadearam um movimento chamado de renovação da APS, concernentes as transições demográficas e epidemiológicas, ao desenvolvimento de novas tecnologias e práticas em saúde, aos efeitos de globalização sobre os sistemas de saúde e as preocupações referentes a abordagem aos determinantes de saúde a população. Ainda entre os anos de 2007 e 2008, foram publicados dois documentos de renovação da APS nas Américas, considerados marcos contemporâneos mais emblemáticos desse movimento. O primeiro, em 2007, foi aquele no qual a OPAS posiciona-se fortemente em favor da APS como estratégia chave para a organização dos sistemas de saúde nos países da Região das Américas e, em 2008, o documento “Atenção Primária à Saúde: Agora, mais que Nunca”, publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no

qual são elencadas múltiplas evidências em favor da APS como preferencial a qualquer outra forma de organização dos serviços, inclusive desde os pontos de vista da equidade e da eficiência. Ambos contribuíram como documentos referenciais para os países e reforçaram a necessidade de implantar sistemas de saúde baseados em uma APS forte e de qualidade para a população<sup>3</sup>.

De acordo com Mendes<sup>22</sup>, surge um oitavo ciclo de desenvolvimento da APS no Brasil, o ciclo de APS e a consolidação da ESF. Esse ciclo propõe uma nova forma de estruturar a APS como estratégia de organização do SUS, contido no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica do SUS, colocando a APS como uma das ações e serviços de saúde mínimos para a instituição de uma Região de Saúde (Art 5º), o qual retrata que a APS é uma porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde (RAS), definindo que o acesso às ações hospitalares e ambulatoriais especializadas devem ser referenciadas pela APS (Art.10) e estabelece a APS como ordenadora do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde (Art. 11)<sup>35</sup>.

Ainda neste sentido, Mendes<sup>21</sup> ressalta que a concepção vigente na normativa do SUS é a de um sistema hierárquico, de modelo piramidal, formatado segundo as densidades relativas de cada nível de atenção na atenção básica, média e alta complexidade. Essa concepção hierárquica e piramidal deve ser substituída por outra, a das redes poliárquicas de atenção à saúde, em que se respeitando as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, conformando-se redes policêntricas horizontais. Contudo, as RAS apresentam singularidades, ou seja, seu centro de comunicação situa-se na APS:

**FIGURA 01:** A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde (RAS)



**FONTE:** Mendes<sup>21</sup>.

Para Kemper<sup>3</sup>, dentre as estratégias para a renovação da APS, as RAS ou também conhecidas como Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) nos outros países da América Latina, é um importante componente para a estruturação dos sistemas de saúde. Considera ainda que a APS é o elemento central das redes de atenção, uma vez que amplia o acesso, coordena e articula a estruturação dos serviços tendo como base as necessidades identificadas no primeiro nível de atenção.

Consolidar a ESF significa construí-la, verdadeiramente, a partir das evidências produzidas internacionalmente e no Brasil, como a política da APS no SUS, fundada no seu papel de estratégia de organização do sistema público de saúde brasileiro e como centro de comunicação das RASs. Além disso, implicará a instituição de uma nova agenda para a APS que estará centrada na superação dos problemas que determinaram as limitações do PSF<sup>22</sup>.

Lavras<sup>27</sup> ressalta que, para o bom funcionamento de qualquer sistema de saúde, é imprescindível que as ações e as atividades de APS sejam resolutivas, visando assegurar a redução das iniquidades e garantir um cuidado em saúde de qualidade. Para isso, no que tange ao processo de estruturação das RAS no SUS, são necessárias intervenções sistêmicas nas unidades funcionais que as compõe e nas práticas profissionais que as desenvolvem, considerando as características e a diversidade da população de cada local e organizar – se, respeitando as seguintes diretrizes: territorialização com adscrição da clientela; organização do trabalho com base no perfil epidemiológico da população adscrita; acolhimento do usuário com garantia de atendimento a demanda espontânea; análise de risco nos processos assistenciais; e utilização de dispositivos diversos de gestão do cuidado em saúde, visando garantir a integração das práticas e a continuidade do cuidado.

Assim, de acordo com a última PNAB (2017):

A Atenção Básica é caracterizada como porta de entrada preferencial do SUS, possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e cumpre papel estratégico na rede atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Para tanto, é necessário que a Atenção Básica tenha alta resolutividade, com capacidade clínica e de cuidado e incorporação de tecnologias leves, leve duras e duras

(diagnósticas e terapêuticas), além da articulação da Atenção Básica com outros pontos da RAS. Os estados, municípios e distrito federal, devem articular ações intersetoriais, assim como a organização da RAS, com ênfase nas necessidades locais, promovendo a integração das referências de seu território<sup>36</sup>.

Estudos nacionais e internacionais vêm demonstrando a importância da ESF para o Brasil e consolidando-a como modelo exemplar para outros países com sistemas universais de saúde. Numa pesquisa recente realizada por Pinto e Giovanella<sup>28</sup>, que retrata *“Do Programa à estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)”*, tem-se a afirmação de que o Brasil obteve tendência histórica no período de 2001 a 2016 na redução da taxa padronizada de ICSAB (passando de 120 para 66 internações por 10.000 habitantes, redução de 45%), considerando bastante plausível que esse resultado esteja vinculado ao avanço da cobertura da ESF no país, em especial na melhoria do acompanhamento das doenças crônicas, do diagnóstico e do acesso aos medicamentos.

Na pesquisa realizada por Heimann *et al*<sup>33</sup> utilizando comparações internacionais, demonstram que a APS quando bem estruturada, com serviços de atenção primária integradas ao sistema e uma ampla oferta de ações de saúde, impacta positivamente nos indicadores de situação de saúde, e, produzem aumento da eficiência e qualidade com menor uso de medicamentos.

Em um Seminário realizado no Brasil pelo Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS) em maio de 2018, tendo como tema central *“O futuro dos Sistemas Universais de Saúde”*, estiveram presentes representantes da Inglaterra, Canadá, Costa Rica e Portugal, que descreveram os sistemas de saúde de seus países e falaram sobre os desafios e as oportunidades da universalidade. No que tange ao sistema de saúde do Brasil, importante destacar o pronunciamento de um dos especialistas em saúde pública mais renomado do Canadá, o professor da Escola de Saúde Pública da Universidade de Montreal, Denis Roy, que destaca as questões em saber lidar com as vulnerabilidades existentes para construir perspectivas futuras e APS oferecida no Brasil:

Vocês fazem isso muito bem no Brasil. Conseguem construir um conjunto de ações que são muito pontuadas como, por exemplo, a política de vacinação. Realizam várias ações que permitem criar uma malha de serviços trabalhando tanto com atenção primária, como com a prevenção junto a população numa ampla escala<sup>37:1</sup>.

Nesses 30 anos do SUS vários foram os marcos que sintetizam a promoção da melhoria do acesso e qualidade da APS:

**TABELA 02:** Marco Histórico da APS no Brasil.

<b>ANO</b>	<b>MARCO HISTÓRICO</b>
1992	Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)
1994	Programa de Saúde da Família (PSF)
1996	Estratégia de Saúde da Família (ESF)
1998	Início do repasse do Piso de Atenção Básica Fixo (PAB – FIXO) aos Municípios
1999	Criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS)
1999	Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)
2002	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI)
2006	Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)
2006	Primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) – 1º Versão
2008	Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF)
2009	Programa Requalifica Unidades Básicas de Saúde (RequalificaUBS)
2011	Segunda Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) – 2º Versão
2011	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ)
2011	Sistema de Informação da Atenção Básica (E – SUSAB)
2012	Sistema de Informação nominal do Programa Nacional de Imunização (SIPNI)
2013	Programa Mais Médicos (PMM)
2013	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)
2017	Terceira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) – 3º Versão

FONTE: Sistematizado pela pesquisadora.2018.

Assim, é notório que, com a implantação da ESF, houve grande expansão da APS no país, de modo que muitos foram os avanços que proporcionaram uma maior cobertura e acesso aos serviços de saúde a partir da considerada porta de entrada do SUS, a Atenção Primária. Dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) da

Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS) apontam que, até maio de 2018, o Brasil apresenta 43.151 eSF implantadas e cobertura de pouco mais de 133 milhões de pessoas, o que corresponde a 64% da população brasileira<sup>38</sup>.

Colaborando com esse raciocínio, ainda no mesmo Seminário realizado pelo CONASS, no ponto de vista do representante do Banco Mundial, o SUS tem sido considerado modelo e exemplo para outros países, chamando atenção que quanto mais eficiente for o trabalho da APS, melhor funcionará a Média e Alta complexidade. Insistiu também que a melhor maneira de aumentar a eficiência da APS é aumentar o número de equipes, principalmente nos municípios menos contemplados com esses profissionais. Além disto, mencionou a escassez de médicos na APS, como algo que precisa ainda ser superada, bem como, a dificuldade para contratação é a oferta de profissionais que muitas vezes não estão dispostos a trabalhar em determinados locais, com determinados trabalhos. Ainda, demonstrou dados da pesquisa da Estação de Pesquisas de Sinais de Mercado (EPSM), que mostram que 70,1% dos municípios têm dificuldade de contratar médicos e 23,6 têm posto vago<sup>39</sup>.

### 3.2 PROGRAMA MAIS MÉDICOS (PMM)

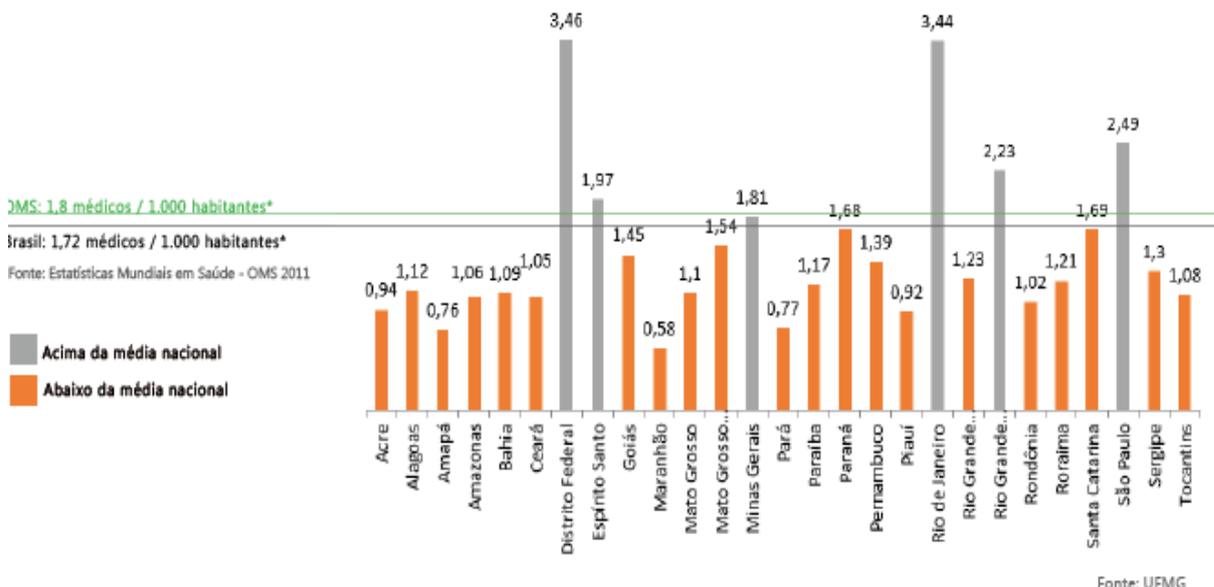
Lançado em julho de 2013, por meio da Medida Provisória Nº 621, e posteriormente regulamentado pela Lei 12.871 em outubro do mesmo ano pelo Congresso Nacional, o PMM foi criado de forma interministerial entre o MS e Ministério da Educação (MEC), baseado em evidências que apontavam um cenário de escassez e má distribuição de médicos no país, em especial na Atenção Primária à Saúde (APS), somando a um conjunto de ações e iniciativas propostas para enfrentar alguns desafios que vinham condicionando o SUS<sup>7,40</sup>.

O Brasil sempre foi marcado pela carência de médicos, mas no século XXI essa escassez foi se agravando e comprometendo a universalidade do sistema de saúde, o SUS, e principalmente a APS que, em 2011 foi elencada como prioridade do governo, e identificado como um dos seus principais desafios, a necessidade de contar com profissionais preparados, motivados e com formação adequada para tal. Com isso, a Frente Nacional dos Prefeitos (FNP) lançou, em 2012, uma campanha

para pressionar o Governo Federal intitulada “*Cadê o Médico?*”, cujas chamadas eram: “*A Frente Nacional de Prefeitos (FNP) quer saúde pública de qualidade em todos os municípios do país*” ou “*Prefeitos pedem ações imediatas para a contratação de médicos formados em outros países*”<sup>41</sup>.

Em 2013 o país apresentava uma razão de 1,8 médicos por mil habitantes, muito abaixo da média dos 33 países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), de outros países latino-americanos como Argentina (3,9 médicos/mil habitantes) ou Uruguai (4,5 médicos/mil habitantes), e de países com sistemas universais de saúde, como Espanha (4,0) e Portugal (3,9), Canadá (2,0) e Reino Unido (2,7)<sup>1</sup>. Deste modo, o país apresentava uma má distribuição de médicos, com grande concentração nas capitais e centros urbanos e o desfavorecimento no interior e pequenos municípios, além da dificuldade de fixação e qualificação adequada dos profissionais médicos para atuação na ESF 42,43

**GRÁFICO 01:** Distribuição de médicos no Brasil (2011)



Fonte: UFMG/Ministério da Saúde (MS). Imagem disponível na Cartilha Programa Mais Médicos – versão 2017.

A escassez de médicos, antes da implantação do PMM, correspondia a 20% dos municípios brasileiros, principalmente naqueles de menor porte, de difícil acesso e nas regiões Norte e Nordeste. Entre 2002 a 2012, a quantidade de médicos formados no Brasil correspondia apenas a 65% do total de empregos médicos criados no mesmo período, atingindo um déficit de 53 mil médicos. Ainda, os médicos estavam concentrados em áreas de maior desenvolvimento econômico e com maior concentração de programas de residência, como acontece nas regiões Sul e Sudeste, com 70,1% das faculdades de Medicina no país, o que agravava mais ainda a situação<sup>4,40,43</sup>.

A carência de médicos e sua má distribuição geográfica e territorial, geram o fenômeno do recrutamento internacional por países. A literatura aponta que as estratégias para atrair e fixar médicos em áreas remotas inclui, pelo menos, quatro dimensões: 1. Políticas educacionais, com mudanças nos currículos de graduação e residência médica, bem como, o incentivo do ingresso na formação especializada; 2. Políticas de regulação, tais como serviço civil obrigatório em áreas vulneráveis e de difícil acesso, e abertura de escolas médicas no interior do país para o incentivo da admissão de estudantes oriundos destas áreas; 3. Incentivos monetários (bolsa de estudo e salários atraentes); 4. Incentivos não monetários, como extensão de visto de permanência para estrangeiros e supervisão com apoio entre pares.<sup>2</sup>

Assim, pensando em melhor atender as necessidades elencadas como desafios para o acesso e resolutividade da APS, o programa foi estruturado em três eixos: a) Infraestrutura – relacionado a ampliação e melhoria das UBS; b) Educação – ampliação de cursos e vagas em Medicina, incluindo amplas reformas educacionais na graduação e residência médica; c) Provimento emergencial, denominado PMMB, que trata do provimento emergencial de médicos em áreas prioritárias do SUS<sup>7</sup>.

Com relação ao eixo infraestrutura, o programa previu combater as condições precárias de diversas UBS, reconhecendo que as condições de infraestrutura afetam a satisfação e estão associados negativamente à rotatividade profissional, ratificando o Requalifica UBS como estratégia para fixação de força de trabalho em saúde na APS<sup>42</sup>; já o eixo formação médica previu medidas de curto e longo prazo, buscando intervir de forma quantitativa e qualitativa na formação dos médicos no Brasil, desde a abertura de novas vagas de graduação e residência médica, com

reorientação da distribuição das mesmas no território nacional, até a mudança da formação de médicos – em seguida sendo aprovadas as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), determinando reformulação do currículo médico e de especialistas, priorizando principalmente a especialidade de Medicina Geral de Família e Comunidade (MGFC) para responder às necessidades da população e do SUS<sup>43</sup>.

O último eixo, o PMMB, foi instituído por meio da Portaria Interministerial Nº 1.369, de 8 de Julho de 2013, com finalidade de aperfeiçoar médicos na APS em regiões prioritárias do SUS, mediante oferta de curso de especialização sob responsabilidade da Universidade Aberta do SUS (UNA – SUS), através do Decreto Nº 7.385/2010, vinculado a instituição pública de educação superior e atividades de ensino, pesquisa e extensão, mediante integração ensino- serviço, visando atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos trabalhadores do SUS, na modalidade de Educação a Distância (EAD)<sup>44,45</sup>. São ofertados os cursos de Especialização em Saúde da Família (no caso de médicos alocados em UBS) e Especialização em Saúde Indígena (no caso de médicos alocados em DSEIs). As atividades de integração ensino-serviço devem seguir rigorosamente a distribuição de 40 horas semanais: 32 horas para atividades práticas na UBS e 8 horas semanais para Especialização<sup>46</sup>, com exceção dos médicos que atuam na saúde indígena, pois devido as especificidades logísticas e territoriais, a carga horária de trabalho está relacionado ao processo de trabalho estipulado pelo DSEI.

O PMMB é oferecido aos médicos formados em Instituições de Ensino Superior (IES) brasileiras ou com diploma revalidado no País; e médicos formados em IES estrangeiras com habilitação da Medicina no exterior por meio de cooperação internacional (BRASIL, 2013b) entre o governo brasileiro e o governo de Cuba, por meio do TC 80º com a OPAS, depois de um período de inscrição para médicos formados no Brasil e em outros países, em que a necessidade de profissionais não foi suprida.<sup>44,47</sup>

Nesse sentido, a cooperação internacional se apresenta como importante ferramenta ao enfrentamento da escassez de médicos em países afetados, não apenas por meio de transferência de tecnologia e provimento de recursos humanos, mas primordialmente, pelo desenvolvimento de capacidades que possam fomentar o protagonismo e a autonomia, fortalecendo assim as diversas estruturas que

compõem os sistemas de saúde dos países<sup>2</sup>. A Cooperação Sul- Sul, proposta pelo Programa das Nações Unidas (PNUD), considera um mecanismo estratégico de desenvolvimento conjunto entre países emergentes como resposta a desafios comuns, visando promover e implementar a cooperação técnica a partir de compartilhamento de práticas, transferência de conhecimentos e experiências, intensificação e expansão de vínculos solidários entre os países cooperados<sup>48</sup>. Assim, o PMM, de acordo com a OPAS, visa fortalecer a APS no SUS no Brasil, e é focado no eixo do provimento emergencial em parceria com o MS brasileiro, contribuindo para o processo de cooperação entre os países<sup>49</sup>.

A República Federativa do Brasil estabeleceu vínculo de cooperação internacional com a OPAS por meio do TC 80º, que traz os princípios e as normas de direito internacional que devem ser cumpridos na sua integralidade. A República de Cuba opera cooperações desta natureza em diversos países, por meio de empresa pública cubana, Comercializadora de Serviços Médicos Cubanos (CSMC), para a qual os médicos formados pelo sistema público de ensino de Cuba e segundo as normas deste país são contratados para cumprimento temporário de missões. Sendo assim, o ingresso e a atuação do médico cubano no Brasil e no PMMB têm legitimidade por meio do seu vínculo com o governo cubano e deste com a OPAS<sup>30</sup>.

Inúmeras e aceras discussões e polêmicas acompanharam os processos de implantação do PMM. O Conselho Federal de Medicina (CFM) posicionou-se contra a abertura de novos cursos de Medicina, pois alegaram ser vantajoso investir os recursos financeiros nos cursos que já existiam, o vice- presidente do CRM do paraná, afirmou que *“o Brasil tem hoje 400 mil médicos e começa a formar outros 18 mil a cada ano. Os números são mais do que necessários   nossa realidade”*<sup>4</sup>. Ainda, com a vinda de médicos estrangeiros sem o exame de revalida o de títulos, ocasionou também grande rea o negativa pelas entidades médicas, gerando inúmeras disputas ideológicas e judiciais, somadas ao difícil contexto político e social que o Brasil vivenciou nos últimos anos<sup>3</sup>. Diante dessa situa o político-partidária, esse debate muitas vezes insistiu sobre temas de matriz ideológica, deixando de lado a análise do potencial do PMM como uma experiência extraordinária e – pela escala – inédita nas Américas, e um grande exemplo de política nacional de fortalecimento de sistemas de saúde baseados na APS<sup>51</sup>.

Sendo o PMM interministerial, compete ao MEC, junto ao MS, além das discussões relacionadas ao processo de formação da graduação e especialidades, também acompanhar e monitorar a Supervisão Acadêmica do Programa, que inclui tutores e supervisores, vinculados à IES, os quais fazem o acompanhamento contínuo dos médicos participantes. De acordo com a Portaria GAB/MEC Nº 585, de junho de 2015<sup>52</sup>, que dispõe sobre a regulamentação da Supervisão Acadêmica no âmbito do PMMB:

A Supervisão Acadêmica é um dos eixos educacionais do Projeto Mais Médicos para o Brasil, responsável pelo fortalecimento da política de educação permanente, por meio da integração ensino – serviço no componente assistencial da formação dos médicos do Projeto. Para a realização das atividades de Supervisão Acadêmicas são previstos os seguintes momentos, que se caracterizam enquanto espaços de Educação Permanente: I – Encontro de educação permanente para qualificação da supervisão acadêmica; II – Encontro de supervisão local/regional; e Supervisão periódica<sup>52:1</sup>.

De acordo com a publicação “*Estudo de Caso*” realizada pela OPAS no Estado do Rio Grande do Norte, inserir a universidade e a supervisão acadêmica nos territórios que possuem médicos participantes do PMM, perpassa pela lógica da necessidade de pensar o programa para além dos vazios assistenciais, pois possibilita transformar as práticas de gestão do cuidado e do processo de trabalho dos supervisores. À medida que, mensalmente, os médicos recebem visitas dos supervisores, que são previamente planejadas com a equipe de tutores e MEC, eles conseguem identificar as necessidades pedagógicas, como também situações que requerem uma rede de articulação que envolve a academia, os gestores, os demais profissionais das equipes, provocando o movimento de gestão compartilhada<sup>53</sup>.

O PMM tem se destacado como uma iniciativa inovadora e ousada do governo brasileiro para enfrentar o desafio de construir um sistema universal de atenção à saúde. Com a implantação do programa, a partir de 2013, foi significativo o aumento da oferta de médicos em municípios que aderiram a ele, chegando a 11,6%, diferente dos municípios que não aderiram, cujo crescimento ficou em torno de 2,9%<sup>10</sup>.

A seleção de profissionais ocorre em etapas, de modo que a primeira é a definição das vagas disponíveis, que acontece por meio de processo prévio de adesão dos municípios que indicam quais eSF têm necessidade de completar

vagas. Para ocupação das mesmas, realizada por meio de editais públicos de chamamento de médicos, segundo os critérios definidos na lei: primeiro médicos com CRM Brasil, seguido de médicos brasileiros com registro estrangeiro, depois, médicos estrangeiros com registro apenas estrangeiro e, por fim, médicos que participam, não individualmente, mas por meio de cooperação internacional via OPAS, com o governo de Cuba<sup>43</sup>.

A prioridade para a locação deu-se em função de critérios que levam em conta tanto a vulnerabilidade da população e de grupos populacionais específicos, quanto a dos próprios municípios. Desse modo, os municípios foram priorizados de acordo com seus percentuais de população em condição de extrema pobreza: do baixo índice de desenvolvimento humano (IDH); da localização em regiões pobres, como os Vale do Ribeira e do Jequitinhonha, o Semiárido; além dos critérios utilizados pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SASMS) para o repasse do Piso de Atenção Básica fixo. Somando a esses critérios, priorizaram-se, dentro dos municípios, as periferias de grandes cidades e os grupos populacionais indígenas, assentados e quilombolas<sup>43</sup>.

De acordo com um estudo realizado pela OPAS intitulado *“Mais Médicos na Atenção Primária no Brasil: metassíntese dos estudos de caso sobre o Programa Mais Médicos”*, na maior parte dos municípios estudados a motivação que levou à adesão ao PMM foram os vazios assistenciais e necessidade de cobertura de grupos populacionais, principalmente em áreas remotas e precárias com dificuldade de fixação profissional médico associada a alta rotatividade<sup>9</sup>.

Em agosto de 2013, deu-se início a chegada dos primeiros médicos estrangeiros no âmbito do PMM. A demanda de gestores municipais chegou a 15.460 vagas, as quais não foram preenchidas por médicos brasileiros. Após um ano do início, o Programa contava com 14.462 médicos atuando em 3.785 municípios e DSEI, assistindo a uma população de cerca de 50 milhões de pessoas<sup>3</sup>. Os médicos foram alocados em UBS localizadas em realidades bastante diversas: áreas rurais, indígenas, quilombolas e fronteiriças, periferia de grandes cidades e capitais do sul ao norte do país<sup>54</sup>. De acordo com um estudo realizado por Girardi<sup>40</sup> do ano de 2013 a 2015, a região Nordeste foi a que recebeu o maior número de médicos do programa, 4.849, seguida do Sudeste com 4.372. Apesar

disso, o impacto foi maior na primeira região, com uma participação de 18,1% em relação ao total de médicos em APS, contra 8,7% da segunda. A região Norte, mesmo recebendo um provimento inferior, de 1,71%, era a que apresentava a maior participação de médicos do programa, 23,7%, destacando o efeito do direcionamento do provimento para as áreas de maior necessidade.

Dados do MS, de julho de 2015, apontam que o eixo de provimento emergencial beneficiou 63 milhões de pessoas que, antes do PMM, não tinham disponibilidade de serviços de atenção médica perto dos seus domicílios<sup>42</sup>. Para 700 municípios, foi a primeira vez que um médico reside em seu território. Sem dúvidas, esse resultado representa, per se, um extraordinário avanço em termos de cidadania e de garantia de direito à saúde. E também, considerado um grande passo para o SUS e para o cumprimento dos princípios constitucionais do Brasil, que reconhecem a saúde como direito de todos e dever do Estado<sup>51</sup>.

Em 2016, diante dos impactos positivos da cooperação internacional para o PMMB na assistência à população nas regiões mais vulneráveis, bem como o baixo interesse ainda dos médicos de perfil CRM-Brasil e médicos intercambistas na alocação nas regiões vulneráveis, foi publicada a Lei nº 13.333/2016, que prorroga o prazo de dispensa que trata o Art. 16º da Lei 12. 871 - prorrogação dos médicos estrangeiros no Mais Médicos por mais três anos<sup>30,55</sup>. E, dessa forma, dispensando a revalidação do diploma e autorizando a renovação do visto para permanência no Brasil, para esta finalidade específica. Mas, para obter a prorrogação os profissionais – inclusive os que têm registro médico no Brasil – precisam manifestar interesse, observando as regras dos editais específicos direcionados à prorrogação da adesão.

Em um estudo realizado por Pinto *et al*<sup>43</sup>, apontou que, até dezembro de 2015, pouco mais de dois anos desde a chegada dos primeiros médicos nos municípios, foi possível identificar avanços nos indicadores relacionados a resultados que foram declarados objetivos do PMM: atendimento de 100% da demanda solicitada pelos municípios, conforme regras do programa; alocação dos médicos no território nacional com equidade; ampliação da cobertura da AB em geral e, em especial a da ESF; ampliação do acesso a população às ações da AB; impacto de indicadores de saúde; significativa aprovação por parte dos usuários atendidos, médicos e gestores municipais. Ainda, observando que os critérios

adotados influenciaram fortemente o componente de equidade na distribuição dos médicos, considerando os grupos de municípios com os quais o programa trabalha, de modo que a proporção de médicos do PMM nos municípios de extrema pobreza (0,17/1000 habitantes) era quase três vezes maior que nas capitais e municípios ricos (0,06/1000 habitantes).

Alves et al<sup>2</sup> afirma com relação a cooperação entre Brasil e Cuba, por meio do PMM, que a dimensão da regulação é percebida quando se condiciona o exercício profissional de médicos estrangeiros em áreas avaliadas como de maior vulnerabilidade, obrigando a atuação dos profissionais efetivamente nos locais onde não havia assistência médica, a exemplo dos Distritos Sanitários especiais Indígenas (DSEIs).

Outro estudo realizado com abrangência nacional evidenciou que a infraestrutura média das UBS que receberam médicos do PMM é melhor que a das unidades que não receberam<sup>54</sup>. Sendo confirmado também em um estudo realizado com supervisores do programa, os quais afirmaram que, além de proporcionar a chegada e fixação de médicos, o programa contribuiu com a melhoria da estrutura da APS, especialmente nos municípios menores<sup>56</sup>.

De acordo com o art. 3º da Portaria 1.143/14<sup>57</sup>, que redefine as normas para cadastramento de profissionais e das equipes participantes do PMMB no Sistema de Cadastro de estabelecimentos de Saúde (SCNES):

I - O profissional, participante do Projeto Mais Médicos deverá estar vinculado a um dos seguintes tipos de estabelecimentos da Atenção básica: 01 POSTO DE SAÚDE, 02 CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA, 15 UNIDADE MISTA ou 32 UNIDADE MOVEL FLUVIAL, 72.03 POLO BASE I ou 16. 72.03 POLO BASE II, no município em que foi indicado e vinculado à equipe em um dos formatos dispostos no artigo 4º desta portaria, considerando o tipo de estabelecimento possível para cada tipo de equipe.

II - O vínculo do profissional participante do Projeto Mais Médico deverá ser: 04 OUTROS, 01 BOLSA ou 00 SEM SUBTIPO.

III - Os profissionais participantes do Projeto Mais Médicos podem ser vinculados aos estabelecimentos de saúde dos tipos citados no inciso I com os seguintes CBO: 2251-25 Médico Clínico, 2251-30 Médico de Família e Comunidade, 2251-42 Médico de Saúde da Família, 2251-70 Médico Generalista, dependendo da exigência da equipe a qual o profissional está vinculado.

IV - A carga horária semanal (CHS) do profissional participante do Projeto Mais Médico deverá ser de 40 horas (ambulatorial), conforme definido no edital do referido projeto.

V- Os profissionais participantes do Projeto Mais Médico ficam vedados de participar da Atenção Básica ou de equipes em município diferente ao qual foi indicado no SGP<sup>57:2</sup>.

A pesquisa realizada pela UFMG, identificou que 95% dos usuários disseram estar satisfeitos ou muito satisfeitos com a atuação do médico do PMM. Entre as justificativas dessa afirmação, 85% alegaram que a qualidade do atendimento melhorou; 87% que o médico é mais atencioso, e 82% que a consulta agora resolve melhor seus problemas de saúde. Sendo a nota média dos usuários em relação ao programa foram de nove para um máximo de dez<sup>58</sup>.

No estudo de caso realizado pela OPAS no Rio de Janeiro, um dos efeitos positivos da atuação dos médicos do PMM também tem sido a ampliação e consolidação das ações programáticas na ESF, como por exemplo a puericultura, que passa a ser parte da rotina de atendimento dos médicos. Esse efeito é considerado relevante, pois revela as contribuições do programa para a mudança do modelo assistencial, ou seja, o efeito qualitativo da ação dos médicos para a constituição de uma lógica assistencial pautada pela prevenção e promoção da saúde em grupos prioritários para a assistência no âmbito da APS<sup>59</sup>.

Vários são os impactos relacionados ao PMM no território, de acordo com a Revista do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), o Programa redesenha o mapa da saúde no país, garantindo a presença de profissionais nas regiões vulneráveis<sup>60</sup>. Assim, o conselho elencou nessa edição uma experiência municipal por região do país, focalizando o impacto positivo do programa na visão dos gestores municipais. Na região Sudeste, mais precisamente em Vila Campestre, bairro da Zona Sul de São Paulo, a desistência e dificuldade de fixação de médicos na UBS era frequente, mesmo sendo uma cidade que muito atrai estudantes em busca das três faculdades de Medicina mais bem avaliadas do país. O provimento garantido pelo PMM diminuiu, por exemplo, o tempo de espera por consultas que, em 2012, era de 33 dias e passou a ser de 19 dias (redução de 42%), e nesse mesmo ano, a cada 100 consultas, 24,5 resultavam em encaminhamento para alguma especialidade, já em 2016, esse número caiu para 12,6. Ainda, houve grande impacto positivo em vários indicadores de saúde: diminuição da mortalidade infantil nos territórios com médicos do programa, diminuição das internações por causas sensíveis à atenção básica à saúde, um número maior de gestantes com 7 consultas ou mais de pré-natal, diminuição da rotatividade de médicos<sup>60</sup>.

Na região Sul, mais precisamente na cidade de Jaguarão no Rio Grande do Sul, o gestor municipal afirma *“foi mesmo só a partir do programa federal que a*

*assistência à saúde no município, contemplado com seis profissionais, conseguiu avançar*”, ainda aponta outro grande diferencial importante do programa: o vínculo do profissional a uma única unidade, ressaltando: *“ele conhece melhor a sua própria equipe de trabalho, tem uma percepção maior do que acontece”*; no Centro-Oeste, na cidade de Feliz Natal no Estado do Mato Grosso, a gestora resalta como uma das mais importantes características do programa, a extraordinária capacidade de criarem vínculos com a comunidade, o que torna-se favorável para a aceitação da população; no Norte, em Tucuruí no Pará, é importante ressaltar que essa região traz especificidades que torna essencial a existência do programa por meio do provimento do PMM, devido aos vazios assistenciais, os isolamentos espaciais e a pobreza, o que fazem do programa uma pedra estrutural das ações de atenção básica; no Nordeste, mais precisamente na cidade de Recife no Pernambuco, o programa também provocou mudanças positivas na Atenção Básica. De acordo com a gestora, os médicos do programa tem mais compromisso, mais vínculo com a comunidade, um olhar mais integral e a presença mais efetiva na comunidade<sup>60</sup>.

Ainda, estudo realizado por Thumé<sup>61</sup> mostra que os médicos do PMM consideram a formação como oportunidade que permite a ampliação de conhecimento sobre os princípios e as diretrizes do SUS, o fortalecimento do trabalho das equipes e a melhoria da prática clínica. Além disto, torna-se claro que os espaços macro e micro políticos de encontro promovidos pelo programa têm potencial de provocar transformações positivas na lógica predominante de organização do trabalho em saúde<sup>62</sup>.

Assim, é notório que, durante estes cinco anos do PMM, o programa contribuiu de forma significativa para a saúde da população brasileira, uma vez que reduziu a escassez de médicos na atenção primária à saúde em regiões desassistidas e com população em situação de vulnerabilidade, como é o caso dos municípios de pequeno e médio porte, principalmente em áreas rurais, ribeirinhas, quilombolas e indígenas; contribuiu para reduzir iniquidades, atendendo as necessidades em saúde da população; possibilitou a inserção de médicos em municípios que não conseguiam atrair profissionais, seja por condição social e geográfica; e ainda impulsionou a expansão do número de vagas de graduação e residência em Medicina, além de ser responsável pela mobilização de recursos financeiros para melhorar a estrutura das UBS<sup>62</sup>.

### 3.3 PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL (PMMB) NA SAÚDE INDÍGENA

#### 3.3.1 Saúde Indígena

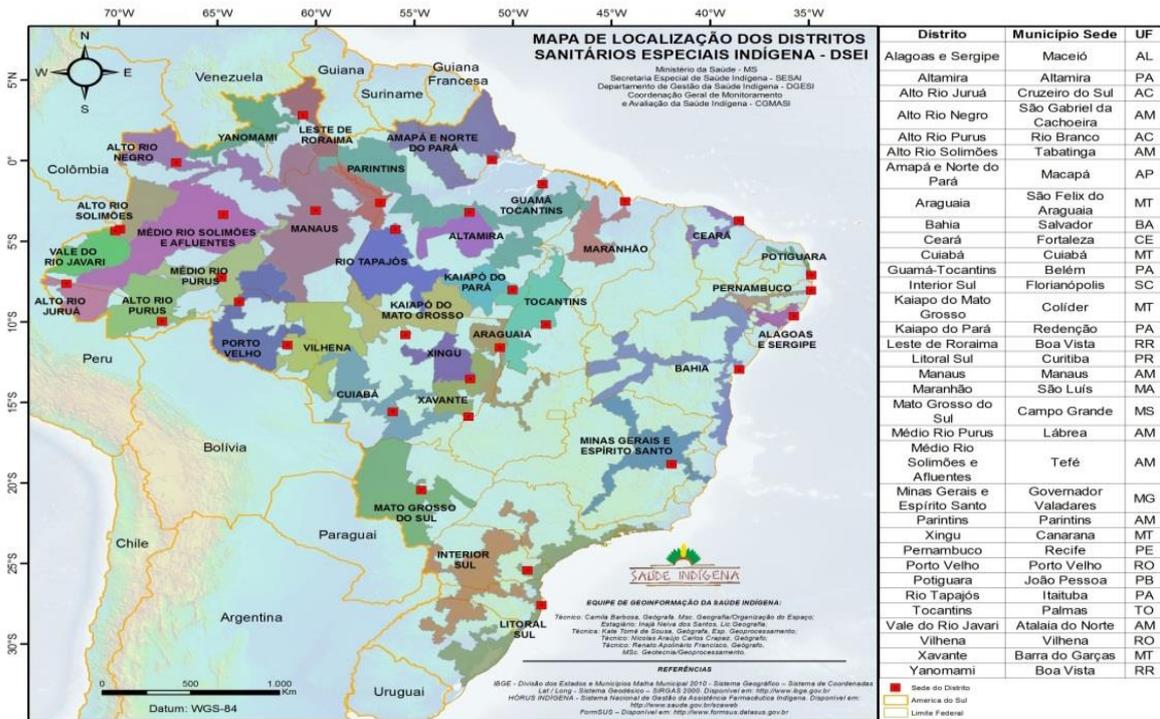
Antes do PMM, é de conhecimento do MS que a saúde indígena sempre foi marcada pela ausência de médicos nas EMSI que atuam nos territórios sob a coordenação dos DSEIs<sup>7</sup>. A partir de 2013 essa realidade foi alterada com a implementação do eixo provimento emergencial através do PMMB nos DSEIs, aprimorando não apenas a APS como também a PNASPI sob a coordenação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) do MS.

A PNASPI foi criada em 1999 e prevê o cuidado ao índio, o respeito e a integração dos saberes indígenas no SASI-SUS, o qual foi criado no âmbito do SUS, pela Lei 9836/1999 (Lei Arouca), para organizar ações e serviços de saúde voltados ao atendimento das populações indígenas (BRASIL, 1999)<sup>63</sup>. O Sasi-SUS se propõe a produzir cuidado em saúde de maneira diferenciada, construindo uma forma de organização do modelo de atenção à saúde adaptado à realidade e às condições de vida dos diversos povos indígenas, atuando exclusivamente na APS e, em parceria com o SUS nos demais serviços de média e alta complexidade<sup>63</sup>.

Essa organização diferenciada é uma operacionalização de um dos princípios do SUS: a integralidade em saúde. Nesse caso, oferecer uma atenção integral exige que os serviços e as equipes de saúde de todos os níveis de atenção à saúde considerem as especificidades dos modos de viver e as diferentes concepções do processo saúde-doença da população a ser atendida, sendo que diferentes formas de se compreender o adoecer, o sofrer e o morrer vão interferir na organização dos serviços e no processo de trabalho das equipes, já que cada uma das etnias têm modelos explicativos singulares sobre os modos que se deve cuidar do corpo e do espírito. A organização da assistência à saúde indígena representa para essas populações a dignidade humana, direito à sua singularidade e reconhecimento da diversidade étnica como um valor. Além do mais, a PNASPI preconiza a atenção diferenciada, que diz respeito à integração da medicina tradicional indígena na produção do cuidado em serviços de saúde indígenas<sup>64</sup>.

A partir da PNASPI, o território indígena brasileiro foi organizado em DSEIs, sendo criados 34 Distritos, segundo aspectos demográficos, culturais, sociais e econômicos dos povos indígenas; divididos estrategicamente por critérios territoriais e geográficos das comunidades indígenas, e não, necessariamente por Municípios e/ou Estados<sup>16</sup>.

**FIGURA 02:** Distribuição dos 34 DSEIs no Brasil.



Fonte: SESAI (MS)/2017.

De acordo com o MS, a SESAI é a secretaria do MS responsável por coordenar e executar a PNASPI e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) no SUS. Criada em outubro de 2010, a SESAI surgiu a partir da necessidade de reformulação da gestão da saúde indígena no país, sendo uma demanda reivindicada pelos próprios indígenas durante as Conferências Nacionais de Saúde Indígena. Ainda, tem a missão de implementar

um novo modelo de gestão e de atenção descentralizado, com autonomia administrativa, orçamentária, financeira e responsabilidade sanitária nos DSEIs. Assim, de acordo com a SESAI, são 758 mil indígenas distribuídos em 5.366 aldeias; 305 etnias, ou seja, povos diferentes; 274 línguas; 688 terras indígenas (60,4%) regularizadas, e que ocupam 12,6% do território nacional<sup>16,63</sup>.

**FIGURA 03** – Organização dos DSEIs.



FONTE: SESAI/MS. 2017.

Em cada DSEI o fluxo da assistência inicia-se nas unidades de saúde que estão localizadas nas aldeias, que por sua vez, são vinculadas a um Polo Base pertencente a um determinado Distrito<sup>64</sup>. De acordo com a PNASPI, as EMSI devem ser compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e AIS, que juntos desenvolvem ações de atenção primária no território. Entretanto,

antes de 2013, sempre houve a ausência do profissional médico nas equipes e difícil fixação destes em alguns estabelecimentos<sup>64</sup>.

### 3.3.2 Mais Médicos na Saúde Indígena

Historicamente a saúde indígena foi marcada pela ausência de profissionais médicos em suas equipes, principalmente na Amazônia legal, e esta realidade vem se transformando após o início do PMMB. Segundo os dados da SESAI, nos dois primeiros anos do programa, foram incorporados, 339 médicos nos DSEIs, significando um crescimento de 79% em relação ao quantitativo de médicos que trabalhavam neste órgão em agosto de 2013<sup>13</sup>.

De 2013 a 2016, de acordo com a SESAI, foram incorporados 342 médicos nos distritos, sendo em sua maioria cooperados (315), seguido de intercambistas (20) e CRM – Brasil (02)<sup>18</sup>. Já em 2017 obteve um acréscimo de mais 30 vagas, totalizando 372 médicos atuando nos territórios indígenas. Conforme o MS, o PMMB tem sido fundamental para garantir o acesso e a qualidade da atenção à saúde da população indígena, estando presentes em vários locais onde, anteriormente, as equipes multidisciplinares de saúde nunca haviam contado com médicos em sua composição<sup>16</sup>.

Para Fontão e Pereira<sup>13</sup> a implementação do PMM nos DSEIs configura-se como uma experiência oportuna para investigação e análise nas áreas de saúde coletiva, da antropologia de saúde e outras afins. Este território de atuação é prioritário para os objetivos do projeto, especialmente pelas dificuldades de fixação de profissionais, suas complexidades logísticas e operacionais, e por apresentar características próprias do contexto interétnico. Além disso, essa experiência é considerada singular na história da saúde indígena, por tornar a presença de profissionais médicos uma realidade em grande parte das comunidades indígenas do país.

Diferente dos municípios que fazem a adesão direta ao PMM, tendo em vista os critérios de elegibilidade e por meio do Sistema de Gerenciamento de Pessoas (SGP), na saúde indígena a SESAI é a responsável por decidir o quantitativo e a distribuição das vagas nos DSEIs. Ainda, sabendo que, de acordo com a Lei do Programa, os médicos devam atuar 40 horas, sendo 32 nas UBS e 8 horas dedicadas a Especialização, essa realidade não se aplica em todos os Distritos

devido as especificidades logísticas, territoriais e de difícil acesso no trabalho das equipes, principalmente na Amazônia legal, onde o acesso em sua maioria é fluvial e aéreo, o que torna-se necessário que as equipes permaneçam em área por períodos mais extensos.

O processo de trabalho das equipes na saúde indígena, em sua maioria, é totalmente diferenciado dos municípios, para que possa assim atingir a cobertura de APS nos territórios. Alguns DSEIs por possuírem Polos Base com acesso terrestre e mais próximos ao território de abrangência, permitem que a equipe trabalhe as 40 horas semanais, e o médico do PMMB as 32 horas, possibilitando aos profissionais ir e voltar todos os dias as aldeias, como por exemplo, o DSEI Pernambuco, localizado no estado do Pernambuco. Já outros Distritos, não possibilitam esse modelo de processo de trabalho, devido a cenários diferenciados e o difícil acesso, o que propõe um novo modelo de processo de trabalho de suas EMSI, para então, o alcance do acesso e garantia dos serviços de saúde nas aldeias.

Nos DSEIs onde a logística de trabalho é diferenciada, as EMSI se deslocam exclusivamente via aéreo, por exemplo, o DSEI Yanomani, localizado em Boa Vista no Estado de Roraima, em meio a floresta amazônica; e/ou fluvial, que requer algumas vezes dias de viagem e/ou no mínimo 3 à 8 horas de barco para chegar nas aldeias, como por exemplo, as aldeias de Campo Alegre e Betanea no DSEI Alto Rio Solimões, localizados em Tabatinga no Amazonas. Estas realidades fazem da saúde indígena um modelo diferenciado de processo de trabalho na APS no SUS.

Assim, diante dessa realidade, algumas equipes trabalham na logística de, por exemplo, 15 a 20 dias em área, devido o difícil acesso e a necessidade de maior tempo nas aldeias, o que exige um planejamento específico para cada DSEI e seus Polos Base. De acordo com a SESAI, devido à falta de conhecimento sobre a “*Saúde Indígena no Brasil*”, alguns médicos apresentavam resistência para atuação nos territórios indígenas<sup>16</sup>. Em todos os perfis é notória a falta de conhecimento nessa área de atuação. Ainda, devido a não clareza e a ausência de informações nos editais do PMM referente ao processo de trabalho nos territórios indígenas, ao se depararem com essa realidade, muitos profissionais do perfil CRM-Brasil e Intercambistas apresentavam resistência ao cumprimento das obrigações

relacionadas à carga horária de trabalho nos DSEIs, o que ocasionava muitas vezes o abandono da vaga pelo médico.

Para Ribeiro et al.<sup>64</sup>, o processo de trabalho da atenção à saúde indígena é atravessado pelas concepções particulares dos indígenas sobre seu processo saúde-doença-cuidado que é condicionado, além dos fatores biológicos, por determinantes históricos, sociais, econômicos e culturais peculiares. O trabalho em saúde também possui forças intrínsecas, destacando-se: as iniquidades sociais, condições de trabalho, segurança no vínculo trabalhista e saúde ocupacional, assim como os diferentes conceitos sobre o processo saúde-doença-cuidado compartilhando pelo profissionais e usuários indígenas.

Em 2017, só após quatro anos do PMMB na saúde indígena, foi então incorporado, a partir do Edital Nº 12, de 27 de novembro de 2017, informações relacionadas ao processo de trabalho nos DSEIs<sup>65</sup>. O objetivo dessa inserção foi esclarecer e orientar ao médico que, o processo de trabalho nos Distritos é diferenciado dos municípios, e ao mesmo tempo de responsabilidade do DSEI sob orientação da SESAI, sua organização no território:

11.1.2.1. Os profissionais alocados em Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI terão diferenciada distribuição da carga horária semanal prevista na alínea “b” do item 11.1.2., conforme cronograma de atividades estabelecidas junto à Secretaria de Saúde Indígena (SESAI), para as atividades de ensino pesquisa e extensão, tendo em vista a especificidade logística para o desenvolvimento das atividades nessas localidades<sup>65:15</sup>.

Além disto, ainda é pouca a procura de médicos CRM- Brasil, seguida de intercambistas para atuação nos DSEIs. De acordo com Pinto et al.<sup>43</sup>, mesmo com o sucesso do eixo provimento, vale destacar alguns desafios, como por exemplo, os médicos brasileiros ainda escolhem e atuam num número de municípios bem menor em relação aos locais onde os brasileiros formados no exterior e, em especial, os estrangeiros, se propõem a atuar.

Dessa forma, os médicos que atuam na saúde indígena, em sua maioria são cooperados por meio da cooperação internacional (TC 80) entre MS e OPAS. Estes profissionais cooperados, antes de chegar ao Brasil passam pelo Módulo de Acolhimento realizado em Cuba, construído sob orientações da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) e MEC, com carga horária

de 120 horas distribuídas em três semanas que, de acordo com Faria, Paula e Rocha<sup>66</sup> são divididos em sete eixos:

- Políticas de Saúde no Brasil, com abordagem da construção histórica e da atual dinâmica da situação em saúde no País;
- Organização de Sistemas de Saúde, que abordou temáticas demográficas e históricas sobre o SUS, utilizando documentários nacionais para apoiar as discussões sobre esse tema;
- Organização da Atenção à Saúde, com foco na Estratégia de Saúde da Família e nos processos de trabalho na Atenção Básica;
- Vigilância em Saúde, Gestão da Clínica e Trabalho em Equipe, com abordagem dos fluxos existentes para a alimentação dos bancos de dados em saúde no Brasil, desde o preenchimento de fichas temáticas até a consulta ao Banco de Dados do Departamento de Informática do SUS (Datusus). Com base nessas informações, abordou-se a construção da gestão da clínica na Atenção Básica em saúde, considerando-se o agente comunitário em saúde (ACS) como sujeito importante dessa construção;
- Atenção às doenças prevalentes na população brasileira, partindo das políticas nacionais de saúde do homem, da criança e gestante, da mulher, saúde mental, além da exposição das atuais situações em saúde no que tange às doenças infectoparasitárias e causas externas;
- Aspectos Éticos e Legais da Prática Médica, conjugando os marcos histórico-legais do exercício médico brasileiro com as declarações éticas aceitas internacionalmente; – Língua Portuguesa, eixo planejado para dar suporte aos exercícios propostos nos eixos anteriores, de forma a conjugar a norma culta da língua portuguesa com os assuntos de saúde<sup>66</sup>.

É notório que nesse processo de formação não é contemplada nenhuma temática relacionada à saúde indígena, fato preocupante, uma vez que o processo saúde-doença para estes povos requer uma breve formação étnico-cultural. Para Fontão e Pereira<sup>13</sup> a formação desses profissionais para atuação no contexto intercultural para consolidação da PNASPI é um dos novos desafios a serem considerados em relação médicos do Programa.

Para Ribeiro et al.<sup>64</sup>, muitos profissionais de saúde que atuam em áreas indígenas de diferentes países são despreparados para perceber a necessidade de uma atuação específica junto a essa população. Ainda, devido à prevalência do modelo biomédico na formação profissional em saúde, muitos trabalhadores não apresentam uma postura aberta para entender e aceitar as estratégias terapêuticas utilizadas pelos indígenas, bem como suas interpretações a respeito do processo de adoecimento e de cura. Nesse cenário, a integração das práticas de saúde indígena torna-se relevante ao processo de trabalho, mas também um grande desafio.

Ao chegar ao Brasil, estes profissionais passam alguns dias em Brasília – DF para regularização da documentação de permanência no país junto ao Ministério de

Relações Exteriores, recebendo um visto temporário de aperfeiçoamento médico pelo prazo de três anos; abertura de conta no banco, para recebimento da bolsa e auxílio moradia; emissão do número do Registro Médico do Ministério da Saúde (RMS) - registro de médicos estrangeiros para atuação no país, sob a fiscalização do CFM; e, participam do Módulo Acolhimento realizado pela SGTES<sup>66</sup>.

Embora não haja referencial teórico, no âmbito do MS é sabido que, ao participarem do Módulo Acolhimento realizado pela SGTES, logo após, são selecionados os médicos cooperados que irão atuar nos DSEIs. Até meados de 2016 a OPAS era responsável pela seleção dos médicos cooperados para atuar nos Distritos. De acordo com a SESAI, os critérios de seleção eram de conhecimento apenas da OPAS e, durante estes quatro anos, muitos destes profissionais selecionados não apresentavam entusiasmo e, ou satisfação para atuação nesses territórios. Assim, em meados de 2017 em reunião entre SESAI/MS e OPAS, a secretaria propôs apoiar no processo de seleção dos médicos, tendo em vista o conhecimento das especificidades e o processo de trabalho de cada DSEI, e conseqüentemente, ser sábio aos critérios exigidos a partir das particularidades de cada distrito.

Já os médicos intercambistas e CRM-Brasil são inseridos no programa por meio de editais, pelo quais os mesmos se inscrevem e passam por um processo de seleção e, quando aprovado, o médico CRM-Brasil apresenta aptidão para atuar nos territórios, devendo se apresentar ao DSEI conforme orientações do próprio Edital<sup>30</sup>. Entretanto, os médicos intercambistas participam, em Brasília (DF), do Módulo de Acolhimento realizado pelo MEC (o mesmo realizado para cooperados em Cuba, com algumas alterações por se tratar de brasileiros formados no exterior), e ao término, se submeterão a uma prova relacionada aos conteúdos abordados, com caráter eliminatório, sendo os aprovados aptos para atuarem nos DSEIs. Logo após, os médicos aprovados participam do Módulo de Acolhimento realizado pela SGTES. Já o médico CRM – Brasil, não participa de nenhum Módulo de Acolhimento e, após aprovação no Edital, deve – se apresentar ao DSEI, para o início de suas atividades.

Sabendo que o trabalho na atenção à saúde indígena permeia caminhos diferenciados, desde a concepção da ideia de saúde até o modelo de atendimento, este deve ser pensado sob formas particulares no que tange às relações da interculturalidade, tanto entre brancos e índios, como entre as diferenças existentes

entre as etnias que compõem estes povos.<sup>67</sup> Dessa forma, torna-se necessário que sejam inseridos conteúdos programáticos relacionados a interculturalidade, epidemiologia e processo de trabalho na saúde indígena em ambos os Módulos de Acolhimento (MEC e SGTES), favorecendo a necessidade de qualificar os profissionais quanto ao cuidado em saúde aos povos indígenas, antes de chegarem aos DSEIs.

Em relação à Especialização, os médicos que atuam no PMM nos municípios realizam Especialização em Saúde da Família com obrigatoriedade de acesso 8 horas semanalmente. Já os médicos que atuam na saúde indígena realizam Especialização em Saúde Indígena ofertado pela UNA-SUS através da UNIFESP e que, devido as questões logísticas (falta de internet em alguns Polos Bases e nas aldeias) possibilitam aos alunos assistirem as aulas de maneira *off-line*, respeitando o cronograma de atividades e período de duração do curso. O objetivo da especialização é formar profissionais do PMMB como especialistas em saúde indígena, com competências antropológicas, políticas, epidemiológicas e de saúde pública, abordando os seguintes temas: Adaptação ao Ambiente Virtual; Política e Organização dos Serviços de Saúde Indígena; Antropologia e Saúde; Orientação para a elaboração do TCC; Epidemiologia Aplicada aos Serviços de Saúde Indígena; Intervenções Clínicas Voltadas a População Indígena e Processos Educativos em Saúde Indígena.

O MS através da SGTES é responsável pela emissão do Registro do Ministério da Saúde (RMS) dos médicos estrangeiros e brasileiros formados no exterior por meio de Portaria Ministerial específica, e a fiscalização é realizada pelo CFM. Após o Módulo de Acolhimento realizado no Brasil, os profissionais já saem para o território com o RMS, e quando isso não acontece, é encaminhado a SESAI para que a secretaria encaminhe aos DSEIs.

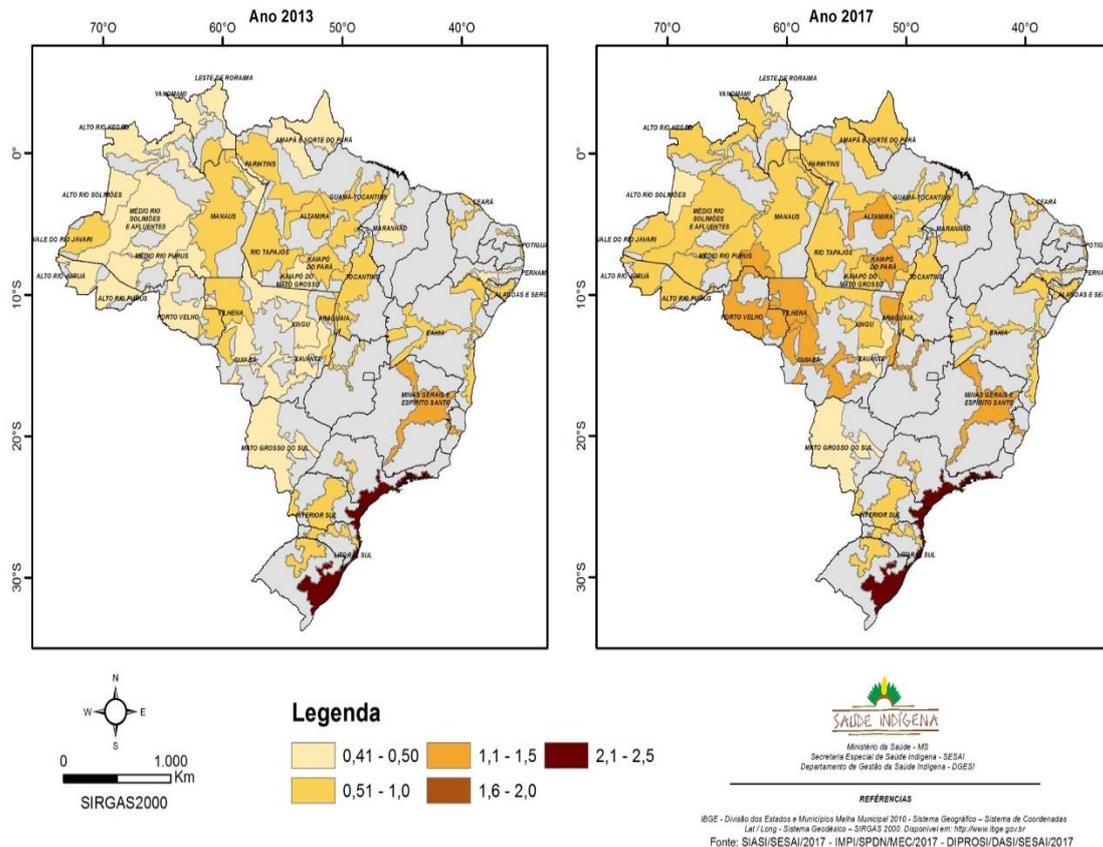
No tocante a Supervisão, de acordo com a Portaria Nº 27, de 14 de Julho de 2015, os supervisores do programa deverão ser profissionais médicos e, preferencialmente, especialistas das áreas de Saúde Pública, Medicina de Família e Comunidade, entre outras<sup>68</sup>. Na saúde indígena é de suma importância que, além destas especialidades, os profissionais tenham ou sejam inseridos no Curso de Especialização em Saúde Indígena, sendo também desejável que tenham experiência nessa área de atuação. Para Almeida *et al.*<sup>69</sup> a escassez de

profissionais com perfil para atuação na saúde indígena é um desafio, além de que, o número de supervisores atuantes em nessa área não é adequado a demanda, o que colabora para a existência de territórios indígenas geograficamente isolados que representam um grande desafio para a manutenção da periodicidade das visitas in loco e, portanto, uma supervisão de qualidade. Ainda segundo a autora, também é necessário melhorias no processo de supervisão e na consolidação da atenção à saúde, de maneira que se organize em consonância com as particularidades do cuidado a populações indígenas, avançando na união dos saberes tradicionais e biomédicos.

Entre 2013 a 2017, de acordo com a SESAI, houve um aumento na cobertura de médicos nos DSEIs, entretanto, mesmo com o aumento é presente a discrepância na distribuição destes profissionais nos DSEI ao longo desse tempo.

**FIGURA 04:** Cobertura de médicos que atuam nos DSEIs.

### Razão de médicos por habitantes (1.000 pessoas) em 2013 e 2017



FONTE: Silva<sup>70</sup>, 2017 em Produto N<sup>o</sup> 2, Contrato SCON 2017 – 02193 - OPAS/2017.

É perceptível que a saúde da população de áreas rurais e remotas não pode ser tratada da mesma forma que de áreas urbanas, pois o contexto no qual a população está inserida é diferente. Além disso, a população de áreas rurais e remotas está exposta a diferentes tipos de riscos, apresenta maior frequência de determinados problemas de saúde, difere em termos de índices de saúde e de determinantes sociais, enfrenta de forma mais acentuada problemas como dificuldade no acesso aos serviços de saúde, gerando uma taxa de cobertura preventiva inferior a das áreas urbanas e uma menor quantidade e variedade de profissionais de saúde<sup>4</sup>. Ainda, sendo a organização do serviço e o processo de trabalho dos DSEIs, diferenciados em relação aos municípios.

Estas dificuldades, quando somadas, também representam uma problemática quanto à execução do serviço médico no contexto estrito senso da APS. Considerando que, na maioria dos DSEIs, há apenas um profissional médico disponível, situações de emergência que possam exigir encaminhamento a outros níveis de atenção tornam-se de sua responsabilidade, extrapolando suas atribuições primordiais de generalista. Assim, limitações de locomoção e comunicação podem acarretar sérios prejuízos de saúde em casos emergenciais mais graves<sup>69</sup>.

No contexto da saúde indígena, um estudo nacional envolvendo 613 indígenas relatou que 47% afirmaram que a equipe de saúde que atende a comunidade não incluía médico antes do início do PMM. Isso mostra que, mesmo em caráter emergencial, essa necessidade foi suprida, uma vez que, em 2015, o programa constava em todos os 34 DSEIs do país, fazendo com que pela primeira vez, todos contassem com médicos<sup>13,43</sup>.

De acordo com Silva *et al.*<sup>71</sup> que realizou uma pesquisa relacionada a experiência de alunos do Pet-saúde com a saúde indígena e o PMM, o Pet-saúde pode otimizar a aproximação da Universidade com a vivência do serviço de saúde e da comunidade.

Em uma publicação realizada pela OPAS em 2017, intitulada “*Programa Mais Médicos no Brasil: panorama da produção científica*”, tem-se que, mesmo o PMM tendo ampla penetração nos DSEIs, não há produção sobre os efeitos do programa neste cenário<sup>10</sup>. Assim, é imprescindível a elaboração de mais estudos que colaborem de forma efetiva e prática sobre o impacto do PMMB nos territórios indígenas.

## 4 MÉTODOS

### 4.1 TIPO E NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo ecológico<sup>77</sup> transversal, descritivo, prospectivo, realizado nos 34 DSEIs, que conta com população indígena aldeada de 684.333 habitantes em 2017, distribuída nas cinco regiões do País, com maior abrangência na região da Amazônia legal (59%, n = 404.465). Trata-se ainda de um estudo de abordagem quantitativa.

### 4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo corresponde aos médicos atuantes a partir do PMMB, já a amostra corresponde, de forma exata, aos 352 médicos do PMMB atuantes na APS indígena, distribuídos nos 34 DSEIs do País no ano de 2017.

### 4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram utilizados como critérios de inclusão: médicos do PMM que atuam nos DSEIs; estar devidamente cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) e no Sistema de Gerenciamento de Pessoas (SGP). Já como critério de exclusão definiu-se os profissionais que não estão cadastrados no SGP.

### 4.4 FONTE DE DADOS

A fonte do estudo são as bases de dados do Sistema de Informação E-SUS Mais Médicos do Ministério da Saúde, correspondente ao ano de 2017. Sistema instituído em Portaria Interministerial (Nº 2.395/2014)<sup>78</sup> que dispõe sobre o registro de informações de saúde e das atividades desenvolvidas pelos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, para fins de registro de informações obrigatório para os médicos participantes.

As informações são inseridas pelos médicos no E- SUS por meio do SGP. Assim, o médico deve enviar as informações de produção relativas às suas

atividades até o 20º dia do mês posterior ao mês da realização das mesmas. Quando o profissional não encaminha suas atividades dentro do prazo, o SGP o notifica via *e-mail*, informando ao médico que não foi detectado registro das atividades de saúde no sistema e que ele terá até o dia 20º dia para registrar e enviar as informações.<sup>78</sup>

O material analisado refere-se a elementos relacionados ao profissional médico do Programa Mais Médicos (PMM) alocados nos 34 DSEIs: cadastro do profissional, dados marcadores do território de suas equipes, e de sua produção, que compõem a Coleta de Dados Simplificado (CDS).

#### 4.5 TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Foram utilizadas as variáveis da caracterização do médico tais como: sexo, idade, DSEI de atuação, região, nacionalidade, país de graduação, perfil e ciclo. Algumas dessas variáveis foram comparadas proporcionalmente por sexo. A idade foi também expressa como medianas e intervalos interquartis, e médias com intervalo de confiança (IC) de 95%. A taxa de médicos foi calculada por 10 mil habitantes indígenas, cujo numerador é produto da soma de médicos do PMM e contratados por conveniadas pela SESAI, e o denominador a população indígena informada por esta secretaria.

Os dados de produção (atendimento) do médico é uma média dos meses de janeiro a novembro de 2017. Foram selecionadas três variáveis consideradas importantes e prioritárias para a saúde indígena: % de consultas de pré-natal (consultas/gestantes cadastradas), devido ao alto índice de mortalidade materna e infantil; % de visita domiciliar (visitas/pessoas cadastradas), por ser uma atividade importante devido às questões logísticas e territoriais, fazendo com que muitos profissionais tenham que realizar atendimentos nas aldeias e domicílios; e % de pessoas que participaram de atividade coletiva (participantes/pessoas cadastradas), o que está relacionado à importância do trabalho do profissional médico junto a equipe multidisciplinar de saúde indígena, favorecendo na humanização do cuidado. Essas variáveis foram expressas como medianas e intervalos interquartis, e médias com intervalos de confiança (IC 95%) segundo a nacionalidade do médico do PMM (Brasileira e Cubana).

Realizou-se análise por meio de estatísticas descritivas e elaboração de medidas de distribuição e de tendência central. Os testes de *qui-quadrado de Pearson* e *t de Student* foram utilizados para comparação de proporções e médias, respectivamente. Nas análises bivariadas de comparação das proporções do perfil dos médicos por sexo foram estimadas a associação das variáveis por meio do cálculo do *qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson*, apresentando o coeficiente de contingência (CC < 0,3 associação baixa; 0,3 a 0,5 associação moderada; > 0,5 associação forte<sup>1</sup>) para o teste com valor significativo. Agregações foram realizadas nas categorias das variáveis, a fim de evitar distorções nas inferências estatísticas de teste qui-quadrado. O teste *t de Student* foi empregado na análise bivariada de comparação das médias de idade dos médicos por sexo e nacionalidade e das médias de atendimento por nacionalidade. Foi adotado nível de significância de 5%<sup>79;13</sup>. Os dados foram processados no programa *Statistical Package for the Social Sciences versão 18.0*.

#### 4.6 DISPOSIÇÕES ÉTICAS DA PESQUISA

A utilização das informações oriundas do E-SUS Mais Médicos seguem os princípios éticos contidos na resolução N° 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), razão pela qual é dispensada a submissão ao Comitê de Ética<sup>80</sup>.

---

## 5 RESULTADOS

Como parte do processo de aprovação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UNB), este artigo foi submetido à Revista Pan – americana da Saúde (OPAS/OMS), em 21 de maio de 2018.

### Artigo 01

#### Título

Projeto Mais Médicos na Saúde Indígena: perfil e cobertura dos profissionais nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

More Doctors in Indigenous Health Project: profile and coverage of professionals in the Indigenous Special Health Districts (DSEI).

Proyecto Más Médicos en la Salud Indígena: perfil y cobertura de los profesionales en los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEI).

#### Autores

Fátima Sonally Sousa Gondim. Universidade de Brasília – UNB. Brasília – DF. Ministério da Saúde/ Secretaria de Vigilância em Saúde<sup>1</sup>

Adauto Martins Soares Filho. Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil.<sup>2</sup>

Maria da Graça Luderitz Hoefel. Universidade de Brasília – UNB. Brasília – DF.<sup>3</sup>

## RESUMO

**Objetivos:** analisar o perfil dos médicos do PMMB que atuam nos DSEIs, afim de conhecer como está distribuído os profissionais conforme perfil de atuação nos distritos. **Métodos:** Estudo ecológico transversal descritivo, realizado nos 34 DSEIs, tendo como bases de dados do Sistema de Informação E-SUS Mais Médicos, correspondente ao ano de 2017. **Resultados:** os médicos são em sua maioria do sexo masculino (88,4%), cubanos (92%), intercambista cooperados (92%), faixa

etária entre 25 a 39 anos (62,8%) e 57,1% estão concentrados na região Norte. A cobertura de médico/população, foi de 7,0 médicos por 10 mil indígenas e relacionado a atividade médica, a dos Cubanos foi maior que dos médicos brasileiros. **Conclusão:** é notório que por mais que seja considerado como impacto positivo o PMM na saúde indígena, as vagas que existem são consideradas ainda como insuficientes para atingir a cobertura desejável da APS nesse território, e ainda, diante dos médicos que estão inseridos nos 34 DSEIs, estes ainda apresentam uma má distribuição entre os distritos.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos. Projeto Mais Médicos. Saúde Indígena.

## **ABSTRACT**

Objectives: To analyze the profile of the PMMB physicians who work in the DSEIs, in order to know how the professionals are distributed according to the performance profile in the districts. METHODS: Descriptive cross-sectional ecological study was carried out in the 34 DSEIs, based on data from the Medical Information System, corresponding to the year 2017. Results: physicians are mostly males (88.4%), Cuban (92%), cooperative exchanges (92%), age group between 25 and 39 years old (62.8%) and 57.1% are concentrated in the North. The physician / population coverage was 7.0 physicians per 10,000 indigenous and related to medical activity, the Cubans' coverage was higher than that of Brazilian physicians. Conclusion: it is noteworthy that although the PMM is considered to be a positive impact on indigenous health, the vacancies that exist are still considered insufficient to achieve the desirable coverage of PHC in that territory, and also, in the presence of physicians who are included in the 34 DSEIs—, these are still poorly distributed between districts.

Keywords: More Doctors Project for Brazil. Health. Indigenous Health.

## **RESUMEN**

Objetivos: analizar el perfil de los médicos del PMMB que actúan en los DSEIs, a fin de conocer cómo se distribuye a los profesionales conforme perfil de actuación en los distritos. En el caso de los médicos, los médicos son en su mayoría del sexo masculino (88,4%), los cuales son en su mayoría del sexo masculino (88,4%), (92%), intercambios cooperados (92%), grupo de edad entre 25 a 39 años (62,8%) y 57,1% están concentrados en la región Norte. La cobertura de médico / población, fue de 7,0 médicos por 10 mil indígenas y relacionada a la actividad médica, la de los Cubanos fue mayor que de los médicos brasileños. Conclusión: es notorio que por más que sea considerado como impacto positivo el PMM en la salud indígena, las vacantes que existen son consideradas aún como insuficientes para alcanzar la cobertura deseable de la APS en ese territorio, y aún ante los médicos que se insertan en los 34 DENE , estos todavía presentan una mala distribución entre los distritos.

**Palabras-clave:** Programa Más Medicos. Proyecto Más Médicos. Salud Indígena.

## INTRODUÇÃO

Em 2013, foi criado o Programa Mais Médicos (PMM), por meio de publicação da Medida Provisória nº621 em julho, e regulamentado pela Lei 12.871, baseado em evidências que apontavam um cenário de escassez de médicos, especialmente em áreas rurais e remotas do Brasil, e também com o objetivo de ampliar à APS e melhorar o atendimento aos usuários do SUS.<sup>1</sup>

De acordo com o MS, o PMM é composto por três eixos: o primeiro prevê investimentos em infraestrutura das UBS; o segundo tem o objetivo de aprimorar e ampliar a formação médica no país através do aumento do número de vagas nos cursos de Medicina e de residência médica; e o terceiro relacionado ao provimento emergencial, por intermédio do PMMB, que busca suprir, emergencialmente, a carência de médicos no interior do país e nas localidades de difícil acesso<sup>2</sup>.

Em conformidade com o Programa, para atuar no PMMB os profissionais devem possuir o diploma de Medicina, formados em Instituição de Educação Superior (IES) brasileira ou com diploma revalidado no Brasil e médicos intercambistas. Dessa forma, caracterizando - se em três perfis profissionais: a)

médico CRM – Brasil: formado por uma IES ou com diploma revalidado no Brasil; b) médico intercambista: formado em IES estrangeira com habilitação para o exercício da Medicina no exterior (acesso por chamada pública de adesão); c) médico intercambista cooperado: formado em IES estrangeira com habilitação para o exercício da Medicina no exterior (acesso por cooperação internacional).<sup>3</sup>

O mecanismo de ingresso no PMMB segundo o MS se dá através de duas modalidades: a) por chamadas públicas de adesão (ciclos), direcionadas aos médicos brasileiros e estrangeiros com formação em IES, brasileira ou estrangeira, ou diploma revalidado no Brasil. b) por cooperação internacional, aos médicos formados em IES estrangeiras, por meio de intercâmbio (contingente reserva)<sup>3</sup>.

Durante os dois primeiros anos do PMM, o MS conseguiu inserir no SUS através da APS mais de 18.000 profissionais. Grande parte dos médicos foi recrutada mediante cooperação internacional tripartite através da OPAS, entre os governos de Cuba e o Brasileiro, depois de um período de inscrição para médicos formados no Brasil e em outros países, cujo o propósito é ampliar o acesso aos serviços de saúde no SUS, fortalecendo a ESF<sup>2</sup>.

A seleção dos médicos para as vagas do PMMB é feita por meio da classificação de acordo com os diferentes perfis de atuação nas regiões. O de maior vulnerabilidade é considerado o dos DSEIs. Os DSEIs são unidades descentralizadas do MS, vinculados, desde 2010, à SESAI, que tem a responsabilidade de executar as ações do SASI-SUS. O SASI-SUS foi criado no âmbito do SUS, pela Lei 9836/1999 (Lei Arouca), para organizar ações e serviços de saúde voltados ao atendimento das populações indígenas<sup>4</sup>.

Mesmo a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI estabelecendo que as equipes de saúde indígena que atuam nos DSEIs, devam ser compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e AIS, o cotidiano do trabalho das equipes, foi marcado historicamente pela ausência de profissionais médicos, devido às dificuldades de acesso e diversidade étnico – cultural, principalmente na Amazônia Legal. Após a implantação do PMM esta realidade vem se transformando na saúde indígena através do PMMB<sup>4</sup>.

Ademais, mediante a relevância do PMMB para a saúde indígena, o presente artigo analisa o perfil e a cobertura dos médicos que atuam nos DSEIs, afim de

conhecer como está distribuído os profissionais conforme perfil de atuação nos 34 DSEIs do país, bem como, contribuir para o desenvolvimento de novas pesquisas e publicações que retratem a experiência e impacto do programa na saúde indígena.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico transversal descritivo, realizado nos 34 DSEIs, que conta com população indígena aldeada de 684.333 habitantes em 2017, distribuída nas cinco regiões do País, com maior abrangência na região da Amazônia legal (59%,n= 404.465).

A fonte do estudo são as bases de dados do Sistema de Informação E-SUS Mais Médicos, correspondente ao ano de 2017, que dispõe sobre o registro de informações de saúde e das atividades desenvolvidas pelos médicos participantes do PMMB, para fins de registro de informações obrigatório para os profissionais participantes.

Foram utilizados como critérios de inclusão: médicos do PMM que atuam nos DSEIs; estar devidamente cadastrado no CNES e no Sistema de Gerenciamento de Pessoas (SGP). Os de exclusão foram: os médicos que não estão cadastrados no SGP.

Foram utilizadas as variáveis da caracterização do médico tais como: sexo, idade, DSEI de atuação, região, nacionalidade, país de graduação, perfil e ciclo. A taxa de médicos foi calculada por 10 mil habitantes indígenas, cujo numerador é produto da soma de médicos do PMM e contratados por conveniadas pela SESAI, e o denominador a população indígena informada.

Os dados de produção (atendimento) do médico é uma média dos meses de janeiro a novembro de 2017. Três variáveis de produção do médico foram verificadas: consultas de pré-natal, visita domiciliar e atividade coletiva. Essas variáveis foram expressas como medianas e intervalos interquartis, e médias com intervalos de confiança (IC 95%) segundo a nacionalidade do médico do PMM (Brasileira e Cubana).

Realizou-se análise por meio de estatísticas descritivas e elaboração de medidas de distribuição e de tendência central. Os testes de qui-quadrado de Pearson e t de Student foram utilizados para comparação de proporções e médias,

respectivamente. Os dados foram processados no programa Statistical Package for the Social Sciences versão 18.0.<sup>5</sup> A utilização das informações oriundas do E-SUS Mais Médicos seguem os princípios éticos contidos na resolução N° 510/2016 do CNS, razão pela qual é dispensada a submissão ao Comitê de Ética.<sup>6</sup>

## RESULTADOS

Em 2017, à saúde indígena apresentou 352 médicos do PMM atuando na atenção primária em seus territórios, distribuídos nos 34 DSEIs do País. Estas áreas são consideradas como de maior vulnerabilidade, de difícil acesso - devido à logística e especificidades étnico – cultural diferenciadas, e sempre marcadas pela ausência e dificuldade de fixação de médicos na composição das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI). Após a implantação do PMM e durante os quase 05 (cinco) anos de sua implantação, esta realidade vem sendo modificada permitindo a ampliação da cobertura da APS na saúde indígena, bem como à fixação de médicos nas equipes/territórios, mas, principalmente por vir colaborando de maneira geral com a redução das desigualdades de saúde através da perspectiva de acesso a essa população.

A Tabela 1 apresenta a caracterização geral dos médicos do PMMB que atuam nos DSEIs, segundo variáveis de cadastro relacionadas a sexo, idade, região, nacionalidade, país de graduação, perfil de atuação e tipo de entrada no programa.

**TABELA 01:** Caracterização geral dos médicos do PMMB nos DSEIs, segundo variáveis de cadastro, Brasil, 2017.

<b>variáveis demográficas</b>	<b>n.º</b>	<b>%</b>	<b>outras variáveis</b>	<b>n.º</b>	<b>%</b>
<b>Total</b>	352	100	<b>Nacionalidade</b>		
<b>Sexo</b>			Brasil	43	12,2
masculino	311	88,4	Cuba	309	87,8
feminino	41	11,6	<b>Pais de graduação</b>		
<b>Idade</b>			Bolívia	12	3,6
25 a 29	77	21,9	Brasil	12	3,6
30 a 39	144	40,9	Camarões	1	0,3
40 a 49	74	21,0	Cuba	302	90,7
50 a 59	36	10,2	Paraguai	5	1,5
60 a 68	3	0,9	Venezuela	1	0,3
<b>Região</b>			<b>DS</b>		
Norte	201	57,1	Intercambista cooperado	309	87,8
Nordeste	72	20,5	Intercambista individual	28	8,0
Sudeste	8	2,3	CRM Brasil Mais Médicos	15	4,3
Sul	21	6,0	<b>Entrada</b>		
Centro-Oeste	50	14,2	ciclo 1 a 7	70	19,9
			ciclo 8 a 14	27	7,7
			reserva	255	72,4

Nota: PMM= Programa Mais Médicos, Dseis= Distritos Sanitários Especial Indígena.

Os resultados demonstram que os médicos são em sua maioria do sexo masculino (88,4%), o que pode estar relacionado devido nos primeiros anos do programa, em especial a partir do 3º ciclo, a SESAI priorizou por meio da cooperação internacional à inserção apenas de homens por questões relacionadas à força de trabalho e especificidades logísticas. Por outro lado, o pouco interesse de mulheres em optar por atuar em territórios indígenas, principalmente na região da Amazônia legal, propõe – se devido ao processo de trabalho diferenciado e precárias condições sanitárias, tendo que permanecer longos períodos nas aldeias, às vezes mais de trinta dias, e por ser o acesso em sua maioria exclusivamente fluvial e/ou aéreo. Ainda, havendo longos períodos de afastamento da família e do meio social.

A faixa etária de maior prevalência foi de 25 a 39 anos (62,8%), de nacionalidade cubana (87,8%), graduados em Cuba (90,7%), em sua maioria como intercambista cooperado (87,8%), e com entrada por meio do contingente reserva (72,4%). De acordo com os dados, a maior parte dos profissionais que atuam na saúde indígena são médicos cooperados, formados e vindos de Cuba, o que torna – se indispensável e de extrema relevância a cooperação internacional via OPAS na saúde indígena. Vale destacar que, além do Brasil e Cuba, existe também a prevalência de médicos que concluíram o curso de graduação em outros países, tais como: Paraguai, Camarões, Venezuela e principalmente a Bolívia.

No que se refere a variável região, 57,1% dos profissionais estão concentrados na região Norte, seguida de 20,5% no Nordeste. Estas regiões sempre foram marcadas pela ausência do profissional médico em suas equipes, bem como a difícil fixação destes, em especial no Norte. São regiões consideradas de maior vulnerabilidade, com especificidades territoriais e de logística mais complexas. Isso mostra o vazio assistencial que existia nessas regiões, por serem consideradas como menos atrativas pelos profissionais. Com a implantação do PMM possibilitou não somente a cobertura, mas também o acesso, fixação dos médicos e a ampliação das ações de APS, sendo considerado como um dos grandes impactos positivos do programa.

Já na Tabela 2, caracteriza o profissional médico do PMMB nos DSEIs segundo o sexo e sua correlação com as variáveis: perfil de atuação, região, nacionalidade e entrada. Observa-se que, os médicos homens são principalmente cubanos (92%), intercambista cooperados (92%) e com entrada por meio do contingente reserva (76,5%). Enquanto profissionais médicas apresentaram discreta maioria de nacionalidade cubana e intercambistas cooperadas (56,1%). A variável sexo não apresentou associação com distribuição regional, pois ambos os sexos estão igualmente distribuídos entre os dois grupos de regiões, com maior ocorrência no Norte e Centro-Oeste.

**TABELA 02:** Caracterização do profissional médico do PMM nos DSEIs, segundo sexo, Brasil, 2017

variáveis	masculino		feminino		Total (n=352)		p valor*
	n	%	n	%	n	%	
<b>DS</b>							
Intercambista cooperado	286	92,0	23	56,1	309	87,8	p < 0,000 <sup>a</sup>
Intercambista individual	15	4,8	13	31,7	28	8,0	
CRM Brasil Mais Médicos	10	3,2	5	12,2	15	4,3	
<b>Região</b>							
Norte/Centro-Oeste	225	72,3	26	63,4	251	71,3	p=0,235
Nordeste/Sudeste/Sul	86	27,7	15	36,6	101	28,7	
<b>Nacionalidade</b>							
Brasil	25	8,0	18	43,9	43	12,2	p < 0,000 <sup>b</sup>
Cuba	286	92,0	23	56,1	309	87,8	
<b>Entrada</b>							
ciclo 1 a 7	56	18,0	14	34,1	70	19,9	p < 0,000 <sup>c</sup>
ciclo 8 a 14	17	5,5	10	24,4	27	7,7	
reserva	238	76,5	17	41,5	255	72,4	

Em relação aos atendimentos médicos segundo a nacionalidade, foram elencadas três variáveis para análise: pré-natal, visita domiciliar e atividade coletiva; consideradas como ações importantes e prioritárias para a saúde indígena. Assim, constatou-se que a cobertura de atividade médica dos Cubanos foi maior que dos médicos brasileiros, em 2017, nos três tipos de atendimentos de APS registrados pelo médico: gestantes com pré-natal realizado (70,3%; 54,6%), visita domiciliar (3,8%; 2,7%) e atividades coletivas (8,9/100 hab; 5,6/100 hab) (Tabela 3). Esse fenômeno pode ser associado ao perfil profissional do médico cooperado, devido à grande aproximação com a Saúde Coletiva e a formação destes para atuação na APS.

**TABELA 03:** Estatística descritiva dos atendimentos médicos do PMM nos DSEIs, segundo nacionalidade, Brasil, 2017.

	% gestantes com pré-natal		% visita domiciliar		taxa de atividade coletiva**	
	Brasileira	Cubana	Brasileira	Cubana	Brasileira	Cubana
<b>média</b>	54,6	70,3	2,7	3,8	5,6	8,9
IC95% da média	(42,0; 67,2)	(63,8; 76,9)	(1,2; 4,1)	(3,3; 4,2)	(2,5; 8,7)	(6,5; 11,2)
p valor*	0,078		0,109		0,291	
<b>mediana</b>	55,2	65,0	1,3	2,4	2,9	3,4
<b>intervalo interquartil</b>	(18,5; 91,2)	(43,2; 91,8)	(0,5; 2,7)	(0,9; 5,7)	(1,0; 6,2)	(1,5; 8,8)

Nota: PMM= Programa Mais Médicos, Dseis= Distritos Sanitários Especial Indígena;

\* Teste t Student \*\* taxa por 1000 habitantes

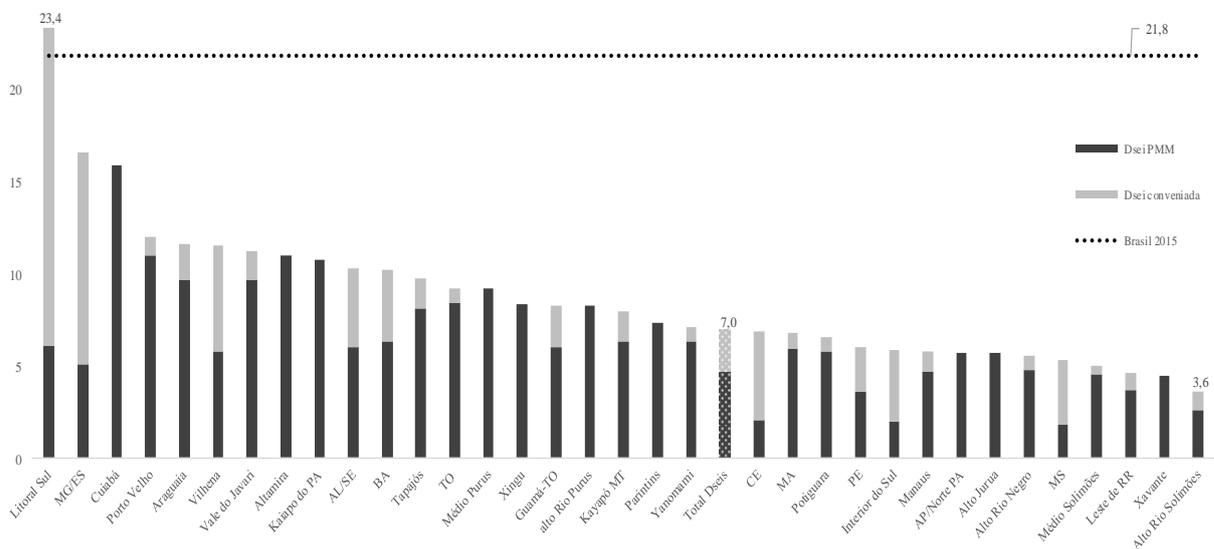
De acordo com a OPAS, os médicos cubanos incorporados ao PMMB são especialistas em Medicina de Família e Comunidade, conhecida em Cuba como Medicina Geral e Integral (MGI), e todos acumulam mais de dez anos de experiência em APS e ao menos uma experiência internacional, como médicos em missões na América Latina, Caribe, África ou Oriente Médio. A inserção destes profissionais na atenção primária possibilitou o desenvolvimento de ações integrais, humanizadas, de qualidade, e ricas experiências, além de garantir a universalidade do cuidado à saúde, a construção do vínculo entre o médico, o indivíduo e a coletividade.<sup>7</sup>

Por outro lado, devido ao grande descompasso com a desejada atenção integral ao usuário no SUS, em especial na APS, além do eixo provimento, o PMM traz estratégias para reordenar a formação em saúde no Brasil, através das Novas DCN, que através do eixo Formação Profissional, propõe soluções a médio e longo

prazos, atuando sobre as graduações e residências médicas, tanto em relação à formação quanto à expansão de vagas. Porém, este ainda é um eixo pouco discutido no cenário nacional, bem como, de poucos estudos realizados<sup>8</sup>.

No que diz respeito à cobertura de médico/população, a taxa de médicos nos territórios indígenas foi de 7,0 médicos por 10 mil indígenas em 2017. Em números absolutos foram, portanto, 523 médicos para acompanhar 684.333 habitantes, ou 1.309 indígenas por médico. A taxa é composta por 352 (67,3%) profissionais do PPM e 171 médicos contratados por conveniadas (Figura 01).

**FIGURA 01:** Taxa de médicos (por 10 mil indígenas), segundo DSEI, Brasil, 2017.



**Nota:** taxa médicos do Brasil por 10 mil (modificada por autores) a partir dos dados publicados em: SCHEFFER, M. et al. Demografia Médica no Brasil 2018. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p. ISBN: 978-85-87077-55-4.

Fonte: E-SUS (2017). SIASI (2017).

Ainda, a taxa mostrou-se bem heterogênea entre os 34 DSEIs, variando de 3,6/10 mil indígenas no Alto Rio Solimões (2.755 hab. por médico), a 23,4/10 mil indígenas no Litoral Sul (428 hab. por médico), sendo este último distrito com taxa superior a do Brasil (21,8/10 mil hab.). Com 68.866 indígenas aldeados, 72% da taxa do distrito Alto Rio Solimões é de médicos do PPM, enquanto Litoral Sul, com 11.544 indígenas, tem 26% da taxa formada por profissionais do programa (Figura

1). Isso mostra que, além da quantidade insuficiente de médicos, também é perceptível a má distribuição destes profissionais no território.

Colaborando com esse raciocínio, ainda na Figura 1, foi possível observar que dos 34 DSEI, 14 (41%) apresentaram taxas de médico abaixo do observado no total de distritos. Esses 14 distritos estão localizados nas regiões norte e nordeste, tendo apenas um na região sul (DSEI Interior Sul), e possuem 70% (n=526.057) da população indígena nacional e 54% (n=282) do total de médicos que atuam nos territórios indígenas. O que torna – se mais preocupante ainda no contexto relacionado à cobertura, distribuição e acesso as ações de saúde nesses territórios. Desses médicos, 182 (65%) são do PMM.

Dez distritos apresentaram taxa formada em sua totalidade por médicos do programa (Parintins, Cuiabá, Alto Rio Purus, Alto Jurua, Xavante, Médio Purus, Amapá/norte do Pará, Kaiapo do Pará, Xingu e Altamira). Essa informação é de extrema relevância no aspecto de impacto do PMM para a saúde indígena, pois demonstra que apesar de algumas fragilidades na cobertura e distribuição, o programa representa a única estratégia que possibilitou e garante a presença de médicos nas regiões norte e nordeste, principalmente as consideradas de difícil acesso.

## DISCUSSÃO

O PMM tem sido considerado uma grande iniciativa inovadora e ousada do governo brasileiro para enfrentar o desafio de consolidação do SUS. Assim, o programa visa fortalecer a APS, e através do eixo de provimento emergencial desenvolvido pelo MS juntamente com a OPAS, enfrentar o desafio da carência de médicos no país, principalmente nas regiões mais vulneráveis, como por exemplo, a saúde indígena<sup>7</sup>.

A carência de médicos e sua má distribuição geográfica, em especial em regiões de difícil acesso, geram um fenômeno de recrutamento internacional por países.<sup>2</sup> Não obstante, os resultados demonstram que a maioria dos profissionais do PMMB na saúde indígena, são médicos cooperados (87,8), o que torna – se de extrema relevância a cooperação internacional via OPAS entre o governo brasileiro e o governo cubano. Em um estudo realizado por Alves et al (2017), a cooperação

internacional representa uma importante ferramenta ao enfrentamento da problemática de atrair e fixar médicos em áreas remotas e de difícil acesso, não apenas por meio de transferência de tecnologia e provimento de recursos humanos, mas primordialmente, pelo desenvolvimento de capacidades que possam fomentar o protagonismo e autonomia, fortalecendo as diversas estruturas que compõem os sistemas de saúde dos países.

A seleção de profissionais do PMMB na saúde indígena ocorre em etapas: a primeira é a definição das vagas pela SESAI para cada DSEI; segundo, a decisão de quais vagas serão ofertadas em editais públicos de chamamento de médicos e quais serão ofertadas por recrutamento para cooperação internacional. Cada edital corresponde a um ciclo, havendo uma ordem de prioridade definida em Lei: primeiro são convocados os profissionais com perfil “*Médico CRM Brasil*” e “*Médicos Intercambistas*”, logo após, os médicos manifestam interesse na ocupação conforme vagas disponibilizadas pelo DSEI e realizam a adesão. Tendo em vista que, o chamamento de médicos não foi suficiente para o preenchimento de todas as vagas ofertadas pelos distritos, foi por meio do recrutamento de médicos cooperados através do contingente reserva, que possibilitou o preenchimento das vagas não ocupadas e as pertencentes aos DSEIs de difícil acesso e/ou que nunca teve em sua equipe um médico, localizadas principalmente na região da Amazônia legal.

Neste contexto, em relação aos atendimentos médicos segundo a nacionalidade, observou – se que nas três ações elencadas: pré-natal, visita domiciliar e atividade coletiva, em todas constatou – se que a cobertura de atividade médica dos profissionais cubanos foi maior que dos médicos brasileiros, o que pode ser associado ao processo de formação do médico cooperado, devido sua maior aproximação com a APS.

Em Cuba, os estudos para a formação em Medicina, tem o propósito de formar médicos gerais preparados para prestar assistência integral em todas as fases do ciclo da vida do indivíduo e às famílias, mediante ações de promoção e prevenção em saúde, diagnóstico e reabilitação nas esferas física, psicológica e social. Ainda, adota métodos de aprendizagem com incremento a independência cognitiva e protagonismo do aluno, buscando um equilíbrio entre a teoria e prática, com ênfase nas atividades de grupo e participação nos processos de atenção à saúde no território<sup>7</sup>.

No Brasil, com a Lei do PMM, o Conselho Nacional de Educação aprovou em 2014, as novas DCN do Curso de Graduação em Medicina que determina a reformulação do currículo médico, com ampliação dos campos do saber e de práticas da Saúde Coletiva, Urgência e Emergência, Atenção Básica e Saúde da Família. Além de determinar que, 30% do internato aconteça na Atenção Básica e em serviços de urgência e emergência no SUS. Além disto, trazendo significantes mudanças nas diretrizes para formação de especialidades, priorizando a especialidade em Medicina de Família e Comunidade<sup>9,10</sup>.

Além de um modelo de graduação voltado a APS, a Educação Permanente com a integração ensino - serviço dos profissionais do PMM é uma medida que visa favorecer a melhoria das ações. Na saúde indígena, ela é indispensável, pois qualifica o profissional para atuação no território, levando em consideração os aspectos culturais e epidemiológicos. O médico cooperado antes de chegar ao Brasil participa do Módulo de Acolhimento para Cooperados realizado pela SGTES e MEC em Cuba, como também ao chegar ao Brasil, participa de outro Módulo de Acolhimento realizado em Brasília – DF, antes de viajar para os DSEIs. Ainda, para os médicos intercambistas, é realizado dois momentos de Módulo de Acolhimento para Intercambistas: a) Pelo MEC – carga horária de 120 horas, distribuídas em três semanas, em que são contemplados conteúdos referentes à legislação do SUS, assim como suas atribuições e modos de funcionamento, com foco especial na APS, protocolos do trabalho médico nacionalmente reconhecidos, ética médica e língua portuguesa. Ao final, é realizada uma prova e os que passarem, ingressarão ao programa; b) Pelo MS – por meio da SGTES. Já os profissionais CRM – Brasil, não são submetidos a nenhum Acolhimento a nível central com o MEC e SGTES<sup>11</sup>.

Diante dessa realidade, emerge os seguintes questionamentos: diante das especificidades indígenas e atenção à saúde diferenciada, os conteúdos abordados no Módulo Acolhimento, realizado em Cuba, contemplam a temática e/ou conteúdos relacionados a APS a população indígena? No Módulo Acolhimento realizado no Brasil, neste, está sendo abordado os agravos epidemiológicos que mais acometem a população indígena, bem como, a atuação e processo de trabalho diferenciado nos DSEIs? O DSEI realiza algum tipo de Acolhimento quando o profissional chega ao distrito, principalmente o profissional CRM – Brasil, o qual não participou de nenhum processo de qualificação? Resumindo, como está sendo a qualificação

destes profissionais antes de iniciar suas atividades no território? Esses questionamentos, são pontos a serem refletidos, analisados e também correlacionados com a atuação ofertada e o modelo esperado/desejado, fazendo da formação um eixo a ser revisto.

Colaborando com o processo de formação, como condição para atuar no PMM na saúde indígena, diferente dos que atuam em municípios, os médicos devem participar do Curso de Especialização em Saúde Indígena ofertado pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) na modalidade de Educação a Distância (EAD), com o objetivo não apenas de formar profissionais especialistas em saúde indígena, mas principalmente preparar e qualificar o profissional para melhor desempenhar suas funções no território segundo as particularidades culturais e epidemiológicas.

Ainda, se falando de educação permanente no contexto ensino – serviço conforme definidos da Lei do programa, é de suma importância o papel da supervisão acadêmica, representada pelos tutores e supervisores vinculados ao MEC por meio das instituições de educação superior. Na saúde indígena, existe uma grande dificuldade na realização da supervisão devido ao processo de trabalho diferenciado e a logística territorial. Muitos supervisores não conseguem fazer a visita in loco aos Polos Bases, como também, muitos médicos não conseguem participar dos Encontros Locos – Regional. Uma outra preocupação é em relação a qualificação desses tutores e supervisores que atuam na saúde indígena, se estes obtiveram alguma formação ou apresentam experiência nessa área, para então supervisionar médicos que atuam nesse território.

Assim, percebemos que a formação e qualificação de profissionais para atuar na APS representa um dos maiores desafios para o desenvolvimento do SUS, e é considerada uma das medidas mais estruturantes, capaz de fornecer uma base sustentável para a manutenção e continuidade das mudanças que vêm sendo viabilizadas a partir do PMM, e na saúde indígena, percebemos que a situação é mais desafiadora<sup>12</sup>.

É notório que o PMMB impactou positivamente na cobertura da APS em resposta à necessidade de médicos na saúde indígena, correspondendo a 67% do total destes profissionais. Entretanto, mesmo diante dessa realidade é possível

observar que correlacionando com a média nacional (21,8/10 mil), a cobertura médico/população dos distritos ainda é insuficiente para ampliação e universalização do acesso à saúde a essa população.

De acordo com a SGTES, nos dois primeiros anos do programa, das 18.000 vagas disponibilizadas, 349 foram para a saúde indígena. Em 2017, esse quantitativo subiu para 352, e em 2018 elevou para 372 vagas.<sup>13</sup> Contudo, mesmo com o aumento de médicos no decorrer dos quase cinco anos de programa, esse quantitativo não é ainda o suficiente e desejável para garantir a cobertura da APS e o desenvolvimento das ações na saúde indígena, o que torna – se necessário uma nova avaliação para o aumento e ampliação de vagas para a SESAI.

Entretanto, outro aspecto relevante é a má distribuição de vagas entre os DSEI. Podemos perceber que mesmo com as especificidades distintas e em comum entre o DSEI Litoral Sul e o Alto Rio Solimões, ainda assim é evidente a má distribuição de médicos entre ambos, o que reflete a realidade dos demais 32 distritos. Essa discrepância é considerada como um grande agravo, pois enquanto um DSEI apresenta uma média de médico por habitante acima da média nacional (23,4/10 mil), os outros 33 (trinta e três) distritos encontram – se com a média muito abaixo do preconizado, principalmente o DSEI Alto Rio Solimões, e vale ressaltar que esse último distrito apresenta uma população bem maior, sendo esta a segunda maior população indígena do país, com processo de trabalho diferenciado devido suas especificidades territoriais e de logística, e mesmo assim aponta um número inferior de médicos (2.755 hab. por médico).

Dessa forma, considerando o aspecto médico/população, bem como as especificidades territoriais e logística, é notório que por mais que seja considerado como impacto positivo o PMMB na saúde indígena, as 352 vagas são ainda insuficientes para atingir a cobertura desejável da APS nesse território, além de estarem mal distribuídas entre os distritos.

Assim, ampliar o acesso à saúde de populações indígenas implica, além de considerar o aspecto médico/população, principalmente entender a complexidade da organização territorial desses povos e moldar-se às suas necessidades. Compreender que os DSEIs são unidades territoriais orientadas geograficamente pela distribuição espacial dos povos indígenas e não, necessariamente, por estados e municípios. Dessa forma, a pesquisa apontou além da importância de rever o

processo de formação, a necessidade do aumento das vagas do PMMB na saúde indígena, bem como uma melhor distribuição destes profissionais por DSEI, considerando critérios específicos de cada distrito, respeitando as individualidades populacionais, territoriais, de processo de trabalho, logística, entre outros.

Apontam, ainda, para a necessidade de se aprofundar em maiores informações do profissional em relação a características de formação, a exemplo, saber se o médico tem alguma especialização ou residência em áreas relacionadas à saúde coletiva/saúde pública; e experiência em APS e/ou saúde indígena, uma vez que, o banco de dados do E- SUS Mais Médicos não disponibiliza destas informações. O que sugere a partir desse estudo, que diante da importância dessas informações, sejam então, variáveis inseridas no cadastro do profissional através do SGP, gerando assim, informações relacionadas a formação complementar e experiência profissional. Além disso, é importante ressaltar a relevância da realização de mais pesquisas no campo do PMMB na saúde indígena, tendo em vista o pouco cenário de estudos que abordem essa temática.

## REFERÊNCIAS

1. Alves SMC, Oliveira FP de, MATOS MFM, Santos LMP, Delduque. Cooperação internacional e escassez de médicos: análise da interação entre Brasil, Angola e Cuba. *Cien Saud Colet* 2017; 22 (7): 2223 – 2235.
2. Kemper ES, Medonça AVM, Sousa MF de. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. *Cien Saud Colet* 2016; 21 (9): 2223 – 2235.
3. Carvalho VKS, Marques CP, Silva EM. A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para o provimento de médicos. *Cien Saud Colet* 2016; 21 (9): 2773 – 2784.
4. Comes Y, Trindade JS, Shimizu HE, Hamann EM, Bargioni F, Ramirez F, Sanchez MN, Santos LMP. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. *Cien Saud Colet* 2016; 21 (9): 2749 – 2759.
5. Brasil. Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n.8745, de 9 de dezembro de 1993, e n.6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providencias. Diário oficial da União 2013.

6. Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde. Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
7. Ojeda RM. Cobertura Universal de Salud: Experiencia Cubana [editorial]. *Ciencias Médicas* 2015.
8. Scheffer M, Biancarelli A, Cassenote A. *Demografia Médica no Brasil* 2015. São Paulo: DMPUSP, Cremesp, CFM; 2015
9. Barbeta PA. Estatística Aplicada às Ciências Sociais 6ed. Editora da UFSC, 2006.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Brasília: Diário Oficial da União. [internet] Acessado em 11 jan. 2018. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412\\_10\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html)
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: departamento de Planejamento e Regulação da provisão de Profissionais de Saúde. Programa mais Médicos/Ministério da Saúde, secretaria de Gestão do Trabalho e da educação na Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
12. Organização Pan – Americana da Saúde - OPAS. Programa Mais Médicos como expressão de cooperação sul – sul. Transferência de conhecimentos e inovações. Brasília: OPAS, 2018.
13. Organização Pan – Americana da Saúde - OPAS. Programa Mais Médicos no Brasil: Panorama da produção científica. Brasília: OPAS, 2017.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PMMB é considerado um grande marco na APS na saúde indígena, uma vez que, proporcionou a presença e fixação de médicos nos 34 DSEIs do País, principalmente nas regiões de difícil acesso e nas equipes multidisciplinares de saúde indígena, as quais nunca tinham tido o profissional médico em sua composição. Ainda, mostrou – se evidente a importância da cooperação internacional, o que corresponde a 87,8% dos profissionais que atuam nesses territórios.

De acordo com este estudo, demonstra ser evidente a insuficiência e má distribuição de médicos nos DSEIs. Essa discrepância é considerada como um grande obstáculo ao acesso dos indígenas às ações e serviços prestados pela APS e, portanto, à saúde como um todo. Como observado, enquanto um DSEI (Litoral Sul) apresenta uma média de médico por habitante acima da média nacional (23,4/10 mil, incluídos aqui indígenas e não indígenas), os outros 33 (trinta e três) distritos encontram-se com a média muito abaixo do preconizado nacionalmente, principalmente o DSEI Alto Rio Solimões, sendo este um Distrito que apresenta uma população bastante numerosa – segunda maior população indígena do país, com processo de trabalho diferenciado (devido suas especificidades territoriais e de logística), e mesmo assim aponta um número inferior de médicos.

Com isso, sugere – se a SESAI/MS que realize uma nova re - distribuição dos profissionais médicos entre os 34 DSEIs do País, considerando não apenas o aspecto médico/população, mas, principalmente as especificidades territoriais, étnicas e de logística. Ainda, é notório que, as 352 vagas são ainda insuficientes para atingir a cobertura desejável da APS nesses territórios. Assim, ampliar o acesso à saúde de populações indígenas implica, principalmente entender a complexidade da organização territorial desses povos e moldar-se a suas necessidades. Compreender que os DSEIs são unidades territoriais orientadas geograficamente pela distribuição espacial dos povos indígenas e não, necessariamente, por limites político-administrativos de estados e municípios. Colaborando com isso, torna – se necessário que o número de vagas do PMM na saúde indígena seja ampliado, pois o quantitativo de 352 vagas disponibilizadas, ainda sim, são consideradas insuficientes.

Além disso, a pesquisa apontou também, a importância do eixo formação. Tanto no que converge a formação médica no País, através da ampliação dos cursos de medicina e residência médica em regiões de difícil acesso e maior vulnerabilidade, com intuito de favorecer na fixação de médicos nestas regiões; como também, por meio das novas DCN, que visam aproximar os discentes de medicina desde o início do curso com a Atenção Primária, no intuito de favorecer na formação desses profissionais para atuação na APS.

Nas três ações utilizadas no estudo, constatou-se que a cobertura de atividade médica dos Cubanos (médicos cooperados) foi maior que a dos médicos brasileiros (médicos CRM – Brasil e médicos brasileiros formados no exterior), em 2017 (gestantes com pré-natal realizado: 70,3%; 54,6%;, visita domiciliar: 3,8%; 2,7% e atividades coletivas: 8,9%; 5,6%). O que pode esta associado a formação médica dos médicos cubanos, pois de acordo com a OPAS, são especialistas em Medicina de Família e Comunidade, conhecida em Cuba como Medicina Geral e Integral (MGI), e todos acumulam mais de dez anos de experiência em APS e ao menos uma experiência internacional, o que favorece a uma assistência mais humanizada.

Assim, sendo o PMM um Programa Interministerial entre o MS e MEC, sugere – se aos respectivos Ministérios, maiores investimentos no eixo formação, visando à formação e qualificação dos profissionais do PMM para a APS e, se tratando dos médicos que irão atuar em territórios indígenas, qualificar e orientar quanto às especificidades indígenas: questões logísticas, territoriais, processo de trabalho diferenciado e principalmente, perfil epidemiológico dessemelhante entre populações não indígenas. Para tal, estes aspectos exigem uma maior qualificação e aprofundamento desses profissionais em relação à saúde indígena, o que sugere ser inserido nos espaços do Módulo de Acolhimento, realizado pelo Ministério da Saúde em Brasília – DF, determinando uma agenda/programação específica para a SESAI com o comprometimento de abordar temas específicos (SASI/SUS, PNASPI, Perfil Epidemiológico, entre outros), bem como, por meio da Supervisão Acadêmica (através do MS e MEC, garantir a realização das visitas in loco dos supervisores nas Unidades Básicas de Saúde Indígenas (UBSI) e a participação dos médicos nos encontros Loco – regionais).

Apontam, ainda, para a necessidade de se aprofundar em maiores informações do profissional em relação a características de formação, a exemplo, saber se o médico tem alguma especialização ou residência em áreas relacionadas à saúde coletiva/saúde pública e experiência em APS e/ou saúde indígena, uma vez que, o banco de dados do E-SUS Mais Médicos e o Sistema de Gerenciamento de Pessoas (SGP), não disponibiliza estas informações, o que sugere a partir desse estudo que, diante da importância dessas informações, sejam então, variáveis inseridas no cadastro do profissional através do SGP, gerando assim, informações relacionadas à formação complementar e experiência profissional.

Ademais, é importante ressaltar a relevância da realização de mais pesquisas no campo do PMB na saúde indígena, tendo em vista a limitada quantidade de estudos identificados na revisão empreendida que abordem essa temática.

## REFERENCIAS

- 1 Organização Mundial da Saúde (OMS). **Relatório Mundial da Saúde: Financiamento dos sistemas de saúde – o caminho para a cobertura universal**. Genebra: OMS; 2009.
- 2 ALVES, S.M.C.; Et al. Cooperação internacional e escassez de médicos: análise da interação entre Brasil, Argola e Cuba. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2017; 22(7): 2223-2235.
- 3 KEMPER, E.S; MENDONÇA, A.V.M.; SOUSA, M.F. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2016; 21(9): 2785-2796.
- 4 CARVALHO, V.K.S; MARQUES, C.P.; SILVA, E.N. A contribuição do Programa Mais médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2016; 21(9): 2773-2784.
- 5 COMES Y. Et al. A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2016; 21(9): 2729-2738.
- 6 BRASIL. Congresso Nacional [homepage na internet]. **Medida Provisória nº621** de julho de 2013. [acesso em 3 jun 2018]. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/medidas-provisorias/-/mpv/113591>
- 7 \_\_\_\_\_. Presidência da República Casa Civil. [homepage na internet]. **Lei 12.871, em outubro de 2013. Institui** o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. [acesso em 3 jun 2018]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm)
- 8 \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde . Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Mais Médicos**. Brasília: MS/CGDI 2018:36.
- 9 Organização Pan- Americana da Saúde (OPAS). **Mais Médicos na Atenção Primária no Brasil Metassíntese dos Estudos de Caso sobre o Programa mais médicos**. Brasília, OPAS, 2017: 43.
- 10 \_\_\_\_\_. **Programa Mais Médicos no Brasil. Panorama da Produção Científica**. Brasília, OPAS, 2017: 67.
- 11 \_\_\_\_\_. **Programa Mais Médicos como expressão de Cooperação Sul – Sul: transferência de conhecimentos e inovações**. 2018.
- 12 Anon. Diretoria Nacional do CEBES. **O SUS precisa de Mais Médicos e de Muito Mais!** Saúde Debate, 2013; 37(97): 200-203.

- 13 FONTÃO, M.A.B.; PEREIRA, E.L. Projeto MaisMédicos na saúde indígena: reflexões a partir de uma pesquisa de opinião. **Interface** (Botucatu). 2017; (21).
- 14 BRASIL, Ministério da Saúde. **Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- 15 CARAMELLI, B. Os médicos estrangeiros: a questão da língua. **Rev Assoc Med Bras**, 2013 59(5): 407-408.
- 16 BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI)**. [Home page na internet]. {Acesso em: 03.06.2018.} Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-indigena>
- 17 MENDES, E.V. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. Conselho Nacional de Secretarias de Saúde – CONASS. 2015.
- 18 LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes de Atenção à Saúde no Brasil. **Rev. Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.4. p.867 -874. 2011.
- 19 CYRINO, E.G. Et al. O programa mais médicos e a formação no e para o SUS: por que a mudança? **Esc Anna Nery Rev Enferm**, 2015; 19(1):5-6.
- 20 Organização Mundial de Saúde/UNICEF. **Cuidados primários de saúde: relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**, Alma – Ata, Rússia. Brasília, UNICEF, 1979.
- 21 MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família**. Organização Pan – Americana da Saúde. 1ª edição. 2012.
- 22 CAMPOS, G.W.S. A saúde, o SUS e o programa “Mais Médicos. **Rev méd. resid**, 2013; 15(2):1-4
- 23 BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.
- 24 STARFIELD, B. [homepage na internet]. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002:726. [acesso em 3 jun 2018]. Disponível em: [http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select\\_action=&co-obra=14609](http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co-obra=14609)
- 25 Organização Mundial da Saúde (OMS). **Atenção primária à saúde: mais necessária que nunca**. Genebra : OMS, 2008.
- 26 SOUZA, B.P.A.; PAULETTE, A.C. Projeto Mais Médicos para o Brasil em Pernambuco: uma abordagem inicial. **Tempus actas de saúde coletiva**, 2015; 9(4):123-136.
- 27 VARGAS, A.F.M.; CAMPOS, M.M.; VARGAS, D.S. O risco dos extremos: uma análise da implantação do Programa Mais Médicos em um contexto de volatilidade orçamentária. **Rev Eletrônica Gestão & Sociedade**, 2016; 10(26):1333-1326.

- 28 PINTO, L.F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, 2018; 23(6): 1903-1913.
- 29 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
- 30 BRASIL. Presidência da República Casa Civil. [homepage na internet]. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. [acesso em 3 jun 2018]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)
- 31 PAIM, J.S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008: 356.
- 32 BRASIL. Presidência da República Casa Civil. **Constituição Federal Brasileira de 1988**. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2018.
- 33 HEIMANN, L.S.; Et al. Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, 2011; 16(6): 2877-2887.
- 34 BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2003
- 35 \_\_\_\_\_. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012:110.
- 36 \_\_\_\_\_. [homepage na internet]. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. [acesso em 3 jun 2018]. Disponível em: <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>
- 37 CRUZ, A.; ROSA, T. O futuro dos sistemas universais de saúde em pauta no CONASS debate. **Rev Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, 2018; 8(27):12-29.
- 38 BRASIL. Ministério da Saúde. [homepage na internet]. **Departamento de Atenção Básica**. [acesso em 3 jun 2018]. <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>
- 39 PINHEIRO, R.; FERLA, A.A.; SILVA JÚNIOR, A.G.A. A integralidade na atenção à saúde da população. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2007; 2(2): 343-49.
- 40 GIRARDI, S.N. Et al. Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2016; 23(6): 2739-2748.
- 41 PINHEIRO, M.C.M. **Programas Mais Médicos: o que dizem os gestores municipais**. 2017 55f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

- 42 GIOVANELLA, L. Et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2016; 21(9): 2697-2708.
- 43 PINTO, H.A.; Et al. The Brazilian ore Doctors Program: evaluating the implementation of the “Provision” axis from 2013 to 2015. **Interface**, 2017; 21(1):1087-101.
- 44 BRASIL. Ministério da Saúde [homepage na internet]. **Portaria Interministerial nº 1.369**, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. [acesso em 3 jun 2018]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369\\_08\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369_08_07_2013.html).
- 45 \_\_\_\_\_. Presidência da República Casa Civil. [homepage na internet]. **Decreto nº 7.385**, de 8 de dezembro de 2010. Institui o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde - UNA-SUS, e dá outras providências. [acesso em 3 jun 2018]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/decreto/d7385.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7385.htm).
- 46 \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. [homepage na internet]. **Informe nº 02/2018-Brasília/ DF**, 15 de janeiro de 2017. Comunicado aos médicos participantes do projeto mais médicos para o Brasil acerca das ofertas pedagógicas. [acesso em 3 jun 2017]. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/informes>
- 47 CAMPOS, G.W.S.; PEREIRA JÚNIOR, N. A atenção primária e o program mais médicos do Sistema único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2016; 21(9): 2655-2663.
- 48 Organização das Nações Unidas (ONU). [homepage na internet]. **Programa das Nações Unidas(PNUD)- Cooperação Sul-Sul**. [acesso em 3 jun 2018]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/tema/cooperacaosulsul/>
- 49 Organização Pan- Americana da Saúde (OPAS). **Programa mais médicos como expressão de Cooperação Sul-Sul: transferência de conhecimento e inovações**. Brasília, DF: OPAS, 2018: 33.
- 50 Comercializadora de Serviços Médicos Cubanos (CSMC). [homepage na internet]. **Comercializadora de Serviços Médicos Cubanos**. [acesso em 3 jun 2018]. Disponível em: <http://www.smcsalud.cu/smc>
- 51 Organização Pan- Americana da Saúde (OPAS). **Implementação do Programa “Mais Médicos” em Curitiba**. Experiências inovadoras e lições aprendidas. Brasília, DF: OPAS, 2015: 66.
- 52 Brasil. Ministério da Educação. [homepage na internet]. **Portaria GAB/MEC nº 585**, de junho de 2015. [acesso em 3 jun 2018]. Disponível em: [http://www.lex.com.br/legis\\_26895833\\_PORTARIA\\_N\\_585\\_DE\\_15\\_DE\\_JUNHO\\_DE\\_2015.aspx](http://www.lex.com.br/legis_26895833_PORTARIA_N_585_DE_15_DE_JUNHO_DE_2015.aspx)

- 53 Organização Pan- Americana da Saúde (OPAS). **Estudo de caso do Programa Mais Médicos no Rio Grande do Norte**: caminhos percorridos, produções e criações de conhecimento no Semiárido Potiguar. Brasília, DF: OPAS, 2016: 73.
- 54 SOARES NETO, J.J.; MACHADO, M.H.; ALVES, C.B. O Programa Mais Médicos, a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde e o índice de Desenvolvimento Humano Municipal. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2016; 21(9): 2709-2718.
- 55 BRASIL. Ministério da Saúde. [homepage na internet]. **Lei nº 13.333**, de 12 de setembro de 2016. [acesso em 3 jun 2018]. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/383130403/lei-13333-16>
- 56 MOTA, R.G.; BARROS, N.F. O Programa Mais Médicos no Estado de Mato Grosso, Brasil: uma análise de implementação. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2016; 21(9): 2779-2888.
- 57 BRASIL. Ministério da Saúde [homepage na internet]. **Portaria nº 1.143**, de 29 de outubro de 2014. Redefine as normas para cadastramento de profissionais e das equipes participantes do Projeto Mais Médicos no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). [acesso em 3 jun 2018]. Disponível em: <http://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/28102354-portaria-n-1143-de-29-de-outubro-de-2014.pdf>
- 58 \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos**: mais saúde para os brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015:128.
- 59 Organização Pan- Americana da Saúde (OPAS). **Estudo de caso do Programa Mias Médicos no Município do Rio de Janeiro**: mais acesso, equidade e resolutividade na APS. Brasília, DF: OPAS, 2016: 82.
- 60 BESSA, S.; BRAGA, J. **Mais Médicos**: uma revolução silenciosa. Revista do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2016; 6(1): 13-20.
- 61 THUMÉ, E.; Et al. Reflexões dos médicos sobre o processo pessoal de aprendizagem e os significados da especialização à distância em saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2016; 21(9): 2707-2814.
- 62 Organização Pan- Americana da Saúde (OPAS). **O Programa Mais Médico em Pernambuco**: experiências da Atenção Primária em Saúde dos municípios de águas Belas, Ouricuri e Vitória de Santo Antão. Brasília, DF: OPAS, 2017: 146.
- 63 BRASIL. Presidência da República Casa Civil. [homepage na internet]. **Lei nº 9.836**, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei nº 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 e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. [acesso em 3 jun 2018]. Disponível em: [file:///D:/Downloads/Lei%209836\\_99.pdf](file:///D:/Downloads/Lei%209836_99.pdf)

64 RIBEIRO, A.A; Et al. Processo de trabalho e produção do cuidado em um serviço de saúde indígena no Brasil. **Esc Anna Nery**, 2017; 21(4):e20170029.

65 BRASIL. Ministério da Saúde [homepage na internet]. **Edital nº 12**, de 27 de novembro de 2017. Adesão de Médicos ao programa de provisão de médicos do Ministério da Saúde- projeto mais médicos para o Brasil. [acesso em 3 jun 2018]. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/images/PDF/EDITAL-MEDICOS-PMMB-15-CICLO.pdf>

66 FARIA, M.A.; PAULA, D.M.P.; ROCHA, C.M.F. Apontamentos sobre o Módulo de Acolhimento e Avaliação do Programa Mais Médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 2016; 40(3):332-343.

67 CUERVO, M.R.M.; RADKE, M.B.; RIEGEL, E.M. PET-Redes de atenção à atenção à saúde indígena: além dos muros das universidade, uma reflexão sobre saberes e práticas em saúde. **Interface comunicação, saúde e educação**, 2015; 19(Supl): 953-63.

68 BRASIL. Ministério da Educação. [homepage na internet]. **Portaria nº 27**, de 14 de julho de 2015. [acesso em 3 jun 2018]. Disponível em: [http://www.lex.com.br/legis\\_27005230\\_PORTARIA\\_N\\_27\\_DE\\_14\\_DE\\_JULHO\\_DE\\_2015.aspx](http://www.lex.com.br/legis_27005230_PORTARIA_N_27_DE_14_DE_JULHO_DE_2015.aspx)

69 ALMEIDA, M.M.; SANTANA, G.C.O.M.; SOUSA, R.B. [homepage na internet]. **Evidências advindas da implantação do PMM nos territórios indígenas**. [acesso em 3 jun 2018]. Disponível em: <http://www.redepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2017/10/saúde-indigenaSumula.pdf>

70 SILVA, I. **Documento Técnico contendo proposta para cadastramento e monitoramento no CNES dos profissionais vinculados ao programa mais médicos para a saúde indígena**. Produto nº 2. Contrato Scon 2017-02193. Brasília; OPAS, 2017.

71 SILVA, R.P.; Et al. A experiência de alunos do PET-Saúde com a saúde indígena e o programa Mais Médicos. **Interface, comunicação, saúde, educação**, 2015; 19(supl):1005-14.

72 CARVALHO, M.S.; SOUZA-SANTOS, R. Análise de dados espaciais em saúde pública: métodos, problemas, perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, 2005; 21(2): 361-368.

73 BRASIL. Ministério da Saúde [homepage na internet]. **Portaria Interministerial nº 2.395**, de 5 de novembro de 2014. Dispõe sobre o registro de informações de saúde e das atividades desenvolvidas pelos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil.. [acesso em 3 jun 2018]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2395\\_05\\_11\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2395_05_11_2014.html)

74 BARBETTA, P.A. **Estatística Aplicada às Ciências Sociais** 6ed. Editora da UFSC, 2006.

75 BRASIL. Ministério da Saúde [homepage na internet]. **Resolução nº 510**, de 7 de abril de 2016. [acesso em 3 jun 2018]. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html)

76 LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos da metodologia científica**. 5. ed. – São Paulo: Atlas, 2003.

## **APÊNDICE**

APÊNDICE – Termo de Confidencialidade da Informação do Departamento de Informática do SUS – DATASUS/MS



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA EXECUTIVA  
DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS – DATASUS

**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DA INFORMAÇÃO**

**CONSIDERANDO** que o **CESSIONÁRIO** terá como responsável pelo manuseio das **INFORMAÇÕES** o(a) Sr(ª) **Fátima Sonally Sousa Gondim**, (nacionalidade) **Brasileira**, (estado civil) **Solteira**, (profissão) **Enfermeira**, portador(a) da Cédula de Identidade nº **3042428**, e do CPF nº **06538743404**, telefone(s) **(61)993162340**, e-mail(s) **fsonally@hotmail.com**, doravante denominado(a) simplesmente de **RESPONSÁVEL**;

**CONSIDERANDO** que o presente **TERMO** vem para regular o uso da(s) base(s) de dados do E-sus mais Médicos, recebidas pelo **CESSIONÁRIO**, doravante denominada(s) simplesmente de **INFORMAÇÕES**;

**CONSIDERANDO** que o **CESSIONÁRIO** declara ter por finalidade e destinação o uso das **INFORMAÇÕES** para colaboração na dissertação intitulada "Projeto Mais Médicos na Saúde Indígena no Brasil: perfil e cobertura nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas", do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UNB);

**CONSIDERANDO** que o **CESSIONÁRIO** declara:

- I. estarem cientes de que o uso das informações está limitado às finalidades e destinações alegadas neste **TERMO** e de que podem vir a ser responsabilizados civil, criminal e administrativamente pelos danos morais ou materiais decorrentes da utilização, reprodução ou divulgação indevida das informações solicitadas e isenta a Administração Pública ou seus agentes de qualquer responsabilidade a este respeito;
- II. estarem cientes das restrições previstas no artigo 31 § 2º da Lei Federal nº 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação) e do § 2º do artigo 61 do Decreto nº 7.724/2012 (uso indevido da informação), no artigo 20 (divulgação autorizada ou necessária) da Lei nº 10.406/2002 (Código Civil) e nos artigos 138 a 145 (crimes contra a honra), 297, 299 e 304 (crimes de falsidade documental) do Decreto-Lei nº 2.848/1940 (Código Penal);

**CONSIDERANDO**, ainda, que o **RESPONSÁVEL** declara assumir total responsabilidade em:

- I. manter a absoluta cautela quando da exibição de dados em tela, impressão, ou, ainda, na gravação em meios eletrônicos, a fim de evitar que deles venham a tomar ciência pessoas não autorizadas;
- II. não se ausentar do terminal sem encerrar a sessão de uso das bases, garantindo assim a impossibilidade de acesso indevido por pessoas não autorizadas.

**CONSIDERANDO** a necessidade de manter sigilo e confidencialidade, sob pena de responsabilidade civil, penal e administrativa, sobre as **INFORMAÇÕES** que o **CESSIONÁRIO** receber em razão deste **TERMO**;

O **MS** estabelece o presente **TERMO** mediante as cláusulas e condições a seguir:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

O objeto deste **TERMO** é prover a necessária e adequada proteção às **INFORMAÇÕES** cedidas pelo **MS** em razão da finalidade e destinação declarada.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DA CONFIDENCIALIDADE DAS INFORMAÇÕES**

**Parágrafo Primeiro:** As estipulações e obrigações constantes do presente instrumento serão aplicadas a todas e quaisquer **INFORMAÇÕES** cedidas pelo **MS**.

**Parágrafo Segundo:** O **RESPONSÁVEL** se obriga a manter o mais absoluto sigilo e confidencialidade com relação às **INFORMAÇÕES** a partir da data de assinatura deste **TERMO**, devendo ser tratadas como **INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS**, nos termos previstos no artigo 31 § 2º da Lei Federal nº 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação) e do § 2º do artigo 61 do Decreto nº 7.724/2012 (uso indevido da informação), no artigo 20 (divulgação autorizada ou necessária) da Lei nº 10.406/2002 (Código Civil) e nos artigos 138 a 145 (crimes contra a honra), 297, 299 e 304 (crimes de falsidade documental) do Decreto-Lei nº 2.848/1940 (Código Penal);

**Parágrafo Terceiro:** O **RESPONSÁVEL** se obriga a não revelar, reproduzir, utilizar ou dar conhecimento das **INFORMAÇÕES** para finalidade ou destinação distinta à declarada.

#### **CLÁUSULA TERCEIRA - DAS LIMITAÇÕES DA CONFIDENCIALIDADE**

**Parágrafo Único:** As obrigações constantes deste **TERMO** não serão aplicadas às **INFORMAÇÕES** que:

- I. Sejam comprovadamente de domínio público no momento da revelação ou após a revelação, exceto se isso ocorrer em decorrência de ato ou omissão das **PARTES**;
- II. Tenham sido comprovadas e legitimamente recebidas de terceiros, estranhos ao presente **TERMO**;
- III. Sejam reveladas em razão de requisição judicial ou outra determinação válida do Governo, somente até a extensão de tais ordens, desde que as **PARTES** cumpram qualquer medida de proteção pertinente e tenham sido notificadas sobre a existência de tal ordem, previamente e por escrito, dando a esta, na medida do possível, tempo hábil para pleitear medidas de proteção que julgar cabíveis.

#### **CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES ADICIONAIS**

**Parágrafo Primeiro:** O **CESSIONÁRIO** e o **RESPONSÁVEL** se comprometem a utilizar as **INFORMAÇÕES** exclusivamente para a finalidade e destinação aqui declaradas.

**Parágrafo Segundo:** O **CESSIONÁRIO** e o **RESPONSÁVEL** se comprometem a não efetuar qualquer cópia das **INFORMAÇÕES** sem o consentimento prévio e expresso do **MS**.

I. O consentimento mencionado no Parágrafo segundo, entretanto, será dispensado para cópias, reproduções ou duplicações necessárias à finalidade e destinação declaradas neste **TERMO**.

**Parágrafo Terceiro:** O **CESSIONÁRIO** se compromete a cientificar a todos da sua parte que vierem a ter contato com as **INFORMAÇÕES** da existência e conteúdo deste **TERMO**, instruindo-os de forma suficiente a garantir o cumprimento de todas as disposições do presente instrumento.

**Parágrafo Quarto:** O **CESSIONÁRIO** e o **RESPONSÁVEL** devem tomar todas as medidas necessárias à proteção das **INFORMAÇÕES** do **MS**, bem como evitar e prevenir a revelação a terceiros, exceto se autorizado por escrito pelo **MS**.

**Parágrafo Quinto:** Cada **PARTE** permanecerá como única proprietária de todas e quaisquer **INFORMAÇÕES** eventualmente reveladas à outra parte em função deste **TERMO**.

**Parágrafo Sexto:** O presente **TERMO** não implica a concessão, pela parte reveladora à parte receptora, de nenhuma licença ou qualquer outro direito, explícito ou implícito, em relação a qualquer direito de patente, direito de edição ou qualquer outro direito relativo à propriedade intelectual.

**Parágrafo Primeiro:** As estipulações e obrigações constantes do presente instrumento serão aplicadas a todas e quaisquer **INFORMAÇÕES** cedidas pelo **MS**.

**Parágrafo Segundo:** O **RESPONSÁVEL** se obriga a manter o mais absoluto sigilo e confidencialidade com relação às **INFORMAÇÕES** a partir da data de assinatura deste **TERMO**, devendo ser tratadas como **INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS**, nos termos previstos no artigo 31 § 2º da Lei Federal nº 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação) e do § 2º do artigo 61 do Decreto nº 7.724/2012 (uso indevido da informação), no artigo 20 (divulgação autorizada ou necessária) da Lei nº 10.406/2002 (Código Civil) e nos artigos 138 a 145 (crimes contra a honra), 297, 299 e 304 (crimes de falsidade documental) do Decreto-Lei nº 2.848/1940 (Código Penal);

**Parágrafo Terceiro:** O **RESPONSÁVEL** se obriga a não revelar, reproduzir, utilizar ou dar conhecimento das **INFORMAÇÕES** para finalidade ou destinação distinta à declarada.

#### **CLÁUSULA TERCEIRA - DAS LIMITAÇÕES DA CONFIDENCIALIDADE**

**Parágrafo Único:** As obrigações constantes deste **TERMO** não serão aplicadas às **INFORMAÇÕES** que:

- I. Sejam comprovadamente de domínio público no momento da revelação ou após a revelação, exceto se isso ocorrer em decorrência de ato ou omissão das **PARTES**;
- II. Tenham sido comprovadas e legitimamente recebidas de terceiros, estranhos ao presente **TERMO**;
- III. Sejam reveladas em razão de requisição judicial ou outra determinação válida do Governo, somente até a extensão de tais ordens, desde que as **PARTES** cumpram qualquer medida de proteção pertinente e tenham sido notificadas sobre a existência de tal ordem, previamente e por escrito, dando a esta, na medida do possível, tempo hábil para pleitear medidas de proteção que julgar cabíveis.

#### **CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES ADICIONAIS**

**Parágrafo Primeiro:** O **CESSIONÁRIO** e o **RESPONSÁVEL** se comprometem a utilizar as **INFORMAÇÕES** exclusivamente para a finalidade e destinação aqui declaradas.

**Parágrafo Segundo:** O **CESSIONÁRIO** e o **RESPONSÁVEL** se comprometem a não efetuar qualquer cópia das **INFORMAÇÕES** sem o consentimento prévio e expresso do **MS**.

I. O consentimento mencionado no Parágrafo segundo, entretanto, será dispensado para cópias, reproduções ou duplicações necessárias à finalidade e destinação declaradas neste **TERMO**.

**Parágrafo Terceiro:** O **CESSIONÁRIO** se compromete a cientificar a todos da sua parte que vierem a ter contato com as **INFORMAÇÕES** da existência e conteúdo deste **TERMO**, instruindo-os de forma suficiente a garantir o cumprimento de todas as disposições do presente instrumento.

**Parágrafo Quarto:** O **CESSIONÁRIO** e o **RESPONSÁVEL** devem tomar todas as medidas necessárias à proteção das **INFORMAÇÕES** do **MS**, bem como evitar e prevenir a revelação a terceiros, exceto se autorizado por escrito pelo **MS**.

**Parágrafo Quinto:** Cada **PARTE** permanecerá como única proprietária de todas e quaisquer **INFORMAÇÕES** eventualmente reveladas à outra parte em função deste **TERMO**.

**Parágrafo Sexto:** O presente **TERMO** não implica a concessão, pela parte reveladora à parte receptora, de nenhuma licença ou qualquer outro direito, explícito ou implícito, em relação a qualquer direito de patente, direito de edição ou qualquer outro direito relativo à propriedade intelectual.

II. São considerados produtos associados qualquer artefato necessário ao pleno entendimento das **INFORMAÇÕES**, tais como documentos de casos de uso, modelos entidade relacionamento, documentos de arquitetura, entre outros.

#### CLÁUSULA QUINTA - DAS PENALIDADES

**Parágrafo Único:** A quebra do sigilo e/ou da confidencialidade das informações, devidamente comprovada, possibilitará a imediata aplicação de penalidades previstas conforme legislações em vigor que tratam do assunto.

#### CLÁUSULA SEXTA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

**Parágrafo Primeiro:** O presente **TERMO** constitui acordo entre as **PARTES**, relativamente ao tratamento de **INFORMAÇÕES**, principalmente as **CONFIDENCIAIS**, aplicando-se a todos e quaisquer acordos futuros, declarações, entendimentos e negociações escritas ou verbais.

**Parágrafo Segundo:** Surgindo divergências quanto à interpretação do pactuado neste **TERMO** ou quanto à execução das obrigações dele decorrentes, ou constatando-se nele a existência de lacunas, solucionarão as **PARTES** tais divergências, de acordo com os princípios da legalidade, da equidade, da razoabilidade, da economicidade, da boa fé, e, as preencherão com estipulações que deverão resguardar as **INFORMAÇÕES** do **MS**.

**Parágrafo Terceiro:** O disposto no presente **TERMO** prevalecerá sempre em caso de dúvida, salvo expressa determinação em contrário, sobre eventuais disposições constantes de outros instrumentos legais conexos relativos à **CONFIDENCIALIDADE DE INFORMAÇÕES**.

**Parágrafo Quarto:** A omissão ou tolerância das **PARTES**, em exigir o estrito cumprimento das condições estabelecidas neste instrumento, não constituirá novação ou renúncia, nem afetará os direitos, que poderão ser exercidos a qualquer tempo.

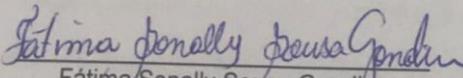
#### CLÁUSULA SÉTIMA - DO FORO

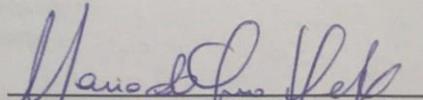
**Parágrafo Único:** Fica eleito o foro da Justiça Federal - Seção Judiciária do Distrito Federal, em Brasília-DF, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente **TERMO**, com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por assim estarem justas e estabelecidas as condições, as **PARTES** assinam o presente **TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DA INFORMAÇÃO**, em 2 (duas) vias de igual teor e um só efeito.

Brasília-DF, 07 de junho de 18.

#### PELO CESSIONÁRIO

  
Fátima Sonally Sousa Gondim  
RESPONSÁVEL  
Pesquisadora  
CPF nº 06538743404

  
Maria da Graça Luderitz Hoefel  
ORIENTADOR  
CPF nº 22180613091

**ANEXO**

## Fotos



Fonte: SESAI/2018.



Fonte: SESAI/2018.



Fonte: SESAI/2018.



Fonte: SESAI/2018.

