



O IMPACTO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA EVOLUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NAS REGIÕES NORTE E NORDESTE

THE IMPACT OF THE MAIS MÉDICOS PROGRAM ON THE EVOLUTION OF PRIMARY CARE IN THE NORTH AND NORTHEAST REGIONS

Maurício Pereira Honorato Filho¹, Alexandra Do Nascimento¹, Júlia Vitória De Sousa Herênio¹, Iago Araújo Da Rocha¹, Maria Leticia Alves Araújo¹, Rossana Vanessa Dantas De Almeida Marques²

¹Discente do Curso de Medicina Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz, Maranhão – Brasil

²Docente do Curso de Medicina Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz, Maranhão – Brasil

E-mail: mph.filho@discente.ufma.br

Editor Responsável: Gabriel da Silva Martins

Received: 13/10/2023

Review: 25/10/2023

Accepted: 25/11/2023

Como citar esse artigo: Filho MPH, Nascimento A, Herênio JVS, Rocha IA, Araújo MLA, Marques RVDA. O IMPACTO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA EVOLUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NAS REGIÕES NORTE E NORDESTE. Revista de Iniciação Acadêmica de Iniciação Científica. 2023; 01:e003. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10250240>

Resumo

Introdução: Atenção Básica se conceitua como um conjunto de medidas com o propósito de melhorar a saúde das comunidades, no entanto, ela sofre de uma escassez crônica de médicos e, para suprir isso, foi criado em outubro de 2013 o Programa Mais Médicos (PMM). **Objetivo:** Estudar e avaliar a evolução da assistência na Atenção Básica consoante o avanço do Programa Mais Médicos nas regiões Norte e Nordeste brasileira comparativamente. **Metodologia:** Estudo descritivo, longitudinal e observacional e de abordagem quantitativa. Foram utilizadas as plataformas de dados IBGE, e-Gestor, DataSUS-Tabnet e Demografia Médica no Brasil. Foram coletadas as variáveis do quantitativo de CRMs atuantes, cobertura da Atenção Básica, quantidade de equipes de Atenção Básica e de Unidade Básicas de Saúde (UBS) e quantidade de óbitos por causas evitáveis nos anos de 2010 (antes do PMM), 2014 (início do PMM) e 2019 (após PMM). Em seguida foi realizada uma análise pelo programa estatístico Jamovi 2.3.28. **Resultados:** A maioria das variáveis demonstrou forte correlação com a quantidade de CRMs nas duas regiões analisadas, como a cobertura da atenção básica, o número de equipes da atenção básica e a quantidade de mortes por causas evitáveis ($p < 0,05$). No entanto, observou-se uma diferença significativa entre as variáveis no Norte e no Nordeste, indicando que a evolução não foi proporcional entre as regiões, principalmente na região Norte, a qual possui 69% de sua população coberta pela Atenção Básica (AB). **Conclusão:** Sendo assim, percebe-se que o PMM auxiliou na redução de vazios assistenciais nas regiões analisadas, entretanto, ainda existem problemas a serem resolvidos para a sua plena efetivação.

Descritores: Consórcios de Saúde; Atenção Básica; Brasil.

Área de Concentração: Ciências da Saúde



INTRODUÇÃO

Dentro do campo da saúde pública, a Atenção Básica é definida como um conjunto de medidas de saúde com o propósito de fornecer cuidados abrangentes que influenciam nos fatores que afetam a saúde das comunidades (COMES et al, 2016). Neste cenário, várias transformações são propostas por meio de iniciativas que buscam reformular o Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo principal de ampliar significativamente a disponibilidade de serviços, especialmente para pessoas que residem em regiões afastadas e enfrentam desafios consideráveis ao buscar acesso a cuidados de saúde de alto padrão (MORAES COSTA et al, 2017).

Recentemente, tem havido um aumento nas conversas sobre a quantidade de médicos no Brasil, como eles estão distribuídos geograficamente, a qualidade de sua formação e como essas questões afetam o acesso aos cuidados de saúde primários no Sistema Único de Saúde (GONÇALVES et al, 2016). A disparidade na distribuição geográfica desses profissionais no país é notável, com extremos representados por Vitória (ES), que possui 12 médicos para cada mil habitantes, enquanto em municípios do Norte e Nordeste do Brasil, mal conseguem alcançar a proporção de 1 médico por mil habitantes (SEPARAVICH e COUTO, 2021). A agenda política começou quando a Frente Nacional de Prefeitos (FNP) realizou uma manifestação pública em 4 de fevereiro de 2013, liderando o movimento chamado "Cadê o médico?" e promovendo uma petição em busca de mais médicos para o SUS. Eles pediram ao Governo Federal que adotasse imediatamente as medidas necessárias para contratar médicos formados em outros países (COMES et al, 2016).

O Ministério da Saúde já tinha observado que a média de médicos por cada 1.000 habitantes no país estava abaixo do necessário, especialmente em regiões que precisavam de mais profissionais de saúde. As regiões Norte e Nordeste eram as mais afetadas por essa escassez, com alguns estados e municípios tendo consideravelmente menos de um médico por mil habitantes (COMES et al, 2016). A disparidade na distribuição de médicos em várias regiões é uma preocupação compartilhada por diversos países, que adotam diferentes métodos para suprir essa necessidade. Muitas nações enfrentando uma demanda maior do que sua capacidade de formar médicos resolvem essa lacuna atraindo profissionais de saúde treinados em outros países (BENEVIDES et al, 2020). Para abordar a falta de médicos e garantir que haja profissionais disponíveis em regiões remotas, várias estratégias foram adotadas em todo o mundo. Estas incluem medidas educacionais, como a criação de mais vagas em cursos de graduação e pós-graduação em medicina; políticas de regulação que exigem que médicos atendam em áreas carentes e a disponibilização de vagas em municípios menos desenvolvidos; incentivos financeiros, como bônus nos salários dos médicos; e incentivos não financeiros, como a extensão de vistos de permanência para médicos estrangeiros (PINTO JUNIOR; AMORIM; AQUINO, 2020).

Portanto, em 22 de outubro de 2013, o Ministério da Saúde implementou a Lei 12.871, que estabeleceu o Programa Mais Médicos. O principal propósito desse programa é reduzir a falta de médicos em regiões prioritárias para o SUS, com o objetivo de diminuir as disparidades regionais na área da saúde. Isso envolve o fortalecimento e a expansão dos serviços de atenção básica de saúde para os usuários do SUS em todo o país (MORAES COSTA et al, 2017). Os documentos regulamentares que guiam o Programa Mais Médicos (PMM) estabeleceram quais regiões teriam prioridade para a implementação desse programa dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso incluiu particularmente áreas remotas, altamente carentes e com outras formas de vulnerabilidade. Os grupos de municípios considerados aptos para participar incluíam aqueles nos quais 20% ou mais da população vivia em extrema pobreza, o



grupo dos 100 municípios mais pobres do país (G100), as capitais, as regiões metropolitanas e outros municípios. Como resultado do PMM, muitos médicos foram alocados em municípios que aderiram ao programa, com destaque para a região Nordeste. Em 2015, havia 15.820 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) com médicos do PMM em todo o Brasil, cobrindo 70% dos municípios (PINTO JUNIOR; AMORIM; AQUINO, 2020). Durante o primeiro ano do programa, 1.834 médicos formados em instituições brasileiras e registrados no Conselho Federal de Medicina (CFM) participaram dele. As vagas restantes foram ocupadas por 1.184 intercambistas individuais (médicos estrangeiros e brasileiros formados em instituições estrangeiras, sem validação nacional de seus diplomas) e por 11.150 médicos cooperados de Cuba (RECH et al, 2018).

O Programa Mais Médicos (PMM) tem como objetivo aprimorar a formação dos profissionais, melhorar as instalações das unidades básicas de saúde (UBS) e aumentar a presença de médicos, tanto brasileiros quanto estrangeiros, em municípios que enfrentam maiores desafios e vulnerabilidades na área da saúde (MOURÃO NETTO et al, 2018). Nesse sentido, a legislação estipula que medidas como o aumento de oportunidades e reformas educacionais nos cursos de medicina e programas de residência médica no Brasil, juntamente com a alocação urgente de médicos em áreas vulneráveis, devem ser concretizadas por meio de investimentos na melhora da infraestrutura da rede de saúde. Isso é fundamental para alcançar os objetivos estabelecidos pelo Programa Mais Médicos. (MORAES COSTA et al, 2017).

Sendo assim, tem-se como objetivo desse estudo avaliar a evolução da Atenção Básica consoante o avanço do Programa Mais Médicos nas regiões Norte e Nordeste brasileira comparativamente, para tal efetivação analisam-se indicadores de produção, de estrutura e de cobertura da Atenção Primária à Saúde e sua correlaciona-se sua evolução a quantidade de CRMs nas regiões citadas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, longitudinal, observacional e de abordagem quantitativa. Nesse sentido, iniciou-se por meio da pesquisa do referencial teórico que abordasse o impacto do Programa Mais Médico (PMM) na Atenção Básica Brasileira. Dessa maneira, foram utilizados os descritores “Programa Mais Médicos”, “Atenção Básica”, “Norte” e “Nordeste” com o operador booleano AND no Banco de Dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Posteriormente, houve uma coleta de dados secundários nas plataformas de Dados do IBGE, e-Gestor AB, Gov.br e DataSUS. Também foram utilizados dados do “Demografia Médica no Brasil”.

Para a coleta dos dados, demarcou-se a Atenção Básica (AB) das regiões Norte e Nordeste como o universo da pesquisa. Em seguida, selecionou-se como amostra, os setores da AB que foram espaço de abrangência do Programa Mais Médicos (PMM). Desse modo, analisou-se aqueles que obtiveram um quadro evolutivo no cenário da saúde coletiva, como número de equipes da Atenção Básica antes e após a aplicação do PMM, escolhendo esse resultado como amostragem não probabilística do estudo.

Outrossim, foram considerados como critérios de inclusão dados referentes aos anos 2010, 2014 e 2019, com o intuito de fazer uma análise temporal da evolução do PMM abordando um período anterior, de início e posterior a efetivação do programa. Além disso, foram incluídos também médicos com CRM cadastrados nos Estados do norte e do nordeste do Brasil, bem como unidades básicas de saúde e equipes de saúde presentes nessas regiões. Foram excluídos médicos sem o CRM cadastrados nos estados específicos e a naturalidade dos profissionais incluídos no estudo não foram consideradas. Além disso, devido à grande variedade das equipes de saúde, foram todas classificadas apenas como equipes de saúde básica para a análise quantitativa.

Diante disso, as variáveis selecionadas foram ano, região, quantidade de CRM por região, número de equipes da atenção básica, cobertura da atenção básica, quantidade de unidades básicas de saúde (UBS) e óbitos por causas evitáveis em porcentagem. Sendo assim, o quadro a seguir descreve de maneira sucinta as variáveis analisadas.

Quadro 1: Detalhamento das variáveis coletadas e suas respectivas bases utilizadas.

VARIÁVEL	BASE DOS DADOS	DESCRIÇÃO
CAB %	E-Gestor	Dado diretamente disponibilizado pela plataforma.
QCRM	Demografia Médica no Brasil	Dado diretamente disponibilizado pelo estudo.
NOCE%	DataSUS – Tabnet e Atlas Brasil	Divisão da quantidade de mortes por causas evitáveis pela população total da região.
NEAB	DataSUS - Tabnet	Considerados todos os tipos de equipes que atuam na Atenção Básica.
QUBS	DataSUS - Tabnet	Foram considera a quantidade de UBSs, Postos de Saúde e USF.

Fonte: Autoria própria, 2023.

Legenda: Cobertura da Atenção Básica em porcentagem (CAB%); Número de atendimentos individuais (NAI); Quantidade de CRM (QCRM); Número de óbitos por causas evitáveis em porcentagem (NOCE%); Número de equipes da Atenção básica (NEAB); Quantidade de Unidades Básicas de Saúde (QUBS).

Além disso, é importante ressaltar que não foi requerido Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), uma vez que pesquisa consiste em estudo observacional, que compreende em realizar uma análise e interpretação das informações disponíveis, em que a obtenção de dados ocorreu em plataformas de domínio público e governamentais.

Ademais, a análise estatística dos dados ocorreu por meio do software Jamovi, versão 2.3.28, utilizando dos métodos de estatística descritiva, como média e desvio padrão e inferencial, como teste ANOVA e Pearson.

RESULTADOS

Em 2019 as regiões Norte e Nordeste somaram 120.267 CRM ativos, o que, quando comparado ao ano de 2010, houve um acréscimo de 37.197 médicos. Na tabela a seguir, as variáveis são descritas de acordo com a região e apresentadas em média e desvio padrão de acordo com os anos 2010, 2014 e 2019, os quais indicam valor anterior, no início e após a efetivação do PMM, respectivamente.

Tabela 1: Estatística descritiva (média e desvio-padrão) das variáveis analisadas conforme a região.

Variáveis	Região	2010	2014	2019	Média	Desvio-padrão
CAB %	Norte	0,6085	0,6461	0,6978	0,6461	0,0448
	Nordeste	0,7699	0,8040	0,8364	0,8040	0,0332
QCRM	Norte	16538	18512	23964	18512	3846,3501
	Nordeste	66532	72794	96303	72794	15696,0619
NOCE %	Norte	0,0053	0,0065	0,0081	0,0065	0,0013
	Nordeste	0,0029	0,0031	0,0041	0,0031	0,0006
NEAB	Norte	3206	3898	4977	3898	892,5194
	Nordeste	14425	17176	19974	17176	2774,5331
QUBS	Norte	3668	3876	4125	3876	228,8063
	Nordeste	15960	17213	17937	17213	1000,2261

Fonte: Autoria própria, 2023.

Legenda: Cobertura da Atenção Básica em porcentagem (CAB%); Quantidade de CRM (QCRM); Número de óbitos por causas evitáveis em porcentagem (NOCE%); Número de equipes da Atenção básica (NEAB); Quantidade de Unidades Básicas de Saúde (QUBS).

Na tabela a seguir é demonstrada uma análise comparativa das variáveis dependentes em relação à variável de agrupamento Região, utilizando o teste ANOVA a um fator. Essa análise permite comparar se as médias das amostras das regiões são significativamente diferentes. Com isso, o p-valor menor que 0,05 indica que houve uma diferença significativa entre a quantidade a cobertura da atenção básica entre ambas as regiões, demonstrando que uma dessas regiões obteve maior sucesso na evolução da atenção primária em saúde (APS). Esse perfil é refletido, também, no número de unidades básicas de saúde e no número de equipes da atenção básica.

Tabela 2: Análise estatística inferencial de comparação das médias das variáveis dependentes entre as regiões Norte e Nordeste, a partir dos dados de 2010, 2014 e 2019.

Variáveis	F	GI1	GI2	p-valor
CAB %	22.43	1	4	0.009
QCRM	39.81	1	4	0.003
NOCE %	6.10	1	4	0.069
NEAB	61.21	1	4	0.001
QUBS	492.52	1	4	< .001

Fonte: Autoria própria, 2023.

Legenda: Cobertura da Atenção Básica em porcentagem (CAB%); Quantidade de CRM (QCRM); Número de óbitos por causas evitáveis em porcentagem (NOCE%); Número de equipes da Atenção básica (NEAB); Quantidade de Unidades Básicas de Saúde (QUBS).

Outrossim, na tabela 3 é apresentada a correlação entre o número de CRMs por estado e as variáveis cobertura da atenção básica, número de óbitos por causas evitáveis, número de equipes da atenção básica e quantidade de unidades básicas de saúde. O teste estatístico utilizado se trata do coeficiente de correlação r de Pearson, o qual aponta o grau de correlação linear entre variáveis quantitativas, com valores situados entres 1 e -1.

Nesse sentido, quando mais próximo os valores estão dos extremos, maior a correlação entre as variáveis, sendo os valores positivos indicadores de proporção direta e os valores negativos indicadores de proporção inversa. A respeito disso, a quantidade de CRMs ativos mostrou-se significativo e diretamente proporcional para a variável número de cobertura da atenção básica, indicando assim que quanto maior a quantidade de médicos atuantes no estado, maior o número de pessoas acompanhadas pela APS.

Tabela 3: Análise estatística inferencial de correlação entre a quantidade de CRMs ativos nas regiões Norte e Nordeste e as demais variáveis ao longo dos anos 2010, 2014 e 2019.

Variáveis	Quantidade de CRMs ativos		
	gl	R	p-valor
CAB %	4	0.964	0.002
NOCE %	4	-0.829	0.041
NEAB	4	0.995	< .001
QUBS	4	0.974	0.001

Fonte: Autoria própria, 2023.

Legenda: Cobertura da Atenção Básica em porcentagem (CAB%); Número de atendimentos individuais (NAI); Número de óbitos por causas evitáveis em porcentagem (NOCE%); Número de equipes da Atenção básica (NEAB); Quantidade de Unidades Básicas de Saúde (QUBS).

Ademais, a tabela 4 indica a relação da quantidade de equipes de atenção básica em relação a variáveis demais variáveis. A cerca disso, compreende-se que o número de equipes da atenção básica se mostrou correlacionado significativamente e inversamente proporcional aos óbitos por causas evitáveis em porcentagem, que o denota que aumento do número de equipes proporcionou uma melhoria no cuidado prestado pela APS de modo a evitar mais mortes por causas evitáveis.

Tabela 4: Análise estatística inferencial de correlação entre a quantidade de Equipes de Atenção Básica nas regiões Norte e Nordeste e demais variáveis ao longo dos anos 2010, 2014 e 2019.

Variáveis	Número de Equipes de Atenção Básica		
	gl	R	p
CAB %	4	0.971	0.001
NOCE %	4	-0.838	0.037
QUBS	4	0.987	< .001

Fonte: autoria própria, 2023

Legenda: Cobertura da Atenção Básica em porcentagem (CAB%); Número de atendimentos individuais (NAI); Número de óbitos por causas evitáveis em porcentagem (NOCE%); Quantidade de Unidades Básicas de Saúde (QUBS).

DISCUSSÕES

Corroborando com a literatura atual, o presente estudo demonstra que o PMM teve uma forte relação com a evolução da APS. Foi demonstrado na tabela 1 que no período analisado houve um grande desvio-padrão para grande parte das variáveis estudadas, sugerindo, assim, a evolução da Atenção Básica consoante o avanço do PMM. Pode-se notar também na Tabela 1 que houve uma aumento da cobertura da APS nas duas regiões analisadas, apesar de ser uma evolução, a porcentagem de população coberta ainda não é o suficiente para se ter uma AB abrangente em todas as comunidades, principalmente quando se analisa a região Norte. Na Tabela 2 foi explicitada a diferença significativa de dados entre as regiões Norte e Nordeste, assim, confirmando que na região Nordeste houve um maior aumento das variáveis quando comparada a região Norte. Na Tabela 3 e na Tabela 4 foram explicitadas a relação do número de CRMs e do número de equipes de Atenção Básica com diversas variáveis analisadas, nas quais todas se demonstraram significativamente relevantes.

Diante do exposto, denota-se que há uma melhora considerável da atenção básica no que tange a quantidade de médicos disponíveis para atuação. No relatório da OPAS (Organização Pan-americana de Saúde) de 30 anos do SUS foi indicado que em áreas economicamente desfavorecidas havia uma carência contínua de médicos atuando na atenção básica, comprometendo os princípios de universalidade e equidade do SUS. No entanto, como demonstrado na Tabela 1, houve uma grande alteração na quantidade de serviços e indicadores da APS, expressando uma melhora nos anos seguintes ao PMM, esse dado se mostra consoante aos estudos mais recentes, os quais denotam que o desenvolvimento do PMM acompanhou um aumento significativo na taxa de médicos atuantes em todos os perfis prioritários para a implantação do programa, como as regiões interioranas do Norte e Nordeste brasileiro (PINTO JUNIOR, AMORIM, AQUINO, 2020). O eixo provimento emergencial do PMM alocou médicos em áreas carentes da AB, oferecendo treinamento e seguindo diretrizes da Organização Mundial da Saúde. Até 2015, obteve sucesso ao atender 100% da demanda, melhorar a distribuição de médicos e ampliar a cobertura da AB (PINTO et al, 2017).

Nesse sentido, os achados da Tabela 3 e da Tabela 4, demonstram que a quantidade de equipes de AB e a quantidade de CRMs foram seguidos de uma diminuição da quantidade de óbitos por causa evitáveis em porcentagem. Esse dado vai de encontro a uma pesquisa realizada por HONE *et al* (2020), alegando que o aumento de médicos foi associado a reduções modestas (1,4%) no número de mortes evitáveis sensíveis à APS. O resultado desse estudo pode ser explicado por conta de que apesar da maior disponibilidade de médicos, o programa não foi acompanhado de um mecanismo de permanência e envolvimento do profissional na equipe de atenção básica e na comunidade. Segundo Benevides *et al* (2020), há uma relação



da satisfação e resolutividade da prática do profissional com a estrutura ofertada para o trabalho, UBSs que possuem uma melhor estrutura tendem a possuir uma melhor resolubilidade. Ratificando essa ideia, Facchini *et al* (2020), afirma que um desafio enfrentado pelos profissionais de saúde se deve a heterogeneidade da população e carências sociais. Logo, apesar do aumento de médicos, uma estrutura de saúde precária e uma formação que não atende as necessidades da população dificulta a plenitude do PMM. Nessa linha de raciocínio, Separavich e Couto (2020) declaram que a fixação do médico na equipe atenção básica é consoante a estrutura da UBS, demonstrando que o PMM também deve se relacionar a outros programas governamentais, como o Requalifica UBS, para promover a melhoria das condições de trabalho do profissional.

Nesse contexto, vale-se destacar também as diferenças entre as regiões explicitadas pela Tabela 1 e 2, as quais indicam que no Nordeste houve uma melhora substancialmente melhor do que Norte, principalmente quando se analisa a variável de Cobertura da Atenção Básica em porcentagem. Explicando esse fenômeno, Hone *et al*, 2020, denota que os critérios de priorização estabelecidos pelo PMM não foram seguidos. Diante disso, municípios com maiores necessidades receberam menores aumentos no número de médicos. Contrapondo esse fato, afirma-se que uma grande quantidade de médicos foi designada para os municípios que aderiram ao programa, especialmente na região Nordeste (OLIVEIRA; SANCHEZ; SANTOS, 2016), e, além disso, em 2015, contabilizou-se 15.820 equipes de ESF com médicos do PMM em todo o Brasil, o que significava a presença de profissionais em aproximadamente 70% dos municípios brasileiros (MIRANDA, 2017). Em setembro de 2015, haviam 17.074 médicos implantados no PMM, trabalhando em 14.348 Unidades Básicas de Saúde (UBS) em todo o país (GIOVANELLA, 2016). Todavia, é possível conciliar esse fatos, quando se analisa que essa má distribuição de médicos afetou a efetividade do PMM, poucos médicos assistindo uma área enorme podem não ter alcançado um maior acesso ou qualidade dos cuidados de saúde caso já houvesse um profissional na região (HONE *et al*, 2020). A maioria das UBS (86,4%) recebeu apenas um médico do PMM, enquanto 9,9% receberam dois médicos, 2,6% receberam três médicos e 1,2% receberam de quatro a nove médicos (GIOVANELLA, 2016).

Dessa forma, este trabalho buscou compreender se o aumento do número de médicos proporcionou a evolução da APS. No entanto, devido à restringência de algumas bases de dados em oferecer informações atualizadas ou mesmo pela mingua de dados em anos anteriores a 2014 este trabalho se limitou a uma comparação de três anos chaves, o que pode ter fragilizado os resultados.

CONCLUSÃO

Apesar do sucesso do Programa Mais Médicos em melhorar o acesso à Atenção Básica, suprimindo áreas com vazios assistenciais, ainda existem muitos desafios a serem superados. Pode-se notar que o aumento da quantidade de equipes de Atenção Básica e da quantidade de CRMs impactou significativamente a porcentagem de população adscrita nas regiões do Norte e Nordeste, no entanto ainda há uma extensa diferença na a evolução da Atenção Primária a Saúde nessas regiões.

Dessa forma, parcela significativa da população continua desassistida pelo Sistema Único de Saúde no que tange à Atenção Básica. Ademais, foi demonstrado em nossos achados que a quantidade de equipes de Atenção Básica e a quantidade de CRMs foi seguida de uma diminuição significativamente relevante na quantidade de óbitos por causas evitáveis em porcentagem, no entanto, esse dado vai de encontro a literatura vigente a cerca do tema, a qual afirma que foi seguida de reduções modestas.



SUPORTE FINANCEIRO

Não houve suporte financeiro.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não houve conflito de interesse.

ABSTRACT

Introduction: Primary Care is defined as a set of measures aimed at improving the health of communities. However, it suffers from a chronic shortage of doctors, and to address this issue, the More Doctors Program (PMM) was created in October 2013. **Objective:** To study and evaluate the evolution of primary care assistance in conjunction with the progress of the More Doctors Program in the Northern and Northeastern regions of Brazil comparatively. **Methodology:** Descriptive, longitudinal, observational, and quantitative study. Data from various sources, including IBGE, e-Gestor, DataSUS-Tabnet, and Medical Demographics in Brazil, were used. Variables collected included the number of active CRMs (Medical Regional Council registrations), primary care coverage, the quantity of primary care teams and Basic Health Units (UBS), and the number of avoidable deaths in the years 2010 (before PMM), 2014 (start of PMM), and 2019 (after PMM). Statistical analysis was conducted using the Jamovi 2.3.28 software. **Results:** Most variables showed a strong correlation with the number of CRMs in the two analyzed regions, such as primary care coverage, the number of primary care teams, and the quantity of deaths due to preventable causes ($p < 0.05$). However, a significant difference between the variables in the North and Northeast was observed, indicating that the progress was not proportional between the regions, especially in the Northern region, where 69% of the population is covered by Primary Care (AB). **Conclusions:** Therefore, it is evident that the PMM contributed to reducing healthcare gaps in the analyzed regions. However, there are still issues to be addressed for its full effectiveness.

Keywords: Health consortia; Primary health care; Brazil

REFERÊNCIAS

AGUIAR, R. A. T. de; ALMEIDA, J. D. L. de. Programa mais médicos no brasil: estratégias de análise categórica em um estudo qualitativo. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, 2018.

BENEVIDES, P. M.; MELO NETO, A. J. de; SILVA, I. C. B. da; TENÓRIO, M. E. C.; SOARES, G. B.; SOARES, R. de S.; SAMPAIO, J. Satisfação dos médicos do Programa Mais Médicos na Paraíba, Brasil: avaliação por modelagem de equações estruturais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 10, 2020.

COMES, Y.; TRINDADE, J. de S.; PESSOA, V. M.; BARRETO, I. C. de H. C.; SHIMIZU, H. E.; DEWES, D.; ARRUDA, C. A. M.; SANTOS, L. M. P. A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2729–2738, 2016 a.



COMES, Y.; TRINDADE, J. de S.; PESSOA, V. M.; BARRETO, I. C. de H. C.; SHIMIZU, H. E.; DEWES, D.; ARRUDA, C. A. M.; SANTOS, L. M. P. A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2729–2738, 2016 b.

COMES, Y.; TRINDADE, J. de S.; SHIMIZU, H. E.; HAMANN, E. M.; BARGIONI, F.; RAMIREZ, L.; SANCHEZ, M. N.; SANTOS, L. M. P. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2749–2759, 2016 c.

COMES, Y.; TRINDADE, J. de S.; SHIMIZU, H. E.; HAMANN, E. M.; BARGIONI, F.; RAMIREZ, L.; SANCHEZ, M. N.; SANTOS, L. M. P. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2749–2759, 2016 d.

FACCHINI, L. A.; FLORENCIO, A. de S. R.; NUNES, B. P.; SILVA, M. R. M.; ROSALES, C.; ALFARO, G.; ROCHA, T. A. H.; MOLINA, J. Contribuições do Programa Mais Médicos ao desempenho de equipes de Saúde da Família na atenção à hipertensão e ao diabetes no Brasil, 2012 a 2015. **Revista Panamericana de Salud Pública**, p. 1–9, 2020.

FRANCESCONI, G. V.; TASCA, R.; BASU, S.; ROCHA, T. A. H.; RASELLA, D. Mortality associated with alternative policy options for primary care and the Mais Médicos (More Doctors) Program in Brazil: forecasting future scenarios. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. 1, 2020.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de; FAUSTO, M. C. R.; ALMEIDA, P. F. de; BOUSQUAT, A.; LIMA, J. G.; SEIDL, H.; FRANCO, C. M.; FUSARO, E. R.; ALMEIDA, S. Z. F. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2697–2708, 2016.

GONÇALVES, R. F.; SOUSA, I. M. C. de; TANAKA, O. Y.; SANTOS, C. R. dos; BRITO-SILVA, K.; SANTOS, L. X.; BEZERRA, A. F. B. Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2815–2824, 2016.

HONE, T.; POWELL-JACKSON, T.; SANTOS, L. M. P.; DE SOUSA SOARES, R.; DE OLIVEIRA, F. P.; SANCHEZ, M. N.; HARRIS, M.; DE OLIVEIRA DE SOUZA SANTOS, F.; MILLETT, C. Impact of the Programa Mais médicos (more doctors Programme) on primary care doctor supply and amenable mortality: quasi-experimental study of 5565 Brazilian municipalities. **BMC Health Services Research**, v. 20, n. 1, p. 873, 2020.

LIZ, R. G. de; LIMA, R. de C. G. S. Percepções de usuários sobre o impacto social do projeto de cooperação do Programa Mais Médicos: um estudo de caso. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. suppl 1, p. 1281–1290, 2017.

MORAES COSTA, S.; SANTOS SOUZA, T.; ROCHA BRITO, F.; BENEMÉRITA ALVES VILELA, A.; ALVES NERY, A.; EDUARDO MARTINS FILHO, I. Avaliação do programa mais médicos como política de fortalecimento da atenção básica. **Saúde.com**, v. 13, n. 2, 2017.



MOURÃO NETTO, J. J.; RODRIGUES, A. R.; ARAGÃO, O.; GOYANNA, N.; CAVALCANTE, A. E.; VASCONCELOS, M. A.; MENDES, J.; MOURÃO, A. E. Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Pública**, p. 1–7, 2018.

NOGUEIRA, P. T. A.; BEZERRA, A. F. B.; LEITE, A. F. B.; CARVALHO, I. M. de S.; GONÇALVES, R. F.; BRITO-SILVA, K. S. de. Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2889–2898, 2016.

Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Brasília: OPAS; 2018

PINTO, H. A.; OLIVEIRA, F. P. de; SANTANA, J. S. S.; SANTOS, F. de O. de S.; ARAUJO, S. Q. de; FIGUEIREDO, A. M. de; ARAÚJO, G. D. de. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. suppl 1, p. 1087–1101, 2017.

PINTO JUNIOR, E.; AMORIM, L.; AQUINO, R. Programa Mais Médicos: contexto de implantação e efeito no provimento de médicos na atenção primária à saúde no Brasil, 2008 a 2016. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. 1–9, 2020.

RECH, M. R. A.; HAUSER, L.; WOLLMANN, L.; ROMAN, R.; MENGUE, S. S.; KEMPER, E. S.; DE SOUZA RAMOS FLORENCIO, A.; ALFARO, G.; TASCA, R.; HARZHEIM, E. Qualidade da atenção primária à saúde no Brasil e associação com o Programa Mais Médicos. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, 2018.

ROCHA, E. M. S.; SARTI, T. D.; AZEVEDO, G. D. de; FILIPPON, J.; SIQUEIRA, C. E. G.; ANDRADE, M. A. C. Education in the Mais Médicos program: the gap between proposals and implementation. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, n. 1, 2021.

SEPARAVICH, M. A.; COUTO, M. T. Programa Mais Médicos: revisão crítica da implementação sob a perspectiva do acesso e universalização da atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. suppl 2, p. 3435–3446, 2021.