



**PROGRAMA MAIS MÉDICOS: caracterização, cobertura e impacto na
Mesorregião Norte-mineira**

**MAIS MÉDICOS PROGRAM: characterization, coverage and impact in the
North Region of Minas Gerais**

**PROGRAMA MAIS MÉDICOS: caracterización, cobertura e impacto en la
Región Norte de Minas Gerais**

Evandro Barbosa dos Anjos¹

Murilo Cássio Xavier Fahe²

Matheus Abreu Santos

Maria Patrícia Silva³

RESUMO

O Programa Mais Médicos foi implementado com base em evidências que apontavam para um cenário de profunda escassez de médicos no Brasil, considerando a dificuldade de atração e fixação desses profissionais em regiões com maior vulnerabilidade sanitária. Nesse contexto, adicionando-se a importância regional e relação histórica com o programa, situa-se a Mesorregião Norte do Estado de Minas Gerais. O presente estudo tem caráter analítico-descritivo, com base em dados extraídos de referencial teórico e dados coletados em banco de dados de acompanhamento/supervisão de PMM. O trabalho traz uma caracterização da região, correlacionando-a com a implantação do programa e faz uma análise da cobertura assistencial do mesmo nos últimos anos. Nesta análise, observa-se que, na supracitada Mesorregião, os municípios com maior contingente populacional apresentaram um maior montante de médicos vinculados ao PMM, apesar da baixa correlação com o critério de IDH Municipal exigido, mesmo com a correção pelo viés quantitativo populacional. A análise preliminar do PMM no Norte de Minas indica um relevante aporte sanitário para a Atenção Primária à Saúde, sendo que cerca de 50% dos municípios da região, ao longo do período estudado, tiveram médicos

¹ Mestre em Cuidado Primário em Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros, Brasil (2016). Médico do Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Norte de Minas Gerais, Brasil

² Doutor em Ciências Humanas pela Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil (2008). Professor de Educação Superior do Unimontes - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Brasil.

³ PHD em Educação, Conhecimento e Inclusão Social, pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Doutora em Ciências Sociais pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e mestre em Desenvolvimento Social pela Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Professora da Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG), de 2017 a 2019. Graduada em Ciências Sociais.



vinculados ao programa, evidenciando o acerto conceitual do PMM, sobretudo considerando as cidades interioranas e com amplo território rural, e sua alta resiliência com as condições socioeconômicas da população. O programa ostenta benefícios passíveis de serem mensurados quanto à qualidade da Atenção Primária à Saúde até a retomada da medicina interiorizada, com potencial de enfrentamento dos desafios interpostos pelas desigualdades em saúde próprias da região.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos. Atenção Primária à Saúde. Mesorregião. Norte de Minas Gerais.

ABSTRACT

The Mais Médicos Program was implemented based on evidence that pointed to a scenario of deep shortage of doctors in Brazil, especially considering the difficulty of attracting and retaining these professionals in regions with greater health vulnerability. In this context, adding to the regional importance and historical relationship with the program, lies the North Mesoregion of the State of Minas Gerais. The present study has an analytical-descriptive character, based on data extracted from a theoretical framework and data collected from the MMP monitoring/supervision management database. The work brings a characterization of the region, correlating it with the implementation of the program and makes an analysis of the assistance coverage of the same in recent Years. In this analysis, it was observed that, in the Northern Mesoregion of Minas Gerais, the municipalities with the largest population contingent had a greater number of doctors linked to the MMP, despite the low correlation with the required Municipal HDI criterion, even with the correction for the population quantitative bias. The preliminary analysis of the PMM in the North of Minas indicates a relevant health contribution to Primary Health Care, with about 50% of the municipalities in the region, throughout the period studied, having doctors linked to the program, evidencing the conceptual success of the MMP, especially considering inland cities with a large rural territory, and their high resilience with the socioeconomic conditions of the population. The program has benefits that can be measured in terms of the quality of Primary Health Care until the resumption of internalized medicine, with the potential to face the challenges posed by health inequalities typical of the region.

Key words: Mais Médicos Program. Primary Health Care. Mesoregion. North of Minas Gerais.

RESUMEN

El Programa Mais Médicos fue implementado con base en evidencias que apuntaban a un escenario de profunda escasez de médicos en Brasil, sobre todo considerando la dificultad de atraer y retener a estos profesionales en regiones con mayor vulnerabilidad sanitaria. En este contexto, sumando a la importancia regional y la relación histórica con el programa, se encuentra la Mesorregión Norte del Estado de Minas Gerais. El presente

estudio tiene un carácter analítico-descriptivo, basado en datos extraídos de un marco teórico y datos recolectados de la base de datos de gestión de seguimiento/supervisión del PMM. El trabajo trae una caracterización de la región, correlacionándola con la implementación del programa y hace un análisis de la cobertura asistencial del mismo en los últimos años. En este análisis, se observa que, en la Mesorregión Norte de Minas Gerais, los municipios con mayor contingente poblacional tenían mayor número de médicos vinculados al PMM, a pesar de la baja correlación con el criterio del IDH Municipal exigido, incluso con la corrección por el sesgo cuantitativo de la población. El análisis preliminar del PMM en el Norte de Minas indica una contribución de salud relevante a la Atención Primaria de Salud, con cerca del 50% de los municipios de la región, a lo largo del período estudiado, contando con médicos vinculados al programa, evidenciando el éxito conceptual del PMM, considerando especialmente las ciudades del interior con gran territorio rural, y su alta resiliencia con las condiciones socioeconómicas de la población. El programa tiene beneficios que se pueden medir en términos de calidad de la Atención Primaria de Salud hasta la reanudación de la medicina internalizada, con potencial para enfrentar los desafíos que plantean las desigualdades en salud propias de la región.

Palabras clave: Programa Mais Médicos. Atención primaria de salud. Mesoregión. Norte de Minas Gerais.

1. INTRODUÇÃO

O Programa Mais Médicos (PMM) foi implementado em julho de 2013 por meio da Medida Provisória n.º 621, posteriormente convertida em Lei (12.871/2013), baseando-se em evidências que apontavam para um cenário de profunda escassez de médicos no país, sobretudo na Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2013).

Essas evidências demonstravam um número insuficiente de médicos por habitante no Brasil, em comparação a outros países, além de má distribuição no território brasileiro, dificuldade de atração e fixação de profissionais em regiões de maior necessidade sanitária e uma percepção social de que a carência assistencial era o principal problema do Sistema Único de Saúde (SUS) (CAMPOS, JUNIOR, 2016).

De acordo com GIRARDI et al. (2016), com a finalidade de sanar tais adversidades, o PMM foi estruturado a partir de três eixos de ação: i) provisão emergencial de médicos em distintas localidades do território brasileiro, com foco nas áreas com maior vulnerabilidade, e na redução das desigualdades distributivas; ii) profunda reestruturação na graduação e residência médica, com a ampliação da formação de cursos e vagas de

medicina; iii) investimento na infraestrutura da Atenção Básica no país, por meio da construção e reforma de Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O Norte do Estado de Minas Gerais é uma região caracterizada por possuir baixa densidade demográfica, marcada por desigualdade social, grandes distâncias entre municípios e extensas áreas rurais, sendo que compreende uma Mesorregião de saúde com 89 municípios e nove regiões de saúde, com população total de pouco mais de 1,5 milhão de habitantes (IBGE, 2010). A disparidade assistencial é marcante, ainda que no Plano de Desenvolvimento Regional conste que todos os municípios do Estado devam oferecer à sua população uma APS de qualidade, preferencialmente próxima às residências dos usuários. Segundo Magalhães e Lima (2012), a APS tem importante papel na rede de atenção à saúde, podendo ser o caminho para a (re)estruturação da saúde brasileira.

Nesse sentido, o presente trabalho objetiva caracterizar a Mesorregião Norte do Estado de Minas; analisar comparativamente o panorama da cobertura assistencial do PMM na região dos anos de 2019 a 2021, e discorrer sobre o impacto do programa à população assistida. Trata-se de estudo analítico-descritivo, com base em dados extraídos de referencial teórico e dados coletados em banco da gerência de acompanhamento/supervisão de PMM. O trabalho tem como finalidade indireta, ainda, evidenciar as modificações que o PMM enfrentou ao longo do período estudado, e possibilitar o auxílio em futuros planejamentos e direcionamentos das ações de saúde para além da região.

2. CARACTERIZAÇÃO DA MESORREGIÃO NORTE-MINEIRA E IMPLANTAÇÃO DO PMM

Tratar de temas regionais, na era da globalização, pode representar um grande desafio, por vezes até considerado "retrocesso". No entanto, o estudo regional tem sua relevância pautada num processo que não elimina as diferenças regionais, em certos casos até as intensifica. O termo região é permeado pela polissemia e ambiguidade, bem como pelos usos distintos que ele faculta (PEREIRA, 2006). O estudo regional permite

individualidade do entendimento daquilo que é próprio e característico, para que o planejamento, o manejo e o enfrentamento dos desafios sejam específicos e efetivos.

O Estado de Minas Gerais, localizado na região Sudeste do Brasil, ocupa uma área territorial de 586.521,123 km² (IBGE, 2019), com uma população de 21.292.666 de habitantes (IBGE, 2020) distribuídos em 853 municípios e, parafraseando Guimarães Rosa, é possível afirmar que "Minas são muitas" (ROSA, p. 287, 1970). Trata-se de um Estado marcado pela diversidade de suas regiões, que se expressa em suas características sociais, culturais, econômicas e sanitárias (PEREIRA, 2016).

As divisões do Estado em Mesorregiões e Microrregiões foram adotadas pelo IBGE, de acordo com a Resolução PR nº 11, de 05 de junho de 1990. Ambas respeitam os limites político-administrativos estaduais e municipais e apresentam, como objetivo central, a compilação e divulgação de dados estatísticos.

A Mesorregião é uma área individualizada em uma Unidade da Federação, que apresenta formas de organização do espaço geográfico definidas pelas seguintes dimensões: o processo social, como determinante; o quadro natural, como condicionante e a rede de comunicação e de lugares, como elemento da articulação espacial (IBGE, 1980). De acordo com essa classificação, Minas Gerais possui 12 Mesorregiões, sendo a Mesorregião Norte a de maior extensão territorial.

Nesse contexto de vasta extensão e diversidade regional "o Norte de Minas", região inicialmente identificada como "Sertão", constitui uma das mais singulares do Estado, seja pela sua localização geográfica, pelos problemas que apresenta ou, ainda, pelos diferentes discursos políticos e socioeconômicos que a ela fazem referência (PEREIRA, 2016). A Mesorregião Norte é caracterizada por baixa densidade demográfica, marcada por desigualdades sociais, grandes distâncias entre municípios e extensas áreas rurais, situação que remete aos diferentes processos de desenvolvimento socioeconômico das distintas áreas norte-mineiras, e tem ainda como uma das suas características mais marcantes o fato de localizar-se numa área de transição, tanto do ponto de vista físico, como socioeconômico. A Mesorregião Norte abriga 89 municípios, distribuídos em 7

microrregiões (Quadro 1), com estimativa populacional de 1.703.128 habitantes (IBGE, 2010).

Quadro 1- Municípios da Mesorregião Norte do Estado de Minas Gerais distribuídos em microrregiões.

Microrregião	Municípios		
Montes Claros	Patis	Brasília de Minas	Ubaí
	Ponto Chique	Campo Azul	Varzelândia
	São João da Lagoa	Capitão Enéas	Verdelândia
	São João da Ponte	Claro dos Poções	Luislândia
	São João do Pacuí	Coração de Jesus	Mirabela
	Ibiracatu	Francisco Sá	Juramento
	Japonvar	Glaucilândia	
	Montes Claros	Lontra	
Janaúba	Nova Porteirinha	Catuti	Serranópolis de Minas
	Pai Pedro	Espinosa	Mato Verde
	Porteirinha	Gameleiras	Monte Azul
	Riacho dos Machados	Jaíba	
	Janaúba	Mamonas	
Januária	Matias Cardoso	Bonito de Minas	São Francisco
	Miravânia	Chapada Gaúcha	São João das Missões
	Montalvânia	Cônego Marinho	Urucuia
	Pedras de Maria da Cruz	Icaraí de Minas	Januária
	Pintópolis	Itacarambi	
	Manga	Juvenília	

Salinas	Rio Pardo de Minas	Águas Vermelhas	Taiobeiras
	Rubelita	Berizal	Vargem Grande do Rio Pardo
	Salinas	Curral de Dentro	Novorizonte
	Santa Cruz de Salinas	Divisa Alegre	Montezuma
	Santo Antônio do Retiro	Fruta de Leite	Ninheira
	São João do Paraíso	Indaiabira	
Grão Mogol	Itacambira	Botumirim	Padre Carvalho
	Josenópolis	Cristália	Grão Mogol
Bocaiuva	Guaraciama	Francisco Dumont	Guaraciama
	Olhos-d'Água	Bocaiuva	Engenheiro Navarro
Pirapora	Pirapora	Buritizeiro	São Romão
	Riachinho	Ibiaí	Várzea da Palma
	Santa Fé de Minas	Jequitaiá	
	Lassance	Lagoa dos Patos	

Fonte: IBGE (2020).

Em função da referida extensão territorial, associada às desigualdades regionais, os avanços socioeconômicos e sanitários, historicamente, não aconteceram de forma homogênea no Estado, assim como no restante do país, afetando diretamente o equilíbrio da oferta de bens e serviços públicos na região. No caso específico da saúde, contemplada pela Constituição Federal de 1988 como um “direito de todos e dever do Estado”, deve ser garantida por políticas públicas e possuir acesso universal e igualitário.

Apesar dessas garantias, ainda são observadas grandes iniquidades em sua oferta e desempenho. As principais causas destas distorções são ocasionadas, na visão de Girardi (2011), pela ausência e pela distribuição geográfica irregular de médicos, o que

culminou em problemas persistentes por décadas, cuja resolução demandou a adoção de medidas e a formulação de políticas públicas específicas.

Dentre essas medidas, destaca-se a criação do Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, sua regulação por meio da Lei n.º 8.080/1990, que impôs ao Estado prover as condições indispensáveis ao pleno exercício da saúde, mediante a formulação e execução de políticas econômicas e sociais. Nesse contexto, destacam-se programas como o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS), o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) e o Programa Saúde da Família, depois, denominado, Estratégia Saúde da Família (ESF), visando proporcionar uma APS de qualidade à população, tendo como preceito responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades (MATTA, 2009).

No entanto, estes programas não impediram a recorrência de problemas na alocação de profissionais de saúde, sobretudo de médicos, observando-se concentração dos mesmos em centros urbanos, escassez ou acesso dificultado nas zonas rurais e distribuição desigual entre regiões geográficas e nos diferentes níveis de atenção à saúde (BOITEUX; SARTI; LIMA, 2020).

Deste modo, o governo federal criou estratégias para reduzir as desigualdades no acesso à saúde pública, principalmente na Atenção Primária, com destaque à Lei n.º 12.871/2013 que instituiu o PMM, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica e diminuir a carência de profissionais nas regiões de vulnerabilidade social, prioritárias para o SUS. A intenção desse programa consistia em reduzir as desigualdades regionais na área de saúde, fortalecer o acesso à atenção primária por meio da melhoria de infraestrutura das UBS e ampliar a capacitação profissional dos médicos no Brasil (BRASIL, 2013). Desse modo, o PMM definiu, na Portaria 1369/2013, as regiões de prioridade com ênfase em municípios de extrema pobreza, alta vulnerabilidade social e

Distritos Sanitários Indígenas (BRASIL, 2013). Sendo, neste contexto, implantado o PMM no Norte do Estado de Minas Gerais.

3. PANORAMA DA COBERTURA ASSISTENCIAL DO PMM NA MESORREGIÃO NORTE-MINEIRA DE 2019 A 2021

O Brasil possui uma razão de 2,18 médicos por mil habitantes, o que está aquém do necessário se comparado, por exemplo, a outros países detentores de sistema de saúde universal, como o Reino Unido (2,81), a Espanha (4,07) e o Canadá (2,61). O Brasil também fica atrás de países como os Estados Unidos (2,59) e o Uruguai (2,8). O Estado de Minas Gerais dispõe de 48.606 médicos para atender uma população de 21 milhões de pessoas, o que dá uma razão de 2,30 profissionais por mil habitantes (SCHEFFER, 2018).

A dificuldade de acesso à Atenção Básica atinge grande parte da população brasileira de regiões remotas, vulneráveis e nas periferias das grandes cidades, ocasionada em grande proporção pela dificuldade de atração, fixação e escassez de profissionais médicos. O PMM visa combater esta realidade, promovendo a permanência de equipes completas em regiões de alta rotatividade profissional, permitindo o acesso e a equidade nos serviços a populações historicamente com restrições de acesso, a exemplo da população Quilombola. Dessa forma, é possível evidenciar que o PMM objetiva contribuir com a redução de iniquidades, atendendo aos municípios mais necessitados, que possuem as mais baixas razões médico/habitante, em situação de miséria e com mais necessidades em saúde (MOLINA; TASCA; SUÁREZ, 2016).

Inicialmente, os critérios para adesão dos municípios prioritários para o provimento emergencial do PMM eram mensurados por indicadores de vulnerabilidade baseados no Produto Interno Bruto, na cobertura de planos de saúde, no número de residentes em área rural, na extrema pobreza, no percentual de beneficiários do Bolsa Família, nas horas trabalhadas por médicos na atenção básica, no percentual de leitos por mil habitantes e na fixação médica. Contudo, a partir de 2015, o Ministério da Saúde passou a adotar outros critérios para adesão dos municípios ao programa, com a descrição de oito perfis

de vulnerabilidade baseados em proporções de setores censitários com população em extrema pobreza. Neste cenário, o número de médicos vinculados ao programa aumentou de 14.168 para 18.240, e o número de municípios de 3.785 para 4.028, correspondendo a 73% das cidades do Brasil (CAVALCANTE, 2020).

Pode-se observar que a quantidade de equipes da ESF aumentou no país em percentual superior a 10%, no período compreendido entre maio de 2013 e maio de 2014. A cobertura populacional do PMM nos 10 primeiros meses era de cerca de 30 milhões de pessoas, especialmente em municípios caracterizados como 20% de maior pobreza (KEMPER, MENDONÇA, SOUSA, 2016).

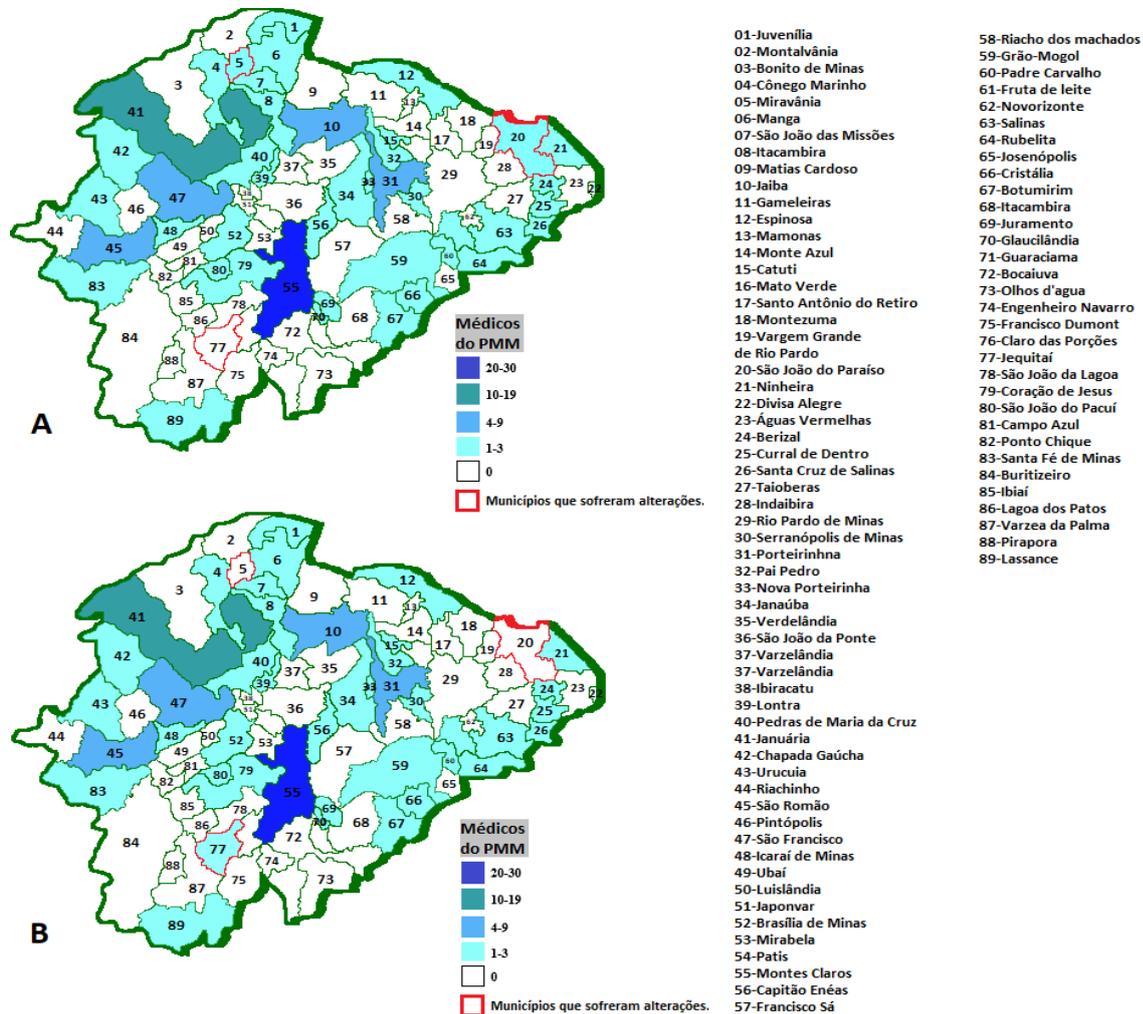
Nesse sentido, o presente trabalho fez um levantamento comparativo, considerando o panorama de cobertura do PMM na Mesorregião Norte do Estado de Minas Gerais, nos anos de 2019, 2020 e 2021, a partir de um estudo descritivo, com base na distribuição dos profissionais médicos a serviço do programa, na região.

De acordo com os dados coletados, em 2019, constatou-se a atividade de 114 médicos vinculados ao PMM, em 45 dos 89 municípios que compõem a Mesorregião Norte do Estado, ou seja, o programa estava ativo em 50,5% dos municípios da região, observando-se uma predominância da distribuição de um a dois médicos do PMM por município, havendo somente oito cidades fora deste padrão (Figura 1A).

Em 2020, foi identificada uma redução do número de médicos vinculados ao programa, estando em atividade, na ocasião, 109 profissionais, em 44 dos 89 municípios, ou seja, o PMM passou a estar ativo em 49,4% dos municípios da região (Figura 1B). No ano de 2021, a base de dados mostra em atividade 127 médicos, não só superando a relação de integrantes do programa no ano anterior, como também excedendo os registros do ano de 2019. Associado a esse fato, houve um aumento no número total de municípios participantes para 46, passando o programa a englobar 51,6% do total de municípios do Norte de Minas Gerais (Figura 1C).

Considerando ainda os anos de 2020 e 2021, foi possível observar que o predomínio de um a dois médicos do PMM por localidade, demonstrada em 2019, persistiu, com apenas nove municípios fugindo desse padrão.

As localidades que mais receberam profissionais vinculados ao PMM no ano de 2019, em ordem decrescente, foram Montes Claros, Januária, São Francisco e Porteirinha. Em 2020, Jaíba assumiu a 4ª posição, em substituição à cidade de Porteirinha, com o maior influxo de profissionais médicos do programa, na região. No ano de 2021, as cidades com maior poder de captação de profissionais do programa foram, em ordem decrescente, Montes Claros, Januária, São Francisco e Porteirinha, tendo, as duas últimas cidades, o mesmo número de médicos.



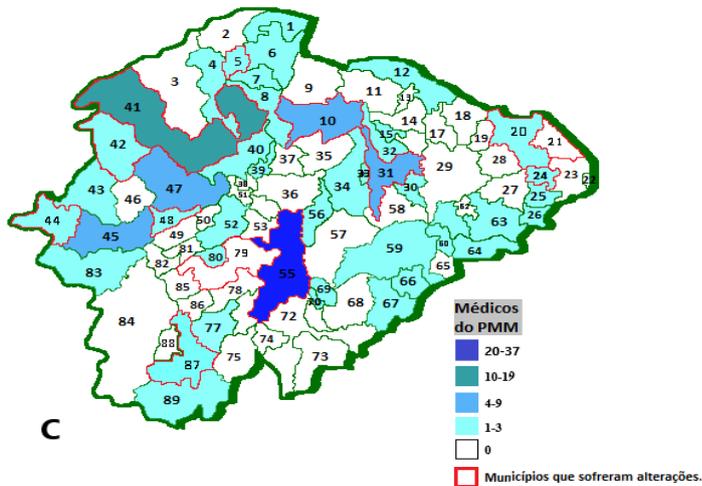


Figura 1. (A) Distribuição de médicos do Programa Mais Médicos por município, Norte de Minas Gerais, agosto de 2019. (B) Distribuição de médicos do Programa Mais Médicos por município, Norte de Minas Gerais, junho de 2020. (C) Distribuição de médicos do Programa Mais Médicos por município, Norte de Minas Gerais, julho de 2021. Fonte: Elaboração própria com base em: <https://www.brasilchannel.com.br/municipios/index.asp?nome=Minas+Gerais®iao=Norte>. Acesso em: 01 jul. 2021.

De acordo com NETTO et al. (2018), o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é um índice capaz de classificar os municípios pelo seu grau de desenvolvimento humano, levando em conta as dimensões saúde, educação e renda. Os indicadores usados para retratar estas dimensões baseiam-se em uma escala numérica que varia de 0 a 1, sendo que, quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano, sendo que 0 a 0,499 classifica o IDHM como Muito Baixo, 0,5 a 0,599 pertence à categoria IDHM Baixo, 0,6 a 0,699 IDHM Médio, 0,7 a 0,799 é IDHM Alto e de 0,8 a 1 é classificado com IDHM Muito Alto.

Com base nos dados referentes ao ano de 2020, no presente estudo, observou-se que, no Norte do Estado de Minas Gerais, nos municípios com IDHM classificado como baixo (12 municípios), havia predomínio de 1 médico vinculado ao PMM por município. No entanto, 4 cidades apresentaram um número maior de profissionais, divergindo dessa realidade, uma contendo 3 e as demais contendo 2, cada uma. Com relação ao IDHM médio (31 municípios) haviam 15 municípios com um total de 1 médico do programa por município, 9 apresentavam 2 médicos por município, 3 apresentavam 3 médicos, São Romão, 4 médicos, São Francisco, 5 médicos, Jaíba, 6 médicos e, por fim, Januária

apresentando um total de 13 médicos. Já em relação à cidade com IDHM Alto, Montes Claros apresentou um valor absoluto de 22 médicos vinculados ao PMM (quadro 2).

Vale salientar que, em caráter de exceção, Janaúba, o terceiro município mais populoso da região, com 71.648 habitantes, apresentou, nesse período, apenas 1 médico vinculado ao PMM. Enquanto que Santa Fé de Minas, uma das cidades menos populosas, com 3.846 habitantes, abrigou 2 médicos vinculados ao programa.

Quadro 2. Número de profissionais do Programa Mais Médicos, População, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e Classificação do IDHM (2020).

Microrregião	Município	Profissionais do PMM	População	IDHM	Classificação do IDHM
Montes Claros	Montes Claros	22	409.341	0,770	Alto
	Capitão Enéas	2	15.234	0,639	Médio
	Brasília de Minas	2	32.347	0,656	Médio
	Glaucilândia	1	3.150	0,679	Médio
	Itacambira	1	5.385	0,628	Médio
	Coração de Jesus	1	26.602	0,642	Médio
	São João do Picuí	2	4.419	0,625	Médio
	Ibiracatu	1	5.400	0,591	Baixo
	Juramento	1	4.331	0,699	Médio
Montes Claros	Porteirinha	3	37.906	0,651	Médio
	Jaíba	6	38.909	0,638	Médio
	Gameleiras	2	5.109	0,650	Médio
	Espinosa	2	31.617	0,627	Médio
	Manga	2	18.407	0,642	Médio
	Conego Marinho	3	7.642	0,621	Médio



Janaúba	Janaúba	1	71.648	0,696	Médio
	Catuti	1	4.986	0,621	Médio
	Pai Pedro	1	6.089	0,590	Baixo
	Serranópolis de Minas	1	4.781	0,633	Médio
	São João das Missões	2	13.014	0,529	Baixo
	Pedras de Maria da Cruz	1	12.107	0,614	Médio
	Juvenília	2	5.724	0,592	Baixo
	Nova Porteirinha	1	7.500	0,641	Médio
Januária	Januária	13	67.742	0,658	Médio
	São Francisco	5	5/6.323	0,638	Médio
	Pintópolis	3	7.507	0,594	Baixo
	Chapada Gaúcha	2	13.680	0,635	Médio
	Icaraí de Minas	2	11.990	0,624	Médio
	Urucuia	1	16.865	0,619	Médio
Salinas	Salinas	3	41.527	0,679	Médio
	Santa Cruz de Salinas	1	4.142	0,577	Baixo
	Berizal	1	4.735	0,604	Médio
	Curral de Dentro	2	7.729	0,585	Baixo
	Fruta de leite	1	5.369	0,544	Baixo
	Ninheira	1	10.295	0,556	Baixo
	Rubelita	1	5.995	0,582	Baixo
	Grão Mogol	1	15.836	0,604	Médio

Grão Mogol	Padre Carvalho	1	6.378	0,599	Baixo
	Cristália	1	5.971	0,583	Baixo
	Botumirim	1	6.319	0,602	Médio
Pirapora	São Romão	4	12.337	0,640	Médio
	Jequitaiá	1	7.531	0,643	Médio
	Santa Fé de Minas	2	3.846	0,615	Médio
	Lassance	1	6.512	0,629	Médio
Total		109	999.978	-	-

Fonte: Base de dados da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, 2020; IBGE (2019).

Com base nos dados levantados, referentes ao ano de 2020, evidenciou-se que os municípios com maior volume populacional no Norte de Minas, apresentam um número superior de médicos vinculados ao PMM, o que condiz com a proposta de equidade de suprimento quanto à demanda numérica desses profissionais.

No entanto, a condição do IDHM, valor que reflete um padrão de carência no desenvolvimento, não se relaciona diretamente com a disponibilidade de profissionais vinculados ao programa. Esse fato contribui para perdurar a discrepância na desigualdade distributiva de médicos do PMM entre os municípios, sendo que as cidades de maior porte, já detentores de um bom IDHM e de uma boa qualidade de saúde, recebem uma quantidade superior de profissionais participantes do PMM, em detrimento das cidades de pequeno porte que, apesar de apresentarem baixos níveis de IDHM e qualidade de saúde precária, exibem um número restrito de profissionais vinculados ao programa, aquém da proporção numérica populacional.

4. IMPACTO DO PMM

ALENCAR et al. (2016), em estudo envolvendo o nordeste do Brasil, evidenciou que dentro do período de 2011 a 2014, houveram mudanças substanciais nos indicadores de saúde nos municípios que aderiram ao PMM, como aumento no número absoluto de

consultas, aumento de atendimentos a pessoas com tuberculose e hanseníase, aumento das visitas domiciliares de médicos, redução na solicitação de exames e aumento de consultas de pré-natal.

De acordo com NETTO et al. (2018), com a implantação do PMM, considerando o quantitativo nacional nos municípios participantes, nos meses de janeiro de 2013 e janeiro de 2015, o crescimento no número de profissionais médicos atuantes na atenção primária foi de 33%; nos demais, onde não houve a implantação do programa, de apenas 15%. Nesse contexto, se comparados os dois padrões de crescimento, houve uma diferença de 18% a mais para os municípios participantes. Embora não seja o único fator, o PMM pode ter influenciado nessa diferença.

NETTO et al. (2018), tendo como base o panorama nacional, identificaram uma redução da porcentagem de hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em municípios que aderiram ao PMM (de 44,9% em 2012 para 41,2% em 2015, uma diminuição de 8,8%). Em contrapartida, de acordo com os mesmos autores, a taxa permaneceu inalterada durante o período nos municípios sem o programa.

Estudo de NOGUEIRA et al. (2016) sugere aumento da demanda para novas contratações, considerando uma reação a expressiva predominância de municípios que receberam entre 1 e 5 médicos e que vislumbram uma melhoria na efetividade da assistência.

Houve melhora em muitos aspectos relativos à APS como impacto do PMM, tal como o aumento da cobertura da ESF, maior presença de médicos na APS, diminuição de gastos com assistência farmacêutica, adesão da população aos serviços, além de mudanças ocorridas nas faculdades de medicina e expansão das vagas de residências em Medicina de Família e Comunidade.

Para RUSSO et al. (2020), com a elevação da cobertura do PMM no Brasil, seu benefício não se restringiu apenas ao âmbito da atenção primária. Baseando-se num indicador de saúde, mais especificamente os valores referentes às internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), foram analisados 5.570 municípios brasileiros, estes apresentando pelo menos 50% dos médicos da atenção primária

vinculados ao PMM, no período de 2008 a 2016. A pesquisa conclui que em todas as faixas etárias, as taxas de ICSAP apresentaram uma significativa redução ao longo do período analisado. Para a população de 0 a 64 anos, registrou-se uma redução de 22,6% nas taxas de internações de 2008 a 2016. Já em termos de magnitude, verificou-se um efeito maior em crianças de 0 a 4 anos, indicando que os municípios onde pelo menos 50% dos médicos da APS eram provenientes do PMM tiveram uma redução de 13,38 por 10.000 habitantes nas taxas de internações.

Em se tratando da alta rotatividade anteriormente evidenciada, um estudo utilizou-se da metodologia de *clusters* espaciais para analisar as taxas de rotatividade de profissionais médicos, a partir de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde (CNES). O estudo evidenciou uma drástica redução na rotatividade médica em regiões que, antes da implantação do PMM, apresentavam valores elevados. Somando-se a isso, houve a manutenção desses baixos valores nos anos subsequentes. Ademais, embora a análise não tenha sido focada unicamente nos municípios com PMM, foi possível verificar uma modificação no panorama do país após o início do programa (BARBOSA, 2018).

Barbosa (2018), considerando ainda a avaliação da rotatividade, debruçou-se sobre o tempo de permanência médio, em anos, dos profissionais médicos nas equipes de atenção básica. Observou-se que nos anos que seguem a implantação do programa, houve uma inversão de tendência nos dados da série. Mesmo tomando as necessárias precauções para evitar uma associação espúria, é possível observar que o tempo de permanência médio dos médicos nas equipes da APS, que vinha em tendência de queda, a partir de 2014 se inverteu na maior parte das regiões brasileiras.

Dados do estudo de SANTOS et al. (2017), mostraram que o programa conseguiu fornecer um maior número de médicos e de cuidados primários de saúde às populações remotas e carentes, além de possibilitar um aumento na cobertura de cuidados de saúde primários. A implantação do programa também coincidiu com mudanças importantes na atenção à saúde, como a redução das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária, o que pode refletir mudanças positivas nas

práticas de APS. O programa também parece estar vinculado a medidas de médio e longo prazo, como maiores investimentos em unidades básicas de saúde, infraestrutura e equipamentos.

No período posterior à implantação do programa, foi registrado aumento no número de vagas para faculdades de medicina no Brasil, resultando em uma distribuição geográfica mais equitativa das mesmas.

MARTIN et al. (2020), em relação ao Estado de Minas Gerais, observaram que o PMM trouxe diversos avanços para o desempenho da APS, como aumento do número de médicos nesta modalidade de atendimento, expansão das equipes da ESF, ampliação da cobertura da APS com maior agilidade, aumento do número de consultas, expansão do número de procedimentos da atenção básica e redução das internações sensíveis à APS. Ademais, verificaram que municípios em vulnerabilidade muitas vezes não possuem infraestrutura e recursos financeiros para receber esses profissionais, ou seja, o município recebe a política do governo federal, mas não possui as condições adequadas para retornar e cumprir suas metas de forma eficaz.

Contudo, apesar dos municípios que aderiram ao PMM ainda possuírem condições socioeconômicas inferiores a seus pares, justificando a sua aderência, houve uma melhora em diversos indicadores da atenção básica em Minas Gerais. Demonstrando, assim, a importância dessa política pública para diminuição das iniquidades de saúde no Brasil, principalmente no que se refere aos recursos humanos médicos e à atenção básica.

Em relação à Microrregião Norte do Estado de Minas Gerais, não há dados disponíveis, até o momento, sobre o impacto do PMM na região.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na mesorregião Norte-mineira, nos últimos anos, observou-se que os municípios com maior volume populacional apresentam um número superior de médicos vinculados ao PMM, o que condiz com a proposta de equidade do programa. No entanto, a condição do IDHM não se relaciona diretamente com a disponibilidade de profissionais vinculados ao programa, pois as cidades detentoras de um bom IDHM recebem uma quantidade

superior de profissionais, em detrimento das cidades de que apresentam baixos níveis de IDHM e qualidade de saúde precária, mesmo que descartado o viés de número populacional.

A análise preliminar do PMM no Norte de Minas indica um relevante aporte sanitário para a Atenção Primária à Saúde, sendo que cerca da metade dos municípios da região, ao longo do período estudado, tiveram médicos vinculados ao programa, evidenciando o acerto conceitual do deste, sobretudo considerando as cidades interioranas e com amplo território rural, bem como sua alta resiliência com as condições socioeconômicas da população.

O programa ostenta benefícios passíveis de serem mensuráveis quanto à qualidade da Atenção Primária à Saúde até a retomada da medicina interiorizada, com potencial de enfrentamento dos desafios interpostos pelas desigualdades em saúde próprias da região. Cabe destacar, ainda, que mesmo após oito anos da ratificação do PMM persiste um movimento de sua reestruturação para fins de aprimoramento sistemático.

Por fim, vale ressaltar que estudos sobre o impacto do PMM na Mesorregião Nortemineira devem ser desenvolvidos, considerando a histórica relação da região como o programa, num contexto de pioneirismo em relação à APS.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Ana. P. A., et al. Impacto do programa mais médicos na atenção básica de um município do sertão central nordestino. **Gestão e Sociedade**, v. 10, n. 26, p. 1290-1301, 2016.

BARBOSA, Allan C. Q., et al. Programa Mais Médicos: como avaliar o impacto de uma abordagem inovadora para superação de iniquidades em recursos humanos. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e185, 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, promulgada em 05 de outubro de 1988. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em 05 de dezembro julho de 2020.

BRASIL. Portaria Interministerial Nº 1.369, de 8 de Julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Programa Mais Médicos para o Brasil. **Diário Oficial da União** 2013; 9 jun. 2013.

BOITEUX, Pablo. D. A., SARTI, Thiago. D., LIMA, Rita. D. C. D. Programa Mais Médicos: contribuições aos processos de trabalho e desafios para a integralidade do cuidado na



Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2149, 2020.

CAMPOS, Gastão. W. D. S., JÚNIOR, N. P. A atenção primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2655-2663, 2016.

CAVALCANTE, Denise. D. F. B, et al. Impacto financeiro da alteração do perfil de vulnerabilidade no Programa Mais Médicos. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 148, 2020.

GIRARDI, Sábado. N., et al. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. **Observa RH**, p. 171-186, 2011.

GIRARDI, Sábado. N., et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21, 2675-2684, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Divisão regional do Brasil em mesorregiões e microrregiões geográficas**. Rio de Janeiro: IBGE, v. 1, 1980.

_____. **Censo Demográfico 2010** características da população e domicílios. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf. Acesso em: 31 de agosto de 2019.

_____. **Censo 2019 e IDHM 2010**. Disponível em:

<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html>. Acesso em: 31 Agosto de 2020.

_____. **Censo 2020**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em 06 de setembro de 2021.

KEMPER, Elisandrea S., MENDONÇA, Ana V. M., SOUSA, Maria Fátima de. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 21, n. 09, pp. 2785-2796, 2016.

Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera a Lei 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil Brasília, DF, 22 out. 2013a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm. Acesso em: 16 fev. 2019.

MAGALHÃES, Sandra C. M., LIMA, Samuel C. Cenário da Rede de Saúde no Norte de Minas Gerais. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**. v. 8, n. 15, 21 dez. 2012.

MARTIN, Débora. G., et al. Programa Mais Médicos e indicadores da Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais (2013-2015). **Revista Eletrônica de Administração**, v.26, n.2, p. 352-380, 2020.

MATTA, Gustavo. C., et al. Atenção primária à saúde. **Dicionário da educação profissional em saúde**, v. 2, p. 44-50, 2009.



Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 9 jul. 2013b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/mpv/mpv621.htm. Acesso em: 10 fevereiro de 2019.

MOLINA, Joaquín. TASCA, Renato. SUÁREZ, Julio. Monitoramento e avaliação do Projeto de Cooperação da OPAS/OMS com o Programa Mais Médicos: reflexões a meio caminho. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 21, n. 09, 2016.

NETTO, José. J. M., et al. Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Pública**, 42, e2, 2018.

NOGUEIRA, Priscila. T. A., et al. Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 09, 2889-2898, 2016.

PEREIRA, Anete. M. Múltiplos Olhares sobre a Região Norte de Minas. **Revista Cerrados**, v. 4, n.1, p. 23-41, 2006.

ROSA, João G. **Ave, palavra**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1970.

RUSSO, Letícia. X., et al. Efeito do Programa Mais Médicos sobre internações sensíveis à atenção primária. **Revista Panamericana de Salud Pública**, 44, 2020.

SANTOS, Leonor. M. P., et al. Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 95, n. 2, p. 103, 2017.

SCHEFFER, M., et al. **Demografia médica no Brasil 2018**. [S.l: s.n.], 2018.

Submissão: Outubro 2021

Publicação: Dezembro 2021