

Monitoramento e avaliação do Projeto de Cooperação da OPAS/OMS com o Programa Mais Médicos: reflexões a meio caminho

Monitoring and evaluation of the PAHO/WHO cooperation project, the *Mais Médicos* (More Doctors) Program: a mid-term assessment

Joaquín Molina¹
Renato Tasca¹
Julio Suárez¹

Abstract Working relations between the Pan-American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO) and Brazilian health institutions accumulated a long history of cooperation with mutual benefits, which in many cases were shared with other nations under various cooperation frameworks among countries for health development. A milestone in this relationship is the technical cooperation provided by PAHO/WHO to the More Doctors Program (Programa Mais Médicos - PMM). This cooperation has added both strategic value in reducing gaps in health equality and has capitalized on the unique nature of the Cuba-Brazil South-South cooperation experience, triangulated through PAHO/WHO. This paper discusses PAHO/WHO's role in the evaluation of its technical cooperation within PMM. A Monitoring and Evaluation (M&E) Framework has been developed in order to progressively identify the advances in coverage and quality of primary health care provided by the Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS) through the PMM. Special attention was given to identify best practices in health services, to analyze results and impacts of the PMM, and to manage and share knowledge that has been produced by its implementation, through a web-based knowledge platform. Some relevant results of PMM are briefly presented and discussed.

Key words More Doctors, Primary Health Care, Health Policy Evaluation

Resumo As relações de trabalho entre a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) e as instituições de saúde do Brasil têm uma longa história de cooperação com benefícios mútuos que, em muitos casos, foram compartilhados com outras nações sob diversos enfoques de cooperação entre os países para o desenvolvimento da saúde. Um marco nesta relação é a cooperação técnica prestada ao Programa Mais Médicos (PMM). Esta cooperação agrega valor estratégico na redução das lacunas em matéria de igualdade de saúde e capitaliza a natureza única da experiência de cooperação Sul-Sul entre Cuba e Brasil, triangulada através da OPAS/OMS. Este artigo discute o papel da OPAS/OMS na avaliação da sua cooperação técnica com o PMM. Foi desenvolvido um marco de monitoramento e avaliação, visando identificar progressivamente os avanços na cobertura e qualidade dos serviços de atenção básica proporcionados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) por meio do PMM. Especial atenção foi dedicada à identificação das melhores práticas nos serviços de saúde, à análise dos resultados e impactos do PMM, e à gestão e divulgação dos conhecimentos produzidos pela sua implementação, através de plataforma de conhecimento. Alguns resultados relevantes do PMM são sinteticamente apresentados e discutidos.

Palavras-chave Mais Médicos, Atenção primária à saúde, Avaliação de políticas de saúde.

¹ Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS). Setor de Embaixadas Norte, Lote 19. 70800-400 Brasília DF Brasil. molinajo@paho.org

Introdução

“O importante é jamais parar de questionar”. Esta frase, atribuída a Albert Einstein, resume o sentido do processo que vem sendo desenvolvido pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) para monitorar e avaliar o Projeto de Cooperação com o Programa Mais Médicos (PMM). É preciso fazer perguntas pertinentes e obter respostas que auxiliem a OPAS/OMS a tomar as decisões mais adequadas ao Projeto. Ao mesmo tempo, é indispensável gerar conhecimentos valiosos a fim de aperfeiçoar o Sistema Único de Saúde (SUS) e melhorar a vida da população beneficiária, bem como estabelecer critérios de práticas para a contratação e a mobilização internacional dos profissionais médicos.

Da mesma forma, tendo em vista sua natureza de organismo internacional de cooperação em saúde, a OPAS/OMS espera que as lições aprendidas em decorrência dessa avaliação sejam úteis a outros países das Américas, empenhados na ampliação e no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde¹.

Dentre as indagações levantadas quando decidimos realizar este trabalho, quatro foram selecionadas com vistas a balizar nossas ideias e identificar os meios indispensáveis à execução dessa tarefa: “o que”, “quando”, “onde” e “como”. Nosso propósito foi delimitar, da melhor maneira possível, o objetivo da avaliação, e definir o marco temporal, os espaços, e as estratégias e seus componentes.

O Projeto de Cooperação da OPAS/OMS (PCMM) com o PMM é um instrumento complexo, pois implica grande mobilização de recursos humanos e financeiros submetidos a uma permanente negociação e coordenação entre as partes envolvidas – nação, estados, municípios, organizações da comunidade e de cooperação internacional – a fim de se alcançar o êxito dessa intervenção sanitária de grande escala, destinada a fortalecer a Estratégia Saúde da Família e o SUS.

No presente artigo, apresentamos brevemente as ideias centrais e as reflexões que orientaram o desenvolvimento do processo, além dos resultados obtidos até o momento. Do mesmo modo, listamos as expectativas futuras e também nossas dúvidas e preocupações sobre o assunto, algumas das quais ainda não foram esclarecidas porque exigem um maior tempo de vida do PMM² e do PCMM³.

A primeira pergunta que nos fizemos foi sobre o que deveria ser objeto de monitoramento

e avaliação. Ao mesmo tempo, reconhecemos a importância de estabelecer limites a esse processo. Não se tratava de avaliar a estratégia nacional, mas sim, pontuar os avanços e dimensionar os resultados do Projeto, tendo sempre em mente que tal exercício geraria desafios e também oportunidades para melhorar o Programa.

Os limites entre o PMM e o PCMM são, em certas áreas, imprecisos. O objetivo principal do Projeto é assegurar a presença de médicos nas equipes de saúde de Atenção Básica mediante a mobilização de médicos cubanos para o Brasil e, simultaneamente, comprometer-se com o desempenho bem-sucedido destes profissionais nos serviços de saúde, gerando, assim, uma articulação indissolúvel entre o Programa e o Projeto de Cooperação.

Para ilustrar melhor a complexidade das relações entre as partes envolvidas e os limites e convergência de responsabilidades entre ambos, utilizamos as categorias clássicas propostas por Avedis Donabedian⁴ para a avaliação da qualidade dos serviços em saúde: estrutura, processo e resultados (Quadro 1). Definimos indicadores de medição para cada uma delas, para que permitissem não só entender melhor as áreas de sobreposição entre o Programa e o Projeto, como também considerar as articulações e as sinergias existentes entre eles.

A avaliação da estrutura do PCMM está quase que integralmente sob responsabilidade da OPAS/OMS. O objetivo da medição diz respeito a quem são, quantos são, e onde e como se inserem e trabalham os médicos cubanos. A execução do financiamento do Projeto, que permite a vinda e a movimentação dos médicos, está igualmente sob responsabilidade da OPAS/OMS. Por outro lado, cabe reconhecer a existência de responsabilidades compartilhadas entre a OPAS/OMS e os ministérios da Saúde do Brasil e de Cuba, tais como as decisões tomadas na instância tripartite após revisão da gestão coordenada entre as três partes sobre a localização e a movimentação dos médicos.

Quanto aos processos, é notável a convergência de interesses compartilhados entre o PCMM e o PMM. Cabe destacar a quantificação dos serviços prestados, a capacitação e a avaliação dos médicos cooperados (médicos cubanos mobilizados por meio da cooperação da OPAS/OMS), o trabalho com as equipes de atenção básica e a coordenação com outras unidades e serviços da rede de atenção, casos nos quais as responsabilidades são compartilhadas, uma vez que os médicos trabalham no âmbito do SUS.

Quadro 1. Variáveis para o monitoramento e avaliação do PCMM segundo categorias.

Estrutura	Processo	Resultados
<ul style="list-style-type: none"> - Mobilização e alocação dos médicos; - Administração dos recursos financeiros; - Sistema de governança tripartite. 	<ul style="list-style-type: none"> - Produção de serviços na atenção básica (consultas, procedimentos, atividades de promoção e prevenção na comunidade); - Trabalho em equipe - Coordenação com a rede de serviços; - Capacitação em serviço dos médicos em cursos de especialização. 	<ul style="list-style-type: none"> - Redução das desigualdades na atenção à saúde; - Resultados sanitários; - Qualidade da atenção; - Satisfação da população; - Fortalecimento do sistema de saúde; - Mudança no paradigma da formação médica.

Algo semelhante ocorre com a medição dos resultados. O desempenho dos profissionais, sua aceitação por parte da comunidade médica, a qualidade de seu trabalho, a contribuição para a implementação do modelo de atenção à saúde da família e os resultados sanitários atribuíveis ao seu trabalho são de interesse comum ao PMM e ao PCMM e são, necessariamente, avaliados por todos os parceiros.

O monitoramento e a avaliação do PCMM não são processos alheios à execução do PMM. Os resultados da avaliação interessam e reúnem os executores de ambos os projetos na elaboração de análises, na caracterização do desempenho e nos resultados atribuíveis a essa intervenção.

A segunda pergunta tratou dos prazos relativos ao processo de monitoramento e avaliação. A gestão estratégica exige que, dentro dos períodos cabíveis, obtenhamos informações confiáveis sobre os avanços e os êxitos alcançados, bem como sobre as dificuldades enfrentadas, o que é particularmente importante para se avaliar o impacto sanitário das intervenções do PMM. Frequentemente, esses elementos terminam por provocar tensões entre os tempos políticos e técnicos. A fim de superar essas dificuldades, os resultados obtidos em curto e médio prazo são devidamente documentados, tais como melhoria do acesso e da cobertura, equidade, resolutividade, continuidade e integralidade da atenção, e satisfação dos usuários. Será necessário contar com mais tempo para poderemos avaliar o impacto sobre os indicadores de mortalidade, morbidade, qualidade da atenção e, inclusive, sobre a sustentabilidade do projeto (Figura 1).

A seleção dos espaços territorial e populacional com vistas ao monitoramento e avaliação constituiu uma terceira linha orientadora desse processo. O PCMM está presente nas 27 unida-

des federativas do país, em cerca de 4.000 municípios e em 34 distritos indígenas. O Brasil é um país grande e diversificado e, por isso, o PMM se desenvolve em realidades distintas que condicionam sua atuação. Os médicos cooperantes trabalham em municípios grandes e populosos – como São Paulo – e também em municípios pequenos com menos de 5.000 habitantes, em zonas urbanas e rurais, em comunidades urbano-marginais, indígenas e quilombolas, culturalmente muito diferentes entre si.

Em alguns municípios, os cooperantes representam 100% dos médicos que atuam na atenção básica, enquanto que em outras localidades equivalem apenas a 5% ou menos. Em certas unidades de saúde, trabalham juntamente com médicos brasileiros e de outras nacionalidades, mas em algumas outras instalações constituem a totalidade dos médicos presentes.

Essas diferenças são importantes no momento de se proceder às análises comparativas dos resultados entre os diversos territórios. A solução encontrada foi estratificar o universo de atuação do PCMM e combinar metodologias quantitativas e qualitativas durante o monitoramento e a avaliação. Foram definidos critérios para medir as mudanças e as diferenças entre regiões e municípios, complementando esta análise com estudos de caso, os quais permitem aprofundar as experiências e melhor documentar aqueles avanços difíceis de serem exibidos por meio de expressões quantitativas.

Finalmente, foi necessário responder à grande questão sobre como obter um processo eficaz de monitoramento e avaliação do PCMM considerando o contexto específico no qual o Projeto fora iniciado e estava se desenvolvendo no país, onde posicionamentos de natureza política contra certas instituições governamentais e critérios

corporativistas pontuaram um comportamento midiático complexo, com atores tanto favoráveis quanto contrários ao Programa e, por extensão, ao Projeto.

A decisão técnica adotada foi desenvolver uma estratégia que levasse em conta múltiplas fontes de informação e conhecimentos sobre o avanço e os resultados do PMM, além de estudos próprios realizados durante a execução do Projeto. Para tanto, a OPAS/OMS formulou o “Quadro de Monitoramento e Avaliação do Projeto de Cooperação da OPAS/OMS com o Programa Mais Médicos”⁵, que contempla três “macro áreas” de trabalho (Figura 2).

A primeira macro área está sob responsabilidade direta da Organização, centrada no monitoramento do processo de inserção, distribuição, retenção e capacitação dos médicos cooperantes. A segunda trata do desempenho e das condições de trabalho dos profissionais nos serviços de atenção básica e dos resultados sanitários associados a seu desempenho. A terceira tem como objetivo avaliar o impacto e a sustentabilidade do PCMM. Para atingir os objetivos nas macro áreas 2 e 3, a OPAS/OMS utiliza o conhecimento gerado pelos estudos realizados por instituições acadêmicas e de pesquisa, principalmente brasileiras, e estabelece acordos de cooperação com

algumas delas e com os gestores do SUS responsáveis pelo PMM.

Por iniciativa do Escritório Regional da OPAS/OMS, foi criado um grupo de assessoria-

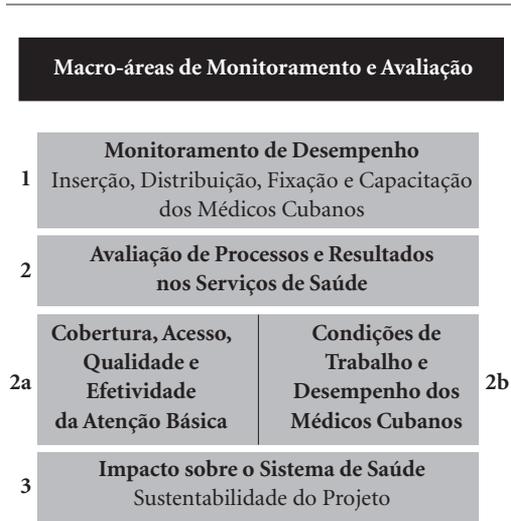


Figura 2. Marco de Monitoramento e Avaliação do Projeto de Cooperação da OPAS/OMS com o Programa Mais Médicos.

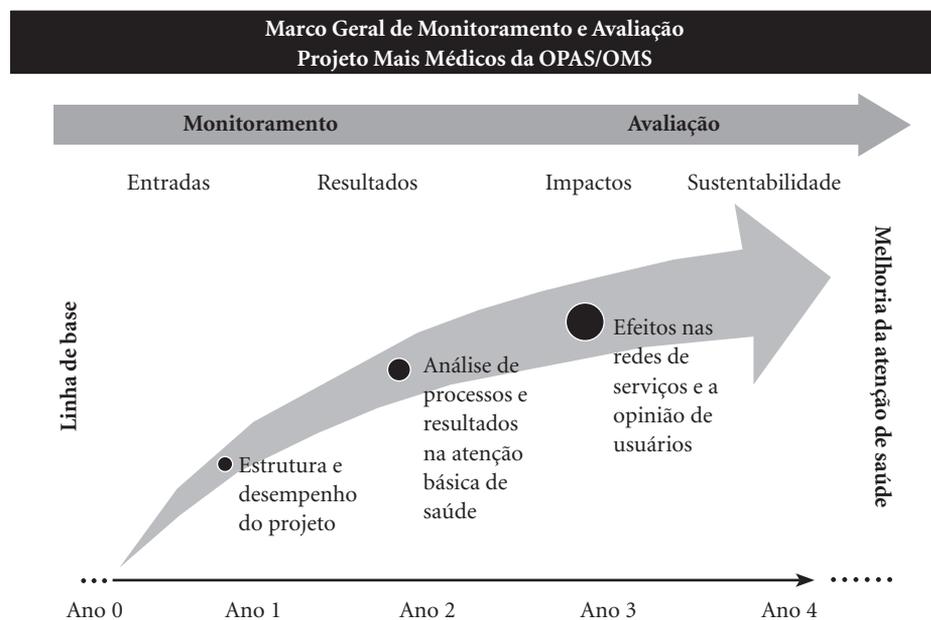


Figura 1. Horizonte temporal do monitoramento e avaliação segundo categorias.

mento, composto por especialistas internacionais, que acompanha o processo de monitoramento e avaliação, com capacidade de apresentar recomendações voltadas ao aperfeiçoamento do referido processo.

Após quase três anos de vida do PMM, é possível constatar importantes avanços na consecução dos objetivos e metas estabelecidos pelo mesmo.

Construímos sólidas parcerias com instituições acadêmicas e de pesquisa do país, com gestores dos diferentes níveis do SUS e com a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), em sua condição de associação representativa do movimento sanitário brasileiro. Juntamente com essas instituições, trabalhamos em várias direções, realizando estudos que utilizam metodologias quantitativas e qualitativas, o que permite mensurar avanços, bem como identificar e promover boas práticas e experiências bem-sucedidas.

Foi estabelecida uma parceria com a “Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco”⁶, com o fim de promover a realização de trabalhos que avaliem diferentes experiências do PMM e que sejam de interesse para o projeto de cooperação. Foi realizado um seminário reunindo boa parte dos pesquisadores da Rede que trabalham nessa área.

Outra linha de ação é a criação de uma plataforma de conhecimento do PMM, em parceria com o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme), com a colaboração do ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Abrasco, aproveitando a parceria com a Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Essa plataforma está acessível para qualquer usuário interessado⁷. Até o momento, contabilizam-se mais de 150 textos, entre informes de pesquisas em curso e publicações científicas.

Em paralelo, a OPAS/OMS apoia a realização de estudos de caso que sistematizem experiências bem-sucedidas do PMM, com o propósito de melhorar o conhecimento e, ao mesmo tempo, compartilhar, nacional e internacionalmente, as experiências e lições aprendidas. Foi finalizada e publicada a experiência de Curitiba⁸ e estão em andamento outros quatro estudos de caso em parceria com universidades, com o ministério da Saúde e com as secretarias de Saúde dos estados do Rio de Janeiro⁹, Minas Gerais¹⁰, Rio Grande do Norte¹¹ e Maranhão¹².

Ao considerar os resultados alcançados até agora pelo PMM, não podemos esquecer que ele está fundamentado em evidências de gestão robustas produzidas por uma análise de impacto da Estratégia Saúde da Família. Estudos demonstram claramente que o aumento da cobertura da população com as equipes de saúde da família gera um efeito positivo sobre os indicadores de saúde, contribuindo, assim, para a redução do índice de mortalidade infantil e das internações hospitalares sensíveis à atenção ambulatorial^{13,14}. De acordo com especialistas em avaliação de programas de saúde pública, no caso de intervenções de eficácia comprovada seria suficiente demonstrar que a intervenção foi conduzida adequadamente e que atingiu o público-alvo¹⁵. Consideramos que esse pressuposto é válido para o caso do PMM, destinado a fortalecer as equipes de atenção básica e o modelo de atenção de saúde da família, cuja efetividade tem sido evidenciada por estudos e reconhecida por entidades acadêmicas e de organizações internacionais especializadas em saúde.

Decorridos quase três anos desde seu início, é evidente o impacto do PMM na vida de milhões de brasileiros. Pela primeira vez, habitantes de mais de 700 pequenas cidades brasileiras contam com um médico residente em seu território e não precisam se deslocar para outro município em busca de atendimento médico ou pagar por serviços particulares.

Até dezembro de 2015, foram recrutados 12.446 médicos (incluindo as baixas e as reposições). No mesmo período, estavam ativos 11.404 profissionais médicos, atendendo a demanda do ministério da Saúde. Até dezembro de 2015, do total de 12.446 médicos providos pelo Projeto, 880 (7,07 %) médicos cooperados foram desligados do Projeto por diferentes motivos relativos ao descumprimento de suas condições, atribuições e deveres¹⁶.

Uma das finalidades do PMM é aperfeiçoar os médicos na atenção básica em saúde mediante a oferta de curso de especialização por instituições públicas de educação superior e atividades de ensino, pesquisa e extensão. Sendo assim, quando inseridos no Programa, os médicos são vinculados a uma instituição nacional de ensino superior para receber conteúdo formativo e de aperfeiçoamento. Em dezembro de 2015, do total de 11.404 médicos, 10.115 (88,70%) terminaram ou estavam cursando especialização¹⁶.

O Gráfico 1 mostra a distribuição dos médicos segundo grandes regiões do Brasil, privilegiando a região Norte, seguida da Nordeste e

Sul, o que deve corresponder com uma melhor equidade no acesso a cuidados da atenção básica.

As regiões prioritárias para a alocação de médicos foram classificadas como áreas de difícil acesso, de difícil provimento de médicos ou que possuam populações em situação de maior vulnerabilidade. A Tabela 1, com dados até dezembro de 2015, mostra que 84,85% dos médicos foram alocados em áreas prioritárias para o SUS.

Do mesmo modo, os médicos do Programa estão presentes nos 34 distritos indígenas do país, atendendo a uma população extremamente vulnerável e tradicionalmente esquecida pelos serviços sociais (Gráfico 2). Essas são conquistas importantíssimas para a concretização do direito à saúde, estabelecido pela Constituição Brasileira de 1988¹⁷.

Uma distribuição mais equitativa dos médicos

Aumento relativo na distribuição de médicos
Programa Mais Médicos
por cada mil habitantes - por região

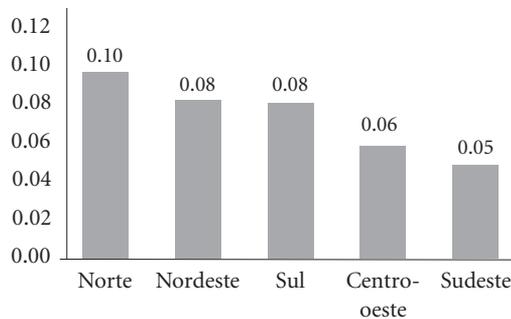


Gráfico 1. Distribuição de médicos por regiões do Brasil.

É igualmente evidente o impacto do PMM no SUS. Entre agosto de 2013 e janeiro de 2016, a cobertura estimada da população atendida por equipes de saúde da família passou de 55,75% para 63,85%, o que representa um aumento de 14,4%¹⁸. De acordo com o relatório de auditoria do Tribunal de Contas da União de 2014, que estudou uma amostra de municípios comparando dois períodos (antes e depois da chegada do PMM), houve crescimento de 33% na média mensal de consultas nos municípios beneficiados pelo PMM, valor superior aos 14% de incremento nos municípios que não receberam médicos do Programa. O mesmo relatório constatou um aumento de 32% nas visitas domiciliares atribuíveis ao PMM em um grupo de Unidades Básicas de Saúde (UBS) visitadas¹⁹. Observou-se, também, uma maior resolutividade dos serviços onde os médicos do Programa atuam, graças a uma oferta mais ampla de procedimentos no primeiro nível de atenção. Mais relevante que o aumento na produção de serviços, o que era de se esperar com uma maior oferta, o PMM tem um impacto positivo na implementação do modelo de atenção preconizado pela Estratégia de Saúde da Família para o SUS. Resultados parciais de um estudo realizado por uma equipe de pesquisadores em municípios pobres das cinco regiões do Brasil revelam efeitos positivos do Programa nesta direção²⁰. Esses resultados positivos sobre o modelo de atenção de saúde da família coincidem com os do estudo de caso realizado pela OPAS/OMS em Curitiba, anteriormente citado.

A satisfação e a aceitação dos usuários em relação aos profissionais estrangeiros constitui outra área com resultados de grande relevância para a avaliação do PMM, inclusive em decorrência das dúvidas anteriormente levantadas sobre essa questão. Dizia-se que a população teria problemas com os médicos devido a fatores ligados à diferença de idioma, costumes e *modus operandi*.

Tabela 1. Médicos alocados em áreas prioritárias do SUS segundo a região.

Região	Número de médicos da Cooperação	Número de médicos da Cooperação em áreas prioritárias	Proporção de médicos da Cooperação em áreas prioritárias
Centro Oeste	718	690	96,10
Norte	3.707	3.685	99,41
Nordeste	1.548	1.548	100,00
Sudeste	3.598	2.455	68,23
Sul	1.833	1.298	70,81
Total	11.404	9.676	84,85

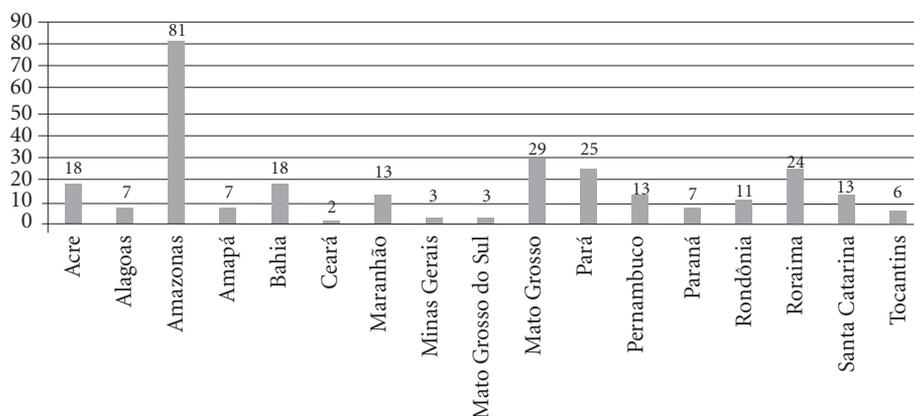


Gráfico 2. Número de médicos alocados nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

Hoje, dispomos de evidências que permitem derubar esse mito.

Resultados de uma pesquisa realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais, que ouviu 14.000 pessoas em 700 municípios, mostram que 94% dos entrevistados estão satisfeitos ou muito satisfeitos com o PMM²¹. Esses resultados coincidem com os de outras pesquisas e estudos de caso em andamento²².

Estes são apenas exemplos da enorme potencialidade, em um vasto leque de resultados, que um programa como o PMM pode produzir. Para uma análise mais sistemática e profunda dos impactos do PMM, a OPAS/OMS implementou o “Quadro de Monitoramento e Avaliação do Projeto de Cooperação da OPAS/OMS com o Programa Mais Médicos” citado anteriormente, que propõe uma ampla mensuração, capaz de captar a complexidade da intervenção em médio e longo prazos.

Considerações finais

O PCMM é uma iniciativa inovadora de cooperação da OPAS/OMS, tendo em vista a área de interesse envolvida – mobilização internacional de profissionais para um sistema público de saúde – e as dimensões que tal contratação atingiu: 11.400 médicos em um período de três anos. Desenvolver esse processo de cooperação exigiu uma gestão política e técnica contínua entre a Organização e os dois países participantes,

Brasil e Cuba, realizada por intermédio de seus ministérios da Saúde com o envolvimento de outras entidades de governo, como os ministérios das Relações Exteriores e autoridades estaduais e municipais.

O Projeto é parte da cooperação entre países para o desenvolvimento da saúde, impulsionada pela OPAS/OMS²³, e tem antecedentes em outros projetos de cooperação que envolvem mobilização de profissionais de saúde de Cuba em triangulação com a OPAS/OMS. Destacamos o apoio a países africanos para enfrentar a epidemia de ebola²⁴, a colaboração com Angola para a erradicação da poliomielite²⁵, e a mobilização de pessoal sanitário nos casos de emergências por desastres, como o recente episódio do terremoto no Haiti, em 2010²⁶.

Porém, o PCMM é uma experiência ímpar para a Organização pelo fato de gerenciar recursos financeiros de um Estado-Membro, Brasil, para mobilizar profissionais da saúde de Cuba, que se integram plenamente ao SUS do país. A expressiva mobilização de médicos cubanos e a complexidade do processo de recrutamento, preparação e coordenação operacional entre os dois países e a OPAS/OMS, imprimem a este projeto um caráter singular para a Organização.

Para se candidatar a uma vaga no Programa, os médicos cubanos deveriam ser especialistas em Medicina Geral Integral, com 10 anos de experiência profissional, mínimo dois anos de trabalho em outro país e conhecimento básico do português. Já no Programa, os médicos rea-

lizam o módulo de acolhimento, que aborda temas sobre o funcionamento do SUS, protocolos de atenção básica no Brasil e língua portuguesa, com duração de três semanas e carga horária mínima de 120 horas. Ao iniciarem suas atividades profissionais, os médicos participam do curso de especialização em saúde familiar e comunitária, com acompanhamento de tutores e supervisores.

O monitoramento e a avaliação do PCMM oferecem oportunidades significativas à OPAS/OMS, pois, ao mesmo tempo em que servem de instrumento apto para acompanhar a gestão do projeto e prestar contas sobre a atuação da Organização, constituem também um mecanismo gerador de conhecimentos que contribuirão para o aprimoramento operacional do SUS e de seus serviços à população, principalmente no nível básico de atenção, bem como para um melhor discernimento na determinação das prioridades das políticas e dos investimentos em prol do desenvolvimento da saúde no país.

O PCMM deixará um saldo inovador de conhecimentos e práticas acerca de um tema complexo no âmbito da saúde internacional: a contratação internacional de profissionais da saúde. Os fluxos tradicionais de migração de profissionais médicos costumam ocorrer de países de menor

para os de maior desenvolvimento econômico e de melhor remuneração profissional. O PMM mostrou a existência de outra direção, ao propor uma migração temporária (por períodos de três anos) de profissionais oriundos de países onde a relação de médicos por habitantes é superior à do Brasil. Além disso, o programa oferece a esses profissionais uma formação acadêmica especializada em Medicina Familiar e Comunitária e a experiência de trabalhar em um sistema público de saúde, consolidado e normatizado, além do aprendizado da língua portuguesa.

A cooperação da OPAS/OMS por meio do PCMM não se limita apenas a fornecer temporariamente médicos cubanos ao país, embora tenha sido este o componente mais visível nos dois primeiros anos de sua atuação. Há outras modalidades de cooperação em curso, como a assistência técnica direta às diferentes instâncias do SUS, a facilitação de acordos de cooperação entre países para o desenvolvimento da saúde, a gestão de conhecimentos concomitantemente à realização de um processo de monitoramento e avaliação, as atividades educacionais para os médicos e as ações de comunicação social do Programa e do Projeto de Cooperação.

Colaboradores

J Suárez participou da concepção e da redação do artigo; J Molina da revisão do artigo; e R Tasca da aprovação da versão a ser publicada.

Referências

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud*. Washington: OPS; 2007.
2. Brasil. Lei Nº 12.871, de 22 de 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. *Diário Oficial da União* 2013; 23 out.
3. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS). *TC 80: Cooperação Técnica entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde - Projeto Acesso da população Brasileira à Atenção Básica em Saúde*. Brasília: OPAS; 2013.
4. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 2005; 83(4):691-729.
5. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS). *Marco para o monitoramento e avaliação do Projeto de Cooperação Mais Médicos da OPAS/OMS*. Brasília: OPAS; 2015.
6. Rede de Pesquisa APS [Internet]. *Rede de Pesquisas em Atenção Primária à Saúde*. [acessado 2016 mar 25] Disponível em: <http://www.rededepesquisaaps.org.br>
7. Rede de Pesquisa APS [Internet]. *Plataforma de conhecimentos do Programa Mais Médicos*. [acessado 2016 mar 25]. Disponível em: <http://apsredes.org/mais-medicos/>
8. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS). *Implementação do Programa Mais Médicos em Curitiba. Experiências inovadoras e lições aprendidas*. Brasília: OPAS; 2015.
9. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Programa Mais Médicos para o Brasil no Município do Rio de Janeiro: Mais Acesso, Equidade e Resolutividade na APS*. Brasília: OPAS; 2016.
10. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *A Atenção Básica à Saúde e o Programa Mais Médicos em Minas Gerais: um estudo de casos múltiplos*. Brasília: OPAS; 2016.
11. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Atenção à saúde em municípios de pequeno porte do Rio Grande do Norte: efeitos do programa Mais Médicos para o Brasil*. Brasília: OPAS; 2016.
12. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Atenção à saúde em municípios de pequeno porte do Maranhão: efeitos do Programa Mais Médicos para o Brasil*. Brasília: OPAS; 2016.
13. Macinko J, Guanais F, Marinho MF. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60(1):13-19.
14. Macinko J, Harris MJ. Brazil's Family Health Strategy. Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *N Engl J Med* 2015; 372(23):2177-2181.
15. Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *Int. J Epidemiol* 1999; 28(1):10-18.
16. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Segundo Informe Técnico Monitoramento do TC 80 Projeto Mais Médicos Ano 2015*. Brasília: OPAS; 2015. [Documento interno]
17. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* 1988; 5 out.
18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Atenção Básica [Internet]. *Histórico de Cobertura da Saúde da Família*. [acessado 2016 mar 29]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php
19. Tribunal de Contas da União (TCU). *Auditoria operacional: Programa Mais Médicos e Projeto Mais Médicos para o Brasil; avaliação da eficácia do programa*. TC nº 005.391/2014-8. [Internet] Brasília, DF: Tribunal de Contas da União, 2015. [acessado 2016 mar 24]. Disponível em: http://www.tcu.gov.br/Consultas/Juris/Docs/judoc/Acord/20150702/AC_1605_25_15_P.doc
20. Santos L, Costa AM, Girardi S. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Cien Saude Colet* 2015; 20(11):3547-3552.
21. Brasil. Programa tem aprovação de 94% das pessoas atendidas. Portal Brasil. [Internet] 2015. [acessado 2016 maio 20]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/08/populacao-medicos-e-gestores-aprovam-o-mais-medicos>
22. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). *Avaliação de Política Pública: o Programa Mais Médicos*. [Internet] Plataforma de Conhecimentos Programa Mais Médicos. [acessado 2016 maio 20]. Disponível em: http://pesquisa.bvsalud.org/pmm/resource/pt/pesq_pmm-95#
23. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Cooperação entre Países para o Desenvolvimento da Saúde*. [Internet] [acessado 2016 maio 19]. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=category&id=1041&layout=blog&Itemid=608
24. Organización Mundial de la Salud (OMS). *La OMS agradece apoyo de médicos cubanos en la respuesta al Ebola en África Occidental*. [Internet] Centro de prensa de la OMS. Declaración de la OMS. Ginebra, 2014. [acessado 2016 maio 17]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/cuban-ebola-doctors/es/>
25. Marimón N, Martínez Cruz E. La cooperación técnica OPS/OMS y el aporte de Cuba en la erradicación de la polio en Angola. [Internet]. *Rev Cubana Hig Epidemiol* 2009 jan-abr [acessado em 2016 maio 17];47(1). Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032009000100008
26. Pan-American Health Organization (PAHO). *Emergency Medical Teams*. [Internet] *Emergency Preparedness and Disaster Relief*. [acessado 2016 maio 19]. Disponível em: http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=1216&Itemid=1136&lang=en

Artigo apresentado em 13/03/2016

Aprovado em 14/06/2016

Versão final apresentada em 16/06/2016