

O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde nos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre, Brasil, após a inserção no Programa Mais Médicos: uma comparação intermunicipal

Strengthening Primary Health Care in the municipalities in the Metropolitan Region of Porto Alegre, Brazil, after the introduction of the *Mais Médicos* (More Doctors) Program: an inter-municipal comparison

Claunara Schilling Mendonça¹
Margarita Silva Diercks¹
Luciane Kopittke¹

Abstract *This article aims to propose an adaptation of the methodology used by Starfield and Shy (2002) to assess the quality of health care in the municipalities which joined the Mais Médicos (More Doctors) Program. The indicators were adapted for each one of the nine criteria proposed in the methodology and were applied to medium and large municipalities in the Metropolitan Region of Porto Alegre before and after they were integrated in the Mais Médicos Program. In 2014, the municipalities were grouped into three groups according to their scores. An analysis concerning any correlations between the different group scores for the municipalities and the health indicators that were evaluated, did not reveal anything significant. However the averages of the evaluated indicators were better in the group of municipalities characterized through having the best APS scores. In relation to the income indicator, the highest amount of money spent per capita in health is related to the best APS performance in the municipalities. An adaption of this methodology may be able to provide a better understanding of the policies related to health care.*

Key words *Primary Health Care, Income Inequality and Health, Medical Provision, Evaluation of Health Systems*

Resumo *Este artigo visa propor uma adaptação da metodologia utilizada por Starfield e Shy (2002) para avaliar a qualidade da atenção primária em saúde (APS) dos municípios que aderiram ao Programa Mais Médicos. Os indicadores foram adaptados para cada um dos nove critérios propostos na metodologia original e aplicados para os municípios de médio e grande porte da Região Metropolitana de Porto Alegre, antes e depois destes integrem o Programa Mais Médicos. Em 2014, os municípios foram agregados em três grupos, conforme seus escores. As análises de correlações entre diferentes grupos de escores dos municípios e os indicadores de saúde avaliados não se mostraram significativas, porém, as médias dos indicadores avaliados são melhores no grupo de municípios caracterizados com os melhores escores da APS. Em relação aos indicadores de renda, os maiores gastos per capita em saúde estão relacionados à melhor performance da APS nesses municípios. A adaptação desta metodologia pode indicar melhor compreensão das políticas relacionadas à determinação da saúde.*

Palavras-chave *Atenção Primária à Saúde, Iniquidades em saúde, Provisão de médicos, Avaliação de sistemas de saúde*

¹ Serviço de Saúde Comunitária, Hospital Nossa Senhora da Conceição. Av. Francisco Trein 596, Cristo Redentor. 91350-200 Porto Alegre RS Brasil. cl aunara@uol.com.br

Introdução

Com o objetivo de diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS e reduzir as desigualdades regionais na área da saúde, o Governo Federal instituiu o Programa Mais Médicos (PMM) para o Brasil. Este Programa é parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), que prevê mais investimentos em infraestrutura das unidades básicas de saúde, a expansão do número de vagas de graduação em medicina e de residência médica, além do aprimoramento da formação médica no Brasil, mais direcionada à APS¹.

A região metropolitana de Porto Alegre, objeto deste estudo, composta pelos 12 municípios de médio e grande porte da região, corresponde a 31,6% da população do Estado. Antes dos programas de provisão de médicos para a atenção primária, tinha uma das mais baixas coberturas do país, com 20,7%, sendo que dois desses municípios não tinham nenhuma equipe implantada até 2012. O objetivo desta análise é utilizar os critérios criados por Starfield e Shy², que compararam o fortalecimento da atenção primária em 13 países industrializados, adaptando esses critérios e aplicando-os aos 12 municípios da região metropolitana de Porto Alegre/RS a fim de medir as características da atenção primária e sua relação com os níveis de saúde da população, antes e após a implantação do PMM. Foram incluídos, nesses locais, 244 médicos em 2013.

Segundo Starfield, um maior número de médicos de atenção primária reduz os efeitos adversos da iniquidade social, e uma maior disponibilidade de médicos de atenção primária, em relação à disponibilidade de maior número de especialistas focais, resulta em melhores indicadores de saúde da população³. Estudo realizado em países desenvolvidos mostraram que a maior força da APS reduz os custos nos sistemas de saúde e impacta na saúde da população que se beneficia⁴. A adaptação desse instrumento para avaliar o fortalecimento da APS em um nível infranacional, nesse caso, em municípios, deve ser relativizada, já que se parte de realidade com muito baixa cobertura de serviços de APS e alta vulnerabilidade social, pois esse era o critério para a provisão dos médicos.

A proposta é utilizar tal metodologia como uma linha de base para comparações posteriores, entre os municípios, entre regiões e buscando os pontos de corte dos resultados dos escores que alteram a qualidade da atenção em saúde, por meio dos seus indicadores clássicos como mortalidade

pós-neonatal, redução de internações e mortes evitáveis.

Métodos

Os dados utilizados para caracterizar o fortalecimento da APS nos municípios consideraram macrocaracterísticas que são indutoras de um Sistema de Saúde baseado na atenção primária. As características dos serviços de APS não estão sendo consideradas nesta análise, tendo em vista outros estudos que se dedicarão a isso, utilizando instrumentos como o PCATool, próprio para avaliar as características da oferta de cada serviço de APS.

Os critérios originais para classificação dos Sistemas de Saúde orientados pela APS, utilizados por Starfield, incluem a extensão da regulação do sistema de saúde a partir da APS; o tipo de financiamento dos sistemas de saúde; o tipo de profissional da APS; a porcentagem de médicos em atividade que são especialistas; os honorários dos médicos de APS em relação aos especialistas; a divisão de custos da APS; o cadastro e a lista dos pacientes; a existência de cobertura de serviços nas 24 horas e a importância dos departamentos acadêmicos de medicina de família nos cursos de medicina².

Para classificar a orientação da APS em cada município, os critérios de pontuação foram desenvolvidos a partir de 8 características do sistema de saúde acima citadas, adaptados para avaliação no nível local, no caso brasileiro, os municípios. O critério do valor salarial dos médicos da APS em relação aos especialistas não foi considerado nessa avaliação, por ausência dessa fonte. A cada uma das características foi atribuída uma pontuação de 0 (ausência ou pobre desenvolvimento da característica) a 2 (elevado nível de desenvolvimento da característica). Uma pontuação de 1 foi atribuída se o desenvolvimento da característica foi considerado moderado. As pontuações foram somadas e a média para obter a pontuação total de atenção primária em cada município foi obtida nos anos de 2012, sem o Programa Mais Médicos, e de 2014, após a implantação do PMM (Tabela 1).

Os indicadores adaptados para cada um dos 8 critérios são descritos a seguir:

Critério 1: Cobertura da Estratégia Saúde da Família. A fim de caracterizar a regulação do sistema de saúde municipal pela APS, a população deve acessar o sistema de serviços de saúde a partir de serviços ou de profissionais da APS. Esse critério leva em conta a cobertura popula-

Tabela 1. Escores das características dos Sistemas de Saúde relacionadas ao fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e escores Totais, anos 2012 e 2014.

Critério Ano	1		2		3		4		5	
	2012	2014	2012	2014	2012	2014	2012	2014	2012	2014
Alvorada	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
Cachoeirinha	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Canoas	0	1	1	2	0	1	1	1	1	2
Esteio	0	1	0	0	0	1	2	2	1	1
Gravataí	0	1	0	1	1	2	1	1	2	2
Guaíba	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Novo Hamburgo	0	1	1	1	1	2	1	1	1	2
Porto Alegre	0	1	1	1	1	1	0	0	1	2
Sapiranga	0	0	0	0	0	2	1	1	0	1
Sapucaia do Sul	0	1	0	1	1	2	2	2	1	1
São Leopoldo	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1
Viamão	0	0	0	0	0	2	1	2	0	1

Critério Ano	6		7		8		Escore 2012	Escore 2014
	2012	2014	2012	2014	2012	2014		
Alvorada	0	1	0	0	0	0	2,5	3,1
Cachoeirinha	0	1	1	1	0	1	1,2	3,1
Canoas	2	2	2	2	1	2	5	8,1
Esteio	0	1	0	0	1	1	2,5	4,3
Gravataí	2	2	2	2	1	1	5,6	7,5
Guaíba	1	1	0	0	0	0	1,2	1,2
Novo Hamburgo	2	2	2	2	0	2	5	8,1
Porto Alegre	2	2	2	2	1	2	5	6,8
Sapiranga	0	1	0	0	0	1	0,6	3,7
Sapucaia do Sul	2	2	2	2	1	2	5,6	8,1
São Leopoldo	1	1	0	2	0	2	2,5	5,6
Viamão	0	1	1	2	0	1	1,2	5,6

1. Tipo de Sistema; 2. Financiamento; 3. Tipo de profissional da APS; 4. Percentual de médicos especialistas focais; 5. co-pagamento pelos pacientes na atenção primária; 6. cadastro e/ou listas de pacientes; 7. cobertura 24 horas e 8, a força de departamentos acadêmicos em Medicina de Família.

cional da Saúde da Família (entre 0 e 40% = 0, entre 41 e 60% = 1 e acima de 60% = 2).

Critério 2: Recursos públicos per capita. Trata do financiamento do Sistema de saúde, o Brasil tem um sistema misto, com parte da população sendo atendida no setor privado, e a maior parte conta com financiamento por pagamento de impostos, que é subfinanciado. Para o escore de financiamento, utilizou-se o gasto *per capita* em saúde, descontada a população atendida na saúde suplementar, se menor que R\$ 500,00 = 0, entre R\$ 501,00 e 1.000,00 = 1, maior que R\$1.000,00 = 2.

Critério 3: Tipo de profissional da APS. Segundo os dados obtidos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, foram considerados médicos de APS os da estratégia de saúde da família e os de família e comunidade nos Centros

de Saúde/UBS. Os escores foram pontuados de acordo com a razão desses médicos em relação ao total nos ambulatorios do município. Razão menor que 0,1 = 0; entre 0,15 a 0,29 = 1 e > 0,3 = 2.

Critério 4: Percentual de médicos em atividade que são especialistas focais. Para calcular o número de especialistas foram considerados todos os demais médicos na APS, ambulatorios e policlinicas sobre o total na APS, nos ambulatorios e nas policlinicas. Acima de 70% = 0; de 51 a 69% = 1 e < 50% = 2.

Critério 5: Copagamento na APS. Este critério entra na modelagem do escore, substituindo a relação salarial dos médicos da APS e dos especialistas focais, por não ter fonte de informação para esse cálculo. No modelo brasileiro de atenção primária não há copagamento pelos serviços prestados, porém, com o baixo investimento em

saúde de alguns municípios, há, em muitos casos, o pagamento do próprio bolso, principalmente para medicamentos essenciais. Para avaliar o pagamento pela população nos serviços de APS, utilizamos o valor *per capita* da assistência farmacêutica como uma *proxy* da necessidade de gastos do próprio bolso. Se os gastos *per capita* com Assistência Farmacêutica foram menores que R\$ 5,00 = 0, de R\$ 5,1 a 10,00 = 1 e maior que 10 = 2⁵.

Critério 6: Lista e cadastro dos pacientes. Foi considerado ter área definida, segundo informação do Relatório de Supervisão do Programa Mais Médicos, cuja fonte foram os tutores desses municípios. Não ter área adscrita = 0, ter área adscrita, porém com um número de habitantes maior que o desejado por médico/equipe = 1 e ter população adscrita, com cadastro e sistema de informações = 2.

Critério 7: Cobertura 24 horas. Foi considerado se há Emergência ou UPA de referência nos municípios. Se não há serviço 24 horas no município = 0; se há porta de entrada em hospital geral, insuficiente para toda população do município = 1 e se há serviços de urgência/emergência descentralizados e de referência para as equipes de APS = 2.

Critério 8: Faculdade de Medicina com Departamentos/Professores da área de Medicina de Família e Comunidade (MFC). Esse é um critério que se adequa melhor nas avaliações nacionais, porém, como o Programa Mais Médicos tem em sua proposição mudanças curriculares e novas metas para formação de médicos que ingressem na APS, e várias Faculdades de Medicina estão localizadas nos municípios avaliados, decidiu-se manter esse critério, por sua importância e evidência em outros contextos⁶. Se não há nenhum aluno de medicina nos serviços de APS = 0; se há experiências de formação em algumas unidades de APS dos municípios = 1 e se há claramente formação em MFC nas Universidades, utilizando os serviços dos municípios como campo de formação médica = 2.

A fim de avaliar a relação entre as desigualdades de renda e os níveis de saúde entre os diferentes municípios, tendo em vista que a redução das iniquidades foi um pressuposto para a alocação dos médicos em municípios mais pobres, o ranking dos municípios para a distribuição de renda foi baseado no Coeficiente de Gini, para o ano de 2010⁷. Foram utilizados os gastos totais e os *per capita* com saúde nos municípios⁸ e para os Indicadores de Saúde foram utilizados o baixo peso ao nascer, a taxa de mortalidade infantil,

a taxa de mortalidade evitável em menores de 5 anos, a taxa de mortalidade prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis, na população de 30 a 69 anos e a Taxa de Mortalidade por Causa Externa e as taxas de Internação por Condições Sensíveis à APS, obtidas pelos Sistemas de Informação do Ministério da Saúde⁹.

O coeficiente de correlação de Pearson foi utilizado para medir a intercorrelação entre os escores de fortalecimento da Atenção Primária e a distribuição dos gastos em saúde, enquanto a correlação de Spearman foi utilizada para medir a relação entre o ranking da APS dos municípios e os indicadores de saúde. O nível de significância foi fixado em $P < 0,05$.

Resultados

Na Tabela 1 são apresentados os valores dos Escores de cada um dos critérios e os totais para os anos de 2012, antes do PMM, e após um ano do Programa, em 2014. Observa-se que antes do PMM, os escores eram muito baixos nesses municípios, tendo formado somente dois agrupamentos, com escore total médio de 1,8 entre 7 municípios e de 5,2 nos outros 5, de um total de pontuação de 16. Já em 2014, os municípios puderam ser agregados em três grupos, com escores médios de 3; 5,6 e 7,7. A melhora nos escores deveu-se principalmente ao aumento da cobertura da Saúde da Família (critério 1), a maior presença de médicos na APS (critério 3), ao aumento de gastos com assistência farmacêutica (critério 5), à adscrição da população aos serviços de APS (critério 6) e à ampliação na rede de serviços por meio de unidades de pronto-atendimento (critério 7), bem como a mudanças que ocorreram nas Faculdades de Medicina, com aumento de residências em MFC, utilizando serviços de APS desses municípios como campo de práticas da formação médica (critério 8).

A Tabela 2 mostra os escores finais a partir dos critérios que caracterizariam o fortalecimento da atenção primária nos municípios analisados, um ano após a chegada do primeiro e segundo ciclo dos Médicos do programa, no ano de 2014. Os municípios foram agregados por três grupos semelhantes em relação ao resultado final dos escores, e os gastos *per capita* em saúde desses municípios, no ano de 2014, o coeficiente de Gini, correspondente ao ano de 2010 e o Produto Interno Bruto *per capita*, do ano de 2012.

Na Figura 1, observamos que os valores de gastos *per capita* muito baixos estão associados

Tabela 2. Municípios agrupados pelos escores de APS e indicadores econômicos: Gastos per capita em saúde, PIB *per capita* e Coeficiente de Gini^a.

Escores da Atenção Primária Município	Escore Total 2014	Gastos pc em Saúde (R\$)	Coeficiente de Gini	PIB <i>per capita</i> R\$
Escore Baixo de APS				
Alvorada	3,1	261,70	0,44	8.599
Cachoeirinha	3,1	436,73	0,44	37.455
Esteio	4,3	563,74	0,48	33.491
Guaíba	1,2	526,02	0,47	27.709
Sapiranga	3,1	412,89	0,41	19.535
Escore Intermediário de APS				
Viamão	5,6	237,30	0,48	10.410
São Leopoldo	5,6	1.217,39	0,53	21.049
Escore Maior de APS				
Canoas	8,1	1.689,33	0,51	45.501
Gravataí	7,5	787,87	0,45	26.767
Novo Hamburgo	8,1	1.046,82	0,53	24.385
Porto Alegre	6,8	1.854,30	0,61	33.883
Sapucaia do Sul	8,1	405,57	0,45	18.000

^a Coeficiente de Gini mede o grau de concentração de renda em determinado grupo populacional e varia de 0 a 1, onde 0 significa total distribuição de renda (todas as pessoas de determinada população possuem a mesma renda) e 1 significa total concentração de renda (apenas uma pessoa possui toda a renda).

Fontes: Observatório da Realidade e das Políticas Públicas do Vale do Rio dos Sinos – Observa Sinos.

aos municípios com os piores escores da APS. Os maiores gastos per capita em saúde estão relacionados à melhor performance da APS ($r = 0.74$, $p < 0,001$) nesses municípios, o que está de acordo com os últimos estudos, como dos países europeus, que mostrou melhor atenção primária associada a melhor saúde da população; menores taxas de hospitalizações desnecessárias e relativamente menor desigualdade socioeconômica, e as despesas globais de saúde eram mais elevadas nos países com melhor estrutura de APS¹⁰.

As análises de correlação entre os três diferentes grupos de escores dos municípios e os indicadores de saúde avaliados não se mostraram significativas. Porém, como pode ser observado na Tabela 3, os indicadores de percentual de baixo peso ao nascer, taxa de mortalidade infantil, taxa de morte prematura por DCNT e taxa de ICSAP são melhores nos municípios com melhores escores. As médias dos indicadores avaliados só não são melhores no grupo de municípios caracterizados com os melhores escores de APS, comparados com o grupo de piores escores, na mortalidade evitável em menores de 5 anos, porque um dos municípios do grupo de melhor escore apresenta taxas duas vezes maiores nesse indicador e na mortalidade por causas externas, um indicador que não depende de ações da APS.

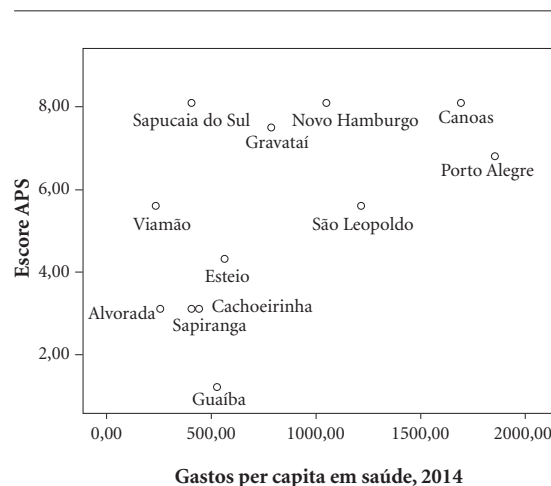


Figura 1. Escores da Atenção Primária à Saúde e Gasto *per capita* em Saúde, 2014.

As análises não foram significativas quando avaliadas as diferenças entre os grupos de municípios e os resultados dos indicadores de saúde, porém pode-se observar uma tendência de que melhores escores em APS estejam associados a melhores indicadores de saúde.

Tabela 3. Média dos Indicadores de saúde infantil, mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis em adultos de 30 a 69 anos, mortalidade por causa externa e taxas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, por municípios agrupados pelos escores de APS.

Escores da Atenção Primária	% BPN	Taxa MI	Taxa Morte Evitável < 5 anos	Taxa Morte Prematura DCNT	Taxa Morte Causa Externa	Taxa de ICSAP
Baixo Escore	9,02	10,54	10,69	410,03	429,63	28,02
Alvorada	8,98	9,80	11,3	465,31	468,14	30,85
Cachoeirinha	8,74	10,45	6,72	370,19	406,42	22,96
Esteio	8,22	13,40	9,83	389,62	445,32	34,91
Guaíba	9,49	9,60	10,38	465,60	477,63	27,69
Sapiranga	9,70	9,47	15,26	359,87	350,67	23,7
Médio Escore	9,82	10,45	9,43	443,22	373,19	26,26
São Leopoldo	9,77	12,29	8,09	348,55	422,12	23,48
Viamão	9,87	8,79	10,78	397,84	464,32	29,04
Maior Escore	8,56	9,12	12,23	436,64	393,63	24,44
Canoas	8,22	10,30	10,87	431,22	469,61	26,03
Gravataí	8,52	7,52	9,47	412,27	428,63	18,33
Novo Hamburgo	8,66	9,45	11,03	353,06	418,98	21,91
Porto Alegre	9,26	9,47	11,50	371,23	415,00	31,94
Sapucaia do Sul	8,15	8,89	18,30	400,38	451,00	24,02

Fonte: MS/SVS/DASIS. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Sistema de Informações sobre Mortalidade. Datasus.gov.br/Indicadores de Saúde.

Discussão

Passados 20 anos da criação do modelo brasileiro de APS que é a Saúde da Família, a região metropolitana de Porto Alegre, que compreende 40% da população do Estado do Rio Grande do Sul, encontra-se em uma etapa incipiente de seus sistemas de saúde organizados baseado na atenção primária à saúde e referência para sua população. Em que pese os inúmeros estudos internacionais que demonstram que a maior força da orientação da APS nos Sistemas de Saúde resulta em melhores indicadores de saúde e é mais custo-efetiva, mesmo em regiões com maior iniquidade^{11,12}, essa não é a realidade da região aqui avaliada. Por isso os programas de provisão de médicos para trabalharem nos serviços de APS, que, no Estado do RS iniciaram em 2012 com o PROVAB e em 2013 com o Programa Mais Médicos, trazem à tona a necessidade desses municípios iniciarem, ou complementarem, suas reformas nos sistemas de saúde, valorizando a APS. O Programa Mais Médicos demonstrou claramente a necessidade de médicos no país, principalmente nos municípios com as piores razões de médicos/habitante, em situação de extrema pobreza e altas taxas de necessidades em saúde¹³⁻¹⁵, pois houve uma redução de 53,5% no número de municípios com escassez desses profissionais um ano após o início

do programa¹⁵. Também trouxe à tona os déficits em infraestrutura e na organização dos serviços orientada pelas necessidades da população.

Quando analisados os municípios da RM de Porto Alegre, os resultados dos indicadores sugerem estágios diferentes na organização da atenção primária, mesmo que não significativos quando analisadas as diferenças entre os grupos de municípios, principalmente porque os de estágio intermediário têm valores muito próximos dos de baixo escore. Nos municípios com menor população vinculada à APS, os indicadores são piores, enquanto que os com relativa estabilização do acesso apresentam os melhores escores e resultados nos indicadores de saúde.

São várias as potenciais limitações de uma análise como essa. O fato de estar utilizando indicadores referentes a um ano somente, após a implantação do Programa Mais Médicos; os julgamentos subjetivos de alguns dos critérios dos escores; a utilização de dados secundários, que podem ter limitações nos seus registros e não expressar os resultados aqui apontados; e, a falta dos indicadores específicos que meçam a efetividade nos serviços de APS onde estão inseridos esses médicos. Dos indicadores utilizados usualmente para avaliar sistemas de saúde, somente alguns refletem uma boa atenção primária, como é o caso da mortalidade pós-neonatal, que não

pôde ser avaliada neste estudo, pois os dados do Sistema de Mortalidade ainda não estão disponíveis para o ano avaliado, 2014.

Algumas das limitações na adaptação da medida dos escores, como o critério de regulação do acesso ao sistema de saúde a partir da APS, utilizando a cobertura das ESF. Dos 4 municípios com cobertura menor de 40%, dois deles, Guaíba e Viamão, não tinham nenhuma ESF em 2012. Por outro lado, a maior cobertura entre os 4 municípios do grupo de melhor escore variaram entre 43 a 57%, ou seja, ainda existem percentuais importantes da população sem acesso aos serviços das ESF, mesmo nos municípios com os maiores escores. No critério do financiamento, os pontos de corte são subestimados se considerarmos financiamento adequado para a APS a partir de exemplos internacionais, ou de exemplos bem sucedidos no Brasil. Nos municípios maiores, que compõem o grupo dos melhores escores, o financiamento da APS compete com o das especialidades, dos grandes hospitais terciários e das emergências. Sugere-se utilizar os gastos per capita da Atenção Básica em relação ao restante dos gastos em saúde, em avaliações subsequentes, tendo em vista que esse critério no atual cenário dos municípios avaliados, pontuaria positivamente aqueles que não tem rede de serviços para diagnóstico, internação e emergência, pois quase a totalidade dos seus gastos são na atenção primária (caso de Cachoeirinha e Esteio).

Incluir nas análises dos Sistemas de Saúde os indicadores de renda (PIB per capita e gastos per capita em saúde) e de desigualdades (Índice de Gini) reforçam a importância de utilizar esses indicadores nas análises de avaliação de sistemas de saúde. A maior parte dos municípios, com Índice de Gini de 0,4 e que fazem parte do grupo com os menores escores da APS, mostra baixa desigualdade de renda, porém, por causa de um PIB per capita muito baixo também. Ou seja, índices baixos não significam necessariamente que esses municípios apresentam um bom desenvolvimento econômico. Há uma ausência de correlação quando os municípios são muito pobres. A importância desse aspecto na análise aqui apresentada é que o Programa Mais Médicos, com financiamento federal, desonerou, nesses municípios, importantes gastos em saúde. Em um momento de crise econômica, pode-se inferir que a ausência desse Programa deixaria os municípios ainda mais vulneráveis em relação ao acesso e ao cuidado médico e aos resultados em saúde de sua população. Avaliações posteriores devem procurar impactos nesse sentido, comparando esses

municípios com outros sem o programa, e com semelhante vulnerabilidade econômica.

No contexto do Programa Mais Médicos para o Brasil, que pretende induzir a organização da APS nos municípios, é importante focar naqueles aspectos dos Sistemas de Saúde que estão mais relacionados com os melhores resultados na população. Se, nos estudos em outros países, a maior força da APS está relacionada a menores gastos em saúde, este demonstrou uma necessidade mínima de gastos para encontrar melhores indicadores. Das 8 características aqui avaliadas, ao utilizar o estudo original nos países da OECD, três delas diferenciavam os que estavam no escore baixo de APS dos outros dois: o financiamento universal, a distribuição equânime de recursos e a ausência de pagamento do próprio bolso nos serviços de APS. Podemos, portanto, utilizar esses dados, que estão disponíveis e se conhece sua importância, para estabelecer prioridades e implementar as mudanças necessárias.

Os serviços de saúde podem contribuir para a redução da desigualdade na saúde^{10,11}, particularmente quando são explicitamente considerados na conformação das Redes de Atenção dos municípios. Trata-se, portanto, de utilizar uma metodologia que monitore esses escores, juntamente com a inclusão de outros indicadores mais específicos dos serviços de APS, a fim de avaliar o quanto os municípios estão seguindo a direção de reforço da APS.

A criação de uma metodologia que possibilite comparações, entre os municípios e dentro do próprio município, ao longo do tempo, apesar de suas limitações, torna-se fundamental para demonstrar a importância da continuidade nos investimentos para a melhor organização dos serviços de APS e na coordenação do cuidado nas Redes de Atenção da população atendida, principalmente em contextos de grandes iniquidades sociais, como o da região metropolitana de Porto Alegre.

Colaboradores

CS Mendonça trabalhou na concepção, na metodologia e na redação final do artigo, L Kopitke trabalhou na construção do banco de dados e informações e MS Diercks na revisão final do artigo.

Referências

1. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. 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.
2. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy* 2002; 60(3):201-218.
3. Starfield B. New paradigms for quality in primary care. *Br J Gen Pract* 2001; 51(465):303-309.
4. Saltman RB, Rico A, Boerma W, editors. *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European Primary Care*. Berkshire: McGraw-Hill; 2011.
5. Barros AJD, Bertoldi AD. Out-of-pocket health expenditure in a population covered by the Family Health Program in Brazil. *Int J Epidemiol* 2008; 37(4):758-765.
6. Giovanella L. A Atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais da década de 90. *Cad Saude Publica* 2006; 22(5):951-964.
7. Observatório da Realidade e das Políticas Públicas do Vale do Rio dos Sinos - ObservaSinos. [acessado 2015 set 29]. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/>
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Executiva. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). [acessado 2015 set 29]. Disponível em: <http://www.siops.datasus.gov.br/consExecFinanceira.php?Ano>
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Executiva. DATASUS. Informações de saúde. Informações Epidemiológicas e morbidade. [acessado 2015 set 29]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
10. Kringos DS, Boerma W, van der Zee J, Groenewegen P. Europe's Strong Primary Care Systems Are Linked To Better Population Health But Also To Higher Health Spending. *Health Aff* 2013; 32(4):686-694.
11. Mackenbach JP. An Analysis of the Role of Health Care in Reducing Socioeconomic Inequalities in Health: The Case of the Netherlands. *Int J Health Serv* 2003; 33(3):523-541.
12. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q* 2005; 83(3):457-502.
13. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, Matos MFM, Cyrino EG. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(54):623-634.
14. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Cien Saude Colet* 2015; 20(11):3547-3552.
15. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM). Dados Estatísticos sobre o impacto do Programa Mais Médicos no cenário de escassez de médicos em atenção primária no Brasil. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM; 2015 [acessado 2015 set 29]. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Pesquisa_Andamento/Impacto_Programa_Mais_Medicos.pdf

Artigo apresentado em 19/03/2016

Aprovado em 20/06/2016

Versão final apresentada em 22/06/2016