



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA E RELAÇÕES**  
**INTERNACIONAIS**

**DANIELA PRANDI**

**AVALIANDO A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL PARA O**  
**DESENVOLVIMENTO: ANÁLISE DOS EFEITOS DO PROGRAMA MAIS**  
**MÉDICOS PARA O BRASIL NA PARAÍBA**

**JOÃO PESSOA**

**2019**

**DANIELA PRANDI**

**AVALIANDO A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL PARA O  
DESENVOLVIMENTO: ANÁLISE DOS EFEITOS DO PROGRAMA MAIS  
MÉDICOS PARA O BRASIL NA PARAÍBA**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Ciência Política e Relações Internacionais da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciência Política e Relações Internacionais.

Orientador: Prof. Dr. Henrique Zeferino de Menezes.

**JOÃO PESSOA**

**2019**

**Catálogo na publicação**  
**Seção de Catalogação e Classificação**

P899a Prandi, Daniela.

Avaliando a Cooperação Internacional para o Desenvolvimento: análise dos efeitos do Programa Mais Médicos para o Brasil na Paraíba / Daniela Prandi. - João Pessoa, 2019.

106 f.

Orientação: Henrique Zeferino de Menezes.  
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA.

1. Cooperação Sul-Sul. 2. Avaliação de Cooperação Internacional. 3. Saúde Global. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Programa Mais Médicos para o Brasil. I. Menezes, Henrique Zeferino de. II. Título.

UFPB/BC



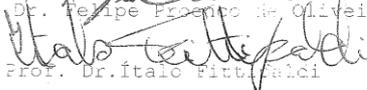
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA E  
RELAÇÕES INTERNACIONAIS

ATA DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO DE Mestrado DA ALUNA  
DANIELA PRANDI

Aos vinte e nove dias do mês de março do ano de dois mil e dezenove, às treze horas e trinta minutos, realizou-se no Auditório Azul, do CCHLA, a sessão pública de defesa da Dissertação intitulada: "Avaliando a Cooperação Internacional para o Desenvolvimento: análise dos efeitos do Programa Mais Médicos para o Brasil na Paraíba.", apresentada pela aluna Daniela Prandi, Bacharel em Relações Internacionais pela Universidade Federal da Paraíba, que concluiu os créditos exigidos para obtenção do título de Mestre em Ciência Política e Relações Internacionais, segundo encaminhamento do Prof. Dr. Marcos Alan Shaikhzadeh Vahdat Ferreira, Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciência Política e Relações Internacionais da UFPB e segundo os registros constantes nos arquivos da Secretaria da Coordenação da Pós-Graduação. O Prof. Dr. Henrique Zeferino de Menezes (PPGRI/UFPB), na qualidade de orientador, presidiu a Banca Examinadora da qual fizeram parte os Professores Doutores Ítalo Fittipaldi (PPGRI/UFPB) e Felipe Proença de Oliveira (UFPB). Dando início aos trabalhos, o Senhor Presidente Prof. Dr. Henrique Zeferino de Menezes convidou os membros da Banca Examinadora para comporem a mesa. Em seguida foi concedida a palavra a mestranda para apresentar uma síntese de sua Dissertação, após o que foi argüida pelos membros da Banca Examinadora. Encerrando os trabalhos de argüição, os examinadores deram o parecer final sobre a Dissertação, à qual foi atribuído o seguinte conceito:

APROVADA. Proclamados os resultados pelo Prof. Dr. Henrique Zeferino de Menezes, Presidente da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos, e para constar eu, Prof. Dr. Henrique Zeferino de Menezes Secretário ad hoc) lavrei a presente ata que assino juntamente com os demais membros da Banca Examinadora. João Pessoa, 27 de março de 2019.

  
Prof. Dr. Felipe Proença de Oliveira

  
Prof. Dr. Ítalo Fittipaldi

  
Prof. Dr. Henrique Zeferino de Menezes

Presidente da Banca

Observações:

## **AGRADECIMENTOS**

Trilhar o caminho da Pós-Graduação não teria sido possível sem, mais uma vez, o incentivo da minha família, a qual dedico todas as minhas conquistas.

Ao professor Henrique Menezes (UFPB) eu agradeço por mais uma vez se dispor a ser meu orientador, pela dedicação e paciência prestada no decorrer da pesquisa e escrita desta dissertação.

Agradeço a todos os professores, professoras, servidores, servidoras e colegas que compõe o Programa de Pós-Graduação em Ciência Política e Relações Internacionais da UFPB.

À Fapesq/CAPES agradeço a concessão da bolsa que possibilitou minha dedicação exclusiva durante toda a duração do mestrado.

## RESUMO

Os estudos sobre Cooperação Internacional são abundantes nas Relações Internacionais. A prática pode ser considerada um instrumento estratégico na promoção do desenvolvimento internacional, e recentemente tem ganhado destaque as iniciativas que partem do Sul. Ainda que pesem tais considerações, é importante ressaltar a baixa incidência de estudos que se voltem a analisar os resultados produzidos por tais arranjos. Ao se considerar a política externa como um tipo de política pública, é possível perceber as práticas da Cooperação Internacional como sujeitas ao escrutínio de metodologias tradicionalmente voltadas para a análise de políticas públicas nacionais. De tal modo, o presente trabalho busca lançar mão da averiguação do *modus operandi* de um importante e estratégico projeto de cooperação internacional em saúde – o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) – à luz da avaliação do Ciclo de Políticas Públicas. O esforço analítico de criar instrumentais de análise de projetos de cooperação internacional é, por fim, ilustrado a partir da observação prática de alguns resultados do PMMB na organização dos sistemas e serviços de saúde em municípios do Estado da Paraíba. A partir da análise realizada, é possível identificar um incremento positivo na quantidade de médicos atuando na Atenção Primária à Saúde na maioria dos municípios observados, além de um relativo desempenho positivo na redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e aumento das consultas de pré-natal.

**Palavras-Chave:** Cooperação Sul-Sul, Avaliação de Cooperação Internacional, Saúde Global, Atenção Primária à Saúde, Programa Mais Médicos para o Brasil.

## **ABSTRACT**

Studies about International Cooperation are abundant in the International Relations field. The practice can be considered a strategic tool in the promotion of international development, and recent initiatives that started from the South have gained prominence. Despite these considerations, it is important to emphasize the low incidence of studies that re-analyze the results produced by such arrangements. Considering foreign policy as a type of public policy, it is possible to perceive the practices of International Cooperation as subject to the scrutiny of methodologies traditionally focused on the analysis of national public policies. Thus, the present work seeks to investigate the modus operandi of an important and strategic project of international cooperation in health - the program More Doctors for Brazil (Projeto Mais Médicos para o Brasil - PMMB) - in the light of the evaluation of the Public Policy Cycle. The analytical effort to create instruments for analysis of international cooperation projects is finally illustrated by the practical observation of some PMMB results in the organization of health systems and services in municipalities in the state of Paraíba. From the analysis performed, it is possible to identify a positive increase in the number of physicians working in primary health care in most of the municipalities observed, as well as positive performance in the reduction of admissions due to conditions sensitive to primary health care and an increase of prenatal appointments.

**Keywords:** South-South Cooperation; Evaluation of International Cooperation, Global Health, Primary Health Care, More Doctors for Brazil.

## **LISTA DE TABELAS**

**Tabela 1:** Dimensões da avaliação de resultados

**Tabela 2:** Distribuição dos municípios de acordo com os perfis prioritários.

**Tabela 3:** Características gerais das municipalidades selecionadas.

**Tabela 4.1:** Razão médico/mil habitantes por municipalidade em período anterior ao PMMB (Nov/2013) e posterior ao programa (Dez/2016).

**Tabela 5:** Qual a quantidade de médicos recebida por meio do Programa? (proporcionalmente à quantidade de médicos que atuam permanentemente no município).

**Tabela 6:** Internações por Gastroenterites.

**Tabela 7:** Internações por Insuficiência Cardíaca.

**Tabela 8:** Internações por Asma.

**Tabela 9:** Número de consultas de Pré-Natal realizadas no escopo da ESF.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APS – Atenção Primária à Saúde

CFM – Conselho Federal de Medicina

CID – Cooperação Internacional para o Desenvolvimento

CNS – Cooperação Norte-Sul

CSS - Cooperação Sul-Sul

CTPD – Cooperação Técnica para o Desenvolvimento

ESF – Estratégia Saúde da Família

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PCMM – Projeto de Cooperação para o Mais Médicos

PITS – Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde

PMM – Programa Mais Médicos

PMMB – Programa Mais Médicos para o Brasil

PROVAB – Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica

PSF – Programa Saúde da Família

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	11
1. A SAÚDE NA AGENDA INTERNACIONAL .....	14
Saúde Global e Relações Internacionais .....	20
Cooperação Sul-Sul em Saúde .....	22
Avaliação de Cooperação Sul-Sul: o Projeto Mais Médicos para o Brasil .....	27
Considerações Finais .....	30
2. O CICLO DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL .....	32
Metodologia de avaliação do ciclo de políticas públicas .....	36
Programa Mais Médicos para o Brasil: avaliação de etapas .....	38
Considerações Finais .....	55
3. AVALIAÇÃO DE RESULTADOS: O PMMB EM MUNICÍPIOS PARAIBANOS .....	58
Características da Amostra .....	63
Eixo 1: Acesso .....	65
Eixo 2: Efetividade .....	74
I. Internações por gastroenterites .....	77
II. Internações por insuficiência cardíaca .....	77
III. Internações por asma .....	78
Eixo 3: Adequação .....	83
1.2. Saúde Materno-Infantil .....	83
Um balanço dos resultados e a percepção dos gestores municipais .....	88
CONCLUSÃO .....	92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	95
ANEXO 1 .....	103

## INTRODUÇÃO

Os estudos sobre cooperação internacional para o desenvolvimento e as análises realizadas sobre a emergência e o papel de novos atores nesse processo, especialmente a participação de países em desenvolvimento como Brasil, China e Índia no provimento de iniciativas dessa natureza, se avolumam desde há pelo menos uma década (Lopes, 2008; Leite, 2012; Souza, 2012; Milani; Carvalho, 2013). Entretanto, praticamente não há estudos que se dediquem à avaliação dos resultados da cooperação Sul-Sul (e poucos ainda são os que tratam de avaliar a cooperação Norte-Sul), por uma série de razões. Uma delas é certamente a novidade do fenômeno em si, mas fundamentalmente a inexistência de uma tradição no campo das Relações Internacionais com estudos dessa natureza.

Tradicionalmente, a avaliação da política externa é considerada uma empreitada virtualmente impossível para um grande campo de ações tipicamente diplomáticas, em razão de lidar com variáveis intangíveis, como o prestígio, poder simbólico, legitimidade, ou pelo fato de grande parte dos procedimentos diplomáticos se realizarem em esferas pouco transparentes. Entretanto, nos últimos anos tem se fortalecido uma leitura acerca da política externa que a aproxima do campo intelectual das políticas públicas – entendendo-a como uma política pública regular, ordinária, e não um tipo político necessariamente dissociado do funcionamento normal dos governos. Como consequência, abre-se espaço para o emprego de abordagens teóricas e instrumentos de análise típicos desse campo da ciência política (Pinheiro; Milani, 2012).

Nesse horizonte, a cooperação técnica internacional se apresenta como um dos eixos de ação externa dos Estados que mais se aproxima do que pode ser entendido tipicamente como uma política pública. De forma esquemática, as ações de cooperação técnica para o desenvolvimento envolvem a identificação de um problema (por parte do país “doador” e do país “alvo da cooperação”) e a formatação de respostas políticas e técnicas para saná-lo. Efetivamente, existem diversas discussões conceituais sobre os interesses em disputa no processo de formação de uma agenda de cooperação por parte dos países “doadores” (questões que podem refletir interesses egoístas estratégicos ou

de segurança), assim como diferentes interpretações sobre as razões que explicariam um país a demandar cooperação ou ajuda por parte de terceiros (Lopes, 2008; Leite, 2012).

Entretanto, objetivamente, a cooperação técnica para o desenvolvimento é parte integrante e essencial das relações internacionais e seu histórico já é amplamente retratado por uma literatura acadêmica relevante (Lopes, 2008; Côrrea, 2010; Leite, 2012; Milani, 2012; Ayllón, 2013). A principal lacuna nesse universo é justamente a construção de formas para avaliar os resultados práticos dessas atividades, que diferentemente de outras formas diplomáticas, apresentam substância concreta para diferentes formas e metodologias de análise, reflexão e avaliação.

A proposta que norteia o presente trabalho recai justamente sobre a estruturação de uma avaliação de um importante projeto de cooperação internacional, qual seja, o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB). Lançado em 2013, o Programa Mais Médicos (PMM) estrutura-se em três eixos específicos que dialogam de maneira orgânica para uma resposta estrutural aos problemas de saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS), quais sejam: 1) requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) já em operação e construção de novas unidades; 2) reestruturação dos currículos da graduação de Medicina e das normas de residência, com expansão de vagas; e 3) provimento emergencial de médicos no território brasileiro, por meio de uma articulação robusta entre Ministérios, entes federativos e atores internacionais na execução de uma política para atenuar tanto uma oferta deficiente, como uma distribuição regionalmente desigual desses profissionais.

O que chama a atenção no desenho do PMM – e o que justifica sua escolha como objeto desta pesquisa – é o seu terceiro eixo, o PMMB. Ainda que possua médicos brasileiros e de aproximadamente outras 49 nacionalidades, até 2015 quase 80% do contingente de profissionais que integra o eixo de provimento emergencial é de origem cubana, alocados no Brasil por meio de um acordo de cooperação triangular entre os governos brasileiro, cubano e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (Oliveira *et al*, 2015). Considerando a magnitude do contingente de médicos provenientes desse acordo triangular, é possível mesmo generalizar que a política, em si, existiu em razão da cooperação internacional.

O fato de comportar ações de curto, médio e longo prazos, além de prescrever ações que vão de encontro ao *status quo* mantido pelas corporações médicas – em particular os eixos dois e três – já torna o PMM um dos projetos mais complexos e robustos já postos em prática pelo governo federal em busca de garantir a efetivação da

saúde como um direito. Na perspectiva da OPAS, o PMMB é o mais ambicioso e complexo programa de cooperação internacional em saúde já posto em curso nas Américas. O expressivo<sup>1</sup> aporte de médicos estrangeiros no Brasil, especialmente de Cuba, torna o programa uma empreitada complexa e potencialmente impactante no que tange ao delinear de políticas públicas em saúde, cujo potencial de replicação é um de seus grandes trunfos no âmbito da promoção da cooperação técnica entre países do Sul.

Ao promover essa interconexão entre a política doméstica e a política externa, o PMMB vem a ser o principal objeto a ser trabalhado na presente pesquisa, no intuito de prover uma avaliação ampla da cooperação internacional. Para tanto, lançaremos mão da metodologia de análise do Ciclo de Políticas Públicas proposta por Rossi *et al* (2004). Para o desenvolvimento da análise, optou-se por dividir a avaliação em dois momentos separados, mas que devem ser compreendidos de uma forma conectada.

O capítulo um se dedica a uma discussão teórica e conceitual sobre cooperação internacional para o desenvolvimento na sua modalidade Sul-Sul, assim como a fundamentação da necessidade de fortalecer o campo de estudos em avaliação da cooperação internacional para o desenvolvimento. A primeira etapa da avaliação, exposta no capítulo dois, se voltara para os primeiros estágios do ciclo da política, focando fundamentalmente no aspecto nacional da sua formatação e formulação - i.e. desde o reconhecimento da deficiência da provisão e distribuição de médicos, até a conformação de seu desenho.

O capítulo três por sua vez, se volta para uma análise mais específica do PMMB, buscando auferir alguns resultados concretos em 31 municipalidades do estado da Paraíba. A escolha do caso específico da Paraíba se justifica pela composição regional na qual o estado encontra-se inserido, uma vez que o Nordeste brasileiro é uma das principais regiões afetadas negativamente pela deficiência de oferta e distribuição de médicos, além de ser um estado que comporta uma quantidade expressiva de municipalidades com baixo IDHM e disparidades profundas na razão de médicos por mil habitantes.

---

<sup>1</sup> O PMMB alocou, aproximadamente, 18 mil médicos cubanos no Brasil (Ministério da Saúde, 2015).

## 1. A SAÚDE NA AGENDA INTERNACIONAL

Ao discutir uma perspectiva ampliada sobre os determinantes que definem o significado semântico de ‘desenvolvimento’, Amartya Sen (2000) categoriza a garantia de níveis de saúde adequadamente satisfatórios como uma das prerrogativas fundamentais para o pleno exercer das liberdades humanas; inclusive, concebendo o acesso à saúde como uma das liberdades fundamentais a serem desfrutadas pela humanidade. A esse respeito, Kickbusch (2004) enfatiza justamente o quão danosos são os efeitos para populações mais pobres de uma precariedade na disponibilidade de serviços de saúde e, em consonância, a ausência de qualidade dos mesmos. Um cenário estruturalmente deficiente na provisão de cuidados em saúde catalisa as iniquidades sociais e opera em uma dinâmica cíclica de manutenção e aprofundamento de agravos socioeconômicos e ambientais, prejudicando o potencial de desenvolvimento de populações.

É no século XXI, de acordo com Ventura (2013), que se consolida uma percepção globalmente generalizada a respeito da tipificação múltipla dos riscos que afetam os indicadores públicos de saúde, especialmente o caráter global dos mesmos, o que urge para uma ação conjunta por parte da comunidade internacional. Esse reconhecimento salienta o que Kickbusch (2004) cunhara como Terceira Revolução em Saúde Global<sup>2</sup>. Essa dissertação analisa, assim, um dos elementos fundamentais do arranjo contemporâneo de ações e iniciativas internacionais voltadas a garantir melhorias nos níveis de saúde de países com algum tipo de deficiência ou carência na provisão adequada desse serviço público: a cooperação técnica internacional.

Entretanto, é necessário, porém, promover um exercício reflexivo anterior sobre os temas de saúde na política internacional, de modo a garantir uma compreensão mais robusta da exata importância do movimento ascendente da saúde pública na agenda internacional que marca a particularidade específica do momento histórico ressaltado por Kickbusch (2004). A completude desse construto narrativo só é possível ao se admitir a existência de uma interconexão profunda entre os campos da saúde pública e

---

<sup>2</sup> A expressão faz referência ao entendimento da saúde como um bem público global; um recurso indispensável para a promoção do desenvolvimento. Percepção essa lançada a partir da Declaração de Ottawa de 1986.

da política internacional, o que reforça a percepção de Akerman *et al* (2011) de que a saúde é sempre um objeto político, ainda que tal aspecto seja relegado ao obscurantismo ao se lançar mão de visões estritamente biomédicas<sup>3</sup>. São as transformações no cenário internacional, por meio da estruturação de arranjos conectivos globalizantes que, grosso modo, colocam em curso dinâmicas que ressaltam os laços profundos que temas e práticas no escopo da política internacional possuem com a definição de condições específicas em saúde pública (Kickbusch, 2004; Alleyne, 2007, Alcázar, 2008; McInnes; Lee, 2012;).

A saúde, como um tema da política internacional, foi tradicionalmente tratada como um problema tópico e instrumentalizado a partir de arranjos pontuais, tais como o estabelecimento de quarentenas internacionais e difusão de receituários padronizados de ação, por meio da prática da ajuda internacional. O uso de quarentenas se prestava, grosso modo, a uma tentativa de proteção aos fluxos comerciais europeus e aos indicadores de saúde dessas populações. Os países do sul, de acordo com essa percepção, seriam fontes de mazelas que deveriam ter seu potencial de contaminação transnacional controlado. Ao final do século XIX a comunidade internacional percebe a insuficiência do uso das quarentenas e, de maneira conjunta, os Estados (majoritariamente, países europeus) passam a buscar soluções negociadas para o combate à agravos de teor epidemiológico, lançando mão de conferências e criação de comitês nacionais, ainda que tais discussões ainda mantivessem uma percepção reducionista da saúde e seus determinantes. Uma transformação conceitual passaria a tomar forma em virtude do avanço científico em áreas sensíveis da medicina, que alavancaram a percepção de que as quarentenas por si só não poderiam conter os riscos de epidemia quando desconectadas de outras ações no campo da saúde pública (Villa et al, 2001; Alleyne, 2007; Kickbusch; Ivanova, 2013).

Nos primeiros anos do século XX, especificamente em 1907, é criado o *International Office of Public Hygiene (IOPH)*, iniciativa multilateral de 12 Estados com vistas a regular e administrar ações voltadas para o controle de riscos epidêmicos. É esse, em linhas gerais, o primórdio das organizações internacionais de saúde, ainda que mantivesse uma visão verticalizada dos papéis internacionais no tema (países do

---

<sup>3</sup> Efetivamente, a dimensão médica da saúde é o elemento definidor desse campo do conhecimento, entretanto, quando analisamos o problema da 'política pública de saúde', em sua dimensão nacional ou internacional, elementos e constrangimentos variados (desde limitações orçamentárias até concepções sobre a eficiência de modelos administrativos diferentes), que extrapolam a especificidade da prática e do conhecimento médico, afetam a tomada de decisão dos governos.

Sul enquanto portadores de ameaças, países do Norte detendo as alternativas para contenção dos riscos) e possuíssem um caráter informativo muito incipiente, sem poder efetivo de determinação de agenda. Em continuidade às tentativas de estruturação de palcos internacionais voltados para a saúde, é no seio da Liga das Nações que em 1922 foi então estabelecido o *League of Nations Health Office* (LNHO), escritório do organismo voltado para a promoção de uma coordenação entre as nações do Norte e do Sul, de modo a estruturarem ações em saúde dentro das realidades dos países mais pobres, buscando promover arranjos mais completos no combate a determinados agravos (Alleyne, 2007; Kickbusch; Ivanova, 2013).

É somente em 1945 que é estabelecida a Organização Mundial da Saúde (OMS), organismo com uma participação maior de Estados membros e com uma maior influência em relação às estruturas anteriores voltadas para o tema, ainda que seu protagonismo se baseasse muito mais em conhecimento técnico e não tanto em poder político de fato. A esse período, se reconhece a saúde como um direito humano fundamental e de caráter universal, pautado em uma visão holística sobre o que significa saúde em si (bem estar físico, social e mental), o que pode ser vislumbrado nos princípios que norteiam o lançamento do documento “*Health for All by the Year 2000*”, assentando as bases para que a saúde – e as ações internacionais em prol da mesma – fossem percebidas de maneira multidimensional em seus desafios e, principalmente, na potencialidade de ações conjuntas (Fidler, 2005).

Importantes documentos internacionais passam a ser lançados, fortalecendo a necessidade de uma nova interpretação sobre o tema e as estratégias internacionais requeridas. A Declaração de Alma-Ata de 1978, resultado da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, é enfática ao conceber a saúde como um valor multidimensional, cujo delinear de políticas de intervenção deveria mobilizar não apenas aqueles setores técnicos voltados especificamente para questões de saúde pública, uma vez que seus determinantes são múltiplos e escapam ao tecnicismo de tais instâncias (Declaração de Alma Ata, 1978). A Carta de Ottawa (1986), produto final da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, reforça a multidimensionalidade da saúde presente na Declaração de Alma Ata e enfatiza ainda que políticas públicas em áreas estratégicas – como educação e alimentação – são elementos centrais para a promoção do empoderamento individual na estruturação e manutenção de índices de saúde pública satisfatórios (Carta de Ottawa, 1986).

Contemporaneamente, o tema passa a gozar de um *status* diferenciado na agenda global. De um lado, passam a ser reconhecidos os seus determinantes sociais e a centralidade que seus riscos e potencialidades representam em um cenário internacional que, relativamente isento de conflitos de magnitude global, volta-se para o reconhecimento de determinados bens públicos globais. De outro, percebe-se a estruturação conjunta de agendas internacionais voltadas à promoção do desenvolvimento, que passam a reunir em palcos de tomada de decisão uma diversidade de atores estatais e não-estatais, refletindo o lançamento de iniciativas tais quais os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM, 2001) e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS, 2015).

A essas duas agendas é fundamental perceber como a saúde representa um componente transversal na promoção do desenvolvimento: na primeira delas, três dos oito objetivos versavam explicitamente sobre questões relacionadas à saúde pública – reduzir a mortalidade infantil (ODM 4), reduzir a mortalidade materna (ODM 5), combater a AIDS, malária e outras doenças infecciosas (ODM 6) – além de se relacionar com outras temáticas estratégicas da agenda, como a promoção da educação e o combate à fome. A agenda dos ODS sintetiza as questões de saúde no ODS 3, reforçando os componentes já presentes nos ODM, além de adicionar temáticas novas, como incentivos à pesquisa em saúde e qualificação de profissionais, considerações a respeito dos riscos da poluição ambiental, além de temas estruturais e estratégicos, como o enfoque na Cobertura Universal em Saúde (*Universal Health Coverage*) e a estruturação de respostas nacionais aos riscos em saúde pública (Hulme, 2007; Fehling; Nelson; Venkatapuram, 2013; Organização das Nações Unidas, 2015)

À noção de Cobertura Universal em Saúde - meta 3.8. do ODS em Saúde - ainda que delimitada em um aspecto reducionista e que privilegia determinadas abordagens fundamentais em parcerias público-privadas – cabe destaque, pois a presença de tal tema em uma agenda internacional de desenvolvimento é de extrema relevância (Reddock, 2017). Além disso, a transversalidade da agenda dos ODS ressalta de maneira ainda mais enfática a percepção do componente estratégico da saúde para a geração de bons resultados nos outros objetivos que compõe o pacto internacional (Organização das Nações Unidas, 2015; Reddock, 2017).

A globalização, na percepção de Sato (2010), mescla de tal maneira as considerações da política doméstica e da política internacional que, em determinadas temáticas, a fronteira que separa as duas dimensões se torna tênue a ponto de que as

ações isoladas de um Estado não podem mais responder a uma questão de maneira efetiva sem, de um lado, afetar as realidades sociais de outras nações e, de outro, sem as tornar limitadas em seu potencial de transformação<sup>4</sup>. De modo que ações conjuntas, articuladas entre Estados com participação ou não de atores não-estatais, estruturadas em fóruns multilaterais ou por meio de negociações bilaterais se tornam não apenas a maneira mais eficaz de responder a um problema internacional de caráter global, como também podem vir a ser o único protocolo de ação possível. É nesse aspecto que a prática da cooperação internacional torna-se uma virtude política na formulação de respostas aos problemas sociais globais (McInnes; Lee, 2012).

Sato ainda afirma que alguns temas tratados tradicionalmente como *low politics*, - dentre os quais a saúde pode estar inserida, em uma interpretação mais estrita daquilo que seriam os interesses tradicionais dos Estados – tendem a ser mais integrados às agendas de cooperação internacional. Uma das razões é que a saúde vem sendo cada vez mais reconhecida como um direito elementar e, portanto, objeto de deliberação nos principais fóruns internacionais, da mesma forma que passa a responder a interesses estratégicos dos países. Por sua vez, a saúde é também um objeto mais propício de se abarcar em arranjos integrativos de cooperação técnica, por englobarem uma configuração mais eclética dos atores envolvidos, que podem tomar a forma de organismos da sociedade civil e mesmo fundações internacionais, como, por exemplo, a Fundação Bill e Melinda Gates que vem ganhando centralidade estratégica no desenvolvimento de projetos voltados para a promoção da saúde na seara global<sup>5</sup> (Sato, 2010; Brugha, Bruen; Tangcharoesanthien, 2014).

O presente capítulo visa estruturar a discussão precedente de modo a promover um encadeamento de ideias e conceitos específicos que se propõe a discutir um tema central na arena política internacional no século XXI, qual seja, a prática da cooperação internacional para o desenvolvimento, nesse caso específico, em saúde pública. Lançar mão de arranjos de cooperação pode ser percebido como uma prática basilar na realidade política global do século XXI, marcada pela percepção de que os problemas

---

<sup>4</sup> Um exemplo clássico desse tipo de problema e que reflete diretamente nas questões relacionadas à saúde são as mudanças climáticas: ações isoladas dos países não são capazes de sanar seus problemas nacionais, sem que haja compromisso da parte de todos os países, especialmente os grandes emissores de gases de efeito estufa. Da mesma forma, a garantia de sistemas nacionais de saúde bem estruturados, em um ambiente altamente integrado, é insuficiente, uma vez que os determinantes das condições de saúde passam a ser afetados pela maior interconexão entre os países.

<sup>5</sup> Importante ressaltar que organizações dessa natureza são objeto de importantes críticas, por promoverem certa monopolização do processo de definição da agenda global em saúde, sem que os países, agrupados em organizações multilaterais, tenham poder decisório sobre a mesma.

que assolam as nações possuem origens em um sistema globalizado, o que reforça a necessidade de respostas conjuntas por parte da comunidade internacional. Nesse sentido, ainda é fundamental salientar que os papéis da comunidade internacional seguem uma lógica de responsabilidades comuns, porém diferenciadas, uma vez que se consolida a ideia de que cabe aos países desenvolvidos uma contribuição mais robusta com a promoção do desenvolvimento, o que já fora explicitado nos ODM e reforçado nos ODS, além de permear as discussões de importantes conferências internacionais, como a estipulação do compromisso de vinculação de 0,7% do PIB dos países desenvolvidos para o financiamento ao desenvolvimento internacional, negociada na Conferência Internacional sobre o Financiamento para o Desenvolvimento em Adis Abeba (2015). Aliado a isso, o componente da saúde pública – um dos temas historicamente marginalizados no tecer da política internacional – representa a exemplificação do que já foi exposto a respeito de novas considerações temáticas que passam a fazer parte das discussões globais e representa um dos temas centrais da agenda social internacional.

Para tanto, o capítulo se estrutura em torno de uma discussão a respeito da maneira com a qual as considerações de saúde pública passam a galgar um espaço estratégico na agenda política internacional, o que é feito por meio da conexão entre os campos da saúde pública e das Relações Internacionais na edificação de uma importante área do conhecimento que vem sendo denominada de ‘Saúde Global’. Isto posto, a discussão prossegue para uma maneira prática de colocar em curso as discussões e estratégias elaboradas no âmbito das reflexões em Saúde Global, que se apresenta na forma da Cooperação Internacional, especificamente as virtudes da Cooperação Sul-Sul. A discussão exposta no capítulo se encerra na proposta fundamental que justifica a presente dissertação e que representa seu esforço de contribuição acadêmica, qual seja, fundamentar um estudo que se debruce sobre um importante e incipiente exercício reflexivo no campo das Relações Internacionais, a avaliação de Cooperação Internacional.

## Saúde Global e Relações Internacionais

Fundada como disciplina acadêmica em resposta ao conflito da Primeira Guerra Mundial, as Relações Internacionais se voltaram durante grande parte de sua história enquanto disciplina e campo acadêmico estruturado, em função de temas relacionados à guerras e paz, solução de conflitos de poder entre os Estados soberanos. Sua base fundacional se voltava à promoção de um entendimento sobre as origens e causas que desencadearam o grande conflito mundial de 1914 e formas de evitar conflitos vindouros. Ao longo do breve século XX, a multiplicidade de conflitos e tensões no cenário internacional moveu grande parte dos estudos teóricos e empíricos da disciplina, consolidando temas tradicionais na agenda política internacional, como a segurança nacional e questões comerciais estratégicas. A esse conjunto de temáticas se cunhou o termo *high politics* (McInnes; Lee, 2012).

Mas a realidade internacional é dinâmica e em constante transformação. Como ressaltado na literatura em Relações Internacionais, com o final da Guerra Fria e o aprofundamento de laços econômicos, sociais e o avanço da tecnologia – agrupados no fenômeno da globalização – se colocou em curso uma mudança radical no campo das relações internacionais – enquanto interações interestatais – e, principalmente, das Relações Internacionais – enquanto campo de estudo. As teorias tradicionais de RI apresentam sensíveis dificuldades em abarcarem os novos temas que movimentam as discussões no cenário internacional, o que inclusive se reforça em afirmações que insistem em ressaltar temas tradicionais e considerações de poder como elementos fundamentais para a análise das RI, argumentando que as novas temáticas que surgem no seio da política internacional, apesar de relevantes, ainda permanecem secundárias.

McInnes e Lee (2012) discordam das teorizações que se prendem às raízes fundacionais das Relações Internacionais e que buscam preservar os construtos teóricos que se voltam unicamente para os aspectos da ‘política dura’. Privilegiando uma percepção construtivista, concebem que as transformações no cenário internacional ao final da Guerra Fria e aprofundamento da Globalização, respondem a uma lógica política específica de resignificação do próprio campo da política internacional, resignificação essa que ainda encontra barreiras na produção teórica e acadêmica das Relações Internacionais. Se o campo de estudo busca se debruçar sobre as práticas e o imaginário político internacional, as produções acadêmicas no mesmo devem passar a englobar as novas dinâmicas que movem o cenário internacional, do contrário

permanecerá um vácuo explicativo a respeito de tais fenômenos políticos e sociais que permeiam as relações entre os Estados e demais atores políticos de projeção internacional. Como responder, por exemplo, ao fenômeno da saúde pública em sua dimensão global de acordo com as lentes teóricas das Relações Internacionais?

O processo de reconfiguração da geografia social promovido pela dinâmica globalizante preconiza uma transformação radical nos eixos norteadores da política internacional, especialmente na produção de conhecimento teórico a respeito das interações sistêmicas entre as nações. É justamente nessa percepção que é possível observar o ponto nevrálgico que conecta as Relações Internacionais e a Saúde Pública enquanto campos de estudo. A noção de Saúde Global se estrutura exatamente no ponto de convergência entre as duas áreas (Kickbusch, 2004; McInnes; Lee, 2012; Kickbusch; Ivanova, 2013; Garrett, 2013).

Ainda que definir sua precisão conceitual seja tarefa complexa, é possível conceber a ideia de Saúde Global como uma seara que mescla de maneira orgânica as considerações tradicionais do campo da saúde pública e uma visão sistêmica e multicausal própria da dinâmica da política internacional. Não seria mais possível observar a saúde no século XXI tomando como pontos focais de análise apenas considerações biomédicas ou mesmo uma visão estritamente doméstica dos determinantes sociais em saúde (Alcázar, 2008; McInnes; Lee, 2012). A saúde pública no século XXI, como pontua Ventura (2013), responde a um complexo quadro de interações político-sociais nas quais o internacional passa a gozar de maior proeminência relativa na definição dos indicadores de saúde pública. Em um cenário que apaga as linhas divisórias palpáveis e promove uma reordenação da geografia social global, as questões de saúde devem ser percebidas de maneira holística.

A própria configuração dos atores que impulsionam discussões da agenda social das Relações Internacionais passa a englobar Estados até então relegados ao posto de atores secundários. O compartilhamento de visões e práticas de atores do Sul Global em fóruns multilaterais é cada vez mais presente e estratégico, moldando acordos e iniciativas internacionais de desenvolvimento, além de promoverem a contestação de práticas e entendimentos tradicionais oriundos de um seleto grupo de Estados que, devido ao seu poderio econômico e bélico, desfrutaram de centralidade nas discussões políticas de temas tradicionais, como segurança. Além disso, ao passo que as discussões internacionais se ramificam para temas de cunho social, é cada vez mais significativa a

participação de atores não-estatais, sejam organismos da sociedade civil, fundações e mesmo a opinião pública doméstica (Álcazar, 2008; Lopes, 2008; McInnes; Lee, 2012).

Do mesmo modo, no que tange às Relações Internacionais, como já explicitado, não é mais possível observar a política internacional sem lançar luz sobre sua agenda social. Em um cenário que mobiliza uma diversidade de atores e promove articulações em fóruns estratégicos na consolidação de iniciativas como os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, como é possível pensar a política internacional dissociada de sua agenda social? Em suma, as Relações Internacionais são centrais para a esfera da Saúde Pública ao contribuírem com construtos analíticos que atestam para o componente político da saúde, essencial para a compreensão das agendas e programas em saúde pública, ao passo que a seara da Saúde Pública contribui para as Relações Internacionais ao apresentar novas considerações que permitam uma ampliação do escopo de reflexões da disciplina, fazendo com que as teorias e demais produções acadêmicas no seio das RI possam responder de maneira mais coerente ao cenário internacional globalizado e às questões sociais que o permeiam (Akerman *et al*, 2011; McInnes; Lee, 2012;).

Se a noção de Saúde Global instrumentaliza em termos conceituais o ponto de convergência teórica entre os campos da Saúde Pública e das Relações Internacionais, é nas práticas políticas internacionais que se observam os arranjos institucionais práticos que tomam forma na busca de responder a problemas centrais na promoção do desenvolvimento internacional.

### Cooperação Sul-Sul em Saúde

A cooperação internacional representa um aspecto complexo da política externa das nações, pois exige, para a obtenção de resultados relevantes e significativos, o colocar em prática de arranjos que comportem uma robusta estrutura institucional por parte dos Estados cooperantes e dos organismos não-estatais eventualmente envolvidos. É na robustez dos processos técnico-burocráticos que estruturam e implementam os programas de cooperação internacional que repousa o seu potencial de produzir efeitos estruturais estratégicos.

A esse respeito, e ao se observar os arranjos tradicionais de cooperação internacional, circunscritos às práticas de cooperação Norte-Sul, é possível inferir que a retórica tradicional de algumas práticas cooperativas se estruturavam, historicamente, em ações pontuais, verticalizadas, cujo desenho de intervenção se pautava muito mais na replicação de receituários padronizados e não tanto na observação prática das realidades sociais dos países receptores. Essa perspectiva tradicional passou a ser lida como arranjos de teor *donor-oriented* (Côrrea, 2010).

Na cooperação internacional em saúde esses arranjos resultaram na manutenção de gargalos significativos nas capacidades e indicadores de saúde pública dos países receptores. A título de exemplo, os programas internacionais voltados para a promoção da saúde em países mais pobres e em desenvolvimento ainda que promovessem ações significativas, como a prática de vacinações contra agravos em saúde de caráter pandêmico, não contribuíram com boas práticas de teor estruturante e estrategicamente sustentáveis no longo prazo, como o fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde, o incentivo a uma produção localizada de fármacos de modo a diminuir a dependência de fornecimento estrangeiro. Ainda, mesmo que observando ações mais precisas, não abarcaram, na maioria dos casos, práticas para responder às doenças negligenciadas (Katz, 2011).

O teor assistencialista de algumas práticas de cooperação Norte-Sul em saúde ainda podem gerar dois reveses críticos, quais sejam, em primeiro lugar, a sobreposição de fluxos financeiros e técnicos em problemas semelhantes, devido a uma falta de coordenação entre as políticas públicas nacionais já em curso e as práticas advindas do arranjo cooperativo, o que pode resultar em desperdício de recursos financeiros e de capacidade técnica, além da eventual geração de resultados insuficientes e desconexos; em segundo lugar, um desincentivo a políticas públicas nacionais em curso que não geram resultados no ritmo esperado pelos países na posição de doadores. Esse revés poderia gerar uma situação problemática crítica: reforço a uma prática de manutenção de ignorância em relação aos problemas locais – o que prejudicaria as próprias respostas nacionais às questões elevadas ao *status* de problemas públicos. Consequentemente, esse julgamento geraria uma mudança na alocação de recursos em um privilégio aos programas com resultados de curto prazo com vistas a satisfazer os interesses dos países doadores (Alleyne, 2007; Katz, 2011).

É ao se apresentar como um modelo alternativo e socialmente congruente com as necessidades e realidades dos países receptores que a Cooperação Sul-Sul consolida

seu discurso, fortalece suas práticas e ganha espaço no horizonte nas ações de cooperação internacional. Lopes (2008) e Leite (2012) apontam que a ênfase recente na Cooperação Sul-Sul representa tanto a reemergência de atores estratégicos no Sul Global, como a possibilidade de modificação dos arranjos tradicionais de cooperação e a estruturação de novas práticas, potencialmente mais adequadas no tecer de respostas técnicas para problemas sociais sensíveis.

A essa modalidade de cooperação caberiam as virtudes de a) possuir mapas de ação mais condizentes com as realidades dos países receptores, uma vez que os problemas dentro do Sul Global tenderiam a ser compartilhados pela vasta maioria dos países, ainda que com níveis de vulnerabilidades distintos; b) serem mais horizontais, uma vez que as disparidades em termos de poder e capacidades entre os países tenderiam a ser menores, o que poderia se refletir em um processo de diálogo mais orgânico e c) possuírem quase nenhuma condicionalidade, o que diminui os riscos de ingerência externa nas prioridades domésticas (Lopes, 2008).

Considerando esses elementos caracterizadores da CSS, uma das resultantes seria a promoção de mudanças de caráter estrutural, ou seja, transformações capazes de mudar de maneira profunda as estruturas nacionais, de modo a garantir um desenvolvimento autônomo para os países receptores no longo prazo, além de possuir menores condicionalidades. Buss e Ferreira (2010) apresentam esse conceito como uma particularidade da cooperação brasileira em saúde, que se volta a promover transformações mais estruturadas nos países receptores. Menezes e Prandi (2018) propõe a extrapolação do conceito para o conjunto da CSS em si, uma vez que seria justamente essa modalidade de cooperação que poderia “contribuir com a arregimentação de arranjos de cooperação técnica em saúde que se voltem à transformação estrutural ou fortalecimento de estruturas mais robustas em saúde nos países que os recebem” (Menezes; Prandi, 2018, pp. 81).

A CSS, em suma, seria uma fonte de difusão de boas práticas e estruturação de diálogos conjuntos, capazes de transformar a maneira com a qual se desenham intervenções e programas internacionais voltados para a promoção do desenvolvimento (Lopes, 2008; Leite, 2012).

É necessário aqui salientar que não são todos os arranjos de cooperação internacional encabeçados por atores do Norte Global que representam os riscos e falhas já mencionados, e nem mesmo é intelectualmente correto afirmar que a prática da CSS se estrutura em bases radicalmente avessas, garantindo em sua totalidade que os

programas de cooperação sigam lógicas *recipient-oriented*. Não se busca aqui promover uma crítica radical aos arranjos tradicionais de cooperação, quiçá uma essencialização do Sul Global, mas sim reforçar o elemento que destaca a Cooperação Sul-Sul como uma prática inovadora no que diz respeito ao tecer de respostas para problemas sociais de caráter internacional – como é o caso da Saúde Global – em virtude das potencialidades transformadoras do compartilhamento de experiências enraizadas em realidades semelhantes.

Ventura (2013) aponta que uma das principais dificuldades na consolidação de intervenções internacionais em saúde é a promoção de seu reconhecimento enquanto um direito, que deve ser garantido a todos de maneira que o desfrutar de bons serviços e indicadores de saúde por parte de uma parcela da população mundial não se fundamente na exclusão de outros grupos populacionais. A saúde, portanto, precisa ser um bem público global difundido de maneira uniforme e equitativa, de modo que as ações em prol de sua garantia precisam seguir lógicas para além da prestação de caridade (Côrrea, 2010).

A CSS e seu elemento primordialmente *recipient-oriented* reforçaria o que já se explicitava na Carta de Ottawa (1986) a respeito das ações internacionais em prol da saúde – a necessidade de um enfoque nos problemas sociais locais de maneira abrangente – e os princípios pactuados na Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda (2005), enfatizando a necessidade de apropriação por parte dos países receptores das práticas e estratégias empregadas, reforçando o caráter complementar da atuação dos países doadores e seu compromisso com as reais necessidades das nações receptoras. Essa discussão se firma de maneira ainda mais direta no texto da Declaração de Busan (2011), ao se salientar que a base fundamental de qualquer ação no sentido de promover desenvolvimento somente logrará êxito se os interesses dos países receptores permearem de maneira clara os arranjos cooperativos, de modo que as abordagens e estratégias escolhidas possuam uma consideração fiel às realidades e potencialidades locais, de modo a proporem práticas factíveis (Lopes, 2008; Côrrea, 2010).

De acordo com Bronfman e Polanco (2003), uma das ações possíveis da CSS em saúde – e talvez uma das maneiras mais explícitas de garantia do componente estruturante de um arranjo de cooperação técnica em saúde – seria o fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde, elemento já destacado na Declaração de Ottawa (1986). É por meio de um sistema nacional de saúde bem estruturado e homogeneamente ramificado que podem ser tecidas intervenções em saúde com maior eficácia, garantindo

uma abordagem estruturada aos problemas de saúde característicos de uma população. É por meio do fortalecimento dos sistemas de saúde nacionais que a CSS em saúde pode vir a gerar resultados mais robustos ao longo prazo, provendo os países receptores de capacidades técnicas estratégicas para um gerenciamento autossustentado das estruturas nacionais fundamentais para a gestão em saúde pública.

Nesse aspecto, cabe destacar o papel peculiar do Brasil na arquitetura em saúde global. Recentemente, o Brasil se consolidou como um importante ator internacional, sendo responsável pela provisão de cooperação técnica em saúde para diversos países latino-americanos e Estados africanos lusófonos. A atuação brasileira nos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOPs) reflete a diversificação de parcerias nacionais, que por meio de um diálogo fundamentado na solidariedade das nações do Sul, estrutura arranjos de cooperação em áreas nas quais o Brasil detém *expertise*, de modo a promover a difusão de boas práticas e a garantia de promoção de transformações concretas (Buss; Ferreira, 2010).

Por meio de agências estratégicas como a FIOCRUZ, o Brasil promove nos PALOPs projetos que se voltam tanto ao fortalecimento dos sistemas de saúde locais, por meio da difusão de conhecimento do SUS, como também em ações mais pontuais, porém fundamentais considerando as necessidades dos países receptores, tais quais a capacitação de profissionais, estruturação de bancos de leite e mesmo a construção de capacidade de produção de antirretrovirais (Silveira, 2011; Fernandes, 2013).

Por outro lado, o Sistema Único de Saúde (SUS) – um dos mais estratégicos sistemas de saúde de base pública do mundo – ainda enfrenta sérias dificuldades em sua consolidação, especialmente no que tange à garantia ao acesso universal à saúde por meio do fortalecimento da dimensão da Atenção Primária em Saúde (APS). Estruturado como um sistema de base pública e de caráter universal, o SUS representa um componente importante na maneira com a qual o Estado brasileiro vem a por em prática o aspecto da saúde enquanto um direito fundamentado na Constituição Federal de 1988. Representa também, ao se observar os arranjos em Saúde Global, um curioso ponto de deficiência de um ator de suma importância na cooperação técnica em saúde, característica que permite ao Brasil ser inserido na arquitetura em Saúde Global tanto como um doador de cooperação técnica em saúde, como um receptor de arranjos cooperativos para o fortalecimento do SUS. A cooperação estabelecida com Cuba e Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) para o fortalecimento da APS por meio do Projeto Mais Médicos para o Brasil, objeto dessa dissertação, é um caso exemplar de

como o Brasil se coloca também na arquitetura global em saúde também como país receptor.

#### Avaliação de Cooperação Sul-Sul: o Projeto Mais Médicos para o Brasil

Já foi aqui estabelecido que, em termos teóricos, a cooperação técnica entre países do Sul Global pode vir a gerar melhores resultados em saúde, inclusive com características estruturantes, o que se justifica, dentre outros fatores, principalmente pelo compartilhamento de *expertise* oriundo de realidades semelhantes. Afirmações desse tipo são fundamentais para direcionar as lentes analíticas da academia para o estudo da cooperação Sul-Sul como uma prática de relevância ímpar no contexto das agendas globais de desenvolvimento postas em curso nos últimos anos.

Porém, é necessário também a realização de um exercício mais prático e metodologicamente preciso, qual seja, o da avaliação da cooperação internacional. Grosso modo, não é suficiente observar as virtudes teóricas da cooperação internacional e mesmo os seus resultados práticos, uma vez que é na investigação de seu *modus operandi* – isto é, como os arranjos de cooperação se estruturam, como são colocados em prática, em quais arranjos institucionais se assentam – que se baseia o seu grande trunfo, qual seja, o potencial de replicação, o aspecto central para a difusão de boas práticas (Andrade, 2014).

Costa (2018) enfatiza que é no aspecto da avaliação da cooperação internacional que se desenvolvem estudos sistemáticos para entender o processo técnico e institucional que conecta o potencial da cooperação internacional e a efetividade das ações práticas, de modo a promover um entendimento o mais completo possível a respeito da complexidade que os arranjos de cooperação internacional representam em termos de coordenação política e mobilização de recursos.

Refletir sobre a forma com a qual se desenvolvem os programas de cooperação internacional é atividade central para a promoção de um entendimento robusto a respeito da maneira com a qual as transformações da realidade internacional globalizada vêm a exigir respostas aos problemas sociais característicos do século XXI. Se existe o reconhecimento de que a complexificação da realidade global não mais comporta práticas individualizadas de ação, é no processo de entendimento a respeito da maneira com a qual se operam os programas de cooperação internacional que reside o potencial

de contínuo aperfeiçoamento que busca se voltar para a estruturação de arranjos mais eficientes e socialmente enriquecedores:

“A avaliação se insere nesta cadeia causal como o principal elemento de aprendizagem, com um enfoque de gestão do conhecimento, fundamental para gerar uma espiral de conhecimento crescente que sirva para promover o contínuo aprimoramento da eficiência e efetividade de atividades de promoção do desenvolvimento humano, além de garantir a transparência e a prestação de contas (accountability)” (Fujiwara, 2018, pp. 58).

Fujiwara (2018) salienta que no caso específico da CSS, a estruturação de um processo avaliativo metodologicamente coerente e robusto é de suma importância para a consolidação da vertente como uma opção socialmente plausível e efetiva de promoção do desenvolvimento. É necessário comprovar empiricamente que boas práticas presentes no discurso da CSS podem, de fato, se refletir na realidade concreta. A avaliação da CSS é fundamental para gerar um arcabouço analítico que fundamente a sua replicação em contextos semelhantes e, além do mais, tal raciocínio consolida a própria importância da prática da avaliação de cooperação internacional em si, o que pode ser vislumbrado, grosso modo, em uma relação de mão dupla.

Andrade (2014) e Fujiwara (2018), ao elencar as principais técnicas metodológicas para a estruturação de uma avaliação de cooperação internacional, salientam que dentre as mais comuns encontram-se as concepções de gestão baseada em resultados (*results-based management*) e gestão baseada em evidências (*evidence-based management*), ambas voltadas quase que em sua totalidade para a averiguação dos impactos da cooperação internacional. Fujiwara (2018) ao discorrer sobre as avaliações de impacto, salienta que a centralidade na opção por tal modalidade avaliativa não deve fomentar uma percepção que a coloque como a única modalidade possível de avaliação de cooperação internacional, muito porque os processos que englobam uma avaliação de impacto são demasiado custosos e com níveis de complexidade tamanhos que a busca por coerência metodológica pode vir a gerar limitações conceituais importantes. De tal modo, salienta que ao passo que as avaliações de impacto permitem inferir o grau de eficiência de um determinado arranjo de cooperação internacional, tal avaliação não comporta as explicações necessárias que expliquem as razões do fracasso ou sucesso do resultado final “o que impede que avaliações de impacto produzam conhecimento que apoie o processo de adaptação e replicação de práticas exitosas em outros cenários que não o da implementação original” (Fujiwara, 2018, pp. 60).

Isto posto, no âmbito da avaliação da cooperação internacional, faz-se necessário o lançar mão de metodologias de análise para a avaliação de cooperação internacional que permitam a estruturação de *roadmaps* de ação capazes de subsidiar práticas de replicação dos arranjos postos em curso. Para tanto, a proposta deste trabalho visa justamente contribuir para um campo ainda em incipiente desenvolvimento no âmbito das Relações Internacionais – qual seja, a avaliação de cooperação internacional – lançando mão de uma metodologia que pode ser aplicada para avaliar um arranjo de CSS em saúde de modo a promover justamente uma melhor compreensão dos processos decisórios e de implementação de ações cooperativas, elemento basilar para o potencial replicativo da CSS.

A metodologia escolhida para tal seria, em linhas gerais, uma avaliação integrativa do Ciclo de Políticas Públicas, como proposta por Rossi *et al* (2004), voltada para um estudo abrangente que parte da identificação de um questão social como problema político até a averiguação dos seus resultados, impactos e eficiência dos programas públicos, abarcando no meio do processo as dimensões dos debates a respeito do desenho e modelos de implementação das políticas públicas e as bases institucionais do processo decisório.

A forma proposta por Rossi *et al* (2004) para avaliação de políticas públicas tem potencial imenso para a avaliação da cooperação técnica internacional, por ser capaz de a) abarcar na análise as razões sociais da cooperação (se efetivamente o tema objeto da cooperação se constitui como problema social do país receptor e não meramente a materialização de interesses do país doador<sup>6</sup>); b) avaliar os meios de implementação utilizados e se eles se coadunam com as políticas vigentes e instituições existentes no país receptor, evitando os problemas que a literatura aponta quando essas ação são desconexas; c) concluir se os resultados esperados pela cooperação foram alcançados, alterando positivamente a realidade local.

O objeto em questão é o Projeto Mais Médicos para o Brasil, terceiro eixo do Programa Mais Médicos, que por meio da alocação de um expressivo contingente de médicos cubanos na Atenção Primária do SUS representa um dos mais ambiciosos projetos de Cooperação Sul-Sul (com triangulação da Organização Pan-Americana de Saúde) do continente americano. Trataremos em detalhes o programa nos capítulos

---

<sup>6</sup> Esse pode ter interesses na cooperação que não se resumem à lidar com o problema social em questão. Por exemplo, escoar produtos nacionais por meio da cooperação, criar laços políticos com o país receptor, sustentar governos estrangeiros por meio do seu financiamento, criar infra-estrutura local para avançar com laços de comércio e investimentos, etc.

seguintes, bastando agora enfatizar que se trata de um caso que reflete essa interessante interconexão entre a política externa e a política doméstica, com um importante potencial replicador no fortalecimento das ações em Saúde Global.

### Considerações Finais

As Relações Internacionais são um campo de conhecimento dinâmico e multidisciplinar e, na medida em que a agenda globalizada da política internacional passa a se mesclar com temas sociais historicamente subalternizados nos estudos de RI, torna-se urgente repensar esse campo acadêmico. Esse exercício é fundamental para a produção de conhecimento socialmente embasado e robusto, que permita que a disciplina de Relações Internacionais e suas lentes analíticas multidisciplinares – o principal trunfo da disciplina no âmbito das Ciências Sociais – possam contribuir de maneira mais precisa com a construção de reflexões sociais relevantes.

A esse respeito, o presente trabalho lança mão de uma temática fundamental da agenda social das RI, qual seja, as práticas de cooperação em saúde. O reconhecimento de uma sinergia entre os campos da Saúde Pública e das Relações Internacionais permite a identificação de temáticas que ilustram exatamente como se operam as interações entre o doméstico e o internacional na era da globalização. A cooperação em saúde é, portanto, a exemplificação prática de como a geração de conhecimento no âmbito das RI – as formas de articulação entre os atores envolvidos, a base institucional na qual repousam as negociações, as tomadas de decisão e a elaboração de mecanismos de implementação de arranjos cooperativos – pode vir a se refletir em arranjos concretos que afetam os índices de desenvolvimento de populações e enfatizam a dimensão social das RI.

Portanto, o cerne fundamental deste capítulo, que representa uma reflexão conceitualmente introdutória ao propósito ulterior deste trabalho, é sedimentar as bases teóricas para a execução de uma proposta que visa contribuir com um aspecto fundamental que relaciona a mudança de paradigmas das Relações Internacionais, qual seja, a avaliação da cooperação internacional, área de desenvolvimento incipiente no campo de estudo das RI e que representa o estágio final da reflexão aqui proposta a respeito dos novos moldes que guiam a disciplina e das práticas internacionais que

tornam o século XXI um momento de convergência internacional da promoção do desenvolvimento em perspectiva holística.

## 2. O CICLO DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

A política pública, grosso modo, pode ser entendida como um produto político que sintetiza o compromisso e os deveres de um determinado governo para com a população adstrita nos limites de um dado território. Não é necessariamente uma resposta a todas as questões que afligem o tecido social de uma comunidade organizada, mas o fruto de percepções e interesses particulares de um dado corpo de atores em referência a uma realidade social específica (Anderson, 1994). Souza (2007) ainda comenta que as políticas públicas representam o “estágio em que governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações, que produzirão resultados ou mudanças no mundo real” (SOUZA, 2007, pp. 69).

Souza (2007) enfatiza que, ainda que os governos estejam limitados em funções de recursos e de capacidades políticas e sofram influência da atuação de atores externos ao corpo burocrático estatal, é no seio da atividade governamental que repousa o aparato que centraliza a estruturação daquilo que emana da sociedade como questão social e é absorvido pela ação política na forma de problema social. Nesse sentido, Howlett (2014) afirma que existe uma racionalidade objetiva que ampara o tecer de uma política pública, mesmo quando o foco da mesma se distancia em termos de concretude daquilo que é mais urgente para a sociedade.

Essas definições amplas sobre o que seria ou significaria uma política pública podem ser traduzidas, como o faz a literatura sobre o tema, na identificação de um ciclo que caracterizaria objetivamente as etapas do processo de conformação de uma política pública. Os ciclos de políticas públicas servem como um mecanismo analítico capaz de prover instrumentais de análise para a compreensão dessa racionalidade governamental, além de permitir a avaliação dos resultados de uma política.

É relevante enfatizar de antemão que, como bem comenta Januzzi (2011), a noção de uma estrutura processual cíclica e separada metodicamente em estágios bem definidos é um artifício analítico que não corresponde, necessariamente, à dinâmica concreta do processo de formulação de uma política pública, que não é linear. O artifício de estabelecer uma ordem sequencial lógica se justifica como um recurso didático que permite a identificação de quais são os processos basilares desde a conformação de uma política pública até sua avaliação, de modo a permitir uma compreensão robusta e completa do objeto em sua totalidade. É *mister*, portanto,

ressaltar que cada etapa do processo não ocorre de maneira isolada no tempo e espaço, uma vez que as fases se mesclam de maneira orgânica no processo de conformação da política.

A forma mais recorrente de definição de um ciclo de política pública se estrutura em um organograma que estabelece o processo político dividido em cinco fases principais: a) definição da agenda, b) formulação da política, c) processo de tomada de decisão, d) implementação, e) avaliação (Anderson, 1994; Capella, 2007; Januzzi, 2011). Secchi (2011), por sua vez, define o número de fases como sete, uma vez que propõe a identificação de questões sociais passíveis de se tornarem problemas políticos como uma fase separada da etapa de definição de agenda (momento que se inicia, artificialmente, após a seleção das problemáticas sociais) e ainda prevê uma etapa posterior ao estágio de avaliação, o momento de extinção da política pública em caso de inadequação da intervenção ou resolução do problema, o que mesmo pode se tornar uma oportunidade de reorientação das ações políticas em caso de necessidade de readequação à realidade social em voga.

Cada estágio diz respeito a uma dimensão específica da formulação de uma política pública, destacando os principais eventos e atores responsáveis pela estruturação de uma intervenção pública a uma determinada questão social elevada à categoria de problema político, até a etapa de avaliação que confronta os resultados obtidos com os propósitos que estabeleceram os objetivos iniciais da política (Januzzi, 2011).

Para fins de ilustração, as etapas fundamentais do Ciclo de Políticas Públicas são delimitadas de modo a abarcar as seguintes questões fundamentais:

**a) Definição de agenda:** como uma questão social é elevada ao *status* de um problema público passível de ser objeto de uma intervenção política, e quais os processos e percepções sociais que resultam em tal reconhecimento por parte dos governos;

**b) Formulação da Política:** de qual maneira interagem os diversos atores envolvidos no processo e como funcionam as barganhas políticas que vem a gerar propostas de intervenção pública, em quais análises e teorias se estruturam as alternativas de ação de modo a serem social e tecnicamente robustas para responder ao problema político identificado;

**c) Processo de tomada de decisão:** o resultado da barganha política e da deliberação e a conformação de um mapa de ação para colocar a estratégia escolhida em prática;

**d) Implementação:** quais as articulações entre os agentes formadores da política pública e as instâncias de implementação, sejam as mesmas esferas da administração pública ou organismos alheios a burocracia estatal, de modo a coordenar e gerenciar os processos técnico-burocráticos de gestão da implementação das propostas escolhidas;

**e) Avaliação:** um processo sistemático de avaliação baseado em indicadores robustos que possam gerar inferências relevantes a respeito dos resultados das ações escolhidas ao problema identificado (Anderson, 1994; Rossi *et al*, 2004; Januzzi, 2011).

A artificialidade do modelo do ciclo é claramente perceptível ao se reconhecer que tais processos não ocorrem de maneira linear e as decisões tomadas em cada fase se influenciam mutuamente. Arretche (2001) salienta, de maneira prudente, que dentre a identificação de um problema e sua implementação, processos sociais complexos podem atuar no sentido de moldar continuamente a estratégia política em curso, uma vez que a complexidade do tecido social nem sempre permite que o que foi decidido e posto em implementação transcorra de maneira absolutamente fiel ao planejado. A adaptação contínua de uma política pública, quando percebida a necessidade em face da realidade social, não é apenas necessária, como também fundamental para evitar o desperdício de recursos, sejam eles de ordem financeira, como de capacidades técnico-administrativas.

Rossi *et al* (2014), base da metodologia de análise adotada nessa dissertação, propõe uma avaliação integrativa do Ciclo de Política Públicas, de modo que o processo como um todo seja avaliado, de modo a robustecer as conclusões a serem tomadas a respeito do “ciclo de vida” de um programa desde sua gênese. Os autores argumentam que não é possível produzir análises completas e metodologicamente válidas quando o foco de atenção do pesquisador não se volta cuidadosamente para cada etapa do processo. É necessário, portanto, conhecer em detalhes o processo de formulação da agenda de modo a explicitar a existência real – ou não – de um problema político. É fundamental compreender as alternativas postas na mesa e, principalmente, em que pé as mesmas estão fundamentadas em cursos de ação socialmente plausíveis e burocraticamente factíveis, bem como observar as interações de atores com interesses diversos e suas posições em termos de alternativas viáveis, de modo a compreender de

que maneira os mesmos são conduzidos a uma decisão final. Além do já mencionado, Rossi *et al* (2004) propõe ainda um foco específico no processo de implementação de políticas públicas, uma vez que toda uma formulação coerente de identificação de problemas e desenho de alternativas pode não gerar os resultados esperados em caso de um mecanismo de implementação mal fundamentado. Esse ponto específico é ressaltado por Januzzi (2011), como uma questão essencial para a avaliação global de uma política pública<sup>7</sup>.

O objetivo do presente trabalho é justamente se debruçar sobre essa metodologia de compreensão e análise do processo de fundamentação e implementação de políticas públicas por meio da ideia de um ciclo organizado. Ainda, aplicar tal instrumental de análise para avaliar uma intervenção pública derivada de um acordo de cooperação técnica. Entendemos, como mencionado no capítulo anterior, que essa metodologia seja a mais adequada para avaliar iniciativas de cooperação internacional justamente pela sua abrangência, englobando etapas do ciclo de políticas públicas que refletem os elementos constitutivos da discussão teórica e dos problemas que perpassam a cooperação internacional para o desenvolvimento.

No caso específico desse trabalho, tomamos como programa escolhido o Programa Mais Médicos e, especificamente, o Projeto Mais Médicos para o Brasil. Seguindo a lógica integrada de avaliação proposta por Rossi *et al* (2004), o trabalho busca inserir a metodologia do Ciclo de Políticas Públicas como uma forma de avaliação de cooperação técnica em saúde pública, uma vez que o cerne do terceiro eixo do PMM se sustenta em um acordo triangular de cooperação entre os governos brasileiro e cubano por intermédio da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e representa, portanto, um fenômeno interessante de convergência entre as dimensões da política externa e políticas públicas, firmando-se como um dos mais ambiciosos projetos de cooperação em saúde nas Américas (Ramalho Filho; Lima, 2018).

---

<sup>7</sup> Essa forma de avaliação não questiona a avaliação de impacto, por entender que essa é a forma concreta de trazer à luz os efeitos específicos e precisos de uma intervenção pública. Apenas propõe uma leitura da política pública de forma ampliada, podendo, inclusive, incluir no ciclo avaliativo uma avaliação de impacto.

## Metodologia de avaliação do ciclo de políticas públicas

Ao discorrer sobre a avaliação de políticas públicas, Januzzi (2011) afirma que há uma tendência quase generalizada por parte de algumas instâncias do poder público brasileiro a não endossarem a avaliação de determinados programas e políticas sociais, ação muitas vezes ancorada em interesses político-partidários. Portanto, a prática de avaliação de políticas públicas no Brasil, de acordo com o autor, é ainda incipiente e dispersa. Deisy Ventura (2015), ao discorrer sobre as virtudes do PMMB, salienta que o componente específico de cooperação internacional – que promove a conexão entre o espaço da política externa e da política pública – torna o programa em questão um elemento de suma importância ao carregar em si a possibilidade de influenciar o delinear de outras políticas públicas no Brasil, no sentido de lançar mão de arranjos de cooperação internacional para pensar soluções para problemas sociais nacionais. É baseado nisso que o presente trabalho busca estruturar uma análise do ciclo que originou o PMM, em especial o PMMB, de modo a contribuir com o estudo de uma importante política pública, cuja fundamentação de um de seus eixos se sustenta em um robusto acordo de cooperação que, devido a sua centralidade, pode mesmo vir a definir a política em si.

Ao observar o processo de formulação de políticas públicas, Rossi *et al* (2014) enfatizam que uma avaliação deve lançar mão de observar todas as etapas do ciclo de maneira precisa e detalhada. Lotta, Galvão e Favareto (2016) já criticaram a tendência de algumas pesquisas a ignorarem as duas primeiras etapas do ciclo, uma vez que tomavam a identificação do problema e a formulação do desenho como processos puramente burocráticos. O ponto focal do trabalho de Rossi *et al* (2004) é justamente promover uma análise que englobe desde a identificação de uma questão social como problema até a avaliação dos impactos do programa público. Tal processo se justifica, na ótica dos autores, por promover uma avaliação que possa identificar com mais clareza os pontos fortes e as deficiências da política pública, que permita o corrigir do seu curso quando necessário, além de prover maior clareza para os avaliadores a respeito de quais resultados podem ser de fato esperados e se o curso de ação elaborado para sua execução é de fato o mais adequado para o problema identificado.

A avaliação de uma política pública, para Rossi *et al* (2004) serve a propósitos diversos, sejam eles analisar as melhorias sociais geradas por um programa, a identificação da necessidade de continuidade do mesmo ou não, uma avaliação do

aproveitamento dos recursos dispendidos e mesmo uma análise da eficiência das estruturas burocráticas envolvidas no formular de políticas públicas. Os autores salientam que ainda que as práticas de avaliação de políticas públicas sirvam de maneira mais objetiva aos interesses de setores do poder público e suas burocracias - as instâncias ligadas de maneira mais direta com o tecer de uma política pública - os resultados de um processo avaliativo também são de grande utilidade para parcelas da sociedade civil e demais atores externos ao corpo governamental, de modo que tais estudos possam vir a subsidiar o posicionamento de tais atores em face ao aparelho estatal.

Os autores estruturam a avaliação do ciclo em cinco estágios:

- 1) Avaliação da necessidade (*Needs Assessment*): o ponto de partida se coloca na observação da realidade social em busca de questões que podem vir a configurar problemas políticos, até a definição clara de quais são os problemas identificados e sua incorporação formal na agenda pública;
- 2) Definição do desenho da política (*Design Assessment*): engloba duas etapas do Ciclo de Políticas Públicas, quais sejam, a formulação do desenho do programa após a consolidação de seu diagnóstico e a tomada efetiva de decisão – ou seja, o trâmite que privilegia uma abordagem de ação em relação a outras opções – que estabelece as teorias de ação e estratégias a serem postas em curso;
- 3) Avaliação do processo de execução da política pública (*Program Process Assessment*): busca-se identificar se existe um mecanismo de ação coerente para a execução da política e se o mesmo se ampara no diagnóstico pré-estabelecido;
- 4) Análise do programa em termos de resultados e impactos (*Impact Assessment*): trata-se do momento em que podem ser verificadas tanto a constância da política pública em termos de responsividade ao problema identificado no início do ciclo, como correções em seu curso, além de subsidiar decisões a respeito da continuidade ou encerramento da política pública (*Impact Assessment*);
- 5) Análise de eficiência (*Efficiency Assessment*): momento em que se opera ao fim do ciclo, de modo a observar a questão social inicial e os resultados concretos da política, estipulando seus custos, sua eficiência e a adequação do tipo de resposta desenvolvido ao problema em questão e, caso pertinente, a outras políticas sociais de molde semelhante.

Considerando a curta vigência do programa e o objetivo aqui exposto de lançar mão da análise do PMMB como uma forma de analisar um projeto particular de cooperação internacional, o presente capítulo busca trabalhar as três primeiras dimensões de análise propostas por Rossi *et al* (2004), amparando tal empreitada em uma revisão bibliográfica de trabalhos acadêmicos produzidos a respeito do PMMB. Em capítulo posterior, a análise do ciclo será continuada enfocando na dimensão de *Impact Assessment*, que não se debruçará sobre uma avaliação de impacto do PMMB em si, mas sobre alguns resultados agregados em saúde em municipalidades do Estado da Paraíba.

## Programa Mais Médicos para o Brasil: avaliação de etapas

Uma vez exposta a metodologia que fundamenta a pesquisa, pretende-se então estruturar uma análise voltada para as três dimensões iniciais propostas por Rossi *et al* (2004). É importante salientar que esta etapa se volta a um estudo do PMMB enquanto política pública nacional, estruturando uma análise mais geral de seu processo de conformação e implementação. Caberá a um capítulo posterior o enfoque em um caso localizado, qual seja, o estado da Paraíba por meio da seleção de algumas municipalidades.

### 1. Avaliação de Necessidade (*Needs Assessment*)

Na conceptualização de Rossi *et al* (2004), a etapa que inicia uma avaliação integrada do Ciclo de Políticas Públicas parte de uma análise a respeito da averiguação concreta da necessidade de uma resposta política, na forma de um programa ou política pública, para uma determinada questão social. Os autores enfatizam que uma ação governamental na forma de uma política pública não pode ser analisada e avaliada sem uma percepção clara sobre o problema para o qual se destina. É preciso, portanto, avaliar se o problema de fato existe e, se for o caso, se há por parte dos tomadores de decisão uma percepção integral e robusta a respeito das bases sociais do mesmo e as possibilidades de intervenção.

Os autores salientam que a identificação incorreta de um problema social gera resultados avessos aqueles esperados, além de produzir custos desnecessários, que podem ser de ordem financeira e mesmo desgastes em face ao público alvo. Uma vez que políticas públicas emergem de escolhas e percepções que são, até certo ponto, subjetivas, os problemas sociais podem ser concebidos como construtos particulares que estão intimamente ligados ao espaço-tempo, podendo tanto ser questões perenes e corriqueiras – portanto, objeto constante da ação governamental no formato de intervenções por meio de programas e políticas sociais – como questões catalisadas para a agenda política devido a eventos muito específicos em um dado espaço de tempo. A essa questão, é possível fazer referência a um elemento particular do Modelo de Três Fluxos de Kingdon (2003, *apud*, Capella, 2007), no qual o autor elucida, como parte integrante de um fluxo ao qual denomina *Problem Stream* a ocorrência de acontecimentos catalogados como eventos e/ou crises que reforçam a identificação de uma questão social como problema político.

Ambas as percepções de Rossi *et al* (2004) podem ser vislumbradas no caso específico do Programa Mais Médicos, em particular o eixo Projeto Mais Médicos para o Brasil: a problemática sensível da oferta insuficiente e distribuição desigual de médicos no âmbito do APS é tanto um problema recorrente, alvo de variados programas públicos mesmo anteriores à consolidação do SUS, como representa a convergência de um momento muito oportuno no cenário político brasileiro em 2013, que serve como uma janela de oportunidades para o lançamento de um programa inovador no fortalecimento da APS (Gonçalves, 2017; Ramalho Filho; Lima, 2018).

Dentro dessa esfera proposta por Rossi *et al* (2004) cabe a etapa de Formulação de Agenda do Ciclo de Políticas Públicas.

#### *Antecedentes da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde*

A saúde pública, no contexto constitucional brasileiro, se apresenta na forma de um direito assegurado de caráter universal, de acordo com o artigo 196 da Constituição Federal de 1988. Desta forma, cabe à União garantir o acesso equitativo aos serviços de saúde a toda população adstrita no território nacional, o que se torna particularmente difícil considerando as dimensões continentais do território brasileiro e as distintas configurações regionais. O Brasil, em resumo, é o maior Estado em termos de população e dimensão geográfica a comportar um sistema nacional de saúde de caráter

público e universal (Ramalho Filho; Lima, 2018) o que torna os desafios enfrentados na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) deveras particulares.

Uma das particularidades da organização do SUS é seu modelo de intervenção e gestão pautado na Atenção Primária à Saúde (APS). A APS consiste em uma abordagem operacional e organizativa que se estrutura em uma percepção holística dos problemas de saúde de uma dada população, percebendo-os como processos complexos que respondem a fatores sociais e psicológicos, além de agravos médicos específicos. É no âmbito da APS que se propõe um cuidado integralizado, amparado em uma abordagem sistêmica e continuada que trate e oriente a população de modo a garantir o máximo de resultados possíveis ainda no primeiro estágio de contato com o sistema nacional de saúde. Nesse sentido, é no escopo de práticas da APS que podem ser resolvidos até 80% dos problemas de saúde de uma determinada população, o que torna, em termos mais gerais, a orientação de um sistema por meio da APS um complexo de cuidado e gestão mais eficiente e econômico (Ong et al, 2009; Ministério da Saúde, 2012):

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. (Ministério da Saúde, 2012, p. 19).

A APS se organiza no SUS, prioritariamente, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), estágio posterior da evolução do Programa Saúde da Família (PSF), que buscou a consolidação de uma hierarquia na assistência à saúde e uma organização participativa e integral em rompimento com modelos pontuais e esparsos de uma rede de atenção tradicional (Campos; Malik, 2008). Porém, o PSF, seguindo ainda a lógica do Programa de Agentes Comunitários (PACS, 1991), promoveu uma expansão de cobertura de maneira indutiva, considerando as atribuições dos municípios no que tange ao provimento de médicos no nível da APS. Esse modelo de adesão se baseava, grosso modo, no voluntarismo das gestões municipais, o que gerava dois problemas

particulares, quais sejam: uma adesão nacional (em especial, regional) desigual e, concomitantemente, uma falta de priorização de municípios vulneráveis. É nesse processo de expansão sem um planejamento rígido que pode ser traçada uma das raízes explicativas sobre uma lacuna na provisão estável de recursos humanos e má distribuição geográfica no primeiro estágio organizativo do SUS (Campos; Pereira Jr., 2016).

A APS, portanto, além de representar um serviço em saúde específico que representa o primeiro contato do indivíduo com o SUS, se coloca ainda como o ponto focal da gestão das Redes de Atenção à Saúde (RAS), de onde irá se coordenar toda a organicidade de um processo de atendimento integral e contínuo. E uma vez que a APS se baseia tanto mais no *know-how* de uma força profissional consistente e não tanto em recursos de alta tecnologia, uma deficiência na provisão e distribuição dos quadros de profissionais, em particular médicos, pode vir a representar uma fragilidade crítica na coordenação sustentável e universal do SUS.

Tangcharoensathien, Mill e Palu (2015) salientam que os profissionais de saúde, em especial a força médica, representam a espinha dorsal de um sistema nacional de saúde, particularmente para aqueles sistemas que se estruturam lançando mão da APS como estratégia prioritária. É na capacidade de diagnóstico adequado e acompanhamento integral por parte do profissional médico que se justificam as afirmações que concebem a APS como um modelo de organização mais econômico e eficiente de gestão em saúde. Isto posto, é possível afirmar que a questão da insuficiência de profissionais médicos em número compatível com as necessidades da APS no âmbito do SUS, somadas com a alta rotatividade dos mesmos e uma distribuição geográfica deveras desigual, são questões sociais que há muito são reconhecidas enquanto problemas políticos. O tema já fez parte da agenda política brasileira tanto em momentos anteriores à organização da APS pela ESF, como posteriores, em tentativas de consolidação desse modelo de intervenção em saúde.

Dois programas federais lançados após a escolha do modelo do PSF como forma de organizar a APS no SUS podem lançar luz sobre a recorrência de problemas a respeito da fragilidade de uma provisão regionalmente homogênea de médicos. A primeira dessas intervenções, posta em curso no ano de 2001, foi o Programa de Interiorização dos Profissionais de Saúde (PITS), que buscou equalizar a oferta de médicos e enfermeiras nas municipalidades que ainda não haviam aderido completamente ao modelo do PSF, o que não logrou o êxito necessário devido a uma

baixa adesão de profissionais de saúde, dentre médicos e enfermeiros. Posteriormente, o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB, 2011) se baseou na concessão de bonificações em provas de residência e especializações para os profissionais participantes. O resultado do mesmo, porém, apresentou baixa retenção, especialmente em áreas prioritárias, como as regiões Nordeste e, principalmente, Norte, que recebera apenas 6% dos profissionais selecionados. A baixa retenção pode ser explicada, em grande medida, pela má comunicação e gestão do programa entre as instâncias do SUS. Relatos apontam que os gestores municipais demonstravam desconhecimento de regras do programa, o que ocasionava em má gestão da contratação e alocação destes profissionais (Carvalho; Sousa, 2013).

O lançamento do Programa Mais Médicos, portanto, representa tanto uma continuidade nas ações governamentais para reverter um problema antigo, mas também se estabelece como uma decisão política nova, que enfrentou estruturas corporativistas e abrigou características inovadoras em comparação com os programas federais anteriores. É possível dizer que o ponto de partida para a análise da necessidade do Programa Mais Médicos, levando em consideração a metodologia de Rossi *et al.* (2004), parte do reconhecimento de uma janela de oportunidade que se descortina em meados de 2013 e que recoloca um problema corrente e crítico do SUS de volta à agenda política.

### *Janelas de Oportunidade*

Luz (2015), ao discorrer sobre as características das manifestações populares que tomaram as ruas em Junho de 2013 ressalta que, ainda que as pautas reivindicadas e os comandos entoados pelos manifestantes não fossem homogêneos e mesmo criticamente consistentes, o impacto gerado pelas mesmas se disseminou de maneira ampla e incisiva, seja pela apropriação da coordenação política dos manifestantes por grupos organizados de esquerda e direita (a exemplo da Mídia Ninja e MBL), seja pelo uso de plataformas *online* que, em uma linguagem acessível e provocativa, instigaram a população a voltar suas atenções para os governos, reclamando que políticas sociais de saúde e educação, por exemplo, seguissem o dito “padrão FIFA”.

É inegável a importância que as manifestações de 2013 tiveram no processo de legitimação do PMM – em particular, o PMMB - enquanto um projeto viável e central no escopo das políticas públicas em saúde, principalmente considerando as zonas

sensíveis que tal política viria a debruçar sua atenção. A essas manifestações se somam as insatisfações das esferas executivas municipais, que por meio do movimento “Cadê o Médico?” encabeçado pela Frente Nacional dos Prefeitos (FNP), possibilitou ao Ministério da Saúde seguir em frente com o projeto, fruto de um insulamento de suas instâncias burocráticas, que resistiu às pressões corporativas e midiáticas (Lotta; Galvão; Favaretto, 2016; Gonçalves, 2017).

Em pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Medicina em 2013, é possível observar um alarmante dado a respeito da média nacional de médicos por mil habitantes no Brasil, que pouco se aproximava dos 2 médicos a cada mil habitantes<sup>8</sup>. Quando analisados os contextos interioranos, essa proporção é ainda menor, o que demonstra um claro privilégio dos médicos brasileiros em se vincularem a postos de trabalho em grandes centros urbanos. No caso da Paraíba, especificamente, a média estadual em 2013 respondia pela razão de 1,17 médicos/mil habitantes, ao passo que a razão na capital João Pessoa se colocava na quantidade de 5,22 médicos/mil habitantes, o que faz com que uma cidade possua quase 70% do contingente de profissionais médicos de um estado que se integra a uma das regiões com cenários mais críticos de ausência e má distribuição de médicos.

Essa tendência a concentração regional da força médica tem caráter internacional, especialmente em países pobres e em desenvolvimento. A Organização Mundial da Saúde estipula que aproximadamente metade da população mundial, residente em localidades remotas e isoladas, disponha de apenas de  $\frac{1}{4}$  da força médica mundial. A ausência de tais profissionais representa sérios empecilhos para a saúde das populações, o que, considerando os determinantes socioeconômicos do desenvolvimento, se coloca como um obstáculo significativo à realização do pleno potencial humano e de realização das liberdades humanas, em uma referência ao conceito de liberdade trazido por Sen (2000).

Campos e Malik (2008) e Campos, Machado e Girardi (2009) apontam que as prerrogativas municipais de contratação de médicos, estipuladas no texto constitucional brasileiro, resultam, em determinados casos, na conformação de contratos de terceirização de mão de obra, o que dificulta a dimensão da estabilidade do provimento de médicos. A instabilidade dessa relação empregatícia reforça a prática da alta rotatividade de profissionais no âmbito da APS, o que não apenas prejudica a dimensão

---

<sup>8</sup> O recomendado pela OMS seria uma razão de, aproximadamente, 2,5 médicos a cada mil habitantes.

da oferta em si, mas também a esfera da integralidade do cuidado. Além disso, os autores pontuam que a própria formação médica no Brasil – e mesmo o perfil socioeconômico dos egressos de medicina – não cria quadros preparados para a atuação específica na APS.

De tal modo, a identificação do problema de falta de médicos e má distribuição não se resume apenas a presença ou ausência de médicos em si, mas a própria formação dos mesmos. Uma formação enfocada em Medicina da Família é de suma importância para o fortalecimento da APS no Brasil, uma vez que a mesma não pode ser percebida apenas como um primeiro estágio de prestação de serviços médicos, mas uma forma de comunicação com as necessidades de uma determinada população, promovendo uma visão da saúde de maneira holística e integralizada.

É possível, então, concluir que existe de fato um problema no Brasil no que tange à disponibilidade de médicos na APS no SUS, o que torna a elevação de tal questão social à agenda política algo legítimo e crucial para a efetivação da saúde na esfera de um direito universal. No caso paraibano a ser analisado posteriormente, a falta de médicos e sua má disposição no estado é elemento crítico que dificulta a consolidação da APS local.

## 2. Avaliação de desenho (*Design Assessment*)

Após a identificação concreta de uma questão social e da necessidade de interpretá-la como um problema político, Rossi *et al* (2004) destacam que é necessário refletir de forma estruturada a respeito das opções disponíveis para responder à problemática reconhecida. Esse exercício de central importância visa à criação de uma cadeia lógica de ações e teorias que possa vir a fornecer um plano de ação adequado, o qual os autores denominam *program theory*.

É preciso, portanto, clareza a respeito de quais são os objetivos da política pública a ser implementada, o que requer traçar expectativas com bases reais que considerem as potencialidades concretas de ação governamental, tanto voltada aos recursos disponíveis como, caso houver, uma análise substancial a respeito dos sucessos e fracassos de políticas anteriores que se debruçaram sobre o mesmo problema ou sobre uma questão semelhante. Os autores reforçam que, ainda que identificado de maneira

correta, um problema social não poderá ser adequadamente tratado na esfera política caso a conceptualização das respostas voltadas para o mesmo apresente fraqueza conceitual. Portanto, faz parte da avaliação consistente de uma política pública observar não apenas a identificação real de sua necessidade, como também a razoabilidade e adequação da resposta pretendida.

Dentro dessa esfera cabem as etapas de Formulação da Política e Tomada de Decisão.

### *O desenho do Programa Mais Médicos*

Como já discutido anteriormente, o Projeto Mais Médicos para o Brasil representa tanto um ato de continuidade de programas e projetos anteriores de distribuição e fixação de médicos, como também abarca mecanismos e processos inovadores, como o protagonismo central do Ministério da Saúde em uma seara predominantemente municipal. A formulação do PMMB busca estruturá-lo de modo multidimensional, reconhecendo a complexidade do desafio posto e as capacidades e fragilidades do SUS (Gonçalves, 2017; Ramalho Filho; Lima, 2018).

Lotta, Galvão e Favareto (2016) salientam a importância de se analisar a conformação do desenho de uma política pública como essencial para a compreensão do desenho institucional na qual tal política se assenta, de modo a identificar os fluxos de interesses e os atores envolvidos no processo, firmando competências e responsabilidades cruciais para a fase de implementação.

A respeito do PMMB, os autores lançaram mão de quatro categorias de análise voltadas para a estruturação institucional organizativa do programa, quais sejam: intersectorialidade, relações federativas, participação social e a territorialidade. É possível salientar de antemão, como observado pelos autores já mencionados e confirmado por Gonçalves (2017), que o elemento de participação social no desenho do programa é consideravelmente baixo. Isso pode ser explicado levando em consideração o momento crítico de pressão popular e da FNP, que exigiram do governo federal uma resposta rápida, o que impossibilitou a estruturação de diálogos com setores da sociedade e outros atores políticos (Lotta; Galvão; Favareto, 2016).

Gonçalves (2017) comenta que o desenho do PMM se assenta na prática de um insulamento burocrático por parte dos quadros responsáveis no Ministério da Saúde. É na centralização das discussões que o ministério blindou o programa da pressão de

grupos corporativistas que representariam a permanência do *status quo*, tal qual o Conselho Federal de Medicina. A reação negativa que se alastrou pela mídia e, conseqüentemente, na opinião popular, em particular a respeito da cooperação com Cuba, reforçam a centralidade do isolamento decisório para que o programa abarcasse as transformações que pretendia. Nesse sentido, Gonçalves afirma que há um paradoxo na criação do programa, pois é justamente a ausência de debate democrático em sua criação que cria uma política pública de democratização do acesso à saúde nas instâncias da APS:

“A dimensão democratizante ganha reforço quando se considera que a formulação insulada do PMM o tornou assertivo em seus objetivos de rever uma estrutura historicamente arraigada, enfrentando interesses (e desinteresses), incidindo de maneira eficaz sobre um problema de difícil solução e central para a saúde pública: a falta de profissionais nas regiões interioranas do país, pouco atrativas quando comparadas às zonas mais ricas, mas nem por isso alheias a uma visão monopolista de parte representativa da classe médica” (Gonçalves, 2017, pp. 880).

A dimensão da intersectorialidade presente no trabalho de Lotta, Galvão e Favareto (2016) diz respeito à articulação de competências de atores distintos de modo a precisar responsabilidades e conferir celeridade e eficiência tanto na articulação de opções de intervenção, como na própria implementação da política pública. Nesse aspecto, é possível observar na conformação do desenho do PMM a articulação do Ministério da Saúde com outros ministérios estratégicos, como o Ministério da Educação, Ministério das Relações Exteriores, Ministério da Defesa e Ministério do Trabalho. Além disso, há uma articulação fundamental com a OPAS que ampara o eixo do provimento emergencial de médicos por meio do acordo com Cuba, no qual o organismo internacional se vê incumbido de gerenciar os recursos financeiros do Brasil na contratação dos médicos, bem como o aspecto burocrático da seleção dos profissionais, traslado e acompanhamento de seus serviços (Lotta; Favareto; Galvão, 2016; Molina; Tasca; Suárez, 2016).

A respeito das relações federativas, Lotta, Favareto e Galvão (2016) observam como se estruturam os contatos entre os entes federados na conformação do PMM. Como já mencionado anteriormente a respeito do fator participação política, o processo de formulação do desenho do programa privilegiou as instâncias federais, especialmente no seio do Ministério da Saúde, de modo que o mesmo passou a exercer um protagonismo em uma política de APS até então sem paralelos na trajetória de programas voltados para a interiorização dos serviços.

A dimensão territorial é talvez uma das mais cruciais ao se observar o PMM. Lotta, Galvão e Favareto (2016) explicam que a territorialidade diz respeito aos elementos de uma política pública que abarcam noções de território na sua formulação. Girardi *et al* (2016) enfatizam que abarcar as configurações territoriais dentro do PMMB é fundamental, pois a limitação analítica à relação do número de médicos por mil habitantes é insuficiente se as particularidades dos municípios em termos de necessidades não forem abarcadas, o que pode vir a prejudicar, especialmente, os municípios mais pobres:

“A desigualdade gerada pela carência de profissionais e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde potencializa uma situação de subdesenvolvimento de regiões remotas e isoladas, habitadas majoritariamente por população de baixa renda” (Oliveira; Sanchez; Santos, 2016, pp. 2720).

Nesse aspecto, uma das principais questões observadas no momento de análise da realidade social em APS é justamente a discrepância latente na oferta e distribuição de médicos no país, de modo que estruturar uma intervenção pública com o objetivo de reverter esse quadro “é uma das maneiras mais virtuosas de enfrentar desigualdades territoriais” (Lotta, Galvão, Favareto, 2016, pp. 2769).

Deste modo, como rapidamente salientado na Introdução, o programa possui três eixos temáticos específicos, que dialogam entre si: a) requalificação e reestruturação das Unidades Básicas de Saúde (UBS), de modo a garantir um nicho de trabalho adequado aos médicos e à população beneficiada; b) reconsideração a respeito dos trâmites pelos quais operam a formação médica no Brasil, com vistas a promover uma reestruturação nos programas político-pedagógicos no âmbito da graduação, além de mudanças nas regulamentações das residências profissionais; c) uma ação no sentido de prover, em caráter imediato e emergencial, profissionais médicos para a APS, com o intuito de melhorar o abastecimento de municipalidades em situação crítica de defasagem de oferta médica, além de garantir a estabilidade de atuação e melhoria na distribuição desses profissionais, em particular, alocando-os em municípios remotos e isolados (Ministério da Saúde, 2015).

No que diz respeito ao terceiro eixo, o processo de proposição de alternativas abarcou o estudo de modelos internacionais de provimento emergencial de médicos, de modo a promover um intercâmbio produtivo de experiências com países que enfrentam problemas semelhantes à realidade brasileira em APS. Essas observações consubstanciaram a adoção de alguns elementos inovadores para o PMMB,

especialmente a ideia de um intercâmbio internacional de profissionais de saúde a serem alocados nas instâncias municipais do SUS (Oliveira *et al*, 2015; Ministério da Saúde, 2015).

### *O processo decisório*

Ao se observar o escrutínio da mídia e de instâncias corporativistas, como o CRM após a apresentação do PMMB, é de se imaginar que um processo de apresentação e debate de alternativas de resposta ao problema de desabastecimento e má distribuição de médicos que cogitasse a vinda de profissionais estrangeiros para atuar na APS encontraria entraves significativos para sua eventual aprovação. Nesse aspecto, Gonçalves (2017) reforça mais uma vez que a ideia do insulamento burocrático do Ministério da Saúde promoveu uma exclusão com ganho democrático.

A escolha do modelo de intervenção do PMM em três fases orgânicas e complementares buscou construir uma política de APS robusta e coerente com as capacidades de longo, médio e curto prazo da União e da gestão do SUS. A respeito do PMMB, em particular, a tomada de decisão das burocracias organizadas do Ministério da Saúde colocaram em curso um processo inovador de interseção entre a esfera da política pública e da política externa, por meio da escolha de um arranjo de cooperação internacional que privilegiou o fortalecimento da Cooperação Sul-Sul, através da triangulação de um acordo entre o governo brasileiro, a OPAS e o governo cubano.

Ao prever a possibilidade de articulação de um projeto de cooperação internacional no artigo 17 da medida provisória 621, que marcou o lançamento do programa federal, o PMMB estreitou os vínculos com a OPAS e colocou em curso o maior programa de cooperação internacional em saúde já gerenciado pela organização. A alocação de médicos cubanos se daria, de acordo com a legislação pertinente, na medida em que ainda houvesse vagas remanescentes após as chamadas que respeitaram uma ordem de prioridade específica: em primeiro lugar, médicos brasileiros registrados no CFM, médicos brasileiros habilitados no exterior, médicos estrangeiros habilitados em instituições estrangeiras e, por fim, médicos cooperados<sup>9</sup> vinculados ao Projeto de

---

<sup>9</sup> O termo “médicos cooperados” faz referência ao tipo de relação profissional ao qual os médicos cubanos estão vinculados, uma vez que seus contratos de serviço não seguem as mesmas lógicas dos médicos estrangeiros que aderiram ao programa de maneira individual. A forma de participação por meio do PCMM exige os médicos cubanos de fazerem testes nos moldes do Revalida, além de gozarem de um tipo especial de visto, competência do Ministério das Relações Exteriores.

Cooperação para o Mais Médicos (PCMM), coordenado pela OPAS. É por meio do PCMM que a OPAS articulou a escolha de Cuba como um parceiro estratégico para o Brasil e promoveu um de seus projetos mais importantes e grandiosos, representado no expressivo contingente de mais de 18 mil médicos cubanos alocados na estrutura da APS no sistema de saúde brasileiro (Ramalho Filho; Lima, 2018).

É interessante analisar o processo decisório que firmou a escolha de Cuba como parceira mais adequada para ocupar o posto de ator doador de cooperação técnica em saúde para a APS brasileira. A trajetória política do sistema de saúde cubano ressalta exatamente a centralidade e caráter estratégico da APS na gestão de um sistema público de saúde em um país em desenvolvimento: a ênfase no atendimento longitudinal e integrado, que se dá em virtude de um investimento em capital humano como ponto focal das prioridades nacionais, de modo que o sistema de saúde possa responder ao maior número de casos no âmbito da APS e não onere as instâncias mais especializadas (Feinsilver, 1993; Gorry, 2008).

Cuba, portanto, possui três características fundamentais que a elegem como a melhor parceira na estruturação de um arranjo de cooperação triangular com o Brasil: primeiro, a razão média entre a quantidade de médicos na ilha em proporção à população, que atingia em 2010 a média de 6,7 profissionais médicos a cada mil habitantes, a maior proporção na América Latina e significativamente maior em comparação com os 1,8 médicos por mil habitante no Brasil às vésperas do lançamento do PMMB. Em segundo lugar, Cuba possui uma tradição antiga e bem estabelecida na prática da Diplomacia em Saúde, atividade que desenvolve desde os anos posteriores à revolução e que serviu aos propósitos de compartilhar os frutos e virtudes do processo revolucionário com outras nações pobres e em desenvolvimento, além de, atualmente, ser uma importante força de receita e prestígio político para a ilha. E por fim, em terceiro lugar, o enfoque em APS conferido ao profissional médico cubano durante sua formação, o que permite um atendimento humanizado e integrado, que devido à sua abordagem holística promove melhores resultados em resposta a uma relação médico-paciente mais íntima e estruturada (Feinsilver, 1993, 2010; Gorry, 2008, 2012; Huish; Kirk, 2009; Blue, 2010).

A tomada de decisão que garantiu o componente de cooperação técnica em saúde presente no desenho do PMMB torna o mesmo um dos mais robustos e relevantes projetos de cooperação em saúde do mundo:

“Na perspectiva da OPAS/OMS, a cooperação triangular com Brasil e Cuba para o PCMM deixará legado inovador de experiências acerca da contratação internacional de profissionais de saúde, tema complexo no âmbito da saúde internacional. **Os fluxos tradicionais de migração de profissionais médicos costumam ocorrer de países menos desenvolvidos para os de maior desenvolvimento econômico.** O PCMM mostrou outra direção, ao propor a migração temporária – por três anos, prorrogáveis por igual período – de profissionais oriundos de países nos quais a relação de médicos por mil habitantes é superior à do Brasil, **independente de seu nível relativo de desenvolvimento**” (Ramalho Filho; Lima, 2018, pp. 230, grifo nosso).

O componente de cooperação internacional do PMMB promove um interessante ponto de convergência entre as esferas da política externa e das políticas públicas, além de ressaltar as potencialidades de estruturação e fortalecimento de arranjos de cooperação entre países do Sul em questões sensíveis, o que no escopo da saúde pública, por exemplo, pode vir a gerar resultados estruturantes em saúde (Menezes; Prandi, 2018).

### 3. Avaliação de Processo (*Program Process Assessment*)

Em termos gerais, um programa não será bem sucedido se o diagnóstico e a estratégia de ação não contarem com um plano de intervenção adequado, ainda que as fases anteriores estejam teórica e socialmente bem embasadas. A avaliação de uma estratégia correta de implementação é fundamental para responder a três elementos fundamentais propostos por Rossi *et al* (2004), quais sejam: a) o reconhecimento a respeito da correta escolha do público alvo; b) identificação da adequação dos processos burocrático-administrativos de implementação em relação com a proposta da intervenção política em curso e c) se há indícios de melhorias nas condições sociais que justificam a existência da política pública.

Em termos mais práticos, o monitoramento proposto nessa etapa do ciclo, na concepção de Rossi *et al* (2004), pode seguir um roteiro específico de indagações, as quais algumas podem ser previamente selecionadas como pertinentes para a análise da implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil:

1. Os receptores do programa estão inseridos no público alvo identificado?
2. A respeito destes, estão recebendo recursos e serviços compatíveis e adequados às suas necessidades?
3. Existem parcelas do público alvo que não são beneficiados pela intervenção política?

4. O *staff* responsável pela execução do programa é suficiente em número e qualificação?
5. Os participantes do programa encontram-se satisfeitos com os serviços prestados?

Dentro dessa esfera cabe a etapa de Implementação da Política (produção e oferta de serviços).

### *O processo de implementação do PMMB*

Levando em consideração o insulamento burocrático do Ministério da Saúde na conformação do desenho do PMMB, Gonçalves (2017) aponta que tal recurso permitiu que o programa fosse implementado com relativo sucesso, evitando que as burocracias de linha de frente corrompessem o cerne da política. Porém, como salienta Arretche (2001), o desdobrar de uma implementação que não segue o planejamento inicial de maneira rígida não implica, necessariamente, em fracasso, considerando a complexidade das relações políticas e sociais, a adaptação no curso de ação seria uma virtude.

A implementação do PMMB seguiu a mesma lógica de gestão interministerial de seu desenho, no qual o Ministério da Saúde, Ministério da Educação e a OPAS exerceram papéis fundamentais. Aos ministérios supracitados corresponderam as atividades de gestão geral do programa, além de possuírem o poder de agenda para modificar normas que complementam as diretrizes centrais do programa dispostas na lei nº 12.871/2013. Os dois ministérios atuaram em conjunto para colocarem a dimensão ensino-saúde em prática, mobilizando instituições de ensino superior na alocação e acompanhamento dos médicos cooperados (Lotta, Favareto e Galvão, 2016).

À OPAS coube, por meio do PCMM, a articulação do aspecto mais importante do PMMB, qual seja, a gestão do arranjo de cooperação com Cuba muito em virtude do grande contingente de recursos financeiros e de profissionais deslocados, além da complexidade das relações institucionais entre as instâncias governamentais dos dois países:

“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 desses profissionais nos serviços de saúde, gerando, assim, uma

articulação indissolúvel entre o Programa e o Projeto de Cooperação” (Molina; Tasca; Suárez, 2016, pp. 2926).

Almeida *et al* (2019) enfatizam as virtudes da gestão interministerial do Mais Médicos, observando que o programa promoveu uma interação estratégica deveras produtiva entre os Ministérios da Saúde e Educação, no qual esse último não apenas se debruçou sobre o eixo específico da mudança da formação em medicina, na qual reside o maior expertise do Ministério da Educação, mas, principalmente no eixo do provimento emergencial, permitindo ao Ministério da Educação a participação estratégica na esfera da formação continuada, na qual reside uma das mais importantes contribuições do PMMB em termos não tangíveis, qual seja, a troca de experiências e conhecimentos dos médicos cubanos para os quadros nacionais, uma das virtudes da Cooperação Sul-Sul.

#### *Dados sobre a implementação do PMMB*

Levando em consideração a dimensão territorial do programa, já discutida por Lotta, Galvão e Favareto (2016), Molina, Tasca e Suárez (2016) enfatizam que, por estar inserido em contextos deveras heterogêneos, uma avaliação comparativa do desempenho do programa deve ser feita com cautela, uma vez que os médicos cooperados atuam tanto em grandes centros urbanos com maiores facilidades de infraestrutura e apoio de equipes completas, como também desenvolvem seus trabalhos em localidades com sérios agravos sociais, em ambientes sucateados e representam, muitas vezes, quase a totalidade dos médicos em exercício. Para tanto, ao lançar luz aos questionamentos de Rossi *et al* (2004), será levada em conta a variedade de municipalidades avaliadas em uma revisão da literatura nacional sobre o PMMB.

A respeito da primeira questão trazida por Rossi *et al* (2004), é possível afirmar que, em linhas gerais, os receptores da política pública encontram-se dentro do perfil do público alvo estipulado no desenho do programa<sup>10</sup>. Porém, como salienta Girardi *et al* (2016) e respondendo ao segundo questionamento de Rossi *et al* (2004), o caráter voluntário na adesão municipal resulta em um quadro no qual municípios que não

---

<sup>10</sup> Os perfis prioritários são os seguintes, em ordem: 20% de população em situação de pobreza, municípios em situação de vulnerabilidade, G100, áreas metropolitanas, capitais, demais municípios (Ministério da Saúde, 2015).

fazem parte do público alvo prioritário do PMMB possam receber médicos cooperados caso a gestão executiva local demande a participação no programa. Da mesma forma, mas na direção inversa, municípios com sérios problemas de oferta e distribuição de médicos, que estariam inseridos nos perfis prioritários podem vir a ficar de fora da política pública devido a fatores como interesses político-partidários (Nogueira *et al*, 2016).

Oliveira, Sanchez e Santos (2016) alertam para esse problema ao demonstrarem que entre os anos de 2013 e 2014, 22% dos municípios prioritários não aderiram ao programa ou desistiram de participar, dos quais 72% encontram-se nas regiões Norte e Nordeste, as mesmas que se destacam negativamente no que diz respeito a uma oferta regular e adequadamente homogênea de médicos. Os autores salientam que a política pública representada no PMMB deveria possuir maior foco em municípios de risco, uma vez que as cidades maiores contam com mais recursos e mesmo uma rede privada que absorve determinadas demandas.

Desse modo, ao passo que a adesão voluntária dos municípios respeita a descentralização das competências em saúde pública estipuladas na Constituição Federal de 1988, é possível afirmar que a falta de um mecanismo de adesão compulsória por parte das municipalidades prioritárias atua no sentido de permitir uma lacuna de ação que resulta na negação do direito à saúde para uma população específica (Carvalho; Sousa, 2013; Girardi *et al*, 2016).

Sobre a suficiência e adequação dos serviços recebidos, Campos e Pereira Jr. (2013) reforçam a importância do elemento de cooperação internacional do PMMB ao enfatizarem o grande trunfo que um número expressivo de médicos com formação em Medicina da Família representa para a estruturação e o *modus operandi* da APS no SUS. Alencar *et al* (2016), ao observarem a atuação dos médicos cubanos em Altaneira/CE, percebem que a presença de tais profissionais logrou êxito ao promover um aumento no número de consultas na municipalidade em questão, o que também se verifica nas análises de Gonçalves (2016), Melo, Baião e Costa (2016) em pesquisas realizados no Nordeste brasileiro e que demonstram a satisfação dos usuários em tratamentos de agravos específicos, como hanseníase e tuberculose, e em serviços fundamentais, como o pré-natal. Assis *et al* (2015) ainda evidenciam a importância crucial de médicos cooperados em regiões tradicionalmente vítimas da má oferta e distribuição desigual no Norte brasileiro, destacando o caráter fundamental da atuação de tais profissionais em comunidades ribeirinhas.

Girardi *et al* (2016), ao analisarem o escopo de práticas dos médicos cooperados lotados na APS brasileiras, chegam a uma interessante, ainda que preocupante, conclusão de que é possível que os médicos cubanos, ainda que constantemente elogiados por sua atuação, não estejam executando seu pleno potencial de atendimento em virtude de precariedades nas UBS nas quais estão lotados. Um dos pontos interessantes a respeito dos entraves à plena execução do escopo de práticas dos médicos cooperados é a constatação de que em situações análogas de limitações estruturais, os médicos cooperados atuantes em zonas rurais conseguiram promover uma melhor adaptação ao contexto de precariedade, executando, portanto, um leque maior de serviços em comparação com os médicos cooperados presentes em grandes cidades e regiões metropolitanas.

A respeito da qualificação e, especificamente, quantidade do *staff* envolvido na política pública, Nogueira *et al* (2016) destacam que o Nordeste é a região brasileira com maior disparidade na relação de oferta de médicos, e quase metade da população da região encontra-se alocada em municipalidades com precariedades na oferta e retenção desses profissionais. Após o lançamento do PMMB, Oliveira, Sanchez e Santos (2016) apresentam dados que atestam que a região Nordeste se destacou por receber a maior número de médicos cooperados entre os primeiros anos de vigência do programa (2013-2014), no qual o maior impacto é decididamente sentido nos municípios menores e mais pobres da região (Gonçalves Jr; Gava e Silva, 2016). Porém, o aumento de profissionais ainda é inferior às necessidades da região, o que permite a Nogueira *et al* (2016) concluir que, ainda que represente um dos mais estratégicos e importantes programas de interiorização da força médica, o PMMB ainda não consegue atenuar determinadas iniquidades distributivas, apesar do aspecto positivo da alocação de um número expressivo de profissionais.

Girardi *et al* (2016) chamam a atenção para uma prática preocupante que se traduz em uma eventual dependência das gestões municipais em relação à União no que tange ao provimento de médicos. Alguns municípios de menor porte, como observados no estudo dos autores supracitados, apresentaram uma tendência de diminuição da oferta regular de médicos após adesão ao programa, o que poderia vir a agravar a instabilidade da gestão da APS local, especialmente em casos de instabilidade orçamentária de municipalidades criticamente dependentes de repasses financeiros por parte da União (Vargas; Campos e Vargas, 2016).

A respeito da quinta questão extraída do trabalho de Rossi *et al* (2004), um dos pontos mais interessantes sobre a implementação do PMMB, e que explica seu relativo sucesso mesmo em face das comunicações midiáticas que se posicionavam contrárias a vinda de cubanos para atuar na APS no Brasil, é a opinião dos usuários do SUS que são, em grande medida, positivas.

Em um estudo conduzido pela OPAS na cidade de Curitiba em 2015, constata-se que existe uma percepção bastante satisfatória a respeito da forma como os médicos cooperados realizam suas funções, o que evidencia o caráter humanizado e integral de suas abordagens. Melo, Baião e Costa (2016) perceberam o mesmo a respeito da atuação dos médicos cooperados em seis cidades cearenses, destacando que mesmo as barreiras de ordem linguística – que compuseram uma das principais retóricas midiáticas contra o programa - não se colocam como empecilhos para a execução de um trabalho preciso por parte dos médicos. Santos, Souza e Cardoso (2016) reforçam, inclusive, que é comum nas entrevistas que são realizadas com os usuários uma recorrente comparação com a forma de atuação dos médicos brasileiros quando comparados aos cubanos, uma vez que os primeiros, especialmente em localidades mais pobres, tendem a não executarem um atendimento contínuo e mesmo não garantem uma oferta estável e suficiente de serviços.

O *modus operandi* dos médicos cubanos é reflexo de sua própria formação, orientada para o cuidado integral e contínuo, e é uma das grandes oportunidades de troca de *expertise* com médicos brasileiros. Promover uma atuação integral e voltada para os determinantes sociais em saúde é de suma importância para o fortalecimento da APS no Brasil enquanto uma abordagem em saúde baseada no aspecto comunitário e longitudinal (OPAS, 2015; Carrapato *et al*, 2016).

## Considerações Finais

Uma política pública pode ser entendida como o ponto de equalização entre os anseios sociais e os compromissos governamentais para com uma determinada população. A identificação de uma questão social como problema político ilustra em quais bases se assentam a responsividade do poder público e, principalmente, quais são

os jogos de interesses que permeiam as tomadas de decisão no seio do governo. As políticas públicas em saúde, especificamente, são processos deveras complexos em virtude da própria natureza sensível do campo da saúde pública, de modo que no contexto nacional, no qual a saúde se apresenta como um direito assegurado constitucionalmente, fazer e pensar política pública em saúde pode ser considerado um trabalho hercúleo.

É recorrente perceber nas comunicações midiáticas que o Programa Mais Médicos é apresentado de maneira resumida, associado unicamente ao provimento emergencial de médicos aos quadros da APS, quando na verdade sua abordagem é deveras mais complexa e estruturalmente integral. Mas é possível inferir que, para além das intenções de comando da opinião pública a compartilharem a indignação de setores corporativistas como o CRM, a apresentação do PMM como resumida ao seu terceiro eixo demonstra, em grande medida, o impacto da novidade que representa a alocação de um expressivo contingente de médicos estrangeiros no Brasil.

O PMM – em particular, o PMMB – é ao mesmo tempo “mais do mesmo” e uma novidade de caráter transformador e, em certa medida, inspirador. Representa mais uma tentativa do governo federal em promover a interiorização dos serviços de saúde por meio da garantia de suprimento de profissionais, buscando atrelar de maneira mais firme o compromisso constitucional com a saúde e a realidade prática do SUS. O fator inovador em seu desenho é justamente lançar mão da cooperação internacional para tanto, permitindo que as esferas da política externa e da política pública se mesquem de maneira a fortalecer um ideário que prevê resultados interessantes no intercâmbio de práticas entre nações pertencentes ao Sul Global.

Isto posto, este capítulo se prestou a analisar e avaliar os elementos constitutivos do PMMB em termos práticos, por meio da metodologia de observação do Ciclo de Políticas Públicas. Se o PMMB representa um ponto interessante de interconexão entre o doméstico e o internacional na resolução de problemas sociais, é de suma importância compreender a sua conformação e execução para afirmar de maneira mais firme a concretude de suas propostas.

Para tanto, buscou-se utilizar a metodologia de análise proposta por Rossi *et al* (2004) que se baseia em analisar o Ciclo de Políticas Públicas em sua totalidade, desde as incursões reflexivas em face à realidade social, em busca de identificar quais questões sociais encontram-se em estado de latência e possuem características factíveis de resolução por meio da ação política, até a avaliação de seus resultados preliminares.

O modelo ainda avança no sentido de observar a plausibilidade das opções levantadas, em termos de força conceitual e prática, os processos de tomada de decisão – atores, prioridades e interesses – que privilegiam certos cursos de ação e, por fim, o processo de implementação, levando em conta as estratégias práticas e a estruturação institucional de responsabilidades.

Ainda que o capítulo se estruture analisando as três primeiras dimensões propostas por Rossi *et al* (2004) de maneira a conceber o PMMB na esfera nacional, as considerações a respeito da concretude da questão social elevada à agenda política, as considerações de territorialidade em seu desenho e implementação e as estruturas institucionais federativas também fazem referência ao caso paraibano, em específico. Cabe especificamente ao capítulo seguinte afunilar as discussões tomando a Paraíba como caso e trabalhando a dimensão da averiguação de impactos e resultados (*Impact Assessment*).

A estruturação do próximo capítulo se baseia na observação de 31 municipalidades do Estado da Paraíba, que geograficamente pertence a uma das regiões com os maiores déficits de oferta e distribuição de médicos, além de possuir um grande número de cidades vinculadas ao perfil prioritário estipulado pelo Ministério da Saúde. De tal modo, o que se propõe é observar, em termos práticos, alguns resultados preliminares do PMMB na organização dos sistemas municipais de saúde.

### 3. AVALIAÇÃO DE RESULTADOS: O PMMB EM MUNICÍPIOS PARAIBANOS

Após um processo de avaliação da estrutura institucional do PMMB com vistas a compreender as atribuições multisetoriais de sua implementação, cabe prosseguir com a penúltima etapa de avaliação do Ciclo de Políticas Públicas proposto por Rossi *et al* (2004), qual seja, a avaliação de impactos e resultados (*Impact Assessment*). É fundamental salientar que não cabe ao escopo desta proposta mensurar os impactos do programa, tanto em função da curtíssima vigência do mesmo, uma vez que a construção de efeitos concretos em saúde pública demanda tempo; como também em relação a proposta geral do trabalho, que consiste em contribuir com uma avaliação de cooperação internacional destacando o potencial replicador da mesma.

Ao passo que o capítulo anterior estruturou uma análise do PMMB em sua dimensão enquanto política pública nacional, o que se propõe no presente capítulo é trazer a etapa da avaliação de alguns resultados preliminares do programa para um caso concreto, instrumentalizado na averiguação de algumas variáveis fundamentais para a análise da APS. O objetivo é compreender quais transformações o PMMB colocou em curso na organização dos sistemas de saúde municipais que receberam médicos cooperados por meio do arranjo Brasil/OPAS/Cuba.

A Paraíba está inserida em uma região que, tradicionalmente, ocupa em conjunto com a região Norte, a problemática posição de uma localidade com consideráveis problemas socioeconômicos, que se refletem, com justeza, em precariedades específicas no campo da saúde pública. Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde estipulam que a Paraíba possua pouco mais de 2.300 estabelecimentos de saúde de caráter público, dos quais uma fatia expressiva que representa quase a metade da totalidade de tal infraestrutura se compõe de Unidades Básicas de Saúde. A capilaridade da rede do SUS no estado garante que, aproximadamente, 92% da população paraibana seja coberta por equipes da Estratégia Saúde da Família (CNES, 2018). Mesmo assim, o Estado possui uma razão de médicos por mil habitantes de 1,17, abaixo da média nacional e do recomendado pela OMS. A situação é ainda mais precária ao se observar as discrepâncias dentro do estado: a capital João Pessoa possui uma razão de médicos/mil habitantes da ordem de 5,22, quase 70% do contingente do estado inteiro (CRM, 2013).

A respeito de alguns indicadores trabalhados neste capítulo, em termos de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), a Paraíba se destaca negativamente por apresentar o pior desempenho regional e o quinto pior desempenho nacional, com uma proporção de internações por insuficiência cardíaca na ordem de 502,6 internações para cada 100 mil habitantes. A respeito das ICSAP por asma, o estado, no ano de 2010, apresentou taxas na ordem de 152,5 internações para cada 100 mil habitantes, resultado menor do que a média regional de 187,4, mas que ainda ocupa a 6ª pior posição em relação à totalidade das unidades federativas (Ministério da Saúde, 2012).

Sobre sua performance no escopo de absorção de médicos do PMMB, Nogueira *et al* (2016) estipulam que a Paraíba tenha recebido um contingente de 5% de todos os médicos alocados no Nordeste – dentre médicos cooperados e inscritos individualmente -, o que representa, aproximadamente, 4.716 médicos. João Pessoa recebeu 8% da totalidade desses profissionais, e, após o PMMB, a média estadual saiu de 1,17 para 1,23. O incremento em termos reais é baixo, inclusive menor do que a média de incremento nordestina (0,11) observada no estudo de Nogueira *et al* (2016).

Tomando a Paraíba como o cenário a ser analisado, o estudo ainda faz uma seleção de quais municípios irão compor a amostra baseados na resposta de um *survey* voltado aos gestores em saúde de todas as municipalidades paraibanas. O questionário em questão foi disponibilizado por meio online na plataforma *Survey Monkey*, enviado a todos as secretarias municipais de saúde em Junho de 2016, com suas respostas recolhidas até o mês de Outubro do mesmo ano. A justificativa temporal se baseia na preocupação em garantir que as respostas obtidas pertencessem aos secretários de saúde que faziam parte das gestões municipais no poder à época da adoção do PMMB.

Das respostas coletadas, 31 municípios compõe a amostra devido à resposta afirmativa a respeito de terem recebido médicos cubanos alocados pelo programa. Segue a lista dos municípios: Aguiar, Alagoinha, Aroeiras, Caaporã, Cacimba da Areia, Caraúbas, Carrapateira, Caturité, Congo, Coxixola, Cuité, Damião, Frei Martinho, Itapororoca, Juazeirinho, Malta, Manaíra, Mulungu, Pedra Lavrada, Pilar, Princesa Isabel, Poço Dantas, Remígio, Riachão, Santa Cecília, São Bento, São José de Piranhas, São Sebastião do Umbuzeiro, Sumé, Taperoá e Triunfo.

Para tanto, foram selecionadas três variáveis para mensurar o impacto da alocação de tais profissionais nos sistemas de saúde municipais da Paraíba, destacando, contudo, que não concebemos a atribuição médica como fator causal unidimensional nos resultados de tais variáveis. Essas variáveis foram selecionadas com base na análise de literatura especializada sobre atenção primária a saúde no Brasil, bem como observação de questões prioritárias em saúde global, e podem ser separadas levando em consideração três dimensões presentes no documento “Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro” (PROADESS 2012), quais sejam: acesso, efetividade e adequação.

**Tabela 1:** Dimensões da avaliação de resultados

VARIÁVEL	INDICADOR	FUNDAMENTAÇÃO NA LITERATURA
Acesso Universal à Saúde (ACESSO)	Proporção de médicos a cada mil habitantes; Variação no número de consultas	<p>- Discussão fundamental no que diz respeito à garantia da saúde enquanto direito e bem público global (Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde, OMS, 2014)</p> <p>- O fortalecimento dos sistemas de saúde orientados pela APS por meio da garantia do acesso universal pode ser visto como uma das políticas mais urgentes no âmbito da Saúde Global, pois possui caráter estruturante e universalizante (Kickbusch, 2004).</p> <p>- A estruturação de sistemas de saúde coordenados pela APS que prezam pelo acesso universal resulta em melhor integralidade dos serviços, o que se relaciona com um melhor aproveitamento dos investimentos em saúde (Giovannella et al, 2014).</p> <p>- No contexto do SUS, que se fundamenta na saúde enquanto componente do exercício da cidadania, discutir o acesso universal encabeçado pela APS é fundamental para reforçar a importância da manutenção do SUS enquanto sistema público e universal (Andrade et al, 2018).</p>
Internações por Condições	Proporção de internações	<p>- Proporciona uma percepção específica a respeito do desempenho da APS no que diz respeito a determinados problemas de saúde de populações mais pobres, que tendem a deter menos conhecimento a respeito de hábitos e práticas em saúde (Billings et al, 1990).</p> <p>- Possibilita uma análise importante a respeito das capacidades da APS no que diz</p>

<p>Sensíveis à Atenção Primária (EFETIVIDADE)</p>	<p>por 1) gastroenterites; 2) insuficiência cardíaca; 3) asma</p>	<p>respeito a um perfil epidemiológico específico composto por agravos pouco intensivos em recursos com maior dispêndio de tecnologias (Alfradique et al, 2009).</p> <p>- É um indicador de relevância internacional, que correlaciona o uso dos serviços hospitalares de internações para mensurar em qual medida a APS é efetiva no manejo de condições às quais dispõe dos recursos em formato de materiais e conhecimento (Andrade, Bueno &amp; Bezerra, 2012).</p> <p>- Uma vez que compõem-se de condições às quais a APS detém plena capacidade técnica e organizativa de resposta, servem como importante instrumento de análise a respeito da adequação das abordagens e uso de recursos na APS (Ministério da Saúde, 2012).</p>
<p>Saúde Materno-Infantil (ADEQUAÇÃO)</p>	<p>Proporção de consultas de assistência pré-natal</p>	<p>- Se relaciona com uma importante discussão internacional a respeito da promoção da saúde de mulheres e crianças, se colocando como um serviço essencial na prevenção da mortalidade materna e infantil (Ministério da Saúde, 2006; Nações Unidas, 2015).</p> <p>- Representa um serviço de profunda adequação ao se considerar os indicadores de saúde materna e infantil como ferramentas de mensurar os níveis de desenvolvimento socioeconômico das populações (Souza, 2015).</p> <p>- No escopo da APS, é um serviço fundamental para observar tanto a integralidade dos cuidados primários, como o aspecto da APS enquanto instância coordenadora por meio de encaminhamentos para exames e especialistas adequados (Ministério da Saúde, 2012).</p>

### Características da Amostra

Os 31 municípios que compõe a amostra do trabalho podem ser previamente divididos em três grupos que correspondem a três dos sete perfis determinados pelo Ministério da Saúde como forma de organização e priorização na alocação dos médicos integrantes do PMMB:

**Tabela 2:** Distribuição dos municípios de acordo com os perfis prioritários.

<b>Perfil 3:</b>	<b>Perfil 6:</b>	<b>Perfil 7:</b>
Capitais e Regiões Metropolitanas	Áreas vulneráveis	Extrema Pobreza
<b>Definição:</b>	<b>Definição:</b>	<b>Definição:</b>
Áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza das Capitais e Regiões Metropolitanas.	Áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios que estão em regiões de vulnerabilidade (Vale do Ribeira, Vale do Jequitinhonha, Vale do Mucuri, Municípios com IDHM baixo ou muito baixo e Região do Semiárido), que não se encaixam nos demais perfis.	Município com 20% (vinte por cento) ou mais da população vivendo em extrema pobreza.
<b>Municípios:</b>	<b>Municípios:</b>	<b>Municípios:</b>
Caaporã (Região Metropolitana de João Pessoa), Caturité (Região Metropolitana de Campina Grande).	Cacimba da Areia, Caraúbas, Coxixola, Frei Martinho, Malta, Princesa Isabel, São Bento, Sumé.	Aguiar, Alagoinha, Aroeiras, Carrapateira, Congo, Cuité, Damião, Itapororoca, Juazeirinho, Manaíra, Mulungu, Pedra Lavrada, Pilar, Poço Dantas, Remígio, Riachão, Santa Cecília, São José de Piranhas, São Sebastião do Umbuzeiro. Taperoá, Triunfo.

**Tabela 3:** Características gerais das municipalidades selecionadas

<b>MUNICÍPIO</b>	<b>POPULAÇÃO (2010)*</b>	<b>POPULAÇÃO ESTIMADA (2018)*</b>	<b>ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (UBS)**</b>	<b>IDHM***</b>
Aguiar	5.530	5.571	03	0,597
Alagoinha	13.576	0,548	08	0,595

Aroeiras	19.082	19.190	10	0,548
Caaporã	20.362	21.698	12	0,602
Cacimba da areia	3.557	3.729	03	0,596
Caraúbas	3.899	4.140	02	0,585
Carrapateira	2.378	2.631	01	0,603
Caturité	4.543	4.807	03	0,623
Congo	4.687	4.785	03	0,631
Coxixola	1.771	1.907	02	0,641
Cuité	19.978	20.343	18	0,591
Damião	4.900	5.289	03	0,521
Frei Martinho	2.933	2.990	11	0,641
Itapororoca	16.997	18.501	07	0,564
Juazeirinho	16.776	18.041	13	0,567
Malta	5.613	5.766	02	0,642
Manaira	10.759	11.092	05	0,543
Mulungu	9.469	9.878	08	0,565
Pedra lavrada	7.475	7.766	04	0,574
Pilar	11.191	11.855	09	0,579
Princesa Isabel	21.283	23.215	18	0,606
Poço Dantas	3.751	3.777	03	0,525
Remígio	17.581	19.340	08	0,607
Riachão	3.266	3.564	04	0,574
Santa Cecília	6.658	6.574	03	0,525
São Bento	30.879	33.796	19	0,580
São José de Piranhas	19.096	20.053	08	0,591
São Sebastião do Umbuzeiro	3.235	3.466	01	0,581
Sumé	16.060	16.864	01	0,627
Taperoá	14.936	15.185	10	0,578
Triunfo	9.220	9.466	04	0,609

**Fontes:** \* IBGE Cidades. Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010).

\*\* Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (2009).

\*\*\* Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil de 2013. Baseado no censo do IBGE de 2010.

Ao se observar os municípios integrantes da amostra na tabela 2, é fundamental notar que ainda que a mesma não abarque a totalidade dos municípios paraibanos beneficiados com a alocação de médicos cubanos, e mesmo que não tenha sido feita uma seleção randômica das municipalidades, as 31 cidades cuja escolha se pauta no *survey* encontram-se razoavelmente bem distribuídas nos perfis prioritários do PMMB, com destaque claro para os perfis 6 e 7.

Ao se observar a tabela, 3 ainda é possível perceber uma distribuição interessante de municípios com IDHM baixo e alto, com destaque para os primeiros, de modo que, em linhas gerais, a amostra se concentra em um perfil prioritário crítico (21 municípios) e com IDHM baixo (20 municípios), de tal forma que as partes integrantes da amostra que compõe essas duas dimensões são as seguintes 17 cidades: Aguiar, Alagoinha, Aroeiras, Cuité, Damião, Itapororoca, Juazeirinho, Manaíra, Mulungu, Pedra Lavrada, Pilar, Poço Dantas, Riachão, Santa Cecília, São José de Piranhas, São Sebastião do Umbuzeiro e Taperoá. Cabe ainda ressaltar um ponto interessante: dentro das municipalidades que compõe o perfil 7 encontram-se 4 cidades que possuem IDHM alto, quais sejam, Carrapateira, Congo, Remígio e Triunfo.

## Eixo 1: Acesso

De acordo com o documento “Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro” (PROADESS 2012), a dimensão acesso diz respeito ao modo como dialogam as facilidades e dificuldades que viabilizam ou prejudicam a utilização dos serviços de saúde por parte dos usuários. Tal categoria está diretamente relacionada com a disponibilidade de recursos materiais e humanos necessários para o funcionamento das atividades em saúde. A respeito da dimensão acesso, a avaliação aqui proposta se pauta no acesso universal em saúde, tomando como indicador a proporção de médicos a cada mil habitantes em período anterior (2011/2013) e posterior (2014/2016) ao PMMB, de modo a observar quais foram as alterações em termos proporcionais a partir do incremento de médicos cubanos.

### Acesso Universal à Saúde

Em consequência do crescente reconhecimento da saúde enquanto direito e elemento fundamental para a promoção do desenvolvimento, a garantia da disponibilidade de serviços e insumos de saúde para as populações torna-se uma das prioridades fundamentais no escopo das discussões contemporâneas em Saúde Global. O documento "Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde", fruto da 66ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, realizada em 2014, buscou discutir as diferentes estratégias pelas quais os países latino-americanos organizam o setor da saúde, de modo a garantir a disponibilidade e acesso da saúde enquanto bem público global. O documento destaca, portanto, duas abordagens fundamentais: o acesso universal e a cobertura universal (Organização Mundial da Saúde, 2014).

A respeito do primeiro, a definição de acesso universal à saúde presente no documento se fundamenta na percepção de que o acesso existe quando são superadas as barreiras de diversas ordens que limitam e impedem o acesso aos serviços de saúde - tais como restrições financeiras, sociais, geográficas e culturais - gerando, portanto, a equidade de acesso. Já a noção de cobertura universal em saúde, de acordo com o documento, diz respeito à disponibilidade de infraestrutura e insumos necessários no âmbito dos sistemas de saúde, de modo a atender às necessidades básicas da população (Organização Mundial da Saúde, 2014). A diferença fundamental entre as duas abordagens ainda é vaga no documento, mas é necessário salientar uma vez que os dois termos não devem ser usados de maneira intercambiada.

A noção de cobertura universal em saúde (*Universal Health Coverage, UHC*), de acordo com Giovanella *et al* (2014) está fundamentalmente baseada na garantia de proteção financeira, o que significa dizer que o uso de serviços básicos de saúde não deve onerar o usuário que lança mão dos mesmos. O próprio uso do termo "cobertura", de acordo com os autores, faria referência à existência de uma cobertura financeira de serviços de saúde por meio de adesões a seguros específicos, que abarcaria uma gama básica de serviços a serem prestados. A partir desse reconhecimento, Giovanella *et al* (2014) salientam que um dos consensos nos debates internacionais sobre cobertura universal em saúde preconiza a crescente participação do setor privado por meio da adesão aos seguros de saúde. Isto porque se argumenta a incapacidade da esfera pública de administrar, coordenar e financiar os serviços de saúde de maneira satisfatória:

"This proposal reduces the role of the state, restricting it to regulating the health system. It is intended that the state should promote insurance or contract out private services to offer to people who are unable to buy them in

the market. The separation of functions between financing and provision implies the pricing of health services, which turns them into a commodity. For private sector actors health is a good or a product; those who are unable to pay for the merchandise or service are not entitled to receive their benefits” (Giovannella *et al*, 2018, pp. 1765-66).

Em contrapartida, a noção de acesso universal à saúde se fundamenta na estruturação de sistemas universais de saúde (*Universal Health Systems*, UHS). Tal abordagem se fundamenta na garantia de acesso universal para todos os indivíduos a despeito de classes sociais e poder aquisitivo, uma vez que se baseiam na noção de que a garantia de acesso aos serviços de saúde é condição fundamental para o exercício da cidadania. Em sistemas universais, a organização dos mesmos se dá de maneira integrada, de modo que não há restrição a uma cesta básica de serviços, como na noção de cobertura universal. Os diferentes níveis de complexidade dos serviços se articulam de modo a garantir a máxima resolutividade, o que torna o próprio papel da APS substancialmente diferente nos dois modelos: ao passo que na abordagem da cobertura universal, a APS representa uma cartilha de serviços básicos limitados, na abordagem dos sistemas universais a APS se organiza como porta de entrada aos primeiros cuidado, além de instância coordenadora fundamental para a efetividade dos serviços e bom aproveitamento dos recursos públicos (Giovannella *et al*, 2018).

No que diz respeito aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, a aprovação da meta 3.8<sup>11</sup>, tratando da cobertura universal em saúde, foi percebida como um avanço importante nas discussões sobre promoção da Saúde Global. A referida meta enfatiza a necessidade de desenho e articulação de estratégias que garantam a universalidade da cobertura em saúde por meio políticas de proteção aos riscos financeiros, acesso aos serviços básicos de saúde, bem como disponibilidade e acesso a medicamentos essenciais e vacinas (Nações Unidas, 2015).

Porém Reddock (2017), ao analisar os processos de negociação a respeito dos indicadores para mensurar a meta 3.8., salienta que o otimismo gerado a partir do tratamento mais abrangente dos ODS à saúde esbarrou na disputa de interesses e entendimentos de múltiplos *stakeholders* a respeito dos indicadores do ODS 3 em geral, o que, no que tange à meta 3.8. especificamente, resultou em indicadores tímidos para mensurar uma questão fundamental para a promoção da saúde nos anos vindouros. Não caberia aqui traçar uma análise aprofundada dos fundamentos políticos da Agenda 2030,

---

<sup>11</sup> “3.8 Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos” (Nações Unidas, 2015).

mas a observação dos indicadores da meta 3.8. e mesmo a própria adoção da ideia de cobertura universal em saúde parecem apontar uma interpretação específica a respeito das possíveis virtudes e potencialidades do setor privado em matéria de saúde.

A respeito das opções que privilegiam a cobertura universal em saúde ou o acesso universal, Kickbusch (2004) salienta a centralidade que deve ser conferida ao fortalecimento dos sistemas de saúde enquanto sistemas estratégicos. Para a autora, é através da estruturação robusta dos sistemas de saúde nacionais que seria possível obter resultados expressivos na melhoria dos níveis de saúde das populações. Ignorar tal necessidade talvez tenha sido, na percepção da autora, uma das grandes falhas das políticas de ajuda internacional em saúde de caráter vertical nas últimas décadas.

No caso brasileiro, na percepção de Giovanella *et al* (2014) discutir a noção de cobertura universal em saúde pode ser inclusive um retrocesso em face da fundamentação da saúde enquanto direito no texto constitucional que ampara o SUS. O modo como a APS se fundamenta no SUS se baseia na integralidade e longitudinalidade do cuidado, o que contrasta com a APS no modelo de cobertura universal em saúde, que se limita a um pacote de serviços básicos sem a garantia do cuidado continuado. Privilegiar abordagens que enfoquem no crescente fortalecimento do setor privado em saúde em detrimento do SUS podem vir a comprometer substancialmente as melhorias já alcançadas pelo SUS, principalmente em regiões remotas para populações mais pobres. Nesse sentido, enfatizar as discussões a respeito da dimensão do acesso – por meio do fortalecimento de um sistema universal – pode ser encarada como uma estratégia que melhor se coaduna com a realidade brasileira (Giovanella *et al*, 2014; Andrade *et al*, 2018)

Um dos pilares de uma estratégia de fortalecimento dos sistemas de saúde de caráter universal é o manejo adequado da oferta e demanda de profissionais de saúde. No contexto específico da América Latina, a OPAS destaca a existência de importantes desafios nesse quesito, que abarcam desde a necessidade de melhor remuneração e provisão de demais incentivos financeiros, reestruturação da formação e qualificação dos profissionais em saúde e criação de estratégias de alocação equilibrada desses profissionais nos territórios nacionais, em particular nas zonas rurais e remotas (OPAS, 2007).

A fundamentação do PMMB volta-se justamente para o preocupante gargalo que representa a precariedade de oferta e distribuição da força médica. Isto posto, considerando a relevância do suprimento adequado destes profissionais para o

fortalecimento de ações que garantam o acesso universal à saúde, se objetiva aqui observar qual o resultado do PMMB na reorganização dos sistemas de saúde dos municípios paraibanos no que diz respeito aos efeitos no **acesso** por meio da análise do incremento da força médica nas municipalidades que receberam médicos intercambistas provenientes de Cuba. O recorte temporal proposto se baseia em nos três anos anteriores ao lançamento do programa em uma comparação com os três anos posteriores à adoção do mesmo.

#### Avaliação de resultados: promoção do acesso à saúde na Paraíba

A tabela 4 sistematiza a situação das 31 municipalidades aqui observadas no que diz respeito à disponibilidade de profissionais médicos atuando em UBS. Os dados provêm do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e fazem referência aos médicos lotados nos municípios selecionados até o mês de Novembro de 2013, uma vez que o primeiro ciclo de alocações de médicos do PMMB data de Dezembro do mesmo ano. A seleção dos médicos nos bancos de dados do CNES se baseou na identificação “Médico da Estratégia Saúde da Família”, excluindo duplicatas e considerando vínculos estatutários e contratos com delimitação temporal, respeitando uma dedicação semanal de 40 horas.

A tabela foi organizada levando em consideração uma disposição em ordem crescente, que parte do município com menor incremento na razão médico/mil habitantes (Itapororoca) para a situação de melhor resultado (São Sebastião do Umbuzeiro). Além disso, a mesma ainda foi separada por quadrantes que reúnem, respectivamente, municípios com aumentos percentuais na ordem de 12% a 25%, 26% a 49%, 50% a 100% e acima de 100% até 200%. Dos 31 municípios analisados, a imensa maioria possui incrementos acima dos 25%, o que pode ser considerado um resultado positivo.

**Tabela 4.1.** Razão médico/mil habitantes por municipalidade em anterior ao PMMB (Nov/2013) e posterior ao programa (Dez/2016).

126,19

<b>Município</b>	<b>População (2010)</b>	<b>Nº de Médicos na APS</b>	<b>Razão Médico/Mil Habitantes (População 2010)</b>	<b>Nº De Médicos a na APS alocados pelo PMMB</b>	<b>Razão Médico/Mil Habitantes (Pós-PMMB) com base na população de 2010.</b>	<b>Incremento</b>
Itapororoca	16.997	8	0,47	1	0,53	12% a 25%
São José de Piranhas	19.096	7	0,37	1	0,42	
Remígio	17.581	6	0,34	1	0,40	
Juazeirinho	16.776	10	0,60	2	0,72	
Caaporã	20.362	9	0,44	2	0,54	
São Bento	30.879	13	0,42	3	0,52	
Aroeiras	19.082	8	0,42	2	0,52	
Sumé	16.060	4	0,25	1	0,31	
Santa Cecília	6.658	4	0,6	1	0,75	
Mulungu	9.469	4	0,42	1	0,53	26% a 49%
Aguiar	5.530	3	0,54	1	0,72	
Pedra Lavrada	7.475	3	0,4	1	0,5	
Alagoinha	13.576	8	0,59	3	0,81	
Pilar	11.191	5	0,45	2	0,63	

Princesa Isabel	21.283	7	0,33	3	0,47	50% a 100%
Caraúbas	3.899	2	0,51	1	0,77	
Cacimba de Areia	3.557	2	0,56	1	0,84	
Taperoá	14.936	6	0,4	3	0,6	
Damião	4.900	4	0,82	2	1,22	
Cuité	19.978	9	0,45	5	0,7	
Frei Martinho	2.933	1	0,34	1	0,68	
Carrapateira	2.378	1	0,43	1	0,84	
Malta	5.613	2	0,36	2	0,71	
Poço Dantas	3.751	2	0,53	2	1,07	
Congo	4.687	2	0,43	2	0,85	
Triunfo	9.220	3	0,33	4	0,76	101% a 200%
Manaíra	10.759	2	0,19	3	0,46	
Caturité	4.543	2	0,44	4	1,32	
Coxixola	1.771	1	0,56	2	1,69	
Riachão	3.266	1	0,31	2	0,91	
São Sebastião do Umbuzeiro	3.235	1	0,31	2	0,93	

**Fonte:** Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Elaboração da autora.

Os municípios que integram o perfil mais sensível aqui trabalhado – perfil 7 – possuem uma distribuição equilibrada nos quadrantes, privilegiando situações de incremento positivo, uma vez que 15 dos 21 apresentam adições superiores à 25%. Cabe ressaltar ainda que quatro deles integram o quadrante com o melhor resultado incremental na razão de médicos a cada mil habitantes, inclusive, com São Sebastião do Umbuzeiro representando o melhor resultado de todos os casos observados.

A respeito do perfil 6, também há uma distribuição equilibrada nos resultados, privilegiando incrementos na ordem de 50% a 100%. Os dois municípios que integram o perfil 3 possuem resultados em postos extremos: ao passo que Caturité compõe o grupo de municípios com o melhor desempenho observado, Caaporã não atinge os 25% de incremento. Ao observar os municípios que representam um ponto de convergência entre o Perfil 7 (tabela 2) e IDHM baixo (tabela 3), o incremento mais significativo após o PMMB pertence a cidade de São Sebastião do Umbuzeiro, ao passo que o incremento mais baixo corresponde a Itapororoca.

Após o PMMB, quatro municípios apresentaram proporção acima dos 1,0 médicos a cada mil habitantes (Caturité, Coxixola, Damião e Poço Dantas), aos quais à exceção de Poço Dantas, superam tanto a média estadual<sup>12</sup> antes do PMMB (1,17), e, no caso de Caturité e Coxixola, mesmo a razão estadual posterior ao programa (1,23), apresentando razões na ordem de, respectivamente, 1,32 médicos/mil habitantes, e 1,69 médicos/mil habitantes. Ambos os municípios possuem IDHM alto.

Nogueira *et al* (2016) estipulam que a média de incremento proporcionada pelo PMMB na razão médicos/mil habitantes no Nordeste entre os anos de 2013/2014 foi de 0,11. Ainda que o recorte temporal aqui estabelecido contemple ainda os anos de 2015 e 2016, é interessante observar como os municípios estudados se relacionam com os achados dos autores: das 31 municipalidades observadas, 2/3 encontram-se acima dos resultados encontrados por Nogueira *et al* (2016).

A esses dados é interessante observar a percepção dos gestores municipais de saúde aos quais se voltou o *survey* em anexo, especialmente na pergunta nº 08 a respeito da proporção do aumento dos quadros através do PMMB em comparação com a disponibilidade de médicos no período anterior à adesão ao programa. A sistematização

---

<sup>12</sup> É válido ressaltar que não é possível uma comparação estrita entre os dois dados, uma vez que a média estadual paraibana corresponde à totalidade de médicos no estado, e a razão dos municípios aqui trabalhados diz respeito, especificamente, a médicos lotados na APS.

das respostas presente na tabela 5 permite inferir que as percepções dos respondentes é, na maioria dos casos, positiva.

É interessante observar os achados correspondentes a proporção “baixa”: ao passo que as respostas dos gestores de Itapororoca e São José de Piranhas se confirmam a partir da análise dos dados (uma vez que os municípios ocupam as últimas posições na magnitude do incremento pós-PMMB), a percepção da gestão municipal de Congo destoa de sua posição no quadrante que corresponde a incrementos entre 50% a 100%. Outro achado interessante é a visão da gestão de São Sebastião do Umbuzeiro, que apesar de representar o melhor resultado dos casos analisados, com um incremento de, aproximadamente, 200%, considera média a quantidade de médicos cooperados em proporção aos quadros vigentes do município. O mesmo pode ser observado em quase todos os outros municípios pertencentes ao quadrante de melhor resultado, a exceção da percepção da gestão de Caturité. Intepretações divergentes também podem ser vistas em relação aos dados pertencentes aos municípios que ocupam o primeiro quadrante correspondente ao menor incremento observado: ao passo que, como já dito, as gestões de Itapororoca e São José de Piranhas optam pela resposta “baixa”, o que se representa de fato na análise dos incrementos, as gestões de Aroeiras e Juazeirinho respondem que a proporção de médicos cooperados é alta em comparação com os profissionais já atuantes no município, o que não se confirma através dos dados. Os gestores de ambas as cidades se identificaram como ‘coordenadores da Atenção Básica’ em suas respostas ao questionário.

**Tabela 5:** Qual a quantidade de médicos recebida por meio do Programa? (proporcionalmente à quantidade de médicos que atuam permanentemente no município)

<b>Alta</b> (representa a maioria dos médicos em atividade permanente no município)	<b>Média</b>	Baixa (não representa uma quantidade significativa de médicos em atividade permanente)	<b>Não sei responder</b>
---	--------------	--	--------------------------

Aguiar, Aroeiras, Carrapateira, Caturité, Damião, Frei Martinho, Juazeirinho, Malta e Pilar.	Alagoinha, Caaporã, Cacimba de Areia, Caraúbas, Coxixola, Cuité, Manaíra, Mulungu, Poço Dantas, Princesa Isabel, Remígio, Riachão, São Bento, Santa Cecília, São Sebastiao do Umbuzeiro, Sumé, Taperoá, Triunfo	Congo, Itapororoca, Pedra Lavrada e São José de Piranhas.	Nenhuma resposta.
---	---	---	-------------------

A interpretação referente aos dados aqui apresentados ressalta, por um lado, o fator positivo no incremento da grande maioria das municipalidades analisadas, uma vez que boa parte da amostra possui resultados acima do aumento de 25%, com situações nas quais o PMMB dobra a quantidade de médicos lotados na APS. É possível se argumentar, contudo, que ainda que o PMMB tenha representado uma adição importante em municípios com situações deveras precárias, as razões médico/mil habitantes, em geral, permanecem baixas. Isso reforça a percepção do estudo de Nogueira *et al* (2016) ao salientarem que, ainda que o PMMB represente um componente de central relevância para o fortalecimento da APS, especialmente em pequenos municípios, o programa ainda não consegue reverter disparidades históricas que demandariam um maior tempo de vigência do mesmo.

## **Eixo 2: Efetividade**

A dimensão efetividade, contida no PROADESS 2012, diz respeito a uma observação comparativa das potencialidades de determinada política ou programa em saúde e seus efeitos concretos. Sua análise se fundamenta no impacto real de determinada ação em saúde, observando os dispêndios efetuados, os resultados obtidos e as aspirações iniciais. A variável selecionada para a análise é a variação no número de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), abarcando três condições específicas – indicadores - justificadas na literatura: internações por gastroenterites, internações por asma e internações por insuficiência cardíaca.

### *Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)*

As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) podem ser definidas como situações nas quais as internações hospitalares realizadas poderiam ser evitadas em caso de ações mais efetivas no âmbito da Atenção Primária. Em uma APS efetiva, os casos de referência tenderiam a se limitar às condições que ultrapassam as possibilidades dos cuidados básicos (Alfradique *et al*, 2009). As ICSAP consistem em um importante indicador de análise tanto do acesso como da efetividade dos sistemas de saúde – em particular, o estágio dos cuidados primários – que busca correlacionar dados hospitalares com o desempenho dos cuidados primários como forma de mensurar a integralidade e efetividade do cuidado (Andrade; Bueno; Bezerra, 2012).

Seu uso pioneiro como ferramenta de avaliação dos resultados da APS pode ser traçado no contexto internacional a partir da década de 1990 com o estudo de Billings *et al* (1990) a respeito dos fatores que explicariam as altas taxas de internações hospitalares na cidade de Nova York. Os autores concluíram que a ausência de abordagens integrais e efetivas no âmbito da atenção primária poderia ser encarada como um dos fatores que explicaria as altas taxas de internações, cabendo destacar que tal situação tenderia a ser mais crítica para pessoas em vulnerabilidade social.

No processo de elaboração de uma lista brasileira de ICSAP, Alfradique *et al* (2009) ressaltam que critérios precisos devem ser levados em consideração na definição a respeito do que consiste uma ICSAP, de modo a garantir a máxima correlação possível entre os serviços prestados no âmbito da APS (ou a magnitude do impacto de sua ausência) e internações hospitalares por determinadas patologias crônicas e agudas. Dentre os seis critérios elencados, cabe destaque para dois, quais sejam: “existir evidência científica de que a causa de internação é sensível à atenção primária à saúde; ser uma condição para a qual a atenção primária à saúde teria capacidade de resolver o problema e/ou prevenir as complicações que levam à hospitalização” (Caminal *et al*, 2004, apud, Alfradique *et al*, 2009).

É importante, contudo, ressaltar duas considerações fundamentais ao respeito do uso das ICSAP como formas de mensurar a efetividade e o acesso da APS e a forma de interpretação dos dados obtidos. No que concerne às ICSAP enquanto indicador adequado, é fundamental a observância dos contextos locais em busca de compreender

o perfil epidemiológico do território em questão, uma vez que contextos distintos e formas variadas de organizar as práticas da APS não permitem uma generalização universal precisa a respeito de quais condições podem ser consideradas como ICSAP (Alfradique *et al*, 2009).

A categoria das ICSAP, grosso modo, é dinâmica, se transforma em relação aos contextos e capacidades dos sistemas de saúde em questão. A noção de ‘evitabilidade’, portanto, é atrelada ao tempo e espaço, uma vez que depende das evidências de sensibilidade e potencial resolutivo da APS em um período específico (Alfradique *et al*, 2009).

Nesse sentido, a homogeneização das ICSAP no Brasil, sintetizadas em uma lista de aplicabilidade nacional, se mostrou tarefa fundamental para prover robustez ao uso de tal indicador. A lista brasileira – resultado da análise de listas estaduais, internacionais e considerações de profissionais em saúde - foi lançada em 17 de Abril de 2008 por meio da portaria nº 221, como forma de fortalecer a institucionalização das avaliações da APS no Brasil. A listagem abarca 19 grupos temáticos, somando 76 diagnósticos referenciados de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (Ministério da Saúde, 2008). É importante ressaltar que uma das particularidades da lista brasileira é a proporção elevada de condições infecto-contagiosas que a compõe em comparação com as listas de outros países que foram analisadas no processo de sistematização da lista brasileira. Isso seria, na ótica de Alfradique *et al*. (2009) um reflexo do perfil epidemiológico do Brasil e da estruturação da APS no âmbito do SUS.

No que tange às conclusões a serem tecidas a partir de análises de dados das ICSAP, é fundamental observar que variações no número das ICSAP podem tanto significar uma melhoria no acesso e na efetividade da APS, como indisponibilidade e precariedade na oferta de leitos, bem como eventuais dificuldades na compilação de dados (Ministério da Saúde, 2012). Gonçalves *et al* (2016), além disso, pontuam a dificuldade de isolar o impacto dos determinantes sociais em saúde na análise das ICSAP, reforçando a necessidade de atrelar tal indicador com outras ferramentas avaliativas. O trabalho em questão lança mão das ICSAP como uma das variáveis para mensurar o impacto do PMMB na organização e fortalecimento dos sistemas municipais de saúde paraibanos. Dados do PROADESS estabelecem que no ano de 2010 25,9% das internações realizadas no estado eram de casos sensíveis à APS. De tal forma, a análise das ICSAP será tecida por meio da seleção de três das quatro condições sensíveis à APS

presentes na avaliação PROADESS (2012): internações por gastroenterite (A00-A09), internações por insuficiência cardíaca (I150) e internações por asma (J45, J46).

A justificativa da escolha das três ICSAP se explica pelo destaque de sua incidência no contexto brasileiro à época da elaboração da lista nacional por representarem 44,1% das hospitalizações por condições sensíveis, ao passo que a soma dos 77,8% remanescentes correspondiam a sete doenças (Alfradique *et al*, 2009). No que é específico à realidade nordestina, dados de 2008 a 2014 demonstram que essas três ICSAP somavam 57,9% do total das ICSAP na região (Gonçalves *et al*, 2016).

A seleção dos dados seguirá a lógica do PROADESS, o que significa dizer que os mesmos serão coletados apenas no âmbito das internações realizadas na rede hospitalar do SUS.

#### I. Internações por gastroenterites

A partir da avaliação do PROADESS, conclui-se que os piores resultados para as ICSAP por gastroenterites pertençam às regiões Norte e Nordeste. A Paraíba, no ano de 2010, respondia pelo 5º pior índice nacional, com uma proporção de 653,2<sup>13</sup> internações por gastroenterites a cada 100 mil habitantes (Ministério da Saúde, 2012).

De acordo com Gonçalves *et al* (2016), as ICSAP por gastroenterites no Nordeste entre os anos de 2008 e 2014 representaram um total de 37% de todas as ICSAP da região, a maior ‘fatia’ no conjunto total das ICSAP, o que torna o agravo um problema recorrente no território nordestino. Os autores ressaltam sua adequação como uma condição sensível às intervenções no escopo da atenção primária, enfatizando que os casos agudos da doença podem ser manejados com relativa facilidade por meio do serviço médico, uma vez que não necessitam, *a priori*, do uso de tecnologias mais sofisticadas. Nesse sentido, afirmam que as ICSAP por gastroenterites representam uma variável importante para mensurar os impactos do serviço de APS no curto prazo.

#### II. Internações por insuficiência cardíaca

---

<sup>13</sup> Dado padronizado por idade e sexo, que também podem estar sofrendo com a interferência na oferta de leitos hospitalares.

As internações por insuficiência cardíaca representam - em conjunto com as gastroenterites e a asma - uma das principais causas das ICSAP no Brasil. É possível afirmar que dentre os problemas de caráter cardiovascular que levam à hospitalização, a insuficiência cardíaca ocupa a liderança nos casos de internação no país (Lessa, 2001, *apud*, Ministério da Saúde, 2012). Ao analisar o processo de elaboração da lista nacional das ICSAP, especificamente a consulta às listas estrangeiras, Alfradique *et al* (2009) salientam que os casos de internações por insuficiência cardíaca se destacaram por estarem presentes em todas as listas analisadas, o que demonstra a magnitude do problema no nível da saúde pública global.

Macinko, Dourado & Guanais (2011) apontam que, no que tange à insuficiência cardíaca, as potencialidades da APS encontram-se focalizadas na prática do diagnóstico precoce, seguido de tratamento condizente ao agravo. Considerando a importância do acompanhamento dos pacientes susceptíveis à insuficiência cardíaca, a relevância da integralidade do cuidado no escopo da APS é fundamental para o controle do escalamento da condição (Ministério da Saúde, 2012).

Nos achados de Gonçalves *et al* (2016), os casos de internação por insuficiência cardíaca que poderiam ter sido evitados por meio da APS efetiva no intervalo entre 2008-2014 representaram 9,6% das ICSAP no Nordeste, o terceiro maior percentual após os casos de ICSAP por gastroenterites e asma e suas complicações.

### III. Internações por asma

Macinko, Dourado & Guanais (2011) explicam que, no âmbito do escopo de práticas da APS, as abordagens voltadas para a asma se fundamentam na periodicidade e integralidade das abordagens, via o monitoramento estruturado e assistência médica oportuna na prescrição de tratamento medicamentoso adequado. Observando a análise feita no PROADESS, é seguro afirmar que a APS no Brasil tem sido efetiva no intervalo entre os anos de 1998 e 2010 no que tange a esta condição, com uma redução na ordem de 50% na taxa das ICSAP por asma (Ministério da Saúde, 2012).

Porém, os índices de ICSAP por asma no Nordeste permanecem elevados quando comparados com os resultados das demais regiões (Ministério da Saúde, 2012).

## Avaliação de resultados: a efetividade do PMMB na Paraíba

A avaliação dos resultados do PMMB na dimensão efetividade irá se debruçar sobre um grupo reduzido de municípios que compõe a amostra em razão de disponibilidade dos dados, uma vez que não foram localizados registros de internações para as três ICSAP aqui trabalhadas nas demais municipalidades. Portanto, a amostra se compõe das cidades de Juazeirinho, Pedra Lavrada, Pilar, Princesa Isabel, São Bento, São José de Piranhas, Sumé e Taperoá. É importante ressaltar que quatro destes municípios (Juazeirinho, Pedra Lavrada, Pilar e Taperoá) pertencem à intercessão entre os perfis apresentados na tabela 2 e os dados a respeito do IDHM organizados na tabela 3, de modo que comportam tanto um perfil prioritário crítico, como um baixo IDHM.

Os dados referentes as três ICSAP selecionadas foram angariados a partir do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) tabulados no DATASUS. A pesquisa se refere às Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) aprovadas entre os anos de 2011 e 2016, de modo que abarque períodos temporais equilibrados em relação a um recorte temporal anterior ao PMMB (2011/2013) e posterior à sua adoção (2014/2016).

Especificamente no quesito “ICSAP por asma” não havia dados para a cidade de Princesa Isabel.

**Tabela 6:** Internações por Gastroenterites

MUNICÍPIO	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Juazeirinho	02	22	149	46	05	09
Pedra Lavrada	0	30	30	22	05	16
Pilar	0	37	24	08	0	0
Princesa Isabel	08	300	313	255	24	20
São Bento	0	20	64	258	692	316
São José de Piranhas	21	135	65	228	162	160
Sumé	0	68	141	185	135	162
Taperoá	0	128	251	167	126	203

**Fonte:** Sistema de Internações Hospitalares (SIH/DATASUS).

As internações por gastroenterites compõe a grande parcela das hospitalizações por ICSAP na região Nordeste. Sua proporção municipal em relação às outras duas ICSAP aqui trabalhadas atesta para a seriedade na incidência deste agravo em saúde.

A partir da tabela 6, é possível observar que os municípios apresentam tendências variadas na distribuição das internações por gastroenterites nos períodos avaliados, de modo que alguns casos demonstram uma diminuição das internações a partir do ano de 2014 (referindo-se ao primeiro estágio da presença de médicos cubanos na APS local), como Juazeirinho, Pedra, Lavrada, Pilar, Princesa Isabel e Taperoá, ao passo que as demais municipalidades apresentam aumentos no mesmo ano, cabendo destaque para o incremento significativo de internações por gastroenterites em São Bento e São José de Piranhas.

Com exceção do município de São Bento, todas as outras cidades apresentam diminuição nas internações no ano de 2015, com ênfase na queda significativa no dado correspondente à cidade de Pilar. O cenário pouco se altera em 2016, sendo importante destacar a diminuição palpável da incidência de internações no cenário sensível de São Bento e um aumento das hospitalizações em Taperoá.

**Tabela 7:** Internações por insuficiência cardíaca

MUNICÍPIO	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Juazeirinho	0	02	02	0	0	01
Pedra Lavrada	0	02	02	01	0	01
Pilar	0	01	0	5	0	0
Princesa Isabel	0	05	15	9	7	02
São Bento	0	03	17	17	5	08
São José de Piranhas	01	20	11	24	39	11
Sumé	01	29	31	29	40	39
Taperoá	01	24	13	12	17	15

**Fonte:** Sistema de Internações Hospitalares (SIH/DATASUS).

O cenário correspondente às internações por insuficiência cardíaca apresenta pouca variação entre o período anterior ao PMMB e o recorte temporal correspondente a sua adoção pelos municípios trabalhados. Poucas são as alterações nas municipalidades observadas, especialmente em Juazeirinho, Pedra Lavrada e Pilar. Há um incremento na ocorrência de hospitalizações em São José de Piranhas, cujo cenário no terceiro ano de operação do PMMB possui configuração similar ao último ano do recorte correspondente ao período anterior ao programa. É possível ainda observar uma constância no número de internações por asma em Sumé no período pós-PMMB, no qual a média anual de internações tende a ser mais alta em comparação com o triênio anterior.

**Tabela 8:** Internações por asma

MUNICÍPIO	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Juazeirinho	0	01	02	0	01	01
Pedra Lavrada	0	22	16	03	15	07
Pilar	02	148	61	88	09	01
São Bento	0	03	07	02	0	01
São José de Piranhas	06	28	15	35	20	22
Sumé	0	11	09	12	08	06
Taperoá	02	24	07	12	08	0

**Fonte:** Sistema de Internações Hospitalares (SIH/DATASUS).

Os dados referentes às hospitalizações por asma realizadas antes e depois do PMMB apresentam pouca variação nas cidades de Juazeirinho, São Bento e Sumé. Há uma queda significativa na municipalidade de Pilar no recorte trienal correspondente a alocação de médicos cubanos, com uma queda expressiva no ano de 2016 a ponto de quase zerar as internações em decorrência deste agravamento, fazendo com que a média de

internações por asma nos três anos após o PMMB caía quase pela metade em comparação ao triênio anterior. Há um leve aumento nas hospitalizações em São José de Piranhas no período após a adoção do programa, de modo que a média internações pós-PMMB é superior ao recorte anterior.

Ao discorrer sobre os resultados do PMMB em termos de redução de ICSAP, Gonçalves (2016) salienta a dificuldade de estruturar análises que consigam isolar de forma robusta a variável correspondente à presença de médicos cubanos para mensurar o grau de causalidade da mesma em relação às eventuais variações na incidência de ICSAPs. Não cabe ao presente trabalho determinar a existência de um mecanismo de causalidade claro entre os resultados obtidos ao se analisar as três ICSAP e a presença ou ausência dos médicos cooperados, uma vez que, em sua maioria, as variações observadas não são significativas a ponto de generalização.

As ICSAP aqui trabalhadas foram selecionadas com base em um cuidadoso estudo bibliográfico a respeito de quais são as condições em saúde que mais geram hospitalizações, mesmo possuindo protocolos clínicos claramente compatíveis com a APS. De modo que se exclui da conclusão a respeito da ausência de variação significativa uma eventual má seleção das ICSAP a serem analisadas.

Gonçalves (2016) ainda salienta duas dimensões importantes que devem ser observadas ao se analisar como as eventuais variações nas ICSAP se relacionam com uma abordagem adequada em APS, especificamente, àquela posta em curso pelos médicos cooperados: tanto uma diminuição no número de ICSAPs quanto um aumento podem, ao mesmo tempo, representar resultados oriundos de boas práticas. No primeiro caso, a efetividade da abordagem proposta pelo médico se traduz no sanar do agravo ainda no âmbito da APS, ao passo que um cenário de aumento das ICSAPs também pode ser vinculado a uma atuação longitudinal, que promove encaminhamentos para instâncias mais especializadas no momento oportuno em situação de agravo das condições do paciente na busca do cuidado, o que representaria o caráter coordenador da APS em relação às demais esferas do cuidado. Além disso, baixos valores de ICSAP podem também se relacionar à precariedade na disponibilização de leitos.

Há ainda que se destacar a curta vigência do PMMB. Em síntese, não podem ser tecidas conclusões significativas a respeito do indicador Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária na análise da atuação dos médicos cooperantes nos municípios selecionados, ainda que alguns resultados sejam positivos.

### **Eixo 3: Adequação**

O PROADESS (2012) sistematiza a variável da adequação, em linhas gerais, como a dimensão da capacidade dos serviços de saúde em proporcionarem abordagens adequadas para as necessidades da população, ou seja, em qual medida os recursos e o conhecimento são empregados de maneira a gerar os melhores resultados possíveis, garantindo qualidade e universalidade do serviço. Para trabalhar a dimensão da adequação, a variável selecionada é a saúde materno-infantil, mensurada na variação de consultas de pré-natal realizadas nas municipalidades selecionadas.

#### **1.2. Saúde Materno-Infantil**

Dentre os temas em saúde que compunham a agenda dos ODMs e que continuam a gozar de destaque na conformação dos ODS, cabe elencar as proposituras a respeito da necessidade de esforços internacionais para diminuir a incidência da mortalidade materna e infantil. O espaço dedicado a tais questões foi significativo na Agenda do Milênio: dois dos oito objetivos do milênio se voltavam para a redução da mortalidade de crianças abaixo dos cinco anos de idade (ODM 4) e redução das mortes de mulheres em virtude de complicações na gestação, parto e puerpério (ODM 5), o que representa, inclusive, dois terços dos objetivos em saúde da agenda dos ODMs. O reforço da preocupação com tais questões através da Agenda do Pós-2015 – instrumentalizadas por meio de duas metas<sup>14</sup> do ODS 3 - torna a enfatizar a relevância de tais questões no âmbito da saúde pública global.

Souza (2015) mesmo ressalta que ao se reconhecer a importância dos determinantes sociais que influenciam na saúde materna e infantil – tais como educação,

---

<sup>14</sup>

**3.1** Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos.

**3.2** Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos até 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos até 25 por 1.000 nascidos vivos (Nações Unidas, 2015).

condições socioeconômicas e culturais – a observação dos índices de mortalidade materna e infantil podem vir a servir como ferramentas para mensurar o desenvolvimento social das localidades nas quais tais mulheres e crianças encontram-se inseridas. É pautado no reconhecimento da importância dos determinantes sociais na vida das mulheres que Amartya Sen (2000) inclusive destaca que o empoderamento feminino por meio da educação e ampliação de liberdades socioeconômicas resulta na sua construção enquanto agente social, cujos reflexos não se limitam a mudanças positivas apenas às mulheres em si, mas principalmente na vida das crianças, podendo vir a reduzir significativamente as chances de ocorrência da mortalidade infantil.

É no seio de sociedades marcadas por discrepâncias socioeconômicas que se pode notar os efeitos nocivos das desigualdades sociais no que diz respeito à saúde da mulher e da criança. A falta de conhecimentos e condições básicas de manutenção da vida, somadas com a precariedade na provisão de serviços essenciais em saúde possui relação causal significativa com os índices alarmantes de mortes de mulheres por questões relacionadas à gestação e parto, bem como mortalidade infantil. O compromisso com a saúde materno-infantil que se apresenta mais uma vez em uma agenda internacional da magnitude dos ODS enfatiza, portanto, a centralidade de políticas para a saúde das mulheres e crianças como uma das forças promotoras do desenvolvimento no século XXI (Souza, 2015).

O documento “Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e dos Adolescentes” (2016) da organização internacional não-governamental *Every Woman Every Child* enfatiza que as disparidades sociais dentro de países de baixa e média renda resultam em uma desigualdade de acesso aos serviços de pré-natal de aproximadamente 25% (em média, quatro consultas) entre gestantes que pertencem aos extratos mais pobres e gestantes com rendas mais altas. Isto posto, a garantia de uma cobertura universal no que tange aos cuidados pré-natais se coloca como fundamental para alcançar as propostas ambicionadas nos ODS no que diz respeito à saúde materno-infantil.

O Ministério da Saúde, através do manual técnico “Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada” (2006) enfatiza que a disponibilidade e realização dos cuidados pré-natais é fundamental para garantir que a mulher possa gozar de gestação tranquila e segura, que resulte no nascimento de uma criança saudável. Além disso, os cuidados no pré-natal também são fundamentais para garantir que complicações anteriores ao parto não representem riscos para a integralidade física e

psicológica da mulher. Nesse sentido, os cuidados do pré-natal são baseados no acolhimento e acompanhamento integralizado ao longo da gravidez, combinando consultas obstétricas, orientações sobre suplementação, vacinas e solicitação de exames específicos:

“Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal e, para sua humanização e qualificação, faz-se necessário: construir um novo olhar sobre o processo saúde/doença, que compreenda a pessoa em sua totalidade corpo/mente e considere o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive” (Ministério da Saúde, 2006).

O atendimento de pré-natal realizado de maneira adequada se fundamenta na necessidade de evitar doenças e complicações que afetem tanto a mãe como o bebê, de modo que quanto mais precocemente tais serviços forem buscados pelas gestantes, maior a probabilidade de diminuir riscos à saúde da mãe e do nascituro. Nesse sentido, cabem aos serviços de assistência primária em saúde garantir a conscientização adequada às gestantes dentro das comunidades, reforçando a necessidade de aderência aos serviços, bem como garantir a constância e integralidade dos serviços, além da disposição de diagnósticos de encaminhamento adequados quando necessários (Ministério da Saúde, 2006; Rocha *et al*, 2011).

O Ministério da Saúde recomenda que a assistência pré-natal seja iniciada entre as 12<sup>a</sup> e 20<sup>a</sup> semana de gestação, com uma duração mínima de seis consultas de pré-natal, além de outras consultas básicas nesse intervalo temporal. A disposição adequada das consultas ao longo do período gestacional seria na frequência de uma consulta durante o primeiro trimestre da gravidez, duas no segundo trimestre e as últimas três no último trimestre (Ministério da Saúde, 2006).

De acordo com os dados compilados no PROADESS (2012), em 2010 de todos os nascidos vivos na região Nordeste, apenas 45,1% das mães realizaram acompanhamento pré-natal na frequência de sete ou mais consultas. No que diz respeito à Paraíba, esse dado é um pouco melhor, representando 58,4%. De acordo com o documento, a análise dos nascidos vivos de mães que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal é considerado um indicador para mensurar a dimensão da adequação do sistema de saúde brasileiro (Ministério da Saúde, 2012).

O Brasil conta com bons indicadores no acesso ao pré-natal, mas ainda apresenta discrepância regionais significativas, com menores taxas de acesso registradas nas regiões Norte e Nordeste. Somando a isso, a relevância da questão no âmbito

internacional faz do acesso ao pré-natal indicador importante para mensurar as capacidades da APS (Andrade; Bueno; Bezerra, 2012; Ministério da Saúde, 2012).

#### Avaliação de resultados: promoção do acesso à saúde na Paraíba

Os dados utilizados para trabalhar a dimensão adequação provém do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), coletados através da plataforma do DATASUS. A pesquisa buscou levantar a quantidade de procedimentos de consulta de pré-natal realizadas no escopo da ESF, dos anos de 2012 a 2015. O recorte temporal na dimensão adequação é menor em relação à dimensão efetividade uma vez que existem lacunas consideráveis na disponibilidade de dados no SIAB para o ano de 2015, com apenas sete municípios possuindo dados para todo o período trabalhado. A respeito do ano de 2014, alguns dados municipais só estão disponíveis até a metade do ano corrente, o que justificou sua eliminação da análise, uma vez que o ano de 2014 representa quase que inteiramente a dimensão pós-PMMB.

**Tabela 9:** Número de consultas de Pré-Natal realizadas no escopo da ESF.

MUNICÍPIO	2012	2013	2014	2015
Alagoinha	1.778	1.521	1.297	-
Aroeiras	1.565	1.944	2.217	314 <sup>3</sup>
<b>Caaporã</b>	<b>4.033</b>	<b>4.407</b>	<b>3.683</b>	<b>3.725</b>
Caraúbas	1.080	411	459	232 <sup>2</sup>
Carrapateira	121	199	166	51 <sup>4</sup>
<b>Cuité</b>	<b>1.725</b>	<b>1.955</b>	<b>2.159</b>	<b>2.253</b>
<b>Frei Martinho</b>	<b>393</b>	<b>342</b>	<b>359</b>	<b>274</b>
Juazeirinho	2.375	2.183	2.157	-
Malta	512	670	621	279 <sup>3</sup>
<b>Pilar</b>	<b>1.555</b>	<b>1.109</b>	<b>1.704</b>	<b>1.657</b>
Princesa Isabel	2.184	2.398	2.387	747 <sup>3</sup>
<b>Santa Cecília</b>	<b>849</b>	<b>613</b>	<b>872</b>	<b>991</b>
<b>São José de Piranhas</b>	<b>1.699</b>	<b>1.296</b>	<b>1.627</b>	<b>1.675</b>
<b>São Sebastião do Umbuzeiro</b>	<b>270</b>	<b>406</b>	<b>340</b>	<b>354</b>
Taperoá	1.586	1.245	1.497	606 <sup>3</sup>

**Fonte:** Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB/SUS)

<sup>1</sup>:Dados disponíveis até o mês de Janeiro (maio)

<sup>2</sup>: Dados disponíveis até o mês de Abril (janeiro)

<sup>3</sup>: Dados disponíveis até o mês de Maio (abril)

<sup>4</sup>: Dados disponíveis até o mês de Setembro.

Em uma análise das sete municipalidades que possuem dados para toda a série temporal, no que diz respeito aos resultados obtidos em 2012 e 2013, na maioria dos municípios a quantidade de consultas de pré-natal foi superior no ano de 2012 (Frei Martinho, Pilar, Santa Cecília e São José de Piranhas). No biênio de 2014//2015, quase todas as cidades apresentaram aumento na incidência de consultas no ano de 2015, a exceção de Pilar. Em um comparativo dos períodos anterior e posterior a adoção do PMMB, cinco municípios apresentam incrementos no número de consultas entre os anos de 2013 e 2014, ao passo que Caaporã e São Sebastião do Umbuzeiro demonstram queda, que, em ambos os casos, se reverte no ano de 2015, ainda que não atinjam os patamares de 2013.

Em relação aos incrementos no período Pós-PMMB, em todos os municípios, à exceção de Pilar, há um aumento no número de consultadas em um comparativo entre os anos de 2014 e 2015. Ao comparar o primeiro ano da série temporal com o último constata-se que em Caaporã, Frei Martinho e São José de Piranhas a ocorrência de consultas de pré-natal apresenta maior valor no ano de 2012.

Ao calcular a média anual levando em conta os dois biênios, com exceção de Caaporã e Frei Martinho, as demais municipalidades apresentam uma proporção maior de consultas por ano no período posterior à adoção do PMMB.

A respeito de uma análise que considere somente o ano de 2014, aumentando assim a amostra por meio da inclusão das cidades que não possuíam dados completos para 2015, nota-se que não há uma preponderância significativa nos resultados de 2014 quando comparados com os dados em 2013: seis municipalidades registraram mais atendimentos de pré-natal em 2013 (Alagoinha, Caaporã, Carrapateira, Juazeirinho, Malta e Princesa Isabel), ao passo que cinco possuem um maior número de procedimentos registrado em 2014 (Aroeiras, Caraúbas, Frei Martinho, Santa Cecília e Taperoá).

## Um balanço dos resultados e a percepção dos gestores municipais

As variáveis aqui selecionadas correspondem a dois pilares específicos do PMMB: a dimensão acesso sintetiza exatamente o objetivo mais direto do programa, qual seja, uma melhoria na oferta e distribuição de médicos na APS, que poderia ser instrumentalizada através do indicador proporção de médicos por mil habitantes; a dimensões efetividade e adequação, por sua vez, corresponde a um dos resultados almejados pela melhoria na esfera do acesso, uma vez que as ICSAP dimensionam precisamente alguns dos resultados de uma APS robusta e os serviços de pré-natal são parte essencial da cartilha da APS.

Ao se observar a disposição dos quadros médicos nas 31 municipalidades selecionadas em um período anterior ao PMMB, foi possível perceber que há um incremento observado na maioria das cidades analisadas. Curiosamente, municipalidades com IDHM considerado alto possuíam, em alguns casos, menor proporção de médicos por mil habitantes quando comparadas a cidades em situação socioeconômica mais precária em um momento anterior ao PMMB, cenário que, grosso modo, tende a permanecer em uma análise pós-Mais Médicos.

A distribuição de médicos do programa nas cidades observadas, de maneira geral, pode ser considerada positiva, mas seus incrementos ainda são baixos, o que se coaduna com a percepção de Nogueira *et al* (2016) de que ainda que tenha efeitos positivos em cenários de crítica vulnerabilidade social, o PMMB não conseguiu de fato equalizar de maneira robusta a oferta de médicos em regiões mais deficitárias. Não cabe aqui uma análise sobre o porquê disso no caso paraibano em si, mas é possível especular nas linhas argumentativas de Nogueira *et al* (2016), que salientam que ainda que tenha méritos indiscutíveis, as necessidades do SUS no provimento de médicos na APS são demasiado críticas e o tempo de vigência do PMMB para alcançar o patamar ideal da razão de médicos por mil habitantes deveria ser muito maior do que é. Considerando as ações do governo federal em sua gestão atual, a perda da pouca, ainda que relevante, melhoria atribuída ao PMMB, tenderá a agravar ainda mais as realidades das municipalidades mais pobres.

A observação das municipalidades com dados disponíveis para as três ICSAP selecionadas não nos permite chegar a uma conclusão precisa a respeito dos resultados do programa nessa dimensão, o que é já justificado por Gonçalves (2016) ao tratar das

complexidades envolvidas no estabelecimento de relações causais precisas em um campo complexo como a saúde pública. A respeito da dimensão adequação, a observação da variação no número de consultas de pré-natal representa um aspecto positivo no escopo da APS, ainda que a análise não possa lançar mão de um caráter de generalização em virtude da precariedade na disponibilidade de dados

Ainda que o cerne fundamental da etapa de avaliação dos resultados do PMMB se estruture na análise de duas variáveis fundamentais – acesso e efetividade – mensuradas em indicadores objetivos – proporção médico/mil habitantes e ICSAP – esta pesquisa também propôs se voltar, ainda que em menor foco, para uma compreensão a respeito dos aspectos subjetivos do programa, especialmente a respeito da percepção das burocracias envolvidas localmente na gestão e no dia-a-dia da APS. A justificativa para tanto se baseia no próprio caráter inovador do programa, que em seu aspecto enquanto cooperação internacional, possui as potencialidades necessárias para uma transmissão positiva de experiências entre os quadros cubanos e brasileiros e, especialmente, com as gestões municipais de saúde. Não é possível mensurar em dados tangíveis o grau da influência que o modo de trabalhar dos médicos cubanos representa no processo de aprendizado das equipes profissionais que os acompanham, quiçá nas gestões burocráticas que os coordenam. Porém, observar as opiniões e percepções dos envolvidos na realização da APS – em particular, seus gestores – é um exercício reflexivo interessante ao se discutir as virtudes da cooperação internacional.

De modo a mensurar percepções mais subjetivas a respeito da adesão do PMMB nas municipalidades paraibanas, lançamos mão de um *survey* voltado para as gestões municipais, de modo a compreender a recepção do programa por parte da esfera de gestão municipal, além de buscar observar algumas opiniões a respeito dos resultados parciais do programa. O *survey* encontra-se em anexo e foi enviado para todos os municípios da Paraíba em Junho de 2016, de modo a garantir que as gestões respondentes correspondessem àquelas que encontravam-se em exercício no momento do lançamento do programa. As respostas foram recolhidas em Outubro de 2016 em virtude das eleições municipais.

Das 54 respostas obtidas, 31 foram selecionadas ao responderem afirmativamente a respeito da alocação de médicos cubanos. A maioria dos respondentes ao *survey* se identificaram como secretários municipais de saúde, com exceção de Aroeiras, Mulungu e Juazeirinho (Coordenador da Atenção Básica), Itapororoca e Cuité (Gerente da Atenção Básica), Cacimba de Areia (Chefe de

Gabinete), Remígio (Técnica em Saúde), Taperoá (Superintendente em Saúde) e Congo (Psicóloga do NASF).

Dentre as perguntas do *survey*, buscou-se construir uma percepção a respeito dos processos de implementação do programa, em uma forma de mensurar as opiniões dos gestores locais a respeito das relações federativas e a base organizativa institucional envolvidas, além de observar os juízos de valor dos entrevistados a respeito da alocação de médicos estrangeiros na estrutura municipal de gestão em saúde.

Dentre as maiores dificuldades para a implementação do programa, destacam-se as dificuldades orçamentárias dos municípios (cerca de 80% das respostas), seguidas de entraves no estabelecimento de comunicação com os médicos cubanos e dificuldade de compreensão dos protocolos do SUS por parte dos médicos cooperados. Alguns gestores ainda citam problemas com a demora do processo de alocação de alguns médicos cooperados, e mesmo reposição dos profissionais, especialmente nas municipalidades em carência orçamentária e com extrema dificuldade de garantir o provimento municipal de médicos.

No que tange ao papel das esferas estaduais e federais, as avaliações positivas são centralizadas no papel da União, cujo desempenho no auxílio aos municípios é avaliado em uma média de 80 pontos em uma escala de 0 a 100, ao passo que avaliação dos governos estaduais responde por uma nota na casa dos 50 pontos. Em perguntas abertas, é possível perceber que alguns gestores municipais de saúde cobram das esferas criadoras do programa um comprometimento maior com o treinamento dos médicos, especialmente a respeito dos protocolos do SUS.

A grande maioria das respostas reafirma que o PMMB contribui para uma equalização na oferta de serviços de saúde e fortalece a APS. Em relação a esse último aspecto, é possível destacar uma quase unanimidade na percepção de que o *modus operandi* dos médicos cubanos é uma novidade tanto para os gestores como para os pacientes, ao garantir um acesso humanizado, integral e contínuo, o que facilita a criação de uma relação médico/paciente mais coesa e duradoura, transformando a maneira com a qual as populações percebem e utilizam a APS. A grande maioria dos respondentes aponta como a grande contribuição do programa a estabilização no provimento de médicos, diminuindo a rotatividade de profissionais e, concomitantemente, possibilitando uma atuação mais condizente com os princípios centrais da APS.

Ao serem indagados a respeito da cartilha de serviços, as opiniões são bastante equilibradas, e cabe destaque às respostas que pontuam a não efetivação de um aumento na variedade dos serviços prestados, ainda que avaliem positivamente a atuação dos médicos no que tange à dimensão vínculo e garantia de atendimento integral. O survey não abarca questões ligadas à infraestrutura local, mas, considerando o estudo de Girardi *et al* (2016) já exposto neste trabalho, é possível interpretar que um escopo de práticas reduzido por parte dos médicos cubanos pode estar relacionado com precariedades em seus postos de trabalho.

## CONCLUSÃO

As engrenagens que regem as interações globais respondem, cada vez mais, a ritmos mais acelerados de transformação social. Na medida em que se complexificam a geografia social e as interações humanas, políticas e econômicas na arena internacional, mais desafiadores são as ações voltadas para a promoção do desenvolvimento, tanto no escopo de problemas a serem absorvidos pelas agendas internacionais, como também na esfera da negociação de interesses entre atores diversos. Desde a década de 1990 – conhecida como a década das conferências sociais - a comunidade internacional se depara com a tarefa fundamental de pensar em quais bases se assentam as políticas internacionais para o desenvolvimento no novo milênio. Em face a compromissos na magnitude dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, que mobilizam desde as instâncias negociadoras na ONU até a sua localização em pequenos municípios, quais são e como são estruturados os arranjos institucionais voltados para a promoção do desenvolvimento?

Como um campo voltado para a construção de instrumentais analíticos que permitam uma compreensão abrangente e multicausal da dinâmica da política internacional, é no seio das Relações Internacionais que questões multidisciplinares passam a tomar cada vez mais espaço, pressionando as barreiras fundacionais da disciplina e promovendo discussões que escapem à centralidade das *high politics*. A busca pela estruturação de conhecimentos que respaldem e expliquem os arranjos contemporâneos em searas estratégicas, como a promoção do desenvolvimento, são fundamentais para o fortalecimento contínuo das Relações Internacionais enquanto um campo de conhecimento estratégico.

A prática da Cooperação Internacional para o Desenvolvimento é um dos fenômenos aos quais se debruçam os estudiosos das Relações Internacionais, uma vez que representa um escopo de práticas em constante inovação tanto nas estratégias nas quais se baseia, como, principalmente, nos desafios aos quais busca responder. Em um cenário global que mobiliza desde organismos internacionais como as Nações Unidas até municípios em prol de agendas multidimensionais, como os ODS, a criação de arranjos institucionais de cooperação internacional é uma condição *sine qua non* para a garantia da concretude dos resultados de ações voltadas para o desenvolvimento.

Ao se retornar a uma reflexão sobre o potencial das Relações Internacionais em estruturar e organizar um arcabouço sistemático de conhecimento, dentre os vários

campos que ainda carecem de fortalecimento, cabe destaque para a produção de estudos que se voltem para a avaliação dos arranjos de cooperação internacional. Tais mecanismos são estratégicos para se entender o modo como se organizam os arranjos organizativos e burocráticos em face aos desafios conjuntos da realidade global.

A cooperação internacional representa, grosso modo, a possibilidade de mensurar a política externa em termos mais concretos e objetivos, permitindo um vislumbrar mais preciso sobre as ações dos Estados no que tange às complexidades do cenário internacional globalizado. Ao se fundamentar em bases mais precisas quando comparada às dinâmicas tradicionais da política externa – diplomacia, por exemplo – a cooperação internacional pode ser entendida como uma extensão da política pública de uma nação, portanto, sujeita aos protocolos de análises tradicionalmente voltado para as mesmas.

A contribuição intelectual e acadêmica deste trabalho se baseia justamente em instrumentalizar essa discussão – política externa como política pública – contribuindo para o campo incipiente da avaliação de cooperação internacional. A temática escolhida, por sua vez, também dialoga com um ponto fundamental da agenda social das Relações Internacionais, qual seja, as políticas em Saúde Global.

O objeto escolhido para ilustrar o debate pode ser considerado uma das ações mais emblemáticas da cooperação internacional em saúde pública, qual seja, o Programa Mais Médicos para o Brasil. É por meio do estudo do PMMB que este trabalho consegue estruturar uma discussão tanto no sentido de apresentar uma metodologia de avaliação de cooperação internacional em sentido estrito, como de propiciar uma reflexão interessante a respeito das virtudes da Cooperação Sul-Sul no campo da saúde pública e seu potencial replicador. Para tanto, o trabalho lançou mão da metodologia de análise do Ciclo de Políticas Públicas de acordo com as considerações do estudo de Rossi *et al* (2004), demonstrando que ao analisar tanto a elaboração geral do programa no âmbito nacional, como alguns resultados específicos em um caso concreto local, é possível compreender algumas das engrenagens que fundamentam a prática da cooperação internacional.

Ainda que os trâmites de elaboração e implementação do PMMB sejam muito particulares ao caso específico, os achados da pesquisa buscam demonstrar que, tanto a concepção da cooperação internacional enquanto política pública, como o estudo cíclico de sua conformação podem vir a representar uma ferramenta fundamental de replicagem. Ainda que não se debruce sobre os impactos concretos do PMMB, é na

estruturação de seu *modus operandi* que se assenta uma das mais destacadas virtudes das CSS, qual seja, sua capacidade de adaptação e replicação em contextos socioeconômicos similares. Esse tipo de conhecimento operacional concreto é de suma importância para a consolidação da CSS enquanto uma modalidade de cooperação viável e efetiva.

Por fim, cabe um comentário específico ao objeto que ilustrou a pesquisa, considerando a conjuntura brasileira. O PMMB é fundamental para a efetivação da saúde enquanto um direito constitucionalmente defendido, além de representar uma iniciativa de um caráter estratégico ímpar no que diz respeito a pensar alternativas e propostas para o desenho de políticas públicas. De tal modo, e considerando a conjuntura brasileira, é extremamente relevante promover uma reflexão crítica a respeito do fim do programa, posto em curso pela atual gestão do governo federal. Não cabe a este trabalho a defesa de partidos, mas ao mesmo tempo não se propõe que o mesmo seja desprovido de uma posição política que privilegia entendimentos e ações que se voltem para a garantia de direitos básicos para as populações, especialmente as mais pobres. A presente dissertação se desenvolve no escopo da Ciência Política e das Relações Internacionais, de modo que o raciocínio crítico que se exige do discente que pauta sua formação nessas áreas não pode corroborar com posturas que se ausentam da promoção de uma reflexão crítica ao atual governo brasileiro.

Considerando o histórico nacional de tentativas de fortalecimento do SUS – para não mencionar o próprio caráter público da saúde no Brasil – é assombroso o descaso das instâncias superiores do poder público em relação a um programa de tamanha importância como o PMMB. Ainda que pesem divergências político-partidárias e, especialmente, ideológicas com o histórico do governo cubano e seu representante atual, é preocupante que o cargo de representação máxima da democracia brasileira e seus quadros político-burocráticos sacrifiquem o acesso de uma parcela expressiva da população brasileira – mais de 20 milhões de pessoas! – a um bem público de tamanha relevância. Encerrar o PMMB em virtude de discrepâncias enraizadas em convicções pessoais é uma postura que não condiz com o compromisso estabelecido com o povo brasileiro de garantir saúde de qualidade para todos, direito este amparado no texto constitucional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKERMAN, M. *et al.* Saúde e Desenvolvimento: que conexões? In. CAMPOS, G.W.S (Org) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec Editora, 2011, p. 109-135.

ALCÁZAR, S. The Copernican Shift in Global Health. In. **Global Health Programme**, Geneva. Working Paper, n. 3, 2008, p.3-27.

ALENCAR, A.P.A. et al. Impacto do Programa Mais Médicos na Atenção Básica de um município do Sertão Central nordestino. **Revista Eletrônica Gestão & Sociedade**, v.10, n.26, 2016, pp. 1290-1301

ALFRADIQUE, M.E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.6, 2009, pp.1337-1349.

ALLEYNE, George A. O. Internal and Global Public Health: Governance and Ethical Issues. **Ethos Gubernamental**, San Juan, n. 4, 2007, p.43-64.

ALMEIDA, E.R. et al. Gestão federal do Programa Mais Médicos: o papel do Ministério da Educação. **Interface**, 2019, pp. 1-11.

ANDERSON, J.M; The Study of Public Policy. **In. Public Policymaking: an introduction**. Boston and Toronto, 1994, pp. 1-34.

ANDRADE, L.O. BUENO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In. CAMPOS, G.W.S (Org) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec Editora, 2011, p. 783-836.

ANDRADE, M. **Aportes para a avaliação de programas de Cooperação Sul-Sul: o caso da Cooperação em Registro Civil com Guiné-Bissau**. 131 f. Dissertação (Dissertação em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional). Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

ANDRADE, M.V. et al. Desafios do sistema de Saúde Brasileiro. In. NEGRI, J.A. ARAÚJO, C.; BACELETTE, R. (Org.) **Desafios da Nação**. IPEA: IPEA, 2018, v. 2, p. 357-414.

ARRETCHE, M.T.S.; Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In. BARREIRA, M.C.R.N.; CARVALHO, M.C.B. (Org.) **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: PUC-SP, 2011, pp. 43-56.

AYLLÓN, B. A Cooperação Triangular e as Transformações da Cooperação Internacional para o Desenvolvimento. Texto para discussão 1845. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. [s. l.], 2013.

BLUE, S.A. Cuban Medical Internationalism: Domestic and International Impacts, **Journal of Latin American Geography**, [s. l.], v. 9, n.1, 2010, p. 31-49.

BILLINGS, J. et al. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. **Health Aff**, v.12, 1990, p. 162-167.

BRASIL. **Lei n. 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 n. 6.932, de 7 de Julho de 1981, e de outras providências.

BRONFMAN, M.; POLANCO, J.D. La Cooperación Técnica Internacional y las políticas de salud. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2013, p. 227-241

BRUGHA, R.; BRUEN, C.; TANGCHAROENSATHIEN, V. Understanding Global Health Policy. In. BROWN, G.; YAMEY, G.; WAMALA, S. (Eds) **The Handbook of Global Health Policy**. 2014, pp. 19-46.

BUSS, P.P.; FERREIRA, J.B. Ensaio Crítico sobre a cooperação internacional em saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação, Inovação & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, 2010, p. 93-105.

CAMPOS, C.V.A.; MALIK, A.N. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa Saúde da Família, **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, 2008, p. 347-68.

CAMPOS, F.E.; MACHADO, M.H.; GIRARDI, S.N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidade, **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 44, 2009, p. 13-24.

CAMPOS, G.W.S.; PEREIRA JR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 21, v. 9, 2016, pp.2655-2663.

CAPELLA, A..N.C. Perspectivas Teóricas sobre o Processo de Formulação de Políticas Públicas. In. HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, pp. 87-123.

CARRAPATO, J.F.L. et al. Programa Mais Médicos: percepção dos usuários e dos profissionais do SUS. **Revista Em Pauta**, Rio de Janeiro, n. 38, v.14, 2016, p. 280-293.

CARTA DE OTTAWA. **Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde**. Ottawa, 1986.

CARVALHO, M.S.; SOUSA, M.F. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? **Comunicação, Saúde e Educação** [s.l.], v. 17, n. 47, 2013, p. 913-926.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Demografia Médica do Brasil:** dados gerais e descrições de desigualdades. São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Demografia Médica do Brasil:** cenários e indicadores de distribuição. São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013.

CORRÊA, M.L. A Cooperação Internacional como Instrumento de Desenvolvimento. In. **Prática Comentada da Cooperação Internacional:** entre a hegemonia e a busca da autonomia. Brasília: [s.n.], 2010. p. 43-190.

COSTA, M.A. A Agenda da Avaliação da Cooperação Internacional Brasileira. In. COSTA, M.A. (Org) **Práticas da Avaliação da Cooperação Internacional do Brasil.** Brasília: Nikê Consultoria, 2018, pp.11-51.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde.** Alma-Ata, 1978.

DECLARAÇÃO DE BUSAN. **4º Fórum de Alto Nível sobre Eficácia da Ajuda.** Busan, 2011.

EVERY WOMAN EVER CHILD. **Estratégia Global para a saúde das Mulheres, das Crianças e dos Adolescentes (2016-2030):** sobreviver, prosperar, transformar. 2016..

FEINSILVER, J.M. "Cuba on the World Stage: symbolic politics", "Cuban Medical Diplomacy" In. **Healing the Masses: Cuban Health Politics at Home and Abroad.** University of California Press, Berkeley, 1993, p. 9-25, 156-195.

FEINSILVER, J.M. Fifty-years of Cuba's Medical Diplomacy: from idealism to pragmatism, **Cuban Studies**, [s. l.], v. 41, 2010, p. 85-104.

FEHLING, M.; NELSON, B.D.; VENKATAPURAM, S. Limitations of the Millennium Development Goals: a literature review. **Global Public Health**, London, v. 8, n. 10, 2013, p. 1109-1122.

FERNANDES, B.S.A. Os Projetos de Cooperação entre Brasil e África no combate à AIDS (2008-2012). **Conjuntura Global**, Curitiba, v. 2, n. 2, 2013 p. 97-100.

FIDLER, D. P. Health as a Foreign Policy Issue: between principle and power. **The Whitehead Journal of Diplomacy and International Relations**, South Orange, v. 6, 2005, p. 179-194.

FUJIWARA, L. Cooperação Técnica e Avaliação em Tempos de Complexidade. IN. COSTA, M.A. (Org) **Práticas da Avaliação da Cooperação Internacional do Brasil.** Brasília: Nikê Consultoria, 2018, pp.56-61.

GARRETT, L. **Existential challenges to global health.** New York: Center Of International Cooperation, New York University, 2013. 37 p.

GIOVANELLA, L. et al. Universal Health System and Universal Health Coverage: assumptions and strategies. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, 2018, p. 1763-1776.

GIRARDI, S.N. et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, 2016, pp. 2675-2684,

GONÇALVES, R.F. et al. Programa Mais Médicos no Nordeste avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n.9, 2016, p. 2815-2824.

GONÇALVES, O. et al. Programa Mais Médicos, aperfeiçoando o SUS e democratizando a saúde: um balanço analítico do programa. **Saúde & Sociedade**, v.26, n.4, 2017, pp. 872-887.

GORRY, C. Cuban Health Cooperation Turns 45. **MEDICC Review** [online], v. 10, n. 3, 2008, p. 44-47.

GORRY, C. Cuba's Latin American Medical School: can socially-accountable medical education make a difference? **MEDICC Review** [online], v. 14, n. 3, 2012, p. 5-11.

HOWLETT, M. Policy Design: what, who, how and why? In. HALPERN, C.; LASCOUMES, P.; LE GALÈS, P. **L'instrumentation de l'action publique: controverses, résistance, effets**. Presses de Sciences Po, 2014, pp. 281-316.

HUIISH, R.; KIRK, J.M. Cuban Medical Internationalism in Africa: the threat of a dangerous example, **The Latin Americanist** [s.l.], 2009, p. 125-139.

HULME, D. **The Making of the Millennium Development Goals: Human Development Meets Results-based management in an imperfect world**. The University of Manchester, Brooks World Poverty Institute, [Manchester], 2007.

JANUZZI, P.M. Avaliação de Programas Sociais no Brasil: repensando práticas e metodologias das pesquisas avaliativas. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 36, 2011, pp. 251-275.

KATZ, R. et al. Defining Health Diplomacy: changing demand in the era of globalization. **Milbank Quarterly**, New York, v. 89, n. 3, 2011. p. 503-523.

KICKBUSCH, I. The End of Public Health as We Know It: constructing global health in the 21st Century. In. **10<sup>th</sup> International Congress on Public Health**, Washington D.C., Lecture. 2004, pp. 1-19.

KICKBUSCH, I.; IVANOVA, M. The History and Evolution of Global Health Diplomacy. In: KICKBUSCH, I. et al. **Global Health Diplomacy: concepts, issues, actors, instruments, fora and cases**. New York: Springer, 2013. p. 11-26.

LEITE, I.C. Cooperação Sul-Sul: conceito, história e marcos interpretativos. **Observador On-line**, Observatório Político Sul-Americano, v. 7, n. 3, 2012.

LOPES, L.A.L. **A Cooperação Técnica ente Países em Desenvolvimento (CTPD) da Agência Brasileira de Cooperação (ABC-MRE):** O Brasil como doador. 233 f. Dissertação (Dissertação em Relações Internacionais). Programa San Tiago Dantas, (UNESP, UNICAMP e PUC-SP), São Paulo, 2008.

LOTTA, G.S.; GALVÃO, M.R.C.P; FAVARETO, A.S. Análise do Programa Mais Médicos à luz dos arranjos institucionais: intersectorialidade, relações federativas, participação social e territorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 21, v. 9, 2016, pp. 2761-2771.

MACINKO, J.; DOURADO, I. GUANAIS, F.C. Doenças crônicas, Atenção primária e desempenho dos sistemas de saúde. **Banco Interamericano de Desenvolvimento**, 2011.

MCINESS, C.; LEE, K. What is Global Health: In. **Global Health & International Relations**. Cambridge: Polity Press, 2012, pp.6-22.

MELO, C.F. BAIÃO, D.C.; COSTA, M.C. A percepção dos usuários cearenses sobre o Programa Mais Médicos. **Revista Eletrônica Gestão e Sociedade**, v. 10, n. 26, 2016, p. 1302-1312.

MENEZES, H.Z.; PRANDI, D. Cooperação Estruturante em Saúde e o potencial da cooperação Sul-Sul: os casos do ‘Mais Médicos para o Brasil’ e da ‘Sociedade Moçambicana de Medicamentos’. **Revista Brasileira de Políticas Públicas e Internacionais**, v.3, n.1, 2018, pp. 76-99.

MILANI, C.R.S. Aprendendo com a História: Críticas à experiência da cooperação norte-sul e atuais desafios à cooperação sul-sul. **Caderno CHR**, Salvador , v . 25, n. 65, 2012, p. 211-231.

MILANI, C.R.S.; CARVALHO, T.C.O. Cooperação Sul-Sul e Política Externa: Brasil e China no continente africano. **Estudos Internacionais**, [s. l.], v.1, 2013, pp. 11-35.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério atenção qualificada e humanizada**, v.3, 2006, 126p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 221**, de 17 de Abril de 2008. Estabelece a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PROADESS - Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro**: indicadores para monitoramento. 2012, 260p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Mais Médicos – Dois Anos: Mais Saúde para os Brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 128p.

MOLINA, J.; TASCA, R.; SUÁREZ, J. Monitoramento e avaliação do Projeto de Cooperação OPAS/OMS com o Programa Mais Médicos: reflexões a meio caminho. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 21, v. 9, 2016, pp. 2925-2933.

NOGUEIRA, P.T.A. et al. Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 21, v. 9, 2016, pp. 2889-2898.

OLIVEIRA, F.P. et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em perspectiva internacional. **Comunicação, Saúde e Educação** [s.l.], v. 19, n. 54, 2015, p. 623-634.

OLIVEIRA, J.P.A; SANCHEZ, M.N.; SANTOS, L.M.P. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios prioritários entre 2013-2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 21, v. 9, 2016, pp. 2791-2727.

ONG, A. et al. Global Health Agenda for the Twenty-First Century. In. DETELS, R. et al (Eds), **Oxford Textbook of Public Health**, 5 ed., Oxford: Oxford University Press, 2009, p. 1713-1729.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração do Milênio das Nações Unidas**. 2000, 20p.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Transformando nosso mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**. 2015, 42p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**. Alma-Ata, 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração de Buenos Aires: de Alma Ata à Declaração do Milênio. **Conferência Internacional de Saúde para o Desenvolvimento**. Buenos Aires, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal em Saúde**. 2014

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. 2007, 44p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Implementação do Programa Mais Médicos em Curitiba: experiências inovadoras e lições aprendidas**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2015. 68p.

PINHEIRO, L.; MILANI, C. R. S. (org.) **Política externa brasileira: as práticas da política e a política das práticas**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2012. 352 p.

RAMALHO FILHO, J.E.; LIMA, A.E.I. O Programa Mais Médicos e a Cooperação trilateral Brasil-OPAS-Cuba para o fortalecimento da Atenção Básica no SUS. In. BRASIL. **Saúde e Política Externa: os 20 anos da assessoria de assuntos internacionais de saúde (1998-2018)**, 2018, pp. 221-242.

REDDOCK, J. Seeking consensus on universal health coverage indicators in the sustainable development goals. **Journal of Health Services, Research and Policy**, 2015, p. 1-5.

ROCHA, R. et al. Mortalidade neonatal e evitabilidade: uma análise do perfil epidemiológico. **Revista de Enfermagem da UFRJ**, v. 19, n. 1, 2011, p. 114-120.

ROSSI, P.H. et al. **Evaluation**: a systematic approach. Thousand Oaks: Sage, 2004.

SANTOS, M.A.M.; SOUZA, E.G. CARDOSO, J.C. Avaliação da qualidade da Estratégia Saúde da Família e do Programa Mais Médicos na Área Rural de Porto Velho, Rondônia. **Revista Eletrônica Gestão e Sociedade**, v. 10, n. 26, 2016, p. 1327-1346.

SATO, E. Cooperação Internacional: uma componente essencial das Relações Internacionais. **Revista Eletrônica de Comunicação, Inovação em Saúde**, v.4, n. 1, 2010, pp. 46-57.

SECCHI, L. **Políticas Públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

SEN, A. "A Perspectiva da Liberdade", "Os Fins e os Meios do Desenvolvimento". In. **Desenvolvimento como Liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000. p. 27-77.

SILVEIRA, M.M. Relações Internacionais. In. **Competências estratégicas na internacionalização da pós-graduação da Fiocruz**: o programa de Moçambique. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz (Dissertação de Mestrado), 2011, pp. 41-67.

SOUZA, C. Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas. In. HOCHMAN, G.; ARRETICHE, M.; MARQUES, E. **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, pp. 65-87.

SOUZA, A. M. A Cooperação para o desenvolvimento Sul-Sul: os casos do Brasil, da Índia e da China. **Cadernos Adenauer XIII**, n. 2, [s. l.], 2012, p. 75-88.

TANGCHAROENSATHIEN, V.; MILLS, A. PALU, T. Accelerating health equity: the key role of universal health coverage in the sustainable development goals. **BMC Medicine**, v. 13, n.101, 2015.

VARGAS, A.F.M.; CAMPOS, M.M.; VARGAS, D.S. O risco dos extremos: uma análise da implantação do programa mais médicos em um contexto de volatilidade orçamentária. **Revista Eletrônica Gestão e Sociedade**, vol. 10, n. 26, 2016, pp. 1313-1326.

VENTURA, D. A criação da Organização Mundial da Saúde. In. **Direito e Saúde Global**. São Paulo: Outras Expressões, 2013, pp. 49-88.

VENTURA, D. A Política Externa de Saúde de Dilma Rousseff (2011-2014): elementos preliminares para um balanço. **Anais do 5º Encontro Nacional da Associação Brasileira de Relações Internacionais**. Belo Horizonte, 2015. 16p.

VILA, T. C. S. et al. Saúde Internacional: alguns aspectos conceituais contemporâneos. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 9, n. 3, 2001, p.101-105.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Health Observatory data: density of physicians** (total number per 1000 population, latest available year). [2016]. Disponível em: <[http://www.who.int/gho/health\\_workforce/physicians\\_density/en/](http://www.who.int/gho/health_workforce/physicians_density/en/)> Acesso em: 20 abr. 2016.

## ANEXO 1

### Programa Mais Médicos Paraíba – Survey

**Q1.** Município em que trabalha.

**R.** Aberta.

**Q2.** Órgão no qual trabalha.

**R.** Aberta.

**Q3.** Função/cargo que desempenha

**R.** Aberta.

**Q4.** Há quanto tempo exerce a função e/ou ocupa o cargo?

**R.** Aberta.

**Q5.** Seu município recebeu médicos por meio do Programa Mais Médicos do governo Federal?

**R.** a) sim b) não

**Q6.** Dentre esses médicos, havia/há médicos cubanos?

**R.** a) sim b) não

**Q7.** Há ainda médicos cubanos atuando no seu município?

**R.** a) sim b) não

**Q8.** Qual a quantidade de médicos recebida por meio do Programa? (proporcionalmente à quantidade de médicos que atuam permanentemente no município)

**R.**

a) Alta (representa a maioria dos médicos em atividade permanente no município)

b) Média

c) Baixa (não representa uma quantidade significativa de médicos em atividade permanente)

d) Não sei responder

**Q9.** O município encontrou dificuldades/limitações para receber o Programa Mais Médicos?

**R.** a) sim b) não

**Q10.** Quais os maiores dificuldades encontradas pelo município?

**R.** (Múltipla escolha)

- a) Dificuldade de inserção do médico estrangeiro na Unidade Básica de Saúde.
- b) Dificuldade de alocação do médico estrangeiro no município
- c) Dificuldades orçamentárias do município
- d) Dificuldades relacionadas à compreensão do funcionamento do SUS por parte dos médicos estrangeiros
- e) Não sei responder

**Q11.** O governo Estadual contribuiu para a implementação do programa no município?

**R.** Estabelecer escala de 0 a 100, na qual 0 representa a máxima resposta negativa e 100 representa a máxima resposta positiva.

**Q12.** O governo Federal contribuiu para a implementação do programa no município?

**R.** Estabelecer escala de 0 a 100, na qual 0 representa a máxima resposta negativa e 100 representa a máxima resposta positiva.

**Q.13** O Programa Mais Médicos contribui no ajuste e harmonização da oferta de serviços às necessidades e à demanda no município?

**R.** Estabelecer escala de 0 a 100, na qual 0 representa a máxima resposta negativa e 100 representa a máxima resposta positiva.

**Q14.** O Programa Mais Médicos favorece a alocação apropriada de recursos físicos e tecnológicos às unidades de Atenção Básica em regiões socioeconomicamente carentes?

**R.** Estabelecer escala de 0 a 100, na qual 0 representa a máxima resposta negativa e 100 representa a máxima resposta positiva.

**Q15.** Após a adoção do Programa Mais Médicos no município, houve melhoria na integralidade do cuidado na atenção básica?

**R.** Estabelecer escala de 0 a 100, na qual 0 representa a máxima resposta negativa e 100 representa a máxima resposta positiva.

**Q.16** Após a adoção do Programa Mais Médicos no município houve diminuição no tempo para o atendimento na atenção básica?

**R.** Estabelecer escala de 0 a 100, na qual 0 representa a máxima resposta negativa e 100 representa a máxima resposta positiva.

**Q17.** Houve ampliação na diversidade de serviços prestados no âmbito da atenção básica?

**R.** a) sim b) não c) não sei responder

**Q18.** Caso a resposta anterior tenha sido "sim", quais novos serviços foram introduzidos nos serviços de atenção básica do município?

**R.** Aberta.

**Q19.** Houve melhoria no atendimento prioritário e domiciliar?

**R.** a) sim b) não c) não sei responder

**Q20.** Após a adoção do Programa Mais Médicos pelo município, houve aumento na demanda por atendimento pelo serviço?

**R.** a) sim b) não c) não sei responder

**Q21.** O Programa Mais Médicos fortalece o papel da atenção básica como porta de entrada do sistema de saúde municipal?

**R.** Estabelecer escala de 0 a 100, na qual 0 representa a máxima resposta negativa e 100 representa a máxima resposta positiva.

**Q22.** O Programa Mais Médicos teve influência positiva na diminuição das internações e busca por atendimento especializado no município?

**R.** Estabelecer escala de 0 a 100, na qual 0 representa a máxima resposta negativa e 100 representa a máxima resposta positiva.

**Q23.** Considerando que houve melhorias, classifique hierarquicamente as vantagens do Programa Mais Médicos para o município

R. (Estabelecer a hierarquia das opções apresentadas)

I – Melhoria da qualidade do atendimento básico

II – Diminuição do número de internações

III – Aumento da diversidade de serviços prestados

IV - Melhoria da capacitação dos médicos locais em atendimento básico a saúde

**Q24.** O Programa Mais Médicos contribuiu positivamente nas unidades de saúde municipais onde foi implementado? Sim ou não e por que?

R. Aberta.

**Q25.** É possível perceber alguma contribuição específica dos médicos cubanos na prestação de serviços em atenção básica no seu município? Sim ou não e por que?

R. Aberta.

**Q26.** Em linhas gerais, como avalia o programa e os resultados para a saúde no seu município?

R. Aberta.