

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
Mestrado Profissional em Saúde Pública

BÁRBARA PINTO ANDRADE DE SOUZA

**PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL: UMA AVALIAÇÃO
DA FIXAÇÃO DOS PROFISSIONAIS E DOS EFEITOS NO ACESSO À
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

RECIFE
2018

BÁRBARA PINTO ANDRADE DE SOUZA

PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL: UMA AVALIAÇÃO DA
FIXAÇÃO DOS PROFISSIONAIS E DOS EFEITOS NO ACESSO À ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Profissional em Saúde Pública do
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação
Oswaldo Cruz, como requisito para a
obtenção do grau de mestre em Saúde
Pública.

Orientadora: Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque

RECIFE

2018

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

S729p Souza, Bárbara Pinto Andrade de.

Projeto mais médicos para o Brasil: uma avaliação da fixação dos profissionais e dos efeitos no acesso à atenção primária à saúde/ Bárbara Pinto Andrade de Souza. — Recife: [s. n.], 2018.

93 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Paulette Cavalcanti de Albuquerque.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Acesso aos Serviços de Saúde. 4. Distribuição de Médicos. 5. Médicos de Atenção Primária / provisão & distribuição. I. Albuquerque, Paulette Cavalcanti de. II. Título.

CDU 614.2

BÁRBARA PINTO ANDRADE DE SOUZA

PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL: UMA AVALIAÇÃO DA
FIXAÇÃO DOS PROFISSIONAIS E DOS EFEITOS NO ACESSO À ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em Saúde Pública
do Departamento de Saúde Coletiva,
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação
Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de
mestre em Saúde Pública.

Aprovado em: 04/06/2018.

BANCA EXAMINADORA:

Dra. Paulette Cavacanti de Albuquerque
Instituto Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz

Dra. Katia Rejane de Medeiros
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Dra. Fabiana de Oliveira Silva Sousa
Universidade Federal de Pernambuco

Às trabalhadoras e aos trabalhadores que sonham e
lutam pelo direito à saúde.

AGRADECIMENTOS

A Paulette Cavalcanti, orientadora e parceira no melhor sentido das duas palavras, todo agradecimento por me conduzir por mais esse ciclo de formação e toda a admiração pela genialidade expressa em simplicidade e acolhida.

À professora Kátia Medeiros, pela generosa disponibilidade e por todas as contribuições imprescindíveis para a conclusão deste trabalho.

Aos professores Idê Gurgel e Pedro Miguel pela condução do Mestrado Profissional com o rigor necessário sem deixar de considerar os processos de formação para além dos ritos acadêmicos.

Ao grupo de pesquisa ACESSUS, pelos muitos momentos de crescimento e com quem eu divido tardes, além de tudo, muito agradáveis. Um agradecimento especial a Naércia, Dinalva e Luísa, pelo estímulo e parceria.

A Fabiana Sousa, Bruna Ortiz e José Vidal com quem tive o grande prazer em dividir a construção de um pedacinho da história do Mais Médicos em Pernambuco, por todo o apoio e estímulo nos momentos mais necessários.

À minha turma do mestrado, pelo privilégio de compartilhar o aprendizado em um grupo tão diverso e coeso. Um abraço especial à turma de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde: Amanda, Ana Gardênia, Dóris, Merielly, Naércia e Williams.

Aos funcionários da biblioteca e da secretaria acadêmica do Instituto Aggeu Magalhães, em especial a Semente, por trabalhar tão seriamente, mas tão próximo de nós.

A Felipe e aos supervisores Itana e Ricardo pela valiosa contribuição na etapa da coleta.

A Glerger Sabiá, meu amor e grande companheiro de vida, por dividir comigo todas as aventuras e, ao mesmo tempo, ser colo.

À minha mainha, Daisy Pinto, a primeira de todas as guerreiras com quem convivi, por todas as horas de escuta e generosidade.

SOUZA, Bárbara Pinto Andrade de. **Projeto Mais Médicos para o Brasil: uma avaliação da fixação dos profissionais e dos efeitos no acesso à Atenção Primária à Saúde.** 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

RESUMO

O Projeto Mais Médicos para o Brasil, eixo do provimento emergencial do Programa Mais Médicos representou uma iniciativa inédita na tentativa de enfrentar o problema da falta de médicos nas regiões prioritárias para o SUS e difere de políticas e programas anteriores por sua magnitude, celeridade e complexidade. Em Pernambuco, em que 43% das equipes de saúde da família estão compostas por médicos do projeto, o presente estudo teve por objetivo avaliar a contribuição deste provimento emergencial para a ampliação do acesso à atenção primária à saúde no estado em suas dimensões: econômico-social, organizacional, técnica e simbólica. Para tal, foram realizadas entrevistas estruturadas do período de janeiro a maio de 2018 com usuários e profissionais das equipes que receberam médicos do Projeto. A primeira parte do estudo apresenta uma descrição das características do provimento e da fixação dos médicos do projeto no estado de Pernambuco. Em seguida foram avaliadas as dimensões econômico-social, organizacional, técnica e simbólica do acesso nas unidades com médicos dos três primeiros ciclos do PMMB. Os resultados apontam para uma ampliação do acesso aos serviços em primeiro plano pelo enfrentamento da escassez de médicos no estado, que intensificou o padrão de expansão da ESF. Também foram encontradas indicações de que o acesso foi ampliado em na maioria dos aspectos organizacional, técnico e simbólico avaliados, que parecem ser as mais sensíveis à alteração em função do perfil do profissional adequado à APS. As maiores barreiras de acesso permanecem na dimensão econômica e parte da dimensão organizacional, mais conjunturais e mais dependentes de financiamento e de gestão. Aponta-se para a necessidade de avaliar o processo de supervisão acadêmica a que são submetidos os médicos e realização de estudos de avaliação que enfoquem os resultados do acesso: as condições de saúde das populações atendidas.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Acesso aos Serviços de Saúde. Distribuição de Médicos. Médicos de Atenção Primária / provisão & distribuição.

SOUZA, Bárbara Pinto Andrade de. **More Doctors for Brazil Project**: an evaluation of professionals' fixation and effects on access to Primary Health Care in State of Pernambuco. 2018. Dissertation (Master's degree in Public Health) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

ABSTRACT

The More Doctors for Brazil Project, the axis of the emergency provision of the More Doctors Program, was an unprecedented initiative in the attempt to confront the problem of the lack of doctors in the priority regions for the SUS and differs from previous policies and programs because of their magnitude, speed and complexity . In the State of Pernambuco, where 43% of the family health teams are composed of project doctors, the present study aimed to evaluate the contribution of this emergency provision to the expansion of access to primary health care in the state in its dimensions: economic-social, organizational, technical and symbolic. For that, structured interviews were carried out from January to May of 2018 with users and professionals of the teams that received doctors from the Project. The first part of the study presents a description of the characteristics of the appointment and fixation of the doctors of the project in the state of Pernambuco. Next, the economic, social, organizational, technical and symbolic dimensions of access were evaluated in the units with physicians of the first three cycles of PMMB. The results point to an increase in access to services in the foreground by facing the shortage of doctors in the state, which intensified the pattern of expansion of the FHT. We also found indications that access was broadened in most of the organizational, technical and symbolic aspects evaluated, which seem to be the most sensitive to change according to the professional profile appropriate to PHC. The greatest barriers to access remain in the economic dimension and part of the organizational dimension, more conjunctural and more dependent on financing and management. It is pointed out to the need to evaluate the process of academic supervision to which the doctors are submitted and to carry out evaluation studies that focus the results of access: the health conditions of the populations served.

Key-words: Primary Health Care. Family Health Strategy. Health Services Accessibility. Physicians Distribution. Physicians, Primary Care / supply & distribution.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Possíveis domínios do conceito de “acessibilidade”.	28
Figura 2 – Modelo de análise do acesso universal à saúde	31
Gráfico 1 – Comparação do número de médicos, leitos hospitalares, estabelecimentos médicos e equipamentos de saúde. Brasil (2008, 2013)	36
Figura 3 – Regiões de Saúde do Estado de Pernambuco.	42
Gráfico 2 – Evolução da cobertura da Estratégia de Saúde da Família no Estado de Pernambuco ente os anos de 2008 e 2018.....	49
Gráfico 3 – Perfil dos médicos do PMMB do 1º, 2º e 3º ciclos e os que ainda permanecem na mesma unidade em 2018.	51
Figura 4 – Municípios com médicos do PMMB no 1º, 2º e 3º ciclos, cumulativamente.	52
Figura 5 – Municípios com médicos do 1º, 2º e 3º ciclo fixados em 2018.	52
Gráfico 4 – Participação dos membros da equipe de Saúde da Família nas atividades de visita domiciliar, reunião de equipe e acolhimento, de acordo com os profissionais. Pernambuco, 2018	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de médicos por região e razão de médicos por mil habitantes	35
Quadro 1 – Sistematização das dimensões, categorias e questões utilizadas nas entrevistas com os participantes.	39
Quadro 2 – Descrição dos dados secundários de acordo com as bases de dados.	45
Tabela 2 – Tempo de fixação do profissional do PMMB em Pernambuco em maio de 2018.	50
Quadro 3 – Perfil dos participantes entrevistados (2018).....	53
Tabela 3 – Natureza dos custos econômicos assumidos pelos usuários em decorrência do atendimento na unidade básica de saúde, segundo profissionais e usuários.	54
Tabela 4 – Resultados dos aspectos organizacionais do acesso nas unidades de saúde da família. Pernambuco, 2018.	59
Tabela 5 – Percentual das equipes que realizam procedimentos/pequenas cirurgias no âmbito da unidade de saúde da família. Pernambuco, 2018.	61
Tabela 6 – Percentual de equipes que realizam atividade comunitária e/ou grupos de educação em saúde em cada temática	64
Quadro 4 – Cronograma de execução do projeto de intervenção.....	72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

CCE - Comissão de Coordenação Estadual

CFM - Conselho Federal de Medicina

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CONEP - Conselho de Ética em Pesquisa

CRM - Conselho Regional de Medicina

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DEPREPS - Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde

DSEI - Distrito Sanitário Especial Indígena

EAD - Educação a Distância

eSF - Equipe de Saúde da Família

ESF - Estratégia de Saúde da Família

GERES - Gerência Regional de Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Panamericana da Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PMM - Programa Mais Médicos

PMMB - Projeto Mais Médicos para o Brasil

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PSF - Programa de Saúde da Família

RMS - Registro do Ministério da Saúde

SGP - Sistema de Gerenciamento de Programas

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNASUS - Universidade Aberta do SUS

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVO GERAL	21
2.1	Objetivos Específicos	21
3	REFERENCIAL TEÓRICO	22
3.1	Atenção Primária à Saúde	22
3.2	Acesso à Atenção Primária	26
3.3	Escassez de médicos como desafio à Atenção Primária	33
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	38
4.1	Desenho do estudo	38
4.2	Local e período de estudo	42
4.3	Fontes de dados e instrumentos de coleta	43
4.3.1	Dados primários	43
4.3.2	Dados secundários	44
4.4	Sujeitos do estudo	45
4.5	Análise dos dados	46
4.6	Aspectos éticos	46
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
5.1	Evolução da cobertura da Estratégia de Saúde da Família	48
5.2	Fixação e perfil dos médicos do Projeto Mais médicos para o Brasil em Pernambuco	50
5.3	Perfil dos participantes do estudo	52
5.4	Dimensão econômico-social do acesso	53
5.5	Dimensão organizacional do acesso	54
5.6	Dimensão técnica do acesso	60
5.7	Dimensão simbólica do acesso	65

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
7 PROJETO DE INTERVENÇÃO	69
7.1 Objetivo Geral da intervenção	69
7.1.1 Objetivos Específicos da intervenção	69
7.2 Metodologia da intervenção	70
7.2.1 Desenho da Operação.....	70
7.2.2 Público-alvo	70
7.2.3 Local	71
7.2.4 Parcerias Estabelecidas	71
7.2.5 Recursos Necessários.....	71
7.2.5 Cronograma de Execução	71
REFERÊNCIAS.....	73
APÊNDICE A - ORIENTAÇÕES PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO NAS UNIDADES DE SAÚDE	80
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO APLICADO JUNTO AOS PROFISISONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	82
APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO APLICADO JUNTO AOS USUÁRIOS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	86
ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE ..	90
ANEXO B - PARECER DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)	91

1 INTRODUÇÃO

A discussão sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) ganhou destaque no mundo inteiro a partir da Conferência de Alma-Ata, em 1978, atingindo o vigente consenso na literatura sobre a sua importância para a melhoria dos indicadores de saúde das populações e para a redução dos custos dos sistemas de saúde (STARFIELD, 2002).

No Brasil, a APS tem seu surgimento ligado ao movimento de Reforma Sanitária e a alguns projetos experimentais locais. Em 1994, após a experiência exitosa do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no Nordeste, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF). Esse programa passou por forte expansão na década de 1990 em todo o país e, em 2011, com a republicação da Política Nacional de Atenção Básica, o PSF foi elevado ao status de "Estratégia". A Estratégia de Saúde da Família (ESF) passou a ser considerada a forma prioritária de organizar a APS e de reorientar o modelo de atenção à saúde, em caráter substitutivo às práticas convencionais médico-centradas e hospitalocêntricas (GONÇALVES, 2009).

Há evidências da superioridade da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em relação às atividades de unidades tradicionais. Esta superioridade está relacionada à incorporação pela Estratégia de práticas como a territorialização, maior vínculo entre equipe e usuários, participação comunitária e ações programáticas. Por outro lado, a despeito dos avanços e do processo de expansão citados, o acesso aos serviços, elemento estrutural da APS, permanece como nó crítico a ser solucionado para a garantia de uma atenção integral à saúde (GIOVANELLA, 2013).

Acesso é uma categoria complexa, de difícil mensuração e compreensão, por serem complexas as relações sociais que o envolvem e o determinam. Estudos que abordam o tema podem se basear em uma concepção de acesso de domínio mais estreito, como o ajuste entre as características dos serviços e das populações desde a busca até o início da atenção, ou numa concepção de domínio mais amplo, como utilização dos serviços, considerando desde a necessidade de atenção até a utilização (AZEVEDO, 2014).

Na Atenção Primária à Saúde, que tem como atribuição ser a principal porta de entrada do sistema de saúde, o acesso ganha centralidade e deve-se buscar identificar as barreiras existentes com vistas à sua superação. Tais barreiras podem

estar comprometendo o acesso em suas dimensões: simbólica, política, técnica e econômica. Assim sendo, em estudos enfocando a APS no Brasil, a barreira de acesso mais enfaticamente evidenciada é a dificuldade em atingir a disponibilidade e a presença física de serviços e de recursos humanos. Entre os problemas mais citados por usuários nessas pesquisas sobre acesso na ESF estão a "falta do médico e a demora no atendimento" (GIOVANELA; MENDONÇA, 2013).

No Brasil, em consequência do déficit regulatório do Estado sobre a formação e o trabalho em saúde, verifica-se um desequilíbrio entre oferta e demanda de profissionais que causa prejuízos à gestão do SUS e à qualidade dos seus serviços. Esta situação acaba por privilegiar indiretamente os setores privados e corporativos da saúde (PIERANTONI et al, 2006; REIS, 2013). A absorção pelo setor privado de grande parte dos médicos formados pelo setor público é um dos exemplos da incipiente regulação do Estado brasileiro (SCHEFFER, 2018).

A Constituição Federal atribui ao Sistema Único de Saúde (SUS) a competência de ordenar e formar recursos humanos na área da saúde (Brasil, 1988). Porém, chama a atenção o paradoxo existente entre o grande peso dos gastos com pessoal nos custos do sistema de saúde e a escassez de políticas para o setor.

No que se refere ao profissional médico, um estudo do Conselho Federal de Medicina (CFM) e Conselho Regional de Medicina (CRM) de São Paulo demonstra que o número de médicos no Brasil vem crescendo em proporção maior que o crescimento da população brasileira. No período de 2010 a 2015, a taxa de crescimento da população do país foi de 5,4%, enquanto o número de médicos cresceu 15,1% no mesmo período (SCHEFFER, 2018).

Não obstante, mesmo considerado o crescimento apontado por Sheffer (2018), as antigas disparidades regionais na distribuição de médicos ainda persistem nos dias atuais. As regiões sul e sudeste concentram 69,3% dos profissionais, mesmo representando 56% da população brasileira. Enquanto a região nordeste conta com 17,8% dos médicos para atender 27,6% da população. Em ainda pior situação, a região norte, onde moram 8,6% da população é atendida por 4,6% dos médicos do país (CONILL, 2008; MACIEL FILHO, 2007; SCHEFFER, 2018).

Essa desigualdade na distribuição de médicos também ocorre quando comparamos as capitais ou os grandes centros com os municípios do interior dos

estados. No Estado de Pernambuco, a capital, Recife, concentra 71% dos médicos, mesmo representando apenas 17,4% da população do estado (SCHEFFER, 2018).

Como enorme desafio à universalização do acesso aos serviços de saúde, a necessidade da expansão da ESF em todo o país esbarra tanto no provimento quanto na fixação de profissionais, principalmente médicos, nas áreas remotas. (COLLAR; ALMEIDA NETO; FERLA, 2015).

O Programa Mais Médicos (PMM) foi desenvolvido como resposta à constatação de que a falta de profissionais médicos e déficits de acesso e qualidade na APS são problemas que dificultam avanços no SUS.

Em 2013, antes da implantação do PMM, o Brasil apresentava uma razão de 1,8 médicos por mil habitantes, muito inferior à média de países com sistemas universais de saúde (3,3 médicos por mil habitantes) e de outros países da América Latina como Argentina (3,8 médicos por mil habitantes) ou Uruguai (4,5 médicos por mil habitantes). Sem contar as já citadas disparidades na distribuição regional dos profissionais, com concentração nas capitais e grandes centros urbanos (GIOVANELLA et al., 2016).

Acrescendo a esse cenário de escassez e desigualdade na distribuição de médicos um contexto de reivindicações políticas e sociais bastante efervescentes no ano de 2013, o PMM é implantado como uma iniciativa intersetorial, dos Ministérios da Educação e da Saúde, e é construído em um pacto interfederativo, com o objetivo declarado de reduzir a carência de médicos em regiões consideradas prioritárias para o SUS, fortalecer a atenção à saúde da população no âmbito da APS e o reordenar a formação médica no país (BRASIL, 2013).

O Programa foi criado em 2013, através da Medida Provisória nº 621 de 08 de julho de 2013, posteriormente convertida na Lei Federal nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, o governo federal instituiu o Programa Mais Médicos (PMM), com a missão de ampliar a cobertura populacional da APS e reorientar as práticas de saúde (BRASIL, 2013).

Para consolidar esses objetivos, o PMM prevê ações nos seguintes eixos: (I) Reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para a residência médica, priorizando as regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e que tenha estrutura de serviços de saúde para ofertar campo de prática para os alunos. (II) Estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no país. (III) Promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de

médicos na área de atenção básica, mediante a integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional (BRASIL, 2013).

Os dois primeiros eixos têm estrita relação com a formação de médicos. Estabelecem critérios para a autorização para o funcionamento de cursos de Medicina, prioriza a formação na atenção primária e na urgência e emergência do SUS para o internato e os programas de residência médica, entre outras. São as ações desses dois eixos relacionados à formação as mais estruturadoras do programa e cuja implantação bem sucedida surtirá efeitos em médio e longo prazos (BRASIL, 2013).

O terceiro eixo, que trata da chamada emergencial de médicos para atuar na Atenção Básica, é o chamado Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB). Por meio de editais publicados pelo ministério da saúde, os municípios puderam realizar adesão e foram agrupados segundo perfis que levam em consideração aspectos como o percentual da população vivendo em extrema pobreza, com baixos níveis de receita "per capita", área de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) (BRASIL, 2013).

As vagas para provimento de médicos solicitadas pelos gestores municipais são disponibilizadas aos médicos através de editais de chamamento público. As vagas são ofertadas primeiramente a profissionais portadores de registro nos Conselhos Regionais de Medicina (CRM) brasileiros, sendo disponibilizadas as vagas remanescentes respectivamente aos médicos brasileiros formados no exterior, estrangeiros formados no exterior e, por fim, aos médicos cubanos provenientes de cooperação com a OPAS.

Os médicos formados no exterior são submetidos a um módulo de acolhimento e avaliação, em que são abordados aspectos relacionados ao sistema de saúde e ao perfil epidemiológico brasileiros, assim como noções de língua portuguesa. Com a aprovação neste módulo, fica autorizado o exercício da medicina com registro provisório emitido pelo Ministério da Saúde (RMS), que lhes permite atuar somente durante o prazo estabelecido no contrato firmado e restrito às atividades desenvolvidas no âmbito das unidades básicas de saúde do município onde forem alocados.

Esta opção de recrutar médicos para trabalhar na APS sem a exigência do exame de revalidação do diploma gerou um acirrado conflito político e ideológico, em que as entidades médicas se colocaram em oposição radical ao governo da

presidenta Dilma Rousseff, responsável pela implantação do PMM. Da mesma forma, gerou indisposição às mudanças propostas pelo Programa para reorientar a formação médica no país (CAMPOS; PEREIRA JUNIOR, 2016).

Com o objetivo de integrar ensino e serviço, o PMMB estabelece ainda que os médicos selecionados participem, obrigatoriamente, de curso de especialização em Saúde da Família oferecido na modalidade de educação a distância (EAD) por meio de universidades públicas brasileiras ligadas à Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). O acompanhamento das atividades dos médicos nas equipes é realizado por tutores e supervisores vinculados às universidades públicas que aderiram ao PMMB. Os médicos devem cumprir carga horária semanal de 40 horas, sendo 32 horas de atividade ensino-serviço nas unidades básicas, em equipe de saúde da família, e 8 horas dedicadas ao curso de especialização (BRASIL, 2013).

Até o abril de 2018, em torno de 18.247 médicos ingressaram no Programa para compor essa fase de provimento e estão presentes em 4.058 municípios e em todos os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Inicialmente, eram majoritariamente estrangeiros originários de mais de 45 países, com formação acadêmica diversa, tendo chegado a 80% contingente de médicos cooperados (cubanos), com participação mediante a cooperação técnica entre o Ministério da Saúde do Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

No momento da realização deste estudo, apesar da definição do governo de aumentar a participação de médicos brasileiros, os médicos cubanos ainda correspondem a 50,5% do total de médicos, enquanto os médicos com CRM Brasil e os intercambistas individuais somam, respectivamente, 28,7% e 20,7% de todos os profissionais ativos.

No Estado de Pernambuco, o provimento de médicos pelo PMMB chegou a 986 médicos em abril de 2018, compondo 43% do total das equipes de Saúde da Família (eSF) atualmente implantadas no estado, chegando a atender uma população estimada em mais de 3,1 milhões de pessoas, de acordo com o parâmetro de cobertura da Saúde da Família do Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde.

Por sua magnitude, abrangência e celeridade de implantação, o PMM destaca-se de todas as iniciativas de políticas e programas anteriores para resolver o problema da escassez de profissionais de saúde (OLIVEIRA, 2016), muitas delas estudadas por Maciel Filho (2007), como o Projeto Rondon, o Programa de

Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e o Programa de Interiorização do SUS (PISUS) e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), devendo, portanto ser alvo das mais variadas pesquisas para avaliar seus resultados.

O interesse pela realização deste estudo surge da experiência profissional da pesquisadora, por acompanhar a implantação do PMM enquanto referência descentralizada do Ministério da Saúde para o PMMB em Pernambuco. Desde o ano de 2013 foi possível observar, empiricamente, alguns resultados importantes que se refletem nos relatos de satisfação de gestores e usuários com o projeto.

Considerando que um dos objetivos expressos na Lei que criou o PMM é o fortalecimento da prestação de serviços na Atenção Básica e a magnitude do provimento do PMMB em Pernambuco, torna-se importante avaliar se a presença desses profissionais, com ofertas educacionais diferenciadas e processo de supervisão presencial, influenciou positivamente o acesso dos usuários aos serviços de APS.

Observa-se um incremento no número de publicações acerca dos resultados da implantação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Os primeiros resultados de estudos nacionais apontam para a ampliação do acesso ao atendimento médico, baseado no aumento no número de consultas e melhoria na satisfação dos usuários. Contudo, as pesquisas sobre acesso/acessibilidade têm sofrido forte influência dos modelos matemáticos, frequentemente tratando o acesso como sinônimo de disponibilidade e financiamento dos sistemas locais de saúde, o que não significa garantia de acesso (CARRER et al., 2016; KEMPER; MENDONÇA; SOUSA, 2016; LIMA et al., 2016; GONÇALVES et al., 2016).

Nesse sentido, torna-se relevante compreender a contribuição do PMM para a ampliação do acesso aos serviços de saúde pelos brasileiros, por meio de pesquisas que identifiquem a natureza das barreiras e a maneira com que as relações entre profissionais e usuários afetam a utilização dos serviços. Sem tais percepções, corre-se o risco de desenhar políticas que parecem ser sensatas e simples (por exemplo, destinar recursos às áreas mais carentes), mas que na prática não conseguem atingir os resultados previstos (ALBUQUERQUE, 2012; GODDARD, 2009).

O presente estudo é dirigido pela seguinte questão: em que dimensões relacionadas ao acesso o PMMB contribuiu para que os usuários consigam utilizar

os serviços de Atenção Primária no Estado de Pernambuco? Ao identificar em quais dimensões o PMM trouxe avanços, busca-se identificar também em quais dimensões permanecem os desafios a serem superados para que a Atenção Primária consiga desempenhar seu papel de porta de entrada do sistema de saúde.

2 OBJETIVO GERAL

Avaliar a fixação dos profissionais do Projeto Mais Médicos para o Brasil e a sua contribuição para a ampliação do acesso à Atenção Primária à Saúde em Pernambuco.

2.1 Objetivos Específicos

- a) Caracterizar o potencial provimento e o perfil de fixação dos profissionais do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) no Estado de Pernambuco.
- b) Descrever as condições de acesso promovidas pelas equipes com maior tempo de fixação do PMMB em Pernambuco segundo as dimensões econômico-social, organizacional, técnico e simbólico do acesso à Atenção Primária em Saúde.
- c) Realizar oficinas regionais de avaliação do PMMB pela Comissão de Coordenação Estadual com a disponibilização do instrumento para avaliação do acesso.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Atenção Primária à Saúde

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem utilizado a terminologia “Sistemas Nacionais de Saúde com base na Atenção Primária” para designar um determinado ordenamento de políticas de saúde capazes de garantir o direito universal à saúde. Para corroborar com essa ideia, Starfield (2002) afirma que um sistema de saúde com forte referencial na Atenção Primária à Saúde (APS) é mais efetivo, é mais satisfatório para a população, tem menores custos e é mais equitativo mesmo em contextos de grande iniquidade social.

A noção inicial sobre APS é atribuída ao Relatório Dawson, documento publicado em 1920 pelo Ministério da Saúde do Reino Unido e que influenciou fortemente a criação do sistema nacional de saúde britânico que, por sua vez, influenciou a criação de sistemas de saúde em vários países no mundo (LAVRAS, 2011).

Entretanto, a APS ganhou força enquanto discurso somente na década de 1970, tendo como marco histórico mundial a realização da I Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, realizada em 1978 em Alma-Ata, Cazaquistão, em que em que foi concebida ideia de “cuidados essenciais à saúde”, baseados em métodos e tecnologias apropriadas, cientificamente comprovadas e aceitáveis socialmente, cujo acesso deve ser garantido a todos mediante plena participação. Representa o primeiro nível de contato com o sistema de saúde, mas integra processo permanente de atenção que inclui a prevenção, a promoção, a cura e a reabilitação. Nesta conferência, ficou demarcada a APS como principal estratégia para atingir a meta de “saúde para todos no ano 2000” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2013).

Desde a Conferência de Alma-Ata até os dias de hoje, a compreensão sobre a Atenção Primária tem variado em função do tempo e da realidade de cada sistema de saúde. Vuori (1986) apresentou as seguintes perspectivas de compreensão da APS: como um conjunto de atividades, como um nível de assistência, como uma estratégia de organização do sistema de serviços e como um princípio que deve nortear todas as ações desenvolvidas em um sistema.

Para Starfield (2002), as possibilidades de compreensão de APS a apresentadas por Vuori não são excludentes e podem coexistir em um sistema de saúde. Entretanto, a autora estadunidense opta por apresentar a APS como um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não sobre a doença) no decorrer do tempo (de forma longitudinal), fornece e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. É uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde, organizando e racionalizando o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

Entre as diversas as formas de compreender a APS, há duas visões predominantes na literatura: a de APS como cuidados ambulatoriais de porta de entrada e como forma de reorganização dos sistemas de saúde, seja de maneira seletiva ou ampliada (CONILL, 2008). Neste último aspecto, existe atualmente no cenário mundial uma verdadeira disputa de concepções de atenção primária pelas agências internacionais, principalmente entre as abordagens seletiva e abrangente de APS, que compreendem questões ideológicas e práticas muito distintas com repercussões variadas sobre a garantia do direito universal à saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2013).

Como reflexo dessa disputa, em alguns países, a APS tem caráter focalizado e seletivo, com oferta de uma “cesta reduzida” de serviços destinados a populações de baixa renda, sem garantia de acesso a outros recursos do sistema. Por outro lado, no Canadá e em alguns países europeus, como exemplo, a APS compreende o primeiro nível do sistema de saúde com serviços clínicos de qualidade e que coordena o cuidado e a organização do sistema (CONILL, 2008; LAVRAS, 2011).

Porém, apesar da superioridade conceitual da proposta de APS como estratégia reformuladora de todo o sistema de saúde, ainda persiste a ideia de programa focalizado e seletivo (IBAÑEZ, et al., 2006), com um rol de serviços básicos a serem ofertados a grupos populacionais mais pobres.

Como nível de atenção à saúde, a APS deve desenvolver ações de assistência, promoção e prevenção da saúde, além de coordenar atenção prestada nos outros níveis do sistema (GIOVANELLA, 2013). Desenvolve-se a partir dos seguintes atributos:

a) Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde: acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas; b) Longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde; c) Integralidade: leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros; d) Coordenação da atenção: pressupõe alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços (STARFIELD, 2002).

As ações desenvolvidas nos serviços de APS são qualificadas pela presença de características chamadas atributos derivados: a) Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar): na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar; b) Orientação comunitária: reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços; c) Competência cultural: adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma (STARFIELD, 2002).

No Brasil, a APS tem seu surgimento histórico no contexto do movimento de Reforma Sanitária, que tinha como foco principal a garantia do direito universal à saúde e a rejeição à concepção de uma atenção primária seletiva, e à indução à descentralização dos serviços de saúde para o nível municipal a partir da publicação das Normas Operacionais Básicas pelo Ministério da Saúde em 1996 e da criação do Programa de Saúde da Família em 1994 (CONILL, 2008).

O termo utilizado pelo ministério da saúde em seus documentos oficiais tem sido “Atenção Básica”, sendo definida em sua Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como:

conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

A PNAB estabelece que a Atenção Básica deve ser coordenadora de todas as Redes de Atenção à Saúde e obedecer aos princípios e diretrizes de universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade no cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade (BRASIL, 2017), em consonância com o defendido por Starfield (2002) e em coerência com a visão internacional da estratégia como nível assistencial.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991 e o Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994, podem ser consideradas as primeiras políticas sistemáticas para a APS no Brasil. A implementação da APS no SUS seguiu uma estratégia indutiva, buscando gerar demanda pelos novos programas através de estímulo financeiro e de divulgação dos méritos sanitários da nova proposta de organização dos serviços de APS (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016).

Esse modo indutivo de implantação não contemplou um planejamento nacional e ordenamento do provimento sistemático dos recursos indispensáveis para a constituição da rede de APS capaz de alterar o modelo de atenção à saúde e de ser porta de entrada do sistema. O provimento regular de pessoal, medicamentos, infraestrutura e equipamentos sempre foi permeado de incertezas e indefinições (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016).

A Atenção Primária é reconhecida como a porta de entrada do sistema de saúde, oferecendo serviços próximos ao local de moradia, favorecendo o acesso, o vínculo e a atenção continuada centrada nas pessoas e não na doença. No entanto,

um dos principais limitadores da expansão da cobertura da ESF e, por consequência, da ampliação do acesso da população aos cuidados primários em saúde, tem sido a baixa quantidade de profissionais médicos com formação em Medicina da Família e Comunidade disponíveis para compor as Equipes de Saúde da Família (eSF) nas longínquas localidades de nosso país, de dimensões continentais (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2015).

A ESF preconiza trabalho em equipe multiprofissional, com abrangência em território definido, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente (BRASIL, 2011). E o desenvolvimento pleno de suas ações depende diretamente da capacidade de atrair e manter profissionais nas equipes, sendo este um desafio reconhecido internacionalmente por governos e instituições.

Do mesmo modo, em perspectiva mundial, há neste campo muitos obstáculos a serem superados no que diz respeito à formação e qualificação dos profissionais para atuarem na APS, aos vínculos trabalhistas e as estratégias de distribuição e fixação de pessoal, ao desenvolvimento de competências e habilidades adequadas, assim como em relação à capacidade de planejar e gerenciar os recursos humanos em saúde (CAMPOS, 2009; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2013).

3.2 Acesso à Atenção Primária

O acesso integral e igualitário às ações e serviços de saúde é um direito de cidadania de todo brasileiro. A Carta Magna Brasileira define a saúde como direito universal a ser garantido pelo estado e resultado de diversos determinantes, entre os quais está o acesso à assistência à saúde (BRASIL, 1988). Entretanto, apesar de estar formalmente assegurado no texto constitucional e de diversos avanços alcançados nesse sentido, principalmente através da expansão da Estratégia de Saúde da Família, ainda persiste a realidade desigual e excludente do o acesso aos serviços no Sistema Único de Saúde (ASSIS; JESUS, 2012).

O acesso constitui uma categoria central para o conhecimento das relações entre usuários e serviços de saúde na direção de como o direito à saúde se expressa no cotidiano das pessoas, como apontam Giovanella e Fleury (1996). No entanto, esse conceito é de natureza complexa, de difícil mensuração e pode ser

confusa a sua distinção em relação ao uso de serviços de saúde. O uso de serviços pode ser uma medida importante de acesso, mas não se explica somente por ele. O acesso é importante determinante do uso, mas o uso depende de uma multiplicidade de fatores.

Os autores que se dedicaram ao tema apresentam certa variedade terminológica: há aqueles que utilizam o termo acesso, os que preferem acessibilidade ou que façam uso de ambos os termos como sinônimos (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Observam-se na literatura duas principais tendências conceituais: autores que definem acesso como o ajuste entre as características dos serviços e a das populações e autores que comparam o acesso com a utilização dos serviços. Os autores que estão no primeiro grupo fazem uma opção pelo domínio estreito do acesso, que compreende a busca até o início da atenção, concentrando seu foco sobre as características da oferta (disponibilidade de serviço, localização, etc.) em relação às da demanda (renda familiar, cobertura de seguro, etc.). Já para os autores que defendem o domínio mais amplo, desde as necessidades de saúde até a utilização dos serviços, os estudos sobre o acesso são semelhantes aos determinantes da utilização de serviços (LORENZO, 2009).

O tipo de avaliação também varia em função da amplitude do conceito de acesso. Os estudos com abordagem no domínio estreito enfocam características da oferta dos serviços e das populações, enquanto os de domínio mais amplo tendem a desviar o foco para os resultados da atenção (LORENZO, 2009).

Donabedian (1984) prefere o termo acessibilidade e a define como a capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma população. A acessibilidade expressa características da oferta de serviços que influencia a relação entre os indivíduos e o uso de serviços. O autor ainda define como dimensões da acessibilidade, em constante inter-relação: a dimensão geográfica (distâncias, tempos, custos para os usuários) e a dimensão sócio-organizacional (todos os demais aspectos da oferta, exceto geográficos, que interferem na utilização de serviços de saúde). Na dimensão sócio-organizacional, destaca-se a importância da adequação dos profissionais de saúde e dos recursos tecnológicos utilizados frente às necessidades dos usuários.

O conceito de Donabedian (1984) é considerado de caráter restrito, por não incorporar os aspectos da percepção dos usuários de suas necessidades de saúde

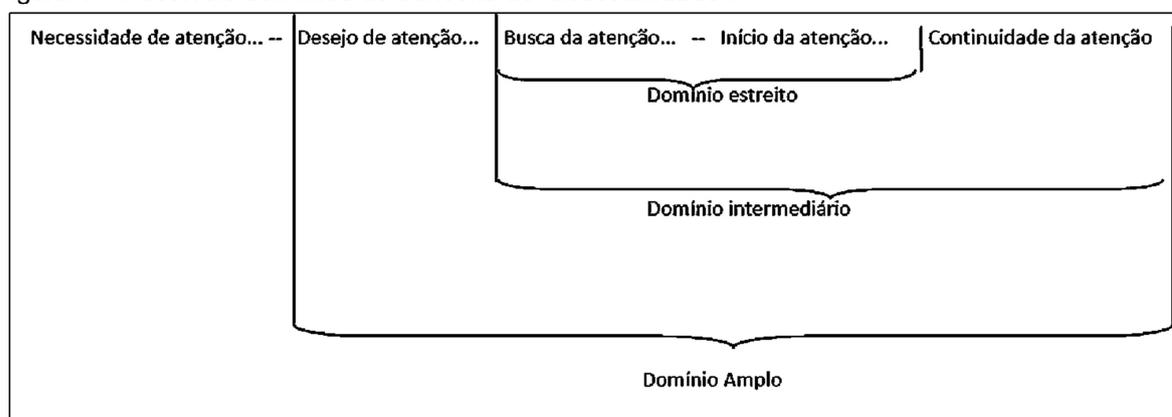
e do processo de tomada de decisão de procurar a atenção. Mas avança conceitualmente por enxergar a acessibilidade para além da entrada no serviço (AZEVEDO, 2014).

Penchansky e Thomas (1981), na linha do definido por Donabedian, descrevem acesso como um conjunto de dimensões que configuram o ajuste entre as características do paciente e do sistema atenção, com foco nesta relação. Disponibilidade, acessibilidade, acolhimento, capacidade de compra e a aceitabilidade são as dimensões que constituem o acesso de acordo com os autores. A amplitude supostamente exacerbada dada ao conceito pode justificar a sua pouca utilização nos estudos.

Também partindo da ideia de acessibilidade de Donabedian, Frenk (1985) incorpora à relação entre características da população e do sistema as etapas de busca e obtenção da atenção, definindo-a em seus domínios estreito, intermediário e amplo (Figura 1).

Acessibilidade é definida por Frenk (1985) como a relação funcional entre um conjunto de obstáculos (ecológicos, financeiros e organizacionais) que os usuários devem superar na busca e obtenção de cuidado (as chamadas resistências) e as correspondentes capacidades dos indivíduos para superar estes obstáculos. Nesse sentido, o autor sistematiza todo um fluxo de acessibilidade que passa a abranger as necessidades de saúde, o desejo de obter cuidados, a procura, a entrada no serviço e a continuidade dos cuidados. Não obstante, o autor desenvolve predileção pela abordagem mais restrita de Donabedian, compreendendo um conjunto mais específico de fenômenos. (AZEVEDO, 2014).

Figura 1 – Possíveis domínios do conceito de “acessibilidade”.



Fonte: Frenk (1985).

Ainda segundo Frenk (1985) a ideia de acesso está associada a características da população, como a capacidade de um usuário (ou grupo de usuários) buscar e conseguir a atenção à saúde, substituindo o termo acesso por “poder de utilização”, inspirado no poder de compra, do campo da economia.

Unglert (1990) abordou o acesso sob os enfoques geográfico, funcional, cultural e econômico. O acesso geográfico representa as distâncias e obstáculos a serem vencidos pelos usuários para a utilização dos serviços. O acesso funcional, a dimensão técnica do acesso, que tem a ver com o tipo do serviço, a qualidade, o horário de funcionamento, etc. O acesso cultural seria a forma como o serviço de saúde se relaciona com os hábitos e costumes da população. Por fim, acesso econômico, que são os custos financeiros assumidos pelos usuários devido à insuficiência de serviços.

Andersen (1995) parte da ideia de que o acesso é elemento da organização do sistema de saúde que diz respeito à entrada e à continuidade no sistema, e sofre influência de fatores individuais (fatores capacitantes, predisponentes e necessidades de saúde). Em seguida, passa a incorporar a etapa da utilização dos serviços, ampliando o conceito de acesso e tornando-o multidimensional. Nesse momento de sua produção, apresenta os conceitos de “acesso potencial” e “acesso realizado”. O acesso potencial dá-se pela presença de fatores capacitantes do uso dos serviços no âmbito dos indivíduos. Acesso realizado significa a utilização, de fato, desses serviços e é resultante de outros fatores além dos contemplados no acesso potencial. Nessa análise, o uso de serviços de saúde é uma expressão positiva do acesso, no entanto, a utilização dos serviços depende também dos fatores individuais.

Em momento posterior, Andersen (1995) desenvolve a ideia de “acesso efetivo”, que tem relação com a melhoria nas condições de saúde ou da satisfação de uma população, e a ideia de “acesso eficiente”, que analisa a relação entre essa mudança nas condições de saúde e da satisfação com o montante de serviços consumidos.

Giovanella e Fleury (1996) conceituam acesso como um conjunto de dimensões que descrevem a adequação entre usuários e sistema de cuidados em saúde. As autoras sistematizam como dimensões explicativas do acesso: a disponibilidade, a acessibilidade, a acomodação ou adequação funcional, a capacidade financeira e a aceitabilidade. Na tentativa de articular referencial teórico

e conceitos a serem utilizados, chegaram a quatro modelos teóricos para análise do acesso: modelo economicista (relação oferta e demanda), modelo sanitarista-planificador (planificação e organização da rede), modelo sanitarista-politicista (consciência sanitária e organização popular) e modelo das representações sociais (representações sociais sobre a atenção e sobre o sistema).

Para Donabedian (2003), os serviços de saúde, especialmente da APS, devem ser oportunos, contínuos, atender à demanda real e ser capazes de garantir o acesso aos outros níveis de atenção. Nesse sentido, para o autor, acesso e acessibilidade se equivalem e dizem respeito à capacidade de obtenção de cuidados de saúde quando necessário, de modo fácil e conveniente. São características da oferta dos sistemas de saúde correspondentes à capacidade de produzir serviços em consonância com as necessidades de saúde de uma população.

Starfield (2002) faz uma distinção entre os dois termos. Acessibilidade é definida como uma característica da oferta dos sistemas de saúde, enquanto o acesso é conceituado como a forma como as pessoas percebem ou vivenciam a acessibilidade. Para essa autora, acessibilidade é elemento estrutural necessário para a atenção de primeiro contato. Nessa lógica, na APS o local de atendimento deve ser facilmente acessível e disponível, em detrimento da possibilidade de prestar uma atenção adequada em tempo hábil.

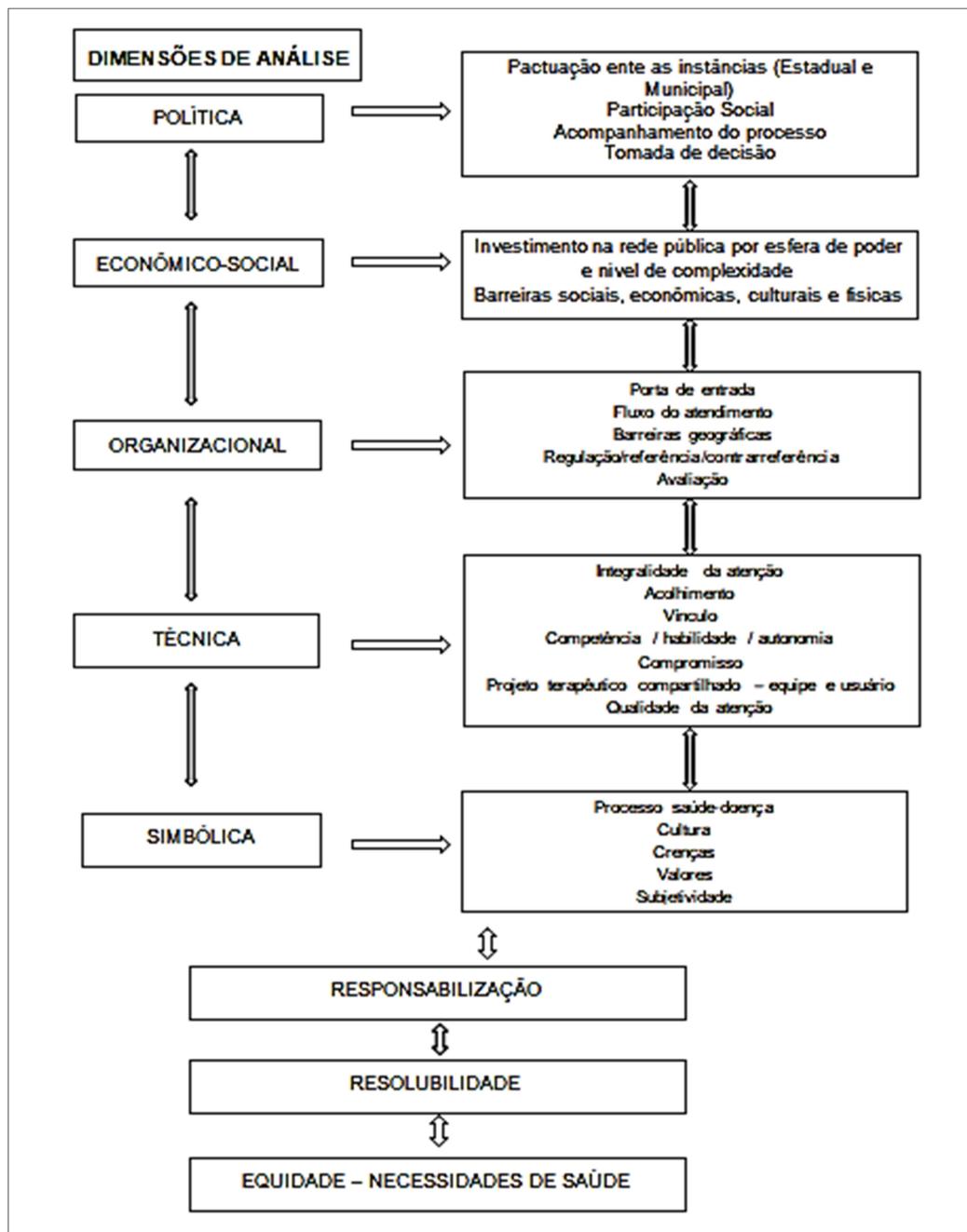
Embora acessibilidade não seja uma característica exclusiva da Atenção Primária à Saúde, uma vez que todos os pontos de atenção à saúde deveriam estar acessíveis, na APS esse conceito é fundamental, pois ela é o ponto de entrada preferencial no sistema de serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

Travassos (2004) observa uma tendência de ampliação da abrangência do conceito de acesso, que deixa de abordar estritamente a entrada no serviço de saúde para incorporar também os resultados dos cuidados obtidos. Da mesma maneira, deixa de ser tratado em bases exclusivamente quantitativas, como o mais qualitativos do acesso ligados ao acolhimento e seguimento do cuidado. Passa a envolver características da população, dos serviços que lhe são ofertados os valores culturais dos territórios (STARFIELD, 2002).

Assis e Jesus (2012), baseados em Giovanella e Fleury, propuseram um modelo de análise de acesso aos serviços de saúde com base em cinco dimensões: política, econômico-social, técnica, organizacional e simbólica. Todas essas

dimensões estariam subordinadas aos princípios orientadores da responsabilização, da resolutividade e da equidade (Figura 2).

Figura 2 – Modelo de análise do acesso universal à saúde.



Fonte: Assis e Jesus (2012).

As variadas concepções de acesso têm se debruçado sobre as características dos indivíduos, sobre as características da oferta de serviços ou sobre relação entre os indivíduos e os serviços. Há uma tendência atual de ampliação da abrangência do conceito de acesso, e os estudos de avaliação têm deixado de se concentrar somente na entrada no serviço para incorporar também os

resultados dos cuidados obtidos (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Entretanto, os modelos de análise utilizados têm apresentado dificuldade em apreender as dimensões do acesso associadas às relações sociais (AZEVEDO, 2014).

No que se refere à APS, o acesso pode ser relacionado com as diversas possibilidades de adentrar aos serviços de saúde, as quais estariam implicados com a localização da unidade de saúde, a disponibilidade de horários e os dias em que a unidade atende, bem como a possibilidade de atendimento a consultas não agendadas e a percepção que a população tem em relação a estes aspectos do acesso (STARFIELD, 2002).

Se considerar a possibilidade do atendimento à saúde ser dividida em fases, o acesso aos serviços seria considerado a primeira fase a ser superada pelo usuário, na busca de atendimento para resolução de problemas, ou a satisfação de uma necessidade dentro do sistema de saúde, envolvendo algumas questões, tais como: a disponibilidade ou não do serviço, a distância, e quais práticas estão sendo ofertadas para o atendimento dos usuários; quais são os recursos disponíveis, qual a capacitação técnica dos profissionais que atuam na unidade de saúde e de que forma têm se responsabilizado pelos problemas da população, a quem e como devem prestar serviço (STARFIELD, 2002).

Em uma pesquisa desenvolvida pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA, 2011), os serviços em que o acesso é previamente agendado ou rotineiro, como a Estratégia de Saúde da Família foram bem avaliados pelas pessoas entrevistadas. Centros de saúde e serviços de emergência tiveram as piores avaliações. Entre os problemas relatados, a falta de médicos e a demora no atendimento foram os mais mencionados, o que cria o cenário para o desejo de adesão a planos de saúde suplementar: a suposição de maior rapidez para a realização de consultas e exames, além da possibilidade de escolher o médico com quem deseja se consultar.

Como destacaram Assis e Jesus (2012), apesar da garantia em lei, o acesso ainda é seletivo, focalizado e excludente em várias regiões e serviços do SUS. As desigualdades no acesso aos serviços de saúde ocasionados pela carência e má distribuição geográfica e social de profissionais de saúde, muito especialmente médicos, têm sido apontadas como um problema grave, persistente ao longo do tempo e resistente às mais variadas estratégias adotadas para o seu enfrentamento na maioria dos países do mundo.

No âmbito da Atenção Primária, a ocorrência da escassez de profissionais é de alto potencial desorganizador, considerando ser a APS a porta de entrada aos sistemas e a forma mais eficaz de promover equidade no acesso aos serviços de saúde (ALVES et al., 2017).

Em geral, as regiões geográficas mais isoladas e remotas e os segmentos mais pobres e desprotegidos das populações são mais vulneráveis à insegurança assistencial acarretada pela falta ou escassez de profissionais de saúde (GIRARDI, 2011).

3.3 Escassez de médicos como desafio à Atenção Primária

A escassez de profissionais de saúde em áreas remotas e vulneráveis é um importante obstáculo reconhecido por diversos países, que deve ser superado para o alcance da universalização do acesso à saúde (OLIVEIRA et al., 2015).

Oriundo da economia, o conceito de escassez é utilizado em situações em que os recursos disponíveis são insuficientes para atender às demandas. Em outras palavras, determinado bem ou recurso é considerado escasso quando este não existe em quantidade suficiente para satisfazer a todos os indivíduos que dele necessitam. A escassez é variável em grau e em natureza e, em alguns casos, pode ser considerada artificial, em situações em que os governos poderiam optar por fazer este recurso disponível (CARVALHO et al., 2010).

Carência, por sua vez, se expressa quando necessidades básicas deixam de ser atendidas não por escassez ou inexistência, mas porque os recursos disponíveis não estão acessíveis a que deles necessita. Uma situação de agravamento, em que se acumulam carências múltiplas, que acometem o curso de vidas das pessoas caracteriza um estado de privação. No caso da demanda por assistência à saúde, mais especificamente de médicos, a escassez gera carência e privações que se expressam em desigualdades no acesso a recursos sociais imprescindíveis à vida das pessoas (CARVALHO et al., 2010).

Situações de carência e má distribuição de profissionais de saúde para garantia do acesso a serviços de saúde, especialmente médicos, tem sido apontadas como problema grave e persistente, atingindo países com distintos sistemas econômicos e políticos e de variados níveis de riqueza (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009).

No último século, em todo o mundo, a escassez de médicos vem se agravando e é constante o esforço dos países em propor estratégias para solução do problema. Atualmente, metade da população mundial vive em áreas rurais e remotas, porém são supridas pelo trabalho de 25% da força de trabalho médica. Soma-se a esse cenário de escassez, a dificuldade de fixação de profissionais nessas regiões mais isoladas e vulneráveis (GIRARDI, 2016).

A desigualdade gerada pela carência de profissionais e a consequente dificuldade de acesso aos serviços de saúde agrava a situação de subdesenvolvimento de regiões remotas e isoladas, habitadas majoritariamente por uma população de pouco poder aquisitivo (GIRARDI et al., 2011).

A superação dos problemas de carência e distribuição de médicos é tão difícil e complexa que é enorme a diversidade de estratégias que os países buscam para atrair profissionais para atuação na Atenção Primária e em áreas vulneráveis. As estratégias mais comuns, como retratou Oliveira et al. (2015), operam basicamente em três eixos: políticas de regulação (como, por exemplo, o serviço civil obrigatório), incentivos monetários (como bolsas de estudos) e incentivos não monetários (extensão do visto de permanência para estrangeiros, etc).

No Brasil, a carência de médicos é problema que antecede a instituição do SUS e persiste ao longo dos anos. A lacuna de regulação do estado sobre o mercado de trabalho em saúde, especialmente na medicina, categoria com o maior poder de autorregulação, dificulta a atração e fixação de médicos em áreas prioritárias para o SUS. E os esforços em construir políticas de planejamento da força de trabalho no país foram insuficientes no enfrentamento do problema. (PIERANTONI, et al., 2006; RODRIGUES et al., 2013).

Em um país cuja constituição garante o direito universal à saúde, não é aceitável que não assegure o acesso ao um mínimo de assistência e serviços de saúde à sua população, assumindo-se o risco de estar relegando-a a um estado de privação essencial.

O número de médicos vem aumentando, conforme demonstrado por Scheffer (2018), mas a distribuição dos mesmos ainda é marcada pela profunda desigualdade na inserção desse profissional entre os setores público e privado, entre as regiões do país e entre grandes centros urbanos e municípios de pequeno porte. Há evidências das desigualdades de acesso aos cuidados integrais à saúde

de acordo com as regiões, sendo o Norte e o Nordeste os mais prejudicados (ALVES, 2016; CAMPOS, 2009).

Tabela 1 – Distribuição de médicos por região e razão de médicos por mil habitantes. Brasil, 2018.

	Médicos	%	População	%	Razão
Região Norte	20.884	4,6	17.936.201	8,6	1,16
Região Nordeste	80.623	17,8	57.254.159	27,6	1,41
Região Sudeste	24.4304	54,1	86.949.714	41,9	2,81
Região Sul	68.430	15,2	29.644.948	14,3	2,31
Região Centro-Oeste	37.536	8,3	15.875.907	7,6	2,36
Brasil	451.777	100,0	207.660.929	100,0	2,18

Fonte: Scheffer et al. (2018).

Se, por um lado, há saturação de médicos nas grandes cidades e regiões mais ricas, de outro lado, antes do Programa Mais Médicos, estimava-se que, no ano de 2009, 7% dos municípios não tinham um médico sequer residindo em seu território e 15% apresentavam razão de menos de 1 médico para 4.000 habitantes (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009; MACIEL FILHO, 2007).

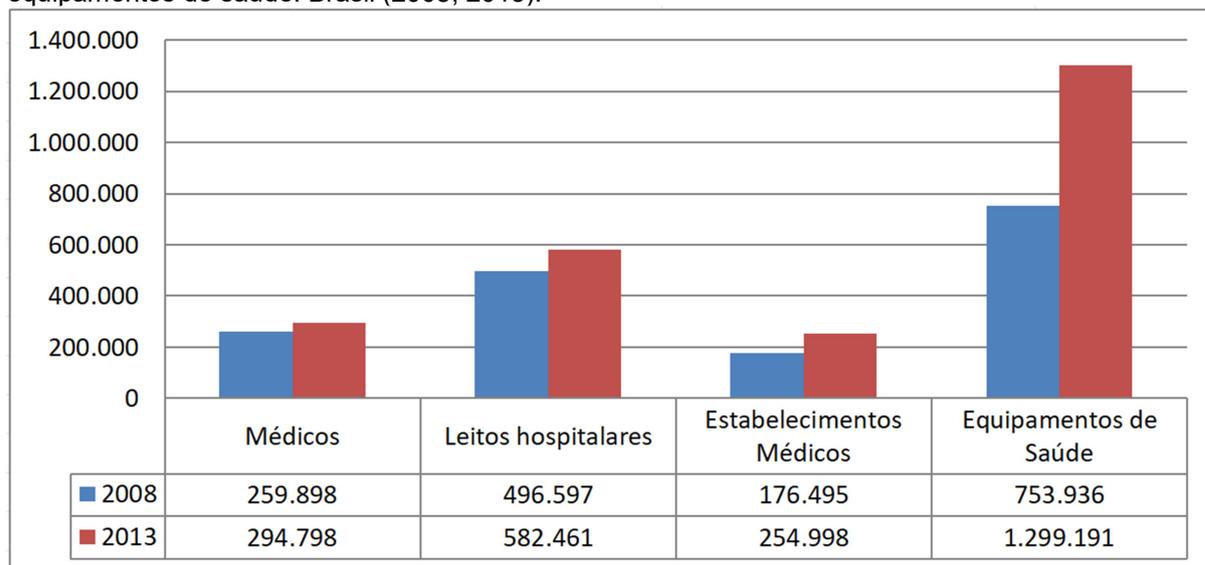
Nesse contexto de grandes desafios na oferta e distribuição dos profissionais, um fato agrava a situação: a ESF, assim como todo o setor saúde, vem sofrendo forte expansão nos últimos anos, em grande proporção, a partir do fenômeno de municipalização da saúde, no fim da década de 1980 (MACHADO, 2012).

Ou seja, a despeito do crescimento no número de médicos, os postos de trabalho no Brasil aumentaram em ritmo ainda maior que a formação de profissionais para ocupá-los. E a expansão da ESF, importante para a efetivação da universalidade da saúde, esbarra nas dificuldades de provimento e, especialmente, de fixação desses profissionais, especialmente de médicos.

De acordo com os dados disponíveis no site do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, entre os anos de 2008 e 2013, a infraestrutura de saúde no Brasil cresceu em ritmo mais acelerado do que o número de médicos que atendem a população. No período, o total de equipamentos de saúde registrados pelo governo federal teve alta de 72,3%. O número de leitos hospitalares subiu

17,3% e o de estabelecimentos médicos, 44,5% no Brasil. A oferta de médicos, porém, cresceu apenas 13,4%. Ou seja, o país forma menos médicos do que a criação anual de empregos nos setores público e privado.

Gráfico 1 – Comparação do número de médicos, leitos hospitalares, estabelecimentos médicos e equipamentos de saúde. Brasil (2008, 2013).



Fonte: Brasil (2014).

Essa dificuldade de prover e fixar médicos nos setores prioritários para o SUS, especialmente na APS, decorre da regulação estatal insuficiente sobre a formação profissional e o exercício da medicina no país, inclusive sobre a formação de especialistas. O contrário do ocorre em países como Austrália, França, Reino Unido e Suécia, por exemplo, que controlam a formação quantidade necessária de médicos e de suas especialidades, por entenderem que a saúde não deve ser um mercado livre (CARVALHO; SOUSA, 2013; NEY; RODRIGUES, 2013).

O processo de implantação da APS no Brasil deu-se de forma bastante heterogênea, em função das diferentes capacidades financeiras e de gestão dos municípios. As dificuldades de administração de pessoal, especialmente de médicos, são um obstáculo relevante ao desenvolvimento das ações na APS. Problemas relativos a salários, inconformidade com o processo de trabalho, oposição da corporação às diretrizes da APS, baixa especialização em saúde da família e comunidade, dificuldade de recrutamento e fixação dos profissionais em áreas vulneráveis (CAMPOS, 2016) são alguns dos diversos problemas relacionados. Estes fatores geram deficiências no acesso aos serviços de saúde, criando iniquidades principalmente na prestação de serviços de APS.

Diversos estudos identificam os fatores relacionados à não fixação do médico na atenção primária no Brasil. A satisfação com o trabalho, falta de capacitação, distâncias percorridas, problemas de infraestrutura, remuneração (consegue atrair, mas não fixa os profissionais), não estruturação da carreira de médico de família, carga horária considerada elevada e o quantitativo excessivo de pacientes vinculados a uma equipe de saúde e a precariedade dos vínculos são os principais fatores observados (CAMPOS; MALIK, 2008; GIRARDI; CARVALHO, 2003; NEY; RODRIGUES, 2012).

Além das condições relativas à estruturação da ESF, o Brasil apresenta um sistema de autorização e controle do exercício profissional com aparente rigidez, que opera no sentido ordenar a formação e a distribuição de profissionais de modo a estabelecer monopólios sobre os campos de prática, em detrimento do interesse público do sistema de saúde (NEY; RODRIGUES, 2012).

A identificação de áreas geográficas e populações que sofrem de carência ou escassez severa de profissionais de saúde, especialmente de cuidados primários – e a determinação de sua intensidade – é condição necessária para a implantação de políticas públicas que visem à promoção de um mínimo de segurança assistencial no âmbito do SUS (CARVALHO et al., 2010). Porém, apesar do conhecimento acumulado na área, tentativas de reordenamento empreendidas até então, tanto na formação quanto na gestão do trabalho, não foram efetivas no enfrentamento do problema (CAMPOS et al., 2001; DAL POZ, 1996; MACIEL FILHO, 2007; PAIM, 1994).

A OMS publicou em 2010 um documento intitulado *“Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations”* em que apresenta aos países sugestões de estratégias para enfrentar a dificuldade de atrair, recrutar e reter profissionais de saúde em áreas rurais e remotas. As propostas de intervenção são agrupadas nas seguintes categorias: educação, regulatório, incentivo financeiro e apoio profissional e pessoal (CARVALHO; MARQUES; SILVA, 2016).

No Brasil, é urgente que o tema da gestão do trabalho no SUS torne-se prioritário, tanto na perspectiva de propor estratégias de provimento e fixação de profissionais quanto de investir no processo de formação e educação permanente dos trabalhadores do SUS (CARVALHO; SOUSA, 2013).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, com abordagem quantitativa sobre as equipes de Saúde da Família que receberam médicos do primeiro, segundo e terceiro ciclos do Projeto Mais Médicos para o Brasil em Pernambuco e que permaneceram com o profissional até o período de janeiro a maio de 2018.

A pesquisa avaliativa visa analisar e compreender as relações de causalidade entre os diferentes componentes de uma intervenção, na tentativa de comprovar o como e o porquê dos resultados obtidos. Esta abordagem tem como objetivo “analisar a pertinência, a lógica, a produtividade, os efeitos e a eficiência de uma intervenção, bem como as relações existentes entre a intervenção e o contexto de implantação na produção dos efeitos” (CHAMPAGNE, 2013).

Dentre os tipos de pesquisa avaliativa está a análise dos efeitos, que tem por finalidade examinar as relações entre uma intervenção e seus efeitos, considerando os seus efeitos desejados e indesejáveis, diferenciando-se assim, da análise normativa. Frequentemente, os efeitos de uma intervenção são mais amplos que os objetivos almejados pelos seus idealizadores. Neste tipo de avaliação, o interesse está na definição de quais efeitos devem ser medidos e na identificação de quais desses efeitos resulta da intervenção avaliada (CHAMPAGNE, 2013).

Nesta pesquisa, foi realizado estudo de três cortes transversais (anos de 2012, 2014 e 2018) sobre aspectos relacionados ao acesso dos usuários às unidades de saúde da família participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

As dimensões Econômico-Social, Organizacional, Técnica e Simbólica do acesso propostas por Assis e Jesus (2012) dirigiram a seleção das perguntas dos instrumentos do PMAQ e elaboração das demais perguntas, que foram organizadas no formulário para entrevistas (APÊNCICES B e C) de acordo com estas dimensões, conforme detalhamento no Quadro 1.

Quadro 1 – Sistematização das dimensões, categorias e questões utilizadas nas entrevistas com os participantes.

(continua)

Dimensão do acesso	Categorias observadas	Perguntas direcionadas aos profissionais	Perguntas direcionadas aos usuários
ECONÔMICO SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> • Custo financeiro 	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe recebe medicamentos da farmácia básica suficientes para atender a sua população? • Os usuários têm custos adicionais em decorrência do atendimento nesta unidade? • Quais (medicamentos, exames, consulta com especialistas)? 	<ul style="list-style-type: none"> • Qual a distância da sua casa até esta unidade de saúde? • Quando o profissional receita um remédio, a medicação está disponível nesta unidade? • O senhor tem custos econômicos decorrentes do atendimento nesta unidade? • Quais (medicamentos, exames consulta com especialista)?
ORGANIZACIONAL	<ul style="list-style-type: none"> • Porta de entrada • Horário de funcionamento • Tempo de espera por uma consulta • Forma de marcação 	<ul style="list-style-type: none"> • Qual o número de pessoas sob a responsabilidade da equipe? • Existe definição da área de abrangência da equipe? • A unidade de saúde funciona cinco dias na semana? Quais dias? • O médico está sempre presente na unidade de saúde ou em atividades no bairro durante os horários de funcionamento da unidade de saúde? • O usuário consegue sair da unidade com a consulta marcada? • Quanto tempo ele normalmente espera por esta consulta? • Com que frequência os profissionais de atenção básica entram em contato com especialistas para trocar informações sobre os seus pacientes encaminhados? • Com que frequência os especialistas entram em contato com os profissionais de atenção básica para trocar informações sobre os pacientes encaminhados pela atenção básica? 	<ul style="list-style-type: none"> • Quando tem uma necessidade de saúde, onde costuma buscar atendimento? • A unidade funciona cinco dias na semana? • Em quais turnos? • Até que horas a unidade de saúde funciona todos os dias? • O médico está presente na unidade de saúde ou em atividades no bairro durante os horários de funcionamento da unidade de saúde? • Quando o senhor consegue marcar consulta, normalmente é para o mesmo dia? • Na maioria das vezes, como o senhor faz para marcar consulta na unidade de saúde? • Quando o senhor precisa, os profissionais da equipe conseguem marcar uma consulta com outros profissionais ou especialistas? • Depois que o senhor foi atendido por outros profissionais fora desta unidade de saúde, a equipe conversou com o senhor sobre este atendimento?

Quadro 1 – Sistematização das dimensões, categorias e questões utilizadas nas entrevistas com os participantes.

(continuação)

Dimensão do acesso	Categorias observadas	Perguntas direcionadas aos profissionais	Perguntas direcionadas aos usuários
TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none"> • Abrangência da APS • Visita domiciliar • Acolhimento • Grupos 	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe realiza atendimento de urgência e emergência nesta unidade de saúde? • Quais atendimentos de urgência já foram realizados? • A equipe de atenção básica realiza procedimentos/pequenas cirurgias na unidade de saúde? Quais? • A equipe realiza coleta de material para exames de laboratório? • A equipe realiza visita domiciliar? Quais profissionais? • Está implantado o acolhimento na unidade de saúde? • Com que frequência a acolhimento acontece? • Quais profissionais realizam o acolhimento? • A agenda da equipe está organizada para ofertar atividades comunitárias e/ou grupos de educação em saúde? Para quais temas? • A equipe de atenção básica realiza reunião de equipe? Quem participa da reunião? 	<ul style="list-style-type: none"> • Na maioria das vezes que o senhor vem à unidade de saúde sem ter hora marcada para resolver qualquer problema, consegue ser escutado? • Quem escuta? • Na última vez que o senhor teve um problema de saúde que considerou como urgência, o senhor procurou atendimento? Onde? • O senhor conseguiu ser atendido nesta unidade de saúde na mesma hora, sem consulta marcada? • Quanto tempo esperou para ser atendido? • Por que não procurou esta unidade de saúde para este atendimento?

Quadro 1 – Sistematização das dimensões, categorias e questões utilizadas nas entrevistas com os participantes.

(conclusão)

Dimensão do acesso	Categorias observadas	Perguntas direcionadas aos profissionais	Perguntas direcionadas aos usuários
SIMBÓLICA	<ul style="list-style-type: none"> • Vínculo • Idioma • Participação 	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe considera a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho? • A equipe dispõe de canais de comunicação que permitem aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões na atenção básica? • Os usuários costumam entender as orientações fornecidas pelo médico? • Numa escala de 0 a 10, o quanto satisfeito está com o médico da equipe? • Há algo que não foi perguntado e que gostaria de dizer? 	<ul style="list-style-type: none"> • Durante o atendimento nesta unidade de saúde, o médico deixa tempo suficiente para o senhor falar sobre suas preocupações e problemas? • Quanto tempo demora uma consulta? • Nessa unidade de saúde, é atendido pelo mesmo médico? • Qual o nome do médico? • Os profissionais desta unidade lhe chamam pelo nome? • Quando precisa tirar dúvidas após as consultas tem facilidade para falar com os profissionais que lhe atenderam? • Em sua opinião, o cuidado que o senhor recebe da equipe de saúde é: • Caso o senhor tivesse a opção, mudaria de equipe ou unidade de saúde? Por quê? • De zero a dez, qual nota o senhor atribui a sua satisfação com o cuidado recebido na unidade? • De zero a dez, qual nota o senhor atribui a sua satisfação com o médico da equipe. • Há algo que não foi perguntado e que gostaria de dizer?

Fonte: Adaptado de Assis e Jesus (2012).

A dimensão política do modelo proposto por Assis e Jesus (2012) não foi selecionada para compor o questionário, por ter sido considerada de difícil verificação a partir do desenho de estudo proposto.

Esta etapa deu-se por meio da realização de entrevistas com membros das equipes de saúde da família contempladas com médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil e com usuários das áreas adscritas às referidas equipes.

4.2 Local e período de estudo

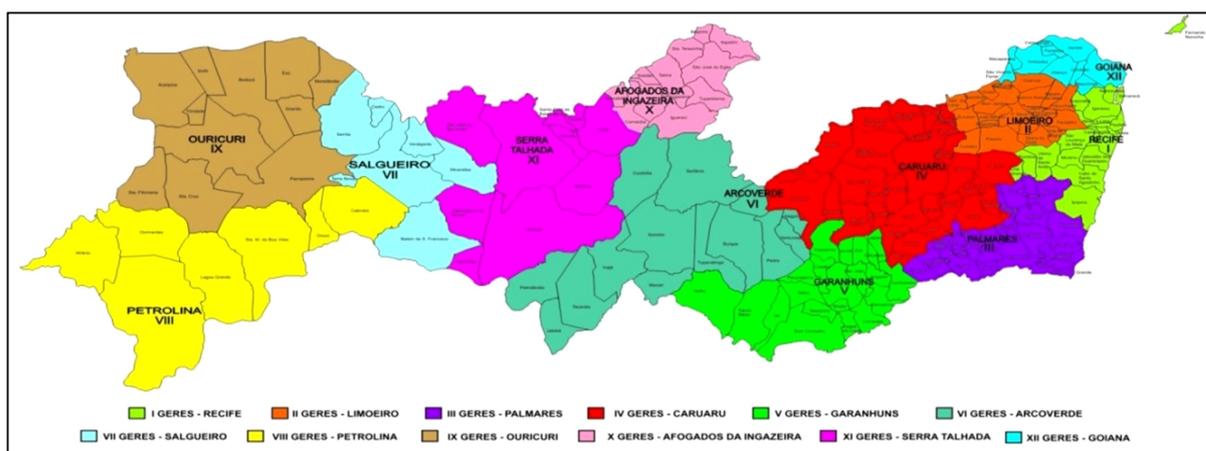
O presente estudo foi realizado em 43 unidades de Saúde da Família, localizadas em 26 municípios (de um total de 155 municípios com médicos do PMM) no Estado de Pernambuco, Região Nordeste do Brasil.

Pernambuco tem extensão territorial de 98.311,616 km², limitado ao Norte pelos estados da Paraíba e Ceará, ao Leste com o oceano Atlântico, ao Oeste e ao Sul com os estados do Piauí e Bahia e ao Sul com o estado de Alagoas.

A população pernambucana é de 8.796.448 habitantes (IBGE, 2010), com densidade demográfica de 89,63 habitantes/km². É o sétimo estado mais populoso do Brasil e o décimo mais rico, e a capital, Recife, ocupa o lugar de maior Produto Interno Bruto das capitais do Nordeste. Está dividido em 184 municípios e um território estadual (a ilha de Fernando de Noronha).

Os municípios estão divididos em 12 Regiões de Saúde, sediadas respectivamente nos municípios de Recife, Limoeiro, Palmares, Caruaru, Garanhuns, Arcoverde, Salgueiro, Petrolina, Ouricuri, Afogados da Ingazeira, Serra Talhada e Goiana (figura 3). As Regiões de Saúde estão agrupadas em 4 macrorregiões: Metropolitana, Agreste, Sertão e Vale do São Francisco e Araripe.

Figura 3 – Regiões de Saúde do Estado de Pernambuco.



Fonte: Pernambuco (2018).

Para a realização deste estudo, foram visitadas 43 Unidades de Saúde da Família, localizadas em 26 municípios do Estado de Pernambuco: Águas Belas, Alagoinha, Angelim, Bom Jardim, Bonito, Brejo da Madre de Deus, Buíque, Camaragibe, Escada, Feira Nova, Floresta, Goiana, Gravatá, Igarassu, Ipojuca, Olinda, Paudalho, Paulista, Petrolina, Recife, São Caitano, São Jose Do Egito, Serra

Talhada, Tacaimbó, Tuparetama e Vitória de Santo Antão. Foram contempladas as quatro macrorregiões de saúde:

A escolha pelo Estado de Pernambuco como local de estudo considerou a viabilidade, por se tratar do âmbito de atuação profissional da pesquisadora e dos supervisores que colaboraram com o desenvolvimento do estudo, estando, desta maneira, em consonância com a proposta do Mestrado Profissional.

A coleta de dados primários foi realizada entre os meses de janeiro e maio de 2018 e a análise dos dados aconteceu no mês de maio de 2018.

4.3 Fontes de dados e instrumentos de coleta

4.3.1 Dados primários

Os dados primários foram coletados por meio de entrevista estruturada realizadas com profissionais e usuários das equipes contempladas pelo PMMB utilizando formulário desenvolvido pela pesquisadora contendo questões dicotômicas, de múltipla escolha e abertas com respostas numéricas.

Para construção do referido instrumento de coleta, utilizou-se como referência o instrumento de avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), em seus primeiro e segundo ciclos, ocorridos respectivamente nos anos de 2012 e 2014.

Do instrumento de avaliação externa do ano de 2014, apenas as questões do ano que coincidiram com as de 2012 foram utilizadas neste estudo, visto que o instrumento de avaliação do PMAQ não manteve o mesmo padrão de questões nos dois ciclos, dificultando o acompanhamento da informação em série histórica. Sendo assim, foram selecionadas prioritariamente questões do ano de 2012, por se tratar do ano exatamente anterior à implantação do PMMB.

Além das perguntas provenientes dos instrumentos do PMAQ, algumas questões complementares foram acrescidas pela pesquisadora para detalhamento de parte das respostas.

Esta etapa da coleta de dados primários por meio da entrevista de profissionais e usuários contou com o apoio de supervisores do PMMB (vinculados à Universidade de Pernambuco) que se dispuseram a aplicar o instrumento na ocasião de suas visitas de supervisão dos médicos nas unidades selecionadas. As

orientações para aplicação do instrumento, assim como os formulários encontram-se no apêndice deste estudo.

4.3.2 Dados secundários

Para obtenção dos dados utilizados no presente estudo utilizou-se os bancos de dados proveniente do Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP) do Projeto Mais Médicos para o Brasil, do Sistema de Informação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e os Bancos de Microdados da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) do primeiro e segundo ciclos, ocorridos respectivamente nos anos de 2012 e 2014.

O SGP é um sistema do Ministério da Saúde nos quais gestores municipais e profissionais médicos realizam adesões e inscrições nos Programas de Provisão de Profissionais de Saúde. É gerenciado pelo Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), detalhadas no Quadro 2.

O CNES é uma base nacional de acesso público, gerenciada pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e em funcionamento desde o ano de 2013. Seu objetivo é cadastrar todos os estabelecimentos de saúde: públicos, conveniados e privados, seja pessoa física ou jurídica, que realizam qualquer tipo de serviço de atenção à saúde no território nacional. Inclui dados sobre a identificação do estabelecimento, estrutura física, serviços prestados, equipamentos disponíveis e profissionais vinculados. É base para o desenvolvimento do Cartão Nacional de Saúde e para os demais sistemas de informações do Sistema Único de Saúde (SUS), direta ou indiretamente vinculados à atuação de prestadores de serviços de saúde no país (FAVERET, 2009).

Os bancos de microdados do PMAQ consistem no produto da aplicação de instrumentos avaliação externa realizada por avaliadores vinculados a instituições de ensino e pesquisa selecionadas pelo Ministério da Saúde. Contém informações para análise das condições de acesso e de qualidade das Equipes da Atenção Básica participantes, de acordo com normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam ações e práticas, conhecimentos técnicos e científicos vigentes. Estão disponíveis no site do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS.

Quadro 2 – Descrição dos dados secundários de acordo com as bases de dados.

Base de Dados	Dados selecionados
Banco de dados do Sistema de Gerenciamento de Programas (SGTES/MS).	<ul style="list-style-type: none"> • Lotação dos profissionais • Perfis de médicos e municípios participantes • Tempo de atuação dos profissionais • Distribuição de médicos por ciclo de chamamento
Sistema de Informação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES	<ul style="list-style-type: none"> • Número de equipes de Saúde da Família e de profissionais • Dados de cobertura da Estratégia de Saúde da Família
Bancos de microdados da avaliação externa do primeiro e segundo ciclos do PMAQ (2012 e 2014)	<ul style="list-style-type: none"> • Dados das questões referentes ao acesso em anos anteriores (2012 e 2014)
Sítio eletrônico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)	<ul style="list-style-type: none"> • Dados de população do estado e dos municípios.

Fonte: elaborada pela autora.

4.4 Sujeitos do estudo

Este estudo contou com a participação de 86 pessoas, sendo 43 profissionais de saúde das equipes de saúde da família providas com médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil selecionadas, majoritariamente enfermeiros e técnicos de enfermagem, e 43 usuários moradores dos territórios adscritos a estas equipes.

A opção por incluir usuários justifica-se com base na afirmação de Stafeld (2002) de que a medição do atributo de primeiro contato, essencial para a atenção primária à saúde, é mais bem realizada no nível da população, mas que as informações sobre acesso/acessibilidade devem ser averiguadas tanto no nível da população quanto no nível das unidades.

A amostra foi selecionada intencionalmente e representa a totalidade das equipes contempladas por médicos do primeiro, segundo e terceiro ciclos do PMMB, ocorridos respectivamente em de outubro de 2013 a março de 2014 .

O critério de inclusão utilizado foi: equipes providas com médicos do primeiro, segundo e terceiro ciclos, que mantiveram a fixação do médico do PMMB, ao menos, de abril de 2015 até o momento da realização da pesquisa, alcançando, no mínimo, três anos de fixação.

O critério de exclusão foi a vinculação da equipe ao Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), pela necessidade de processo de anuência diferenciado inviável no tempo disponível.

Houve perda de duas unidades que compunham a amostra em decorrência da finalização do tempo institucional para realização da coleta.

De cada uma das 43 equipes de saúde da família selecionadas, foram entrevistados um (1) profissional e um (1) usuário da área adscrita, totalizando 86 entrevistas (roteiro disponibilizado no Apêndice).

Foram utilizados dois roteiros diferentes, um específico para os profissionais e outro para usuários. E antes de iniciar a entrevista, foram expostos os objetivos da pesquisa, foi solicitado o consentimento da participação e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.5 Análise dos dados

Os dados primários e secundários foram consolidados em planilhas do Excel. Em seguida, realizou-se análise descritiva dos dados. Também foi utilizando o software Epi Info, versão 7.2.2.6. para análise e cálculo de frequências, médias, modas e medianas das variáveis selecionadas.

4.6 Aspectos éticos

Durante o desenvolvimento deste estudo, os participantes estiveram expostos aos riscos de constrangimento e de exposição de seus nomes e dos conteúdos informados.

Na tentativa de minimizar esses riscos, por meio da assinatura do TCLE, foi garantido o máximo sigilo sobre a identidade dos participantes e foi assumido o

compromisso com a não utilização das informações prestadas para outro fim diverso dos previstos nessa pesquisa. Além da oferta da possibilidade de retirar seu nome como participante da pesquisa quando achar conveniente, sem qualquer tipo de ônus.

Todos os participantes foram entrevistados nas dependências da unidade de saúde, em ambiente reservado, garantindo a privacidade e buscando evitar o constrangimento pela presença de outras pessoas.

Os benefícios inerentes à participação na pesquisa estão relacionados à possibilidade de contribuir para a compreensão dos efeitos do PMMB e consequente aprimoramento do mesmo, no sentido de uma melhoria no acesso dos usuários à Atenção Primária em Pernambuco.

A pesquisa foi submetida para aprovação do Comitê de ética do Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz Pernambuco (Anexo 2) e foi desenvolvida respeitando todos os parâmetros bioéticos das Resoluções n.º 466/2012 e 510/2016 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Evolução da cobertura da Estratégia de Saúde da Família

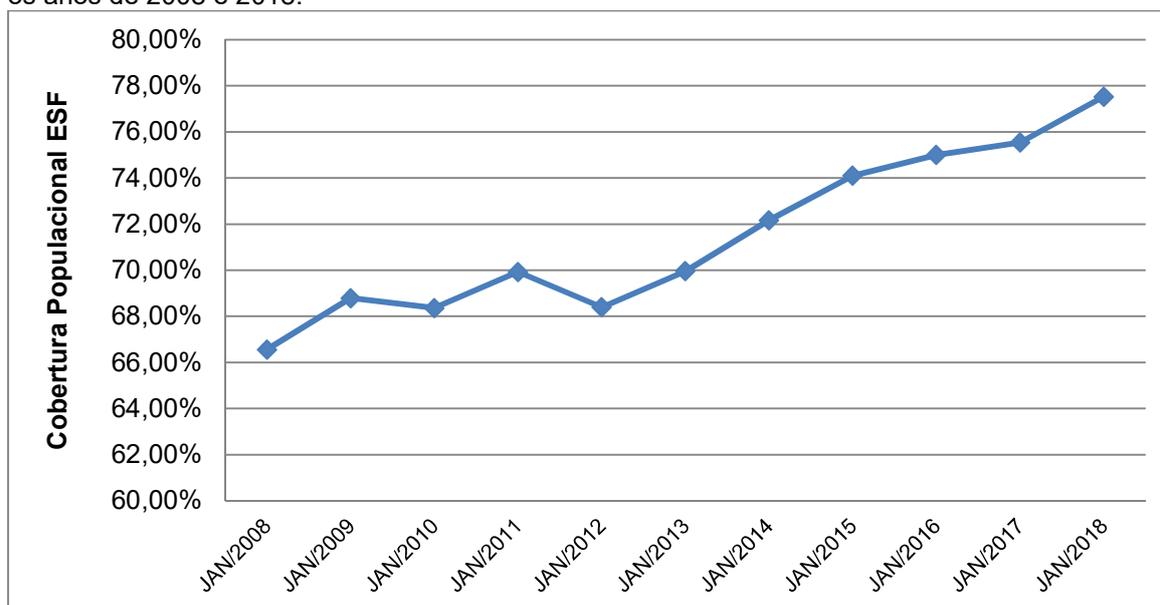
O Estado de Pernambuco, no momento da realização deste estudo, apresenta 986 vagas de provimento de médicos do PMMB autorizadas pelo ministério da saúde. Destas, 868 encontram-se ocupadas e as demais aguardam reposição de profissionais.

Estes médicos estão distribuídos em 155 municípios e no Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) e correspondem a 43% dos médicos de todas as equipes de saúde da família implantadas no mês de abril de 2018 no estado (BRASIL, 2018).

Esse número possibilita verificar a significativa capacidade de provimento do PMMB, com resultados na ampliação de cobertura da ESF no estado. O Gráfico 2 representa a evolução da cobertura da ESF em série histórica de 10 anos e demonstra nítida mudança no padrão de expansão da cobertura da Estratégia a partir do ano de 2013, ano de implantação do PMMB.

Devido ao fato desse sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) ser a base do custeio das equipes de Saúde da Família pelo Ministério da Saúde, se considerarmos a possibilidade de grande parte das equipes que, apesar de constarem no como equipes completas não terem o profissional médico atuando e cumprindo a carga horária integralmente na equipe, esse resultado pode ser ainda mais significativo.

Gráfico 2 – Evolução da cobertura da Estratégia de Saúde da Família no Estado de Pernambuco entre os anos de 2008 e 2018.



Fonte: Brasil (2018).

Noronha (2013) esclarece que a cobertura expressa o alcance de uma ação ou serviço de saúde e está diretamente relacionada ao acesso e utilização. Corresponde à organização e a disponibilidade da oferta dos serviços que permite a sua utilização. A cobertura, por si só, não é capaz de garantir o acesso, mas a sua restrição configura barreira ao mesmo.

O resultado no estado de Pernambuco é consonante com os estudos nacionais, como os de Miranda (2017) e Campos (2015), que afirmam que o PMMB conseguiu provocar a retomada na velocidade de expansão e de aumento na cobertura da população pela ESF a partir de 2013, ao ser responsável pela inclusão de mais de 16 mil médicos no SUS, chegando a compor 40% das equipes de saúde da família de todo o Brasil. Se não houvesse essa intervenção do governo federal, esse resultado não seria possível somente a partir do esforço dos municípios. Concordando com o que concluiu Girardi (2016), que o PMM ofereceu um alívio à situação de escassez, cumprindo relativamente seu objetivo de provimento emergencial de médicos.

5.2 Fixação e perfil dos médicos do Projeto Mais médicos para o Brasil em Pernambuco

Em Pernambuco, entre todos 868 os profissionais ativos, compreendendo todos os ciclos de lotação do PMMB (do 1º ao 14º ciclos), 16,35% dos médicos já permanecem atuando no mesmo município por mais de 3 anos.

Tabela 2 – Tempo de fixação do profissional do PMMB em Pernambuco em maio de 2018.

Tempo de atuação do médico do PMMB	%
Até 1 ano	30,65%
1 a 2 anos	41,62%
2 a 3 anos	11,35%
3 a 4 anos	4,56%
Mais de 4 anos	11,82%

Fonte: Brasil (2018).

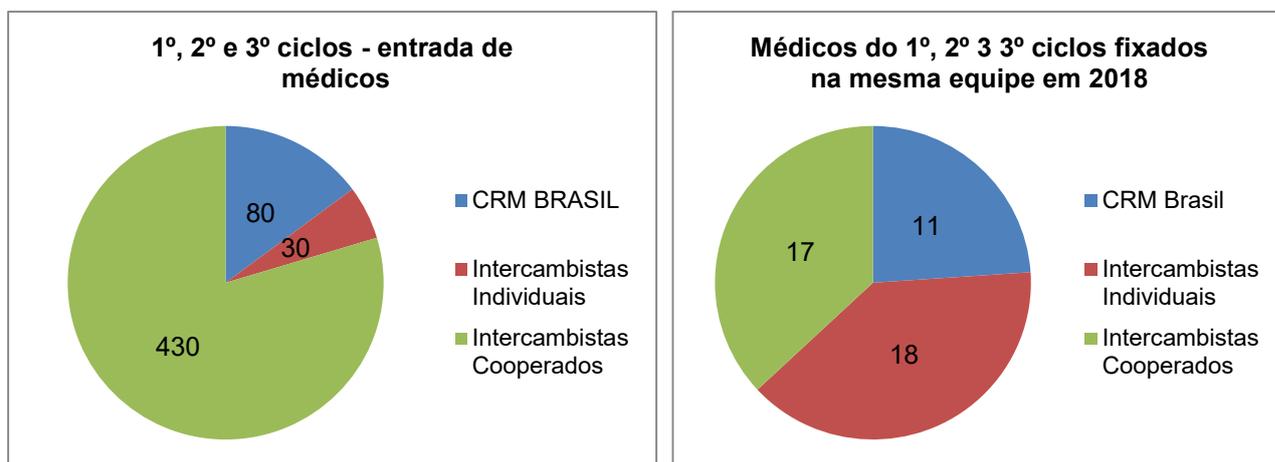
No primeiro, segundo e terceiro ciclos, que corresponde ao recorte deste estudo, Pernambuco recebeu um total de 540 médicos dos três perfis do PMMB: CRM Brasil, intercambistas individuais e intercambistas cooperados.

Enfocando a fixação na equipe de saúde da família, prezando pelo vínculo com a equipe e a comunidade, deste total, apenas 46 médicos continuam lotados na mesma equipe pelo menos desde abril de 2015, equivalendo a 8,5% de fixação dos médicos providos pelo projeto nos três primeiros ciclos. Estes números demonstram que a capacidade de fixação dos médicos do PMMB não conseguiu acompanhar a magnitude do provimento de médicos mesma proporção.

Em relação ao perfil desses profissionais fixados até o momento deste estudo, percebe-se que os médicos intercambistas individuais, proporcionalmente, compõem o perfil que mais conseguiu fixar os profissionais atingindo o patamar de 60% de fixação dos médicos na eSF, seguidos pelos CRM Brasil (13,75%) e intercambistas cooperados (3,9%). Ou seja, o perfil menos numeroso de médicos foi o que atingiu maior taxa de fixação (Gráfico 3). Para um número significativo de

médicos intercambistas individuais (brasileiros e estrangeiros formados no exterior) o PMMB representa grande oportunidade de permanecer e atuar como médicos no Brasil.

Gráfico 3 – Perfil dos médicos do PMMB do 1º, 2º e 3º ciclos e os que ainda permanecem na mesma unidade em 2018.



Fonte: Brasil (2018).

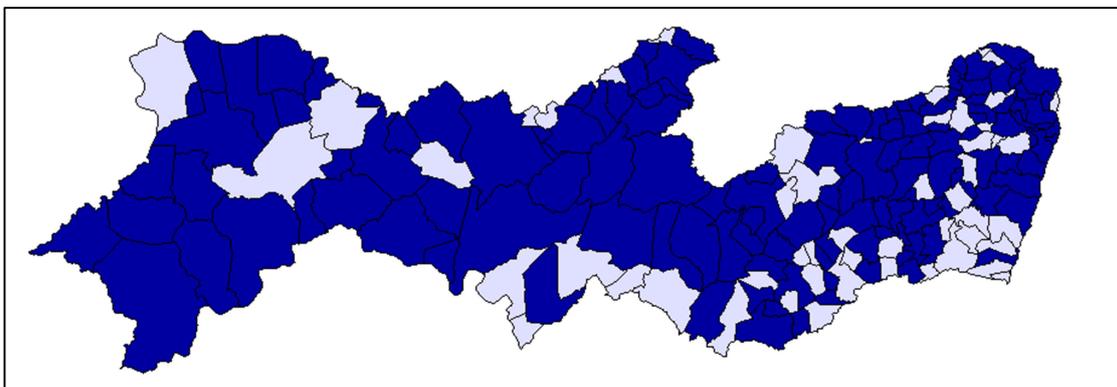
Uma condição que pode explicar a tão baixa fixação entre os intercambistas cooperados foi o fato das regras estabelecidas pela cooperação com a OPAS não terem possibilitado a renovação do contrato após os três primeiros anos, ocorrido com os demais perfis. Com exceção apenas para aqueles profissionais que comprovadamente contraíram casamento civil no Brasil e iniciaram em tempo hábil os trâmites para renovação do contrato com o PMMB por igual período.

Como demonstrou Santos (2017), entre os médicos CRM Brasil, cuja faixa etária predominante é de 27 e 33 anos de idade, período que talvez reflita a habilitação médica recente, um dos motivos frequentes para desligamento deste perfil de médicos foi aprovação em concurso de residência médica.

Entre os municípios que conseguiram manter os médicos com o maior tempo de fixação na mesma equipe, 57% são municípios de grande porte (mais de 50 mil habitantes) incluindo a capital, Recife e outras sedes de região de saúde, como Serra Talhada e Petrolina. Outros 38,5% são de municípios de médio porte (10mil a 50 mil habitantes). Apenas um município (3,8%) é de pequeno porte (menos de 10 mil habitantes), sugerindo a influência mais forte dos fatores relativos à localidade, além dos demais fatores (remuneração, condições de trabalho, etc).

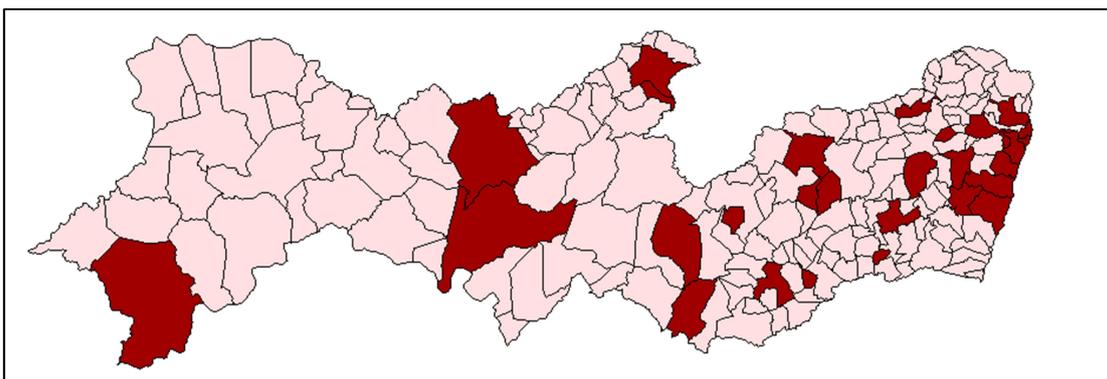
Estão relacionados a esses fatores locais: a situação de desenvolvimento do município, a localização geográfica, as possibilidades de educação de qualidade para os filhos, de emprego para o cônjuge, de opções de lazer (STARLEN, 2017) .

Figura 4 – Municípios com médicos do PMMB no 1º, 2º e 3º ciclos, cumulativamente.



Fonte: Brasil (2018).

Figura 5 – Municípios com médicos do 1º, 2º e 3º ciclo fixados em 2018.



Fonte: Brasil (2018).

5.3 Perfil dos participantes do estudo

O Quadro 3 apresenta resumidamente o perfil das pessoas entrevistadas tanto no segmento de profissionais quanto de usuários. Foram predominantemente mulheres, de meia-idade com pós-graduação.

No caso das profissionais, o tempo médio de fixação das enfermeiras e técnicas de enfermagem na mesma equipe é equivalente ao tempo de fixação os médicos das equipes do PMMB selecionados para este estudo.

Quadro 3 – Perfil dos participantes entrevistados (2018).

Profissionais	Usuários
<ul style="list-style-type: none"> • Mulheres (95%) • Média de idade: 39 anos • Enfermeiras e técnicas de enfermagem • Com nível de escolaridade de pós-graduação • Tempo médio de atuação na unidade de 4,7 anos 	<ul style="list-style-type: none"> • Mulheres (83,72%) • Média de idade: 44 anos • Residentes da área de abrangência da equipe, a uma distância média de 363 metros da unidade • Com nível de escolaridade de ensino fundamental

Fonte: elaborado pela autora.

5.4 Dimensão econômico-social do acesso

Nesta dimensão, buscou-se verificar se os usuários tinham custos econômicos decorrentes do atendimento na unidade de saúde da família. No recorte realizado, os custos selecionados foram aqueles resultantes da compra de medicamentos cuja oferta não atende às necessidades na unidade, da realização de exames complementares, seja por deficiência na oferta do município ou pelo tempo de espera muito longo e/ou da realização de consultas com profissionais especialistas dentro ou fora do município.

Para 60,47% dos profissionais ouvidos, a farmácia da unidade recebe uma quantidade de medicamentos suficiente para a demanda dos atendimentos. Esse percentual é contraditório à percepção dos usuários, pois apenas 37,21% afirmam ter acesso à medicação prescrita na unidade na ocasião do seu atendimento.

Outra questão respondida diz respeito à existência de custos econômicos que os usuários acabam assumindo pela dificuldade de acesso a medicamentos, exames complementares e consultas com especialistas. Neste aspecto, profissionais e usuários entram em consonância e apresentam mesma proporção (58,14%) de pessoas que afirmam que os usuários acabam tendo esses custos, seja por insuficiência da oferta no município, seja pelo tempo de espera muito elevado mesmo em casos de certa urgência.

Os 58,14% dos profissionais e dos usuários que afirmaram haver custos para os usuários proveniente do atendimento na unidade consideraram os medicamentos como o principal motivo destes custos, seguido pelos exames e, por último, pelas consultas com profissionais especialistas (Tabela 3).

Tabela 3 – Natureza dos custos econômicos assumidos pelos usuários em decorrência do atendimento na unidade básica de saúde, segundo profissionais e usuários.

	Medicamento	Exames	Consultas com especialistas
Percepção dos Profissionais	72%	68%	20%
Percepção dos Usuários	88%	56%	20%

Fonte: elaborada pela autora.

Conforme definição de acesso econômico de Unglert (1990), pode-se avaliar esse acesso pelas formas que o usuário encontra para obter atendimento (custos de deslocamento, de procedimentos e de obtenção de medicamentos), além de sua condição social. Os resultados apontam para a continuidade da barreira de acesso econômico, tendo em vista os presentes custos financeiros assumidos pelos usuários pela insuficiência de medicamentos, exames complementares e consultas com outros profissionais especialistas.

5.5 Dimensão organizacional do acesso

De acordo com o modelo proposto por Assis e Jesus (2012), a dimensão organizacional do acesso diz respeito ao funcionamento da unidade de saúde. Neste estudo, buscamos observar variáveis relacionadas à APS como porta de entrada do sistema de saúde, ao horário de funcionamento da unidade, ao tempo de espera por uma consulta médica e à forma de marcação de consultas.

A existência de área definida e população adscrita foi um dos aspectos verificados. Na ESF, esta é uma condição para que se produza a responsabilização sanitária e se estabeleça o vínculo entre profissionais e usuários. A totalidade dos participantes (profissionais e usuários) afirmou de que as unidades possuem área de abrangência definida, ou seja, passaram por processo de territorialização e definição

do território de reponsabilidade sanitária de toda a equipe de saúde da família e das microáreas de atuação dos agentes comunitários de saúde (ACS). Este resultado confirma a prevalência da ESF como a forma de organização dos cuidados primários em saúde, em detrimento dos modelos tradicionais e favorecendo a integração entre comunidade e equipes de saúde da família.

O número médio de usuários sob a responsabilidade das equipes é de 3.503 pessoas (o valor da mediana para esta variável foi de 3.100). Este número pode ser considerado compatível, mas muito próximo de seu limite superior, com o parâmetro definido pela Política Nacional de Atenção básica vigente, que preconiza que uma equipe de saúde da família fique responsável por uma quantidade máxima de 3.500 pessoas para que a ESF tenha condições de desenvolver suas atividades (BRASIL, 2017).

Entretanto, se compararmos essa média de população adscrita com a situação de outros países, é um número de pessoas elevado para responsabilização sanitária das equipes de saúde da família, dificultando o acompanhamento longitudinal e a formação do vínculo. Países como Portugal e Espanha definem esse limite máximo em 2.000 pessoas. Em Cuba, uma equipe fica responsável por até 400 pessoas (NEY; RODRIGUES, 2012).

Outro achado unânime entre todos os entrevistados foi o funcionamento das unidades em todos os cinco dias da semana (segunda a sexta), esta informação foi confirmada tanto por profissionais como por usuários. Não houve relatos de unidades que abrissem aos sábados ou domingos, exceto em datas excepcionais, como os dias de campanhas de vacinação.

O funcionamento nos dois turnos (manhã e tarde) foi referido por 90,7% dos profissionais e 93,02% dos usuários. Porém, quando questionados sobre o horário de fechamento da unidade, as respostas dos usuários revelaram que 25% das unidades estão fechadas até às 15h (Tabela 4).

Essa realidade é preocupante, pois indica um descumprimento de carga horária necessária ao funcionamento da atenção primária como um todo, fugindo da máxima difundida de que são apenas os profissionais que individualmente descumprem o horário estabelecido, especialmente médicos e dentistas. Com o horário de funcionamento da unidade restrito, além de haver limitação do acesso, fica comprometida toda uma agenda da equipe e de dispositivos da atenção

primária, que vão muito além das consultas e devem incluir reuniões de equipe, visitas domiciliares, atividades de educação em saúde, acolhimento, entre outros.

Por outro lado, apesar de ainda representar pouco frente à necessidade de adequação à necessidade dos usuários, foi positiva a constatação de que 11,6% das unidades abrem no turno noturno, uma vez ao mês, para atender a população trabalhadora e que não pode frequentar a unidade no seu horário convencional.

Outro resultado que se mostrou positivo foi o relato da presença do médico em todo o horário de funcionamento da unidade. Para 97,67% dos profissionais e 100% dos usuários, o médico está sempre presente na unidade em seus horários de funcionamento ou em atividades integrantes da agenda da equipe, como visitas domiciliares e reuniões. Este resultado corrobora com os achados de Comes et al. (2016) em que os relatos claros da ausência do médico pelas equipes foram substituídos pela afirmação de que os médicos estão disponíveis e a população pode encontrá-los facilmente nas unidades.

O horário de funcionamento é condição importante da oferta de serviços e interfere diretamente no acesso. Como definido por Starfield (2002), o acesso está implicado com a localização da unidade, a disponibilidade de horários e dias de atendimento e a percepção que a população tem em relação a estes pontos. O que fica demonstrado é que, apesar de parte das unidades ainda funcionarem com restrição de horário, o que é limitador do acesso, a percepção dos usuários e dos membros da equipe relatada nas entrevistas é de que o médico está presente e cumpre com seus horários.

A APS deve ser a porta de entrada do sistema de saúde, ofertando serviços próximos ao local de moradia, favorecendo o acesso (STARFIELD, 2002). Neste aspecto, o PMMB parece ter diminuído a sua barreira geográfica, pois a distância média entre a residência dos usuários e a unidade é de 363 metros, não sendo necessário o custo com transporte para a unidade para a maior parte dos usuários.

A capacidade da ESF de ser a porta de entrada do sistema de saúde reflete-se na consideração por parte do usuário de que a unidade básica é sua primeira opção a ser procurada em caso de necessidades de saúde em geral, excetuando-se as verdadeiras urgências médicas (STARFIELD, 2002), afirmação que se mostrou verdadeira para 93,35% dos entrevistados. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Campos (2014) em que os usuários relatam procurar a unidade básica de

saúde (UBS) quando apresentam algum problema de saúde por considerar o atendimento melhor que em outros serviços.

Nos casos em que o atendimento não seja de urgência, possíveis de serem agendados, 30,9% dos usuários referem ser atendidos no mesmo dia ao procurar a unidade. Esse é um dado significativo e, quando verificamos os perfis de médicos e de unidades, essa inexistência de tempo de espera por uma consulta ocorre mais frequentemente com profissionais cooperados ou em unidades em zona rural.

Em última análise, o percentual dos usuários que afirmam conseguir agendamento para a consulta com o médico em até cinco dias é de 76%, tempo de espera que pode ser considerado razoável para a realidade da atenção primária (Tabela 4).

Em pesquisa divulgada pelo Ipea (2011), a demora para conseguir o atendimento aparecia entre os problemas mais mencionados pelos usuários juntamente com a falta do médico quando da avaliação de serviços de saúde. A demora no atendimento, inclusive, foi relatada como a principal motivação para a adesão aos planos de saúde suplementar, que propagam a ideia de maior rapidez para realização de consultas ou exames.

A forma de agendamento de consultas mostrou-se bastante variável, com predominância do agendamento realizado pessoalmente na unidade mediante a distribuição de fichas para se conseguir o atendimento. Nessa forma de agendamento, dependente apenas da iniciativa dos usuários em procurar o atendimento não garante acesso por ordem de prioridade e dificulta a ação da equipe de organizar a demanda advinda do território.

A marcação de consultas com os profissionais de saúde consiste em conhecer a demanda por serviços de saúde e disponibilizar a oferta de forma ordenada (NASCIMENTO et al., 2009). A PNAB (BRASIL, 2017) estabelece que as formas de marcação de consultas sejam variadas, incluindo a marcação por telefone, evitando criar barreiras de acesso e garantindo o atendimento a demandas espontâneas e programadas.

Sendo a APS a porta de entrada do sistema de saúde, ela deve ser capaz de garantir o acesso aos outros níveis de atenção, com vistas à integralidade do atendimento no SUS, um dos seus pilares constitucionais, e exercendo seu papel de coordenadora do cuidado nas redes de atenção à saúde (BRASIL, 1988; MENDES 2012).

Neste aspecto, 46,51% dos usuários que necessitaram de uma consulta com um profissional especialista após encaminhamento do médico da equipe dizem conseguir o agendamento do encaminhamento todas as vezes que precisam, mesmo que haja demora. Outros 41,86% afirmam que eventualmente conseguem este atendimento e 11,63% relatam não terem acesso a consultas com outros profissionais especialistas.

Além da dificuldade de acesso às especialidades médicas, o contato entre os profissionais da eSF e os especialistas é incipiente, tanto no sentido da referência quanto da contra referência. Sendo esta última a mais difícil, em que quase 60% dos profissionais afirmam inexistência de contato a partir dos profissionais especialistas.

Entretanto, como atenuante do resultado anterior, 67,4% dos usuários informaram que o médico da equipe havia conversado sobre o atendimento com o especialista no momento da consulta. O que reflete uma tentativa dos profissionais de minimizar a deficiência na integralidade das redes locais.

Não obstante, fica evidenciada a persistência da limitação do acesso aos outros pontos da rede de atenção. O PMMB aumentou o número de médicos na atenção primária e, conseqüentemente, a demanda para outros níveis de atenção dos casos que não pode ser resolvido neste nível de atenção. Quando tal situação ocorre em regiões onde já havia problema de regulação, há o agravamento da dificuldade de acessar as especialidades. Diante deste efeito não esperado do PMM, os médicos do Projeto têm sido exigidos a ser mais resolutivos e evitar os encaminhamentos para outros profissionais e/ou níveis de atenção (LIMA et al., 2016).

Tabela 4 – Resultados dos aspectos organizacionais do acesso nas unidades de saúde da família. Pernambuco, 2018.

Aspecto organizacional	Descrição	% unidades
Horário de fechamento das unidades	13 horas	10,26%
	14 horas	5,12%
	15 horas	10,26%
	16 horas	51,28%
	17 horas	20,52%
	18 horas	2,56%
Nº de dias de espera por uma consulta com o médico	Nenhum dia	30,95%
	1 a 5 dias	45,23%
	6 a 10 dias	19,04%
	11 a 15 dias	2,39%
	Mais de 15 dias	2,39%
Forma de marcação de consulta	Agendamento na unidade com distribuição de fichas	46,51%
	Agendamento na unidade a qualquer hora	41,85%
	Agendamento na unidade, com distribuição de fichas e fila antes da unidade abrir.	6,98%
	Não faz marcação	2,33%
	Não sabe / não respondeu	2,33%
Contato da eSF com os profissionais especialistas	Sempre	16,70%
	Algumas vezes	40,46%
	Nunca	42,84%
Contato dos profissionais especialistas com a eSF	Sempre	7,15%
	Algumas vezes	33,33%
	Nunca	59,52%

Fonte: elaborada pela autora.

5.6 Dimensão técnica do acesso

Na dimensão técnica, buscou-se focar a abrangência da APS, em relação aos procedimentos realizados e a possibilidade do atendimento de urgência, além dos habituais atendimentos ambulatoriais, com vistas à resolutividade da ESF.

Também se procurou observar aspectos relacionados à organização da agenda das equipes de saúde da família no sentido do acesso dos usuários a uma atenção mais integral, como a realização do acolhimento, de visitas domiciliares, de reunião de equipe e a realização de atividades preventivas e de educação em saúde.

Estudos apontam que a APS tem capacidade para resolver 80% dos problemas de saúde de uma dada população e deve conciliar ações de assistência com prevenção e promoção da saúde além de coordenar a atenção prestada nos outros níveis do sistema, agindo como a base para o trabalho dos níveis secundário e terciário (STARFIELD, 2002).

Além das atividades programáticas da equipe de saúde da família, 90,7% dos profissionais afirmaram que a unidade realiza atendimento de urgência e emergência. Entre os tipos de urgência frequentemente atendidos na unidade, os mais citados pelos entrevistados, em ordem de grandeza, foram: picos hipertensivos, pequenos acidentes, febre, crises de asma, diabetes descompensada e crises convulsivas.

De outro lado, o percentual de usuários que respondeu ter procurado a unidade de saúde da família para atendimentos que considerou como urgência foi de 62,7%. Os que procuraram este atendimento em hospitais públicos ou em serviços de pronto-atendimento 24 horas somaram 25,68%. O motivo mais frequentemente alegado para não procurar a unidade em casos de urgência foi o de que a unidade encontrava-se fechada no horário da ocorrência da urgência.

Dos usuários que afirmaram ter procurado a unidade para atendimentos de urgência, 81,4% conseguiram ser atendidos sem hora marcada e o tempo médio de espera pelo atendimento pelo o médico foi de 20 minutos

Esses números demonstram que as unidades com médicos do PMM têm conseguido em sua maioria atender às demandas das urgências que podem ser resolvidas no âmbito da APS, visto que o motivo mais referido para a procura de

outros serviços foi o horário restrito da unidade e não a incapacidade da equipe no atendimento das urgências.

O estudo de Comes et al. (2016) traz a percepção positiva das equipes sobre a disposição dos médicos do PMMB permanecerem na unidade depois do horário habitual de funcionamento e em passar a entender o como atribuição do médico da ESF o atendimento à demanda espontânea, incluídas aí as urgências.

Em relação aos procedimentos realizados no âmbito da unidade, sem a necessidade de encaminhamento para outros serviços, 97,67% das equipes informaram realizar alguns procedimentos/pequenas cirurgias na unidade (Tabela 5).

Tabela 5 – Percentual das equipes que realizam procedimentos/pequenas cirurgias no âmbito da unidade de saúde da família. Pernambuco, 2018.

PROCEDIMENTO	% unidades
Retirada de pontos	95,35%
Curativos	95,35%
Medicação injetável intramuscular	93,02%
Nebulização/inalação	88,37%
Medicação injetável endovenosa	69,77%
Drenagem de abscesso	48,84%
Lavagem de ouvido	44,19%
Extração de unha	41,86%
Sutura	34,88%

Fonte: elaborada pela autora.

Se considerados em termos absolutos, os percentuais de procedimentos realizados podem parecer baixos. Mas em estudo de Girardi (2017) que pesquisou o escopo de práticas nas unidades de saúde da família em cinco regiões de saúde brasileiras, os médicos obtiveram desempenhos piores em relação aos seguintes procedimentos: curativos (88%), medicação injetável intramuscular (48%), drenagem de abscesso (36%), extração de unha (16%) e sutura (20%). Esse resultado sugere que o PMM conseguiu ampliar o escopo de procedimentos realizados no âmbito da APS. O que significa um pequeno mas importante passo na direção do aumento da resolutividade das equipes a partir da inserção da chegada dos médicos do Projeto.

Os aspectos de organização da agenda são importantes para o acesso a um cuidado integral. Nesse ponto, o resultado do estudo apontou que a totalidade das equipes realiza visita domiciliar e reunião de equipe em ambas as atividades, a participação do médico é percebida como garantida em ambas as atividades.

Entre as equipes visitadas, 80% reúnem-se mensalmente, enquanto os outros 20% está dividido entre reunião quinzenal e semanal. Esse dado revela-se preocupante, pois o fato das equipes reunirem-se apenas uma vez ao mês obstaculiza o planejamento integrado (de fato) das ações da equipe e a discussão dos casos do território que demandam atenção de todos os profissionais. Acaba por ser uma reunião burocratizada, muitas vezes resumida ao fechamento dos dados de produção mensal da equipe para o sistema de informações.

Tema relevante para a efetivação do acesso, o acolhimento reflete uma relação humanizada entre profissionais e usuários e implica uma reorganização do serviço na direção do vínculo e da capacidade de se sensibilizar com a vida dos usuários. O acolhimento tem grande potencial para transformar o modo de oferecer os serviços em saúde, tornando-se, assim, um importante alvo de avaliação. Ele consiste na abertura dos serviços para a demanda, facilitando os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos, assumindo o serviço uma postura capaz de acolher e pactuar respostas mais adequadas aos usuários (CAMPOS et al. 2014; MERHY, 1994).

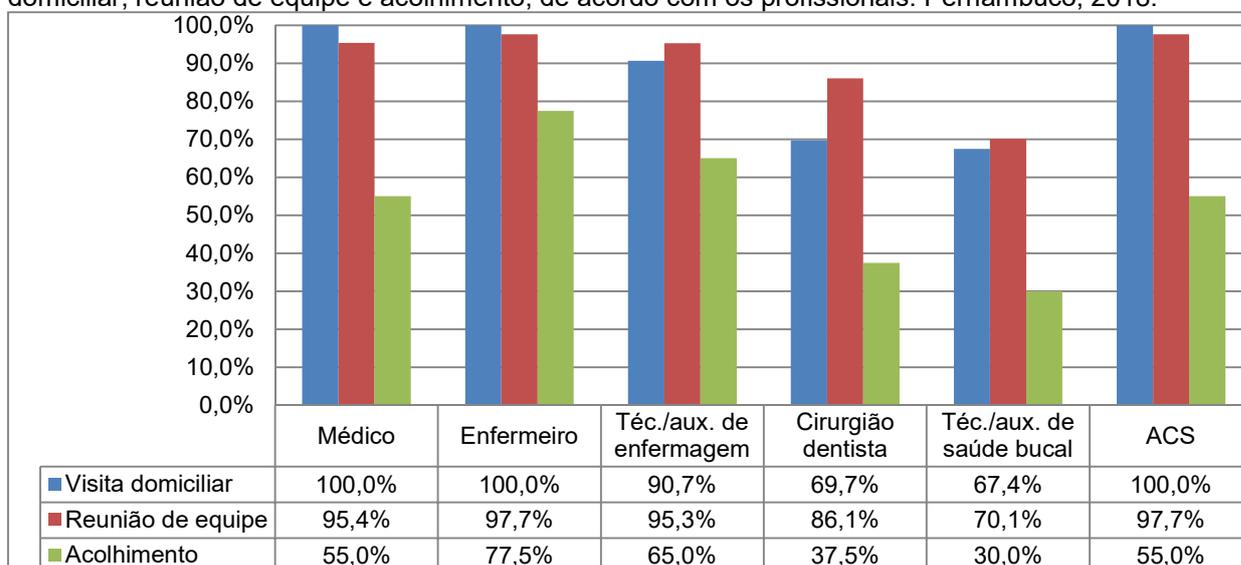
Entre os profissionais, 93% relatam que há acolhimento implantado na unidade, funcionando no turno da manhã. Apenas 55% das unidades têm acolhimento no turno da tarde. Observou-se também uma variação muito grande no entendimento que os profissionais têm do que seria o acolhimento, para além de uma mera triagem ou classificação de risco.

Há na literatura estudos que indicam que o acolhimento ocorre, muitas vezes, como um procedimento técnico burocratizado servindo apenas como um filtro para definir o acesso aos serviços. Usuários relatam que o acolhimento é espaço de escuta dos seus problemas e de orientação, mas o criticam por entenderem que funciona como uma forma de controlar o acesso ao que eles mais desejam, que é a consulta com o médico (CAMPOS et al., 2014; TAKEMOTO; SILVA, 2007). Este formato difere do que defende Barbosa et al. (2013), que o acolhimento deve ser compreendido como uma postura assumida pelos profissionais, como uma técnica

capaz de gerar procedimentos organizados e como princípio orientador de todo um projeto institucional.

O Gráfico 3 detalha a participação de cada categoria profissional que compõe a equipe de saúde da família e saúde bucal nas atividades de visita domiciliar, reunião de equipe e de acolhimento, em que se pôde perceber que os profissionais mais ausentes dessas atividades são os cirurgiões dentistas e os técnicos/auxiliares de saúde bucal.

Gráfico 4 – Participação dos membros da equipe de Saúde da Família nas atividades de visita domiciliar, reunião de equipe e acolhimento, de acordo com os profissionais. Pernambuco, 2018.



Fonte: elaborado pela autora.

No tocante à realização de atividades comunitárias ou de grupos de educação em saúde, os profissionais apontam que 90,7% têm algum tipo de atividade nesse sentido. A maior parte delas, em formato menos sistemáticos, de atividade comunitária ou palestras de educação em saúde realizadas no interior da unidade ou nos equipamentos comunitários. Os grupos são mais frequentes apenas com os usuários hipertensos e diabéticos (Tabela 6).

Tabela 6 – Percentual de equipes que realizam atividade comunitária e/ou grupos de educação em saúde em cada temática.

Temas / grupos de usuários	% de equipes que realizam
Usuários com hipertensão arterial sistêmica	90,7%
Usuários com diabetes mellitus	90,7%
Pré-natal	86,0%
Prevenção e acompanhamento do câncer de colo uterino	83,7%
Prevenção e acompanhamento do câncer de mama	81,4%
Planejamento familiar	81,4%
Crescimento e desenvolvimento da criança	74,2%
Prevenção e acompanhamento do câncer de boca	67,4%
Problemas relacionados à saúde mental	53,5%
Violência familiar	48,8%
Outros	34,8%
Problemas respiratórios crônicos	23,3%
Obesidade	23,3%

Fonte: elaborada pela autora.

Há certo consenso na literatura de que um atendimento integral em saúde contempla ações de promoção, prevenção, de atenção e das praticas direcionadas às necessidades de saúde da população, como o equilíbrio entre a demanda programada e a espontânea (MATTOS, 2014).

Nesse ponto, a inserção dos médicos do PMMB pode significar uma ampliação do acesso na dimensão técnica, pela garantia de uma maior abrangência da APS e garantia na agenda da equipe de atividades necessárias ao acesso integral. Em consonância com os achados de Comes et al. (2016), que identificou melhoria no acesso nas equipes do PMMB a partir de um melhor acolhimento e formação de vínculo, mais disponibilidade para resolver problemas, a garantia das visitas domiciliares, oportunidade para promoção da saúde e prevenção das doenças.

5.7 Dimensão simbólica do acesso

Considerando a dificuldade de avaliar a dimensão simbólica num estudo de tratamento quantitativo dos dados, pela limitação em captar aspectos mais subjetivos, foram selecionadas questões consideradas indicadores de vínculo dos usuários com o médico, possibilidades de comunicação e de participação dos usuários.

90,70% dos profissionais afirmam que as equipes consideram a opinião dos usuários para a reorganização e qualificação do processo de trabalho. Esta afirmação pode ser conflitante com a constatação de que as reuniões de equipe acontecem predominantemente uma vez ao mês. Pois a reunião em equipe é o espaço privilegiado para que as equipes discutam o processo de trabalho e possam incorporar as opiniões dos usuários.

Entre os profissionais, 83,72% afirmam que a unidade possui canais de comunicação instituídos na unidade, como caixas ou livros de sugestões. Mas relatam que esses instrumentos têm pouca adesão dos usuários e que as queixas, elogios ou sugestões acabam acontecendo verbalmente, dificultando a sistematização e o acompanhamento do quanto conseguem interferir na organização do processo de trabalho das equipes.

O vínculo entre profissionais e usuários também é algo de difícil mensuração. Porém, alguns aspectos indicam a existência dessa vinculação, como os seguintes dados revelados nesse estudo:

- a) Todos os usuários entrevistados afirmam ser atendidos sempre pelo mesmo médico.
- b) 93% souberam dizer o nome do profissional.
- c) 76,74% afirmaram ter facilidade de falar com os médicos após as consultas para tirar dúvidas
- d) 95,35% não mudariam de unidade se tivessem a opção de fazê-lo, confirmando a formação de vínculo.
- e) 88,37% consideram o tempo de consulta suficiente para falar de suas preocupações e problemas (tempo médio de consulta de 21 minutos).

Por fim, com o objetivo de aferir a satisfação da equipe com o profissional do PMMB, ao serem solicitados a dar uma nota numa escala de 0 a 10, que refletisse

sua satisfação com o trabalho do médico, os membros da equipe indicaram uma nota média de 9,53.

No caso dos usuários, a nota de avaliação do médico foi bastante próxima da nota máxima, uma nota média de 9,8. Tal pontuação pode ser considerada uma excelente avaliação dos médicos do PMMB. A nota média atribuída aos cuidados na unidade pelos usuários ficou um pouco abaixo da nota dos médicos: 8,7. Os usuários avaliaram a unidade de forma separada do profissional e a média ficou em 8,7, um pouco abaixo da nota atribuída ao médico.

Quando realizado estudo da associação das notas mais baixas atribuídas à unidade com a insuficiência de medicamentos, o resultado foi estatisticamente significativo. A conclusão a que chegou a pesquisa do Ipea (2011) foi de que a avaliação dos serviços de APS ofertados pela ESF é positiva e o problema, quando relatado, refere-se o acesso ao medicamento ou atendimento em tempo razoável.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Projeto Mais Médicos para o Brasil difere das políticas e programas empreendidos anteriormente pelos governos brasileiros em função da sua magnitude, celeridade na implantação, pelo seu alcance, pela complexidade e pela multiplicidade de atores envolvidos com o seu desenvolvimento.

O provimento e a fixação proporcionados pelo Projeto Mais Médicos para o Brasil contribuiu para a ampliação do acesso em Pernambuco ao enfrentar a escassez de médicos na atenção primária por meio do provimento emergencial de médicos para 43% das equipes de saúde da família implantadas no Estado de Pernambuco. Neste quesito, o PMMB mostrou-se um importante aliado na expansão dos serviços de APS e na no reforço do modelo de atenção na ESF.

Este resultado possibilita dizer que o PMMB alcançou em Pernambuco o seu objetivo normativo, que é reduzir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS.

A fixação dos médicos do PMMB não acompanhou proporcionalmente a dimensão da capacidade de provimento, sendo os intercambistas individuais o perfil com maior percentual de fixação.

Porém, apesar de relativamente tímida, a fixação desses profissionais na mesma equipe de saúde da família por mais de três anos coincidiu com a melhoria do acesso dos usuários aos serviços, especialmente nas dimensões organizacional, técnica e simbólica. Resultado que vai ao encontro do propósito de fortalecimento da atenção primária à saúde definido pelo Projeto.

As dimensões em que houve mais avanço (organizacional, técnica e simbólica) parecem mais sensíveis à alteração em função do perfil do profissional adequado à APS e estão mais próximas do âmbito de atuação da supervisão acadêmica presencial, realizada predominantemente por médicos de família selecionados por instituições de ensino. Os supervisores acompanham o médico na unidade em visitas mensais e estão disponíveis diariamente à distância para orientações aos médicos. Esta ferramenta tem se consolidado enquanto ferramenta eficaz de educação permanente e se fazem necessários estudos para avaliar a sua contribuição para a organização do processo de trabalho das equipes e as possibilidades de utilização deste modelo de supervisão em outros programas de gestão do trabalho no SUS.

Por outro lado, ainda existem barreiras econômicas e organizacionais de acesso, em especial acesso a medicamentos, exames e consultas com especialistas, comprometendo a integralidade da atenção e o atributo de coordenadora do cuidado da ESF. Estes aspectos estão mais relacionados à situação financeira dos entes federados e à gestão do SUS no nível local.

Sendo assim, os resultados encontrados neste estudo apontam para a necessidade de um aprofundamento da análise de aspectos mais subjetivos para melhor compreensão das dimensões política e simbólica do acesso. Assim como da realização de novas pesquisas que possam avaliar os efeitos acesso proporcionado pelo PMMB com enfoque nos resultados dos cuidados recebidos, que são as condições de saúde das populações atendidas, na direção da equidade em saúde.

7 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Este projeto de intervenção é parte integrante da dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, e tem como objetivo apresentar proposta de atuação no local de atuação profissional a partir dos resultados encontrados no estudo.

As conclusões do estudo apontam para o avanço do acesso em Pernambuco em aspectos técnicos, organizacionais e simbólicos. Mas ainda apresenta barreiras organizacionais e econômicas para a utilização dos serviços.

A partir desses resultados, faz-se necessário conhecer a situação das demais equipes compostas com médicos do PMMB e construir um plano de ação para melhoria do acesso no âmbito da APS.

A Comissão de Coordenação Estadual (CCE) do Programa Mais Médicos em Pernambuco é uma instância colegiada de coordenação, orientação e execução das atividades necessárias à execução do Projeto no âmbito estado. É composta por representações dos secretários municipais de saúde, da secretaria estadual de saúde, dos ministérios da saúde e da educação e das instituições de ensino (responsáveis pela supervisão).

Como membro integrante da CCE e, considerando que há demanda de gestores municipais e regionais por momentos de avaliação da atenção básica a partir do PMMB, a proposta para a intervenção apresentada é a realização de oficinas regionais de avaliação do acesso proporcionado pelo PMMB com a construção de um plano de ação regional com base nos resultados encontrados.

7.1 Objetivo Geral da intervenção

Qualificar a atuação do PMMB nos municípios pernambucanos no sentido da melhoria do acesso aos serviços na ESF.

7.1.1 Objetivos Específicos da intervenção

- a) Conhecer as condições de acesso das unidades nas doze regiões de saúde do estado.

- b) Consolidar os resultados e apresentar em formato de oficinas regionais de avaliação do acesso proporcionado pelo PMMB, coordenadas pela Comissão de Coordenação Estadual do programa em Pernambuco.
- c) Construir planos regionais de melhoria do acesso em conjunto com gestores, supervisores e apoiadores do Projeto no estado.

7.2 Metodologia da intervenção

7.2.1 Desenho da Operação

Na primeira etapa do plano, serão apresentados os resultados da pesquisa e o projeto de intervenção para aprovação da Comissão de Coordenação Estadual (CCE) do Programa Mais Médicos em Pernambuco.

Cumprida esta etapa e firmadas as parcerias necessárias, será disponibilizado o instrumento construído para esta pesquisa, com as necessárias adaptações para aplicação nas demais unidades de saúde da família que possuam médicos do PMM há, pelo menos, um ano de atuação.

Após consolidação dos dados, serão realizadas oficinas regionais de planejamento para apresentação dos resultados da aplicação do instrumento e a construção de um plano regional de ampliação do acesso a partir do Mais Médicos, com responsabilidades para todos os atores envolvidos na execução do PMMB.

7.2.2 Público-alvo

- a) Médicos
- b) Supervisores
- c) Tutores representantes das instituições de ensino
- d) Secretários municipais de saúde
- e) Coordenadores de atenção básica
- f) Representantes das gerências regionais de saúde
- g) Representantes da secretaria estadual de saúde
- h) Apoiadores do Ministério da Educação e Ministério da Saúde

7.2.3 Local

As oficinas ocorrerão nas sedes das doze regiões de saúde de Pernambuco: Recife, Limoeiro, Palmares, Caruaru, Garanhuns, Arcoverde, Salgueiro, Petrolina, Ouricuri, Afogados da Ingazeira, Serra Talhada e Goiana.

7.2.4 Parcerias Estabelecidas

- a) Comissão de Coordenação Estadual do PMMB, coordenada pela área de atenção primária da secretaria estadual de saúde, que ficará responsável por consolidar os dados provenientes das entrevistas e a coordenação das oficinas regionais.
- b) Diretores e coordenadores das gerências regionais de saúde (GERES) , que cuidarão da mobilização e da oferta da infraestrutura para a realização das oficinas regionais.
- c) Supervisores, que aplicarão o instrumento de entrevista nas suas visitas mensais às unidades dos médicos supervisionados.

7.2.5 Recursos Necessários

- a) Material de expediente
- b) Computadores e projetor
- c) Alimentação para os participantes
- d) Transporte e diárias para o deslocamento dos membros da CCE para as oficinas regionais

7.2.5 Cronograma de Execução

A intervenção será realizada em etapas cuja programação no tempo está descrita no Quadro 4.

Quadro 4 – Cronograma de execução do projeto de intervenção.

	2018							2019					
	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
Apresentação do projeto para aprovação na CCE	X												
Aplicação do instrumento pelos supervisores			X	X	X								
Consolidação e análise dos dados					X	X	X						
Realização das oficinas regionais da 1ª macrorregião de saúde								X					
Realização das oficinas regionais da 1ª macrorregião de saúde									X				
Realização das oficinas regionais da 1ª macrorregião de saúde										X			
Realização das oficinas regionais da 1ª macrorregião de saúde											X		
Construção do relatório final das avaliações e planos de ação regionais												X	X

Fonte; elaborado pela autora.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, L. C. de. **Acesso aos serviços de saúde em um município do interior de Pernambuco: o que pensam os usuários?**, 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública, Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2012albuquerque-lc.pdf>>. Acesso em: 9 nov. 2017.
- ALVES, S. M. C. et al. Cooperação internacional e escassez de médicos: análise da interação entre Brasil, Angola e Cuba. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p.2223-2235, jul. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002702223&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 25 abr. 2018.
- ANDERSEN, R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **Journal of Health and Social Behavior**, Albany, v. 36, n.1, p.1-10, 1995.
- ASSIS, M. M. A; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde : abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865–2875 , 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>>. Acesso em: 9 set. 2016.
- AZEVEDO, A. L. M. O poder de acessar a saúde: uma análise do acesso à saúde na etnia indígena xukuru do ororubá, pescadeira (pe). **Cadernos saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 275–280, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2014000300275&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 2 nov. 2016.
- BAPTISTA, T. W. de F.; FAUSTO, M. C. R.; CUNHA, M. S. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n4/v19n4a06.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2016.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1998.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Lei Federal Nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 out 2013. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 15 ago. 2017.
- _____. Portaria Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2017.
- _____. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2017. Disponível

em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 22 abr. 2018.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Implantação de equipes de saúde da família**. Brasília, 2018. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_pagamento_sf.php> Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde. **Banco de dados do Sistema de Gerenciamento de Programas do Programa Mais Médicos**. Brasília, 2018.

_____. **Programa Mais Médicos**. Brasília, 2014. Apresentação de Power Point.

CARRER, A. et al. Efetividade da Estratégia Saúde da Família em unidades com e sem Programa Mais Médicos em município no oeste do Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p.2849-2860, set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902849&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jan. 2018.

CHAMPAGNE, F. et al. Avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, Astrid et al. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. cap. 2. p. 41-74.

CAMPOS, F. E. de; MACHADO, M. H.; GIRARDI, S. N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Divulgação em Saúde Para Debate**, Rio de Janeiro, n. 44, p.13-24, maio 2009. Disponível em: <http://cnts.net.br/admin/public/arquivos/Artigo_Campos.pdf>. Acesso em: 1 dez. 2016.

CAMPOS, G. W. de S.; PEREIRA JÚNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p.2655-2663, set. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2655.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2016.

CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 252–264, 2014.

CAMPOS, G. W. de S. Mais médicos e a construção de uma política de pessoal para a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 54, p.641-642, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000300641>. Acesso em: 15 abr. 2018.

CARVALHO, C. L. et al. **Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde**. Belo Horizonte: Nescom, FM, UFMG, 2010. Disponível em:

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2443.pdf>>. Acesso em: 7 nov. 2016.

CARVALHO, M. S.; SOUSA, M. F. de. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos?. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.17, n.47, p. 913-926, 2013.

CARVALHO, V.; MARQUES, C.P.; SILVA, E. N. da. A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p.2773-2784, set. 2016.

COLLAR, J. M.; ALMEIDA NETO, J. B. de; FERLA, A. A. Formulação e impacto do Programa Mais Médicos na atenção e cuidado em saúde: contribuições iniciais e análise comparativa. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p.43-56, 2015. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/591/40>>. Acesso em: 1 nov. 2016.

COMES, Yamila et al. A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p.2729-2738, set. 2016.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde : desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 7–16, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/02.pdf>>. Acesso em: 1 nov. 2016.

DONABEDIAN, A. **Aspects of Medical Care Administration**. Cambridge: Haward University Press, 1973.

FAVERET, A. C. de S. C. (Org.). **Prontuários de bases de dados: Prontuários de bases de dados** : informação sistematizada para as contas de saúde do Brasil. Brasília: Ipea, 2009.

FRENK, J. Concept and measurement of accessibility. **Salud Pública de México**, Cuernavaca, v. 27, n. 5. P. 438-453, 1985. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/19080047_Concept_and_measurement_of_accessibility>. Acesso em: 10 mar. 2018.

GIOVANELLA, L. et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p.2697-2708, set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/1413-81232015219.16052016&pid=S1413-81232016000902697&pdf_path=csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2697.pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2018.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org). **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p. 177-198.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de. Atenção Primária à Saúde. In:

GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 493-545.

GIRARDI, S. N. et al. Índice de Escassez de Médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: PIERANTONI, C. R.; DAL POZ, M. R. FRANÇA, T. (Org.). **O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS, UERJ, ObservaRH, 2011. p. 171-186.

GIRARDI, Sábado Nicolau et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2675-2684, set. 2016.

GIRARDI, Sabado Nicolau et al . Scope of practice in Primary Care: physicians and nurses in five health regions in Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife , v. 17, supl. 1, p. S171-S184, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15198292017000600008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 maio 2018.

GONCALVES, R. J. et al . Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 382-392, Set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 nov. 2016.

GONÇALVES, R. F. et al. Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p.2815-2824, set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902815&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 fev. 2018.

GUARDA, F. R. B. **Perfil sócio-demográfico e motivação dos médicos que compõem equipes de Saúde da Família na Região Metropolitana do Recife**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

IPEA. **O Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS)**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf>. Acesso em: 7 nov. 2016.

JESUS, W. L. A. DE; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 161–170, 2010.

KEMPER, E. S.; MENDONÇA, A. V. M. ; SOUSA, M. F. de. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p.2785-2796, set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902785&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 4 dez. 2017.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p.867-874, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

LIMA, R. T. de S. et al. A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p.2685-2696, set. 2016.

MACIEL FILHO, R. **Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro**. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

MERHY, E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECILIO, L. C. O. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 117-160.

MINAYO, M. C. de S. Técnicas de análise do material qualitativo. In: MINAYO, Maria C. de S. **O desafio do conhecimento**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. Cap. 11. p. 303-360.

MIRANDA, G. M. D. et al . A ampliação das equipes de saúde da família e o Programa Mais Médicos nos municípios brasileiros. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 131-145, abr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000100131&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 maio 2018.

NASCIMENTO, A. A. M. et al.. Regulação em Saúde: Aplicabilidade para Concretização do Pacto de Gestão do SUS. Curitiba. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba. v.14, n.2, p. 346-352, 2009.

NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. de A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p.1293-1311, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312012000400003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 maio 2018.

NORONHA, J. C. de. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 5, p. 847-849, maio, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000500003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 maio 2018.

OLIVEIRA, F. P. de et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, p. 623-634, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000300623&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 15 out. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Implementação do Programa “Mais Médicos” em Curitiba. Experiências inovadoras e lições aprendidas**. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/images/stories/GCC/estudo_mm.pdf?ua=1>. Acesso em: 10 nov. 2017.

PENTCHANSKY, D. B. A.; THOMAS, J. W. The concept of access definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, Philadelphia, v. 19, n. 2, p. 127-40, 1981. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/pdf/3764310.pdf?seq=1#page_scan_tab_contents>. Acesso em 7 fev. 2018.

PERNAMBUCO, Secretaria Estadual de Saúde. **Mapa das regiões de saúde do Estado de Pernambuco**, maio. 2018. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/gerencias-regionais-de-saude>>. Acesso em 5 fev. 2018.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises**. Brasília, 2004. v. 2.

REIS, R. S. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 3321–3332, 2013.

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida et al. Regulação do trabalho médico no Brasil: impactos na Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1147-1166, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 maio 2018.

SANTOS, F. J. S. dos. **O programa mais médicos: uma avaliação do impacto sobre indicadores de saúde do Brasil**. 2017. Tese (Doutorado em Administração) Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

SCHEFFER, M.; BIANCARELLI, A.; CASSENOTE, A. **Pesquisa Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina de São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index10/?numero=15&edicao=4278>>. Acesso em: 12 maio 2018.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo, FMUSP, CFM, Cremesp, 2018.

STARFIELD, B. **Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Ministério da Saúde, 2002.

SILVA, S. A. da; BAITILO, T. C.; FRACOLLI, L. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 5, p.979-987, out. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000500979&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 18 mar 2018.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilibrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília : UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.

STRALEN, A. C. S. V. et al . Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 147-172, jan. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000100147&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 maio 2018.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p.331-340, fev. 2007.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 dez. 2017.

VUORI, H. Health for all, primary health care and general practitioners. **Journal of The Royal College of General Practitioners**, London, n. 36, p. 398-402, 1986. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC190528/page=1>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

APÊNDICE A - ORIENTAÇÕES PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO NAS UNIDADES DE SAÚDE



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
EM SAÚDE PÚBLICA



ORIENTAÇÕES PARA APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

Prezado (a) entrevistador (a),

Este questionário é parte integrante da pesquisa: **“Projeto Mais Médicos para o Brasil: uma avaliação do acesso à Atenção Primária em Pernambuco”**, desenvolvida pela mestrandia Bárbara Pinto Andrade de Souza, sob orientação da Prof^a Paulette Cavalcanti Albuquerque.

Desde já, gostaríamos de **agradecer pela valiosíssima colaboração** ao se dispor a aplicar este questionário nas equipes dos municípios visitados. Este apoio é fundamental para que consigamos atingir os objetivos da pesquisa, que é avaliar as contribuições do Projeto Mais Médicos (PMMB) para a ampliação do acesso à atenção primária em Pernambuco.

Para aplicação do instrumento, deverão ser seguidas as orientações abaixo:

- ✓ Ao chegar na unidade básica de saúde (UBS) selecionada, apresente-se à equipe presente e faça um breve relato dos objetivos da pesquisa.
- ✓ Proceda a escolha das pessoas a serem entrevistadas nos perfis abaixo:
 - **Escolha do profissional:** deve ser entrevistado o (a) enfermeiro (a) ou o (a) técnico (a) de enfermagem da equipe de saúde da família composta pelo (a) médico (a) _____, do PMMB. Na ausência destes dois profissionais, deverá ser realizado um sorteio entre os membros da equipe presentes.
 - **Escolha do usuário:** deve ser entrevistado um (a) usuário (a) escolhido aleatoriamente nas dependências da unidade básica de saúde (UBS), de preferência, usuário (a) que já tenha sido atendido ao menos duas vezes pelo (a) médico (a) acima citado (a). Você deve perguntar ao usuário escolhido se já foi e quantas vezes foi atendido pelo médico. Se não houver usuários com essa condição na UBS, pedir indicação aos Agentes Comunitários de Saúde, ou outros membros da equipe, de usuário que morem próximos à unidade.
- ✓ Faça a entrevista em local reservado, evitando constrangimentos e exposição.
- ✓ Explique aos entrevistados o objetivo da pesquisa.
- ✓ Entregue, leia e solicite a assinatura do **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**, anexado a este documento, de acordo com o perfil do entrevistado: profissional ou usuário.

- ✓ Uma cópia do TCLE deve ser entregue ao entrevistado e a outra cópia deve ser devolvida juntamente com os questionário à pesquisadora.
- ✓ Só inicie a entrevista após a assinatura do TCLE.
- ✓ Os questionários deverão ser respondidos apenas pelos entrevistados.
- ✓ As respostas estão identificadas por números e deverão ser assinaladas com um "X", exceto aquelas em que haja linhas para resposta discursiva ou numérica.
- ✓ Na ausência de uma opção plausível para a resposta do entrevistado, anote a opção de resposta que você considere a mais coerente e descreva a resposta recebida.
- ✓ Caso ocorram rasuras, não se preocupe. Escreva a resposta legível ao lado ou use setas indicativas.
- ✓ Ao finalizar o questionário, verifique se todas as questões foram respondidas.
- ✓ As consultas em documentos, guias, manuais, computador ou outros locais são permitidas e devem ser encorajadas.

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO APLICADO JUNTO AOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO
SENSU EM SAÚDE PÚBLICA



ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM **PROFISSIONAL** DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Município: _____
Nome da Unidade: _____
Número do questionário: _____ Data de preenchimento: ___/___/_____
Responsável pelo preenchimento: _____

PERFIL DO PROFISSIONAL	
1	Data de nascimento: _____
2	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
3	Escolaridade: <input type="checkbox"/> Fundamental <input type="checkbox"/> Ensino médio <input type="checkbox"/> Ensino superior <input type="checkbox"/> Pós-graduação
4	Categoria profissional: <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Técnico de enfermagem <input type="checkbox"/> Cirurgião dentista <input type="checkbox"/> Agente Comunitário de Saúde <input type="checkbox"/> Técnico em saúde bucal <input type="checkbox"/> Outro: _____
5	Tempo de atuação na unidade (em anos): _____ anos

DIMENSÃO ECONÔMICO-SOCIAL	
6	A equipe possui/recebe medicamentos da farmácia básica suficientes para atender a sua população? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não recebe medicamentos
7	Os usuários têm custos adicionais em decorrência do atendimento na unidade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8	Quais? <input type="checkbox"/> Exames <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Consultas com especialistas <input type="checkbox"/> Outro: _____

DIMENSÃO ORGANIZACIONAL	
9	Qual o número de pessoas sob responsabilidade da equipe? _____ pessoas
10	Existe definição da área de abrangência da equipe? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu
11	A unidade funciona cinco dias na semana? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
12	Em quais dias? <input type="checkbox"/> Segunda <input type="checkbox"/> Terça <input type="checkbox"/> Quarta <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Sexta <input type="checkbox"/> Sábado

13	Entre as opções que vou ler, responda em quais períodos e dias esta unidade de saúde funciona.	Manhã
		Tarde
		Noite
		Sábados
14	O médico está presente na unidade de saúde ou em atividades no bairro durante os horários de funcionamento da unidade de saúde?	Sim
		Não
15	Nas situações em que não seja o caso de agendar no dia e o usuário não faça parte de algum grupo que possui atendimento programado na unidade de saúde, ele consegue sair com a consulta marcada?	Sim
		Não
16	Quanto tempo ele normalmente espera por esta consulta?	Dias
17	Com que frequência os profissionais de atenção básica entram em contato com especialistas para trocar informações sobre os seus pacientes encaminhados?	Sempre
		Sim, algumas vezes.
		Nunca
18	Com que frequência os especialistas entram em contato com os profissionais de atenção básica para trocar informações sobre os pacientes encaminhados?	Sempre
		Sim, algumas vezes.
		Nunca

DIMENSÃO TÉCNICA		
19	A equipe realiza atendimento de urgência e emergência nesta unidade de saúde?	Sim
		Não
		Não sabe / não respondeu
20	Quais atendimentos de urgência já foram realizados?	
21	A equipe de atenção básica realiza procedimentos/pequenas cirurgias na unidade de saúde?	Sim
		Não
22	A equipe de atenção básica realiza os seguintes procedimentos/pequenas cirurgias na unidade de saúde?	Drenagem de abscesso
		Sutura de ferimentos
		Retirada de pontos
		Lavagem de ouvido
		Extração de unha
		Nebulização/inalação
		Curativos
		Medicações injetáveis
		Medicações injetáveis endovenosas
		Outros
Nenhum dos anteriores		
23	A equipe realiza coleta de material para exames de laboratório?	Sim
		Não
		Não sabe / não respondeu
24	A equipe realiza visita domiciliar?	Sim
		Não
25	Quais profissionais da equipe realizam cuidado domiciliar?	Médico
		Enfermeiro
		Técnico/auxiliar de enfermagem
		Cirurgião-dentista
		Técnico/auxiliar de saúde bucal
		Nenhuma das anteriores

26	Está implantado o acolhimento na unidade de saúde?	Sim
		Não
		Não sabe / não respondeu
27	Em quais turnos é feito o acolhimento?	Manhã
		Tarde
		Noite
28	Com que frequência acontece o acolhimento?	Um dia por semana
		Dois dias por semana
		Três dias por semana
		Quatro dias por semana
		Cinco dias por semana
		Mais de cinco dias por semana
29	Quais profissionais participam do acolhimento?	Médico
		Enfermeiro
		Cirurgião-dentista
		Técnico de enfermagem
		Auxiliar de enfermagem
		Técnico em saúde bucal
		Auxiliar em saúde bucal
		Agente comunitário de saúde
		Outros:
		Nenhuma das anteriores
30	A agenda da equipe está organizada para ofertar atividades comunitárias e/ou grupos de educação em saúde?	Sim
		Não
		Não sabe / não respondeu
31	Para quais grupos e situações a equipe programa ofertas?	Prevenção e acompanhamento de câncer do colo
		Prevenção e acompanhamento do câncer de mama
		Prevenção e acompanhamento do câncer de boca
		Planejamento familiar
		Pré-natal
		Crescimento e desenvolvimento da criança
		Usuários com hipertensão arterial sistêmica
		Usuários com Diabetes mellitus
		Problemas relacionados à saúde mental
		Problemas respiratórios crônicos
		Obesidade
		Violência familiar
		Outros:
32	A equipe de atenção básica realiza reunião de equipe?	Sim
		Não
		Não sabe / não respondeu
33	Quais profissionais participam de reunião de equipe?	Médico
		Enfermeiro
		Cirurgião-dentista
		Auxiliar/técnico de enfermagem
		Auxiliar/técnico de Saúde Bucal
		ACS

DIMENSÃO SIMBÓLICA		
31	A equipe considera a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho?	Sim
		Não
32	A equipe dispõe de canais de comunicação que permitem aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões na atenção básica?	Sim
		Não
22	Os usuários costumam entender as orientações	Sim

33	fornecidas pelo médico?		Não
34	Numa escala de 0 a 10, o quão satisfeito está com o médico da equipe?		1
			2
			3
			4
			5
			6
			7
			8
			9
			10
35	Há algo que não foi perguntado e que gostaria de dizer?		

SOUZA, B.P.A; ALBUQUERQUE, P.C.

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO APLICADO JUNTO AOS USUÁRIOS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO
SENSU EM SAÚDE PÚBLICA



ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM **USUÁRIO** DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Município: _____
Nome da Unidade: _____
Número do questionário: _____ Data de preenchimento: __/__/____
Responsável pelo preenchimento: _____

PERFIL DO USUÁRIO	
1	Data de nascimento: _____
2	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
3	Escolaridade: <input type="checkbox"/> Analfabeto ou menos de 1 ano de estudo <input type="checkbox"/> Elementar <input type="checkbox"/> Fundamental <input type="checkbox"/> Ensino médio <input type="checkbox"/> Ensino superior <input type="checkbox"/> Não sabe
4	Reside na área da unidade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe

DIMENSÃO ECONÔMICO-SOCIAL	
5	Qual a distância da sua casa até esta unidade de saúde? _____ metros
6	Quando o profissional receita um remédio, a medicação está disponível nesta unidade? <input type="checkbox"/> Sim, sempre <input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes <input type="checkbox"/> Esta unidade não entrega medicamento <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu
7	O senhor tem custos econômicos decorrentes do atendimento nesta unidade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8	Quais? <input type="checkbox"/> Exames <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Consultas com especialistas <input type="checkbox"/> Outro _____

DIMENSÃO ORGANIZACIONAL	
9	Quando tem uma necessidade de saúde, onde costuma buscar atendimento? <input type="checkbox"/> Esta unidade básica <input type="checkbox"/> Outra unidade básica <input type="checkbox"/> Ambulatório de hospital público <input type="checkbox"/> Policlínica pública <input type="checkbox"/> Pronto-socorro ou emergência <input type="checkbox"/> Consultório particular/credenciado ao plano de

10	A unidade funciona cinco dias na semana?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
11	Entre as opções que vou ler, responda em quais períodos e dias esta unidade de saúde funciona.	Manhã
		Tarde
		Noite
		Sábados
		Não sabe/não respondeu
		Nenhuma das anteriores
12	Até que horas a unidade de saúde funciona todos os dias?	horas
		Não há horário fixo todos os dias
		Não sabe/não respondeu
13	O médico está presente na unidade de saúde ou em atividades no bairro durante os horários de funcionamento da unidade de saúde?	Sim
		Não
		Não sabe/não informou
14	Quando o senhor consegue marcar consulta, normalmente é para o mesmo dia?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
15	Na maioria das vezes, como o senhor faz para marcar consulta na unidade de saúde?	Marca por telefone
		Vai à unidade e marca o atendimento a qualquer
		Vai à unidade, mas tem que pegar ficha
		Vai à unidade e, para pegar ficha, é necessário pegar fila na unidade de saúde
		O agente comunitário de saúde marca a consulta
		Não faz marcação nesta unidade
		Outros
16	Quando o senhor precisa, os profissionais da equipe conseguem marcar uma consulta com outros profissionais ou especialistas?	Sim, sempre
		Sim, algumas vezes
		Não
		Nunca precisou
		Não sabe/não respondeu
17	Depois que o senhor foi atendido por outros profissionais fora desta unidade de saúde, a equipe conversou com o senhor sobre este atendimento?	Sim, sempre
		Sim, algumas vezes
		Não

DIMENSÃO TÉCNICA

18	Na maioria das vezes que o senhor vem à unidade de saúde sem ter hora marcada para resolver qualquer problema, consegue ser escutado?	Sim
		Não
		Nunca precisou ir à unidade sem hora marcada
		Não sabe/não respondeu
19	Quais são os profissionais que lhe escutam?	Médico
		Enfermeiro
		Cirurgião-dentista
		Técnico/auxiliar de enfermagem ou de saúde bucal
		Agente comunitário de saúde
		Vigilante
		Recepcionista
		Outros
20	Na última vez que o senhor teve um problema de saúde que considerou como urgência, o senhor	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu

20	Quando a saúde que considerou como urgência, o senhor procurou atendimento?	<input type="checkbox"/> Não teve problema de urgência <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu/não lembra
21	Onde o senhor procurou atendimento?	<input type="checkbox"/> Nesta unidade de saúde <input type="checkbox"/> Em outra unidade de saúde <input type="checkbox"/> Hospital público <input type="checkbox"/> Hospital particular <input type="checkbox"/> Consultório particular / clínica particular <input type="checkbox"/> Pronto-atendimento 24 horas <input type="checkbox"/> Pronto-socorro 24 horas <input type="checkbox"/> Policlínica <input type="checkbox"/> Outros
22	O senhor conseguiu ser atendido nesta unidade de saúde na mesma hora, sem consulta marcada?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
23	Quanto tempo esperou para ser atendido?	<input type="text"/> minutos <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Auxiliar/técnico de enfermagem <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu <input type="checkbox"/> Outro
24	Por que não procurou esta unidade de saúde para este atendimento?	<input type="checkbox"/> Porque precisa chegar cedo <input type="checkbox"/> Porque precisa pegar ficha <input type="checkbox"/> Porque não atende sem consulta marcada <input type="checkbox"/> Porque não tem profissional na unidade <input type="checkbox"/> Porque não atende à urgência <input type="checkbox"/> Porque a unidade estava fechada no momento da <input type="checkbox"/> Outros
25	Se já precisou, o senhor conseguiu fazer algum destes procedimentos nesta unidade de saúde?	<input type="checkbox"/> Sim () Não - Retirar um abscesso (furúnculo) <input type="checkbox"/> Sim () Não - Extrair uma unha <input type="checkbox"/> Sim () Não - Retirar "corpo estranho" do ouvido <input type="checkbox"/> Sim () Não - Fazer sutura (dar ponto) <input type="checkbox"/> Sim () Não - Fazer curativo novo <input type="checkbox"/> Sim () Não - Extrair (retirar) dente <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu/não lembra

DIMENSÃO SIMBÓLICA		
26	Durante o atendimento nesta unidade de saúde, o médico deixa tempo suficiente para o senhor falar sobre suas preocupações e problemas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Nunca fui atendido por este profissional <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu
27	Na maioria das vezes, quanto tempo demora uma consulta?	<input type="text"/> minutos
28	Nessa unidade de saúde, o senhor é atendido pelo mesmo médico:	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Quase nunca <input type="checkbox"/> Nunca
29	Qual o nome do médico?	_____
30	Os profissionais dessa unidade lhe chamam pelo nome?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sempre

31	Quando o senhor precisa tirar dúvidas após as consultas tem facilidade para falar com os profissionais que lhe atenderam?	Na maioria das vezes
		Quase nunca
		Nunca
		Não precisou tirar dúvidas
		Não sabe/não respondeu
32	Na sua opinião, o cuidado que o senhor recebe da equipe de saúde é:	Muito bom
		Bom
		Regular
		Ruim
		Muito ruim
33	Caso o senhor tivesse a opção, mudaria de equipe ou unidade de saúde?	Sim
		Não
34	Por que o senhor mudaria de unidade ou de equipe de saúde?	A unidade é distante da casa do usuário
		Horário de atendimento não atende às necessidades
		Porque não consegue atendimento
		É mal atendido
		Os profissionais de outra unidade que conhece são melhores
		Outros
35	De zero a dez, qual nota o senhor atribui a sua satisfação com o cuidado recebido na unidade?	
		Não sabe/não respondeu
36	De zero a dez, qual nota o senhor atribui a sua satisfação com o médico da equipe?	
		Não sabe/não respondeu
37	Há algo que não foi perguntado e que o senhor gostaria de dizer?	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE


SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE
GERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Recife, 19 de junho de 2017

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente da realização da pesquisa: **PROJETO MAIS MÉDICO PARA O BRASIL: UMA AVALIAÇÃO DA AMPLIAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM PERNAMBUCO**, da pesquisadora: **Bárbara Pinto Andrade de Souza**, aluna do curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública, da FIOCRU – Fundação Oswaldo Cruz Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, sob a orientação da Professora Paulette Cavalcanti Albuquerque, nas dependências da Secretaria Executiva de Atenção à Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde/PE, e afirmo que esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, condicionada à aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Sendo assim autorizo sua execução, desde que a mesma cumpra com os requisitos da Res. CNS 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins de pesquisa

J. Siqueira
Juliana Siqueira
Diretora Geral de Educação na Saúde
Matrícula nº 3.975-4

Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519 – Bongí – Recife – PE
CEP: 50.751-530 - Fone: 3184-0031/ 3184-0032/ 3184-0033

ANEXO B - PARECER DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)



FIOCRUZ/ CPQAM - CENTRO
DE PESQUISAS AGGEU
MAGALHÃES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Projeto Mais Médicos para o Brasil: uma avaliação do acesso à Atenção Primária em Pernambuco

Pesquisador: BARBARA PINTO ANDRADE DE SOUZA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 70463317.2.0000.5190

Instituição Proponente: FIOCRUZ - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.226.696

Apresentação do Projeto:

Projeto de Dissertação apresentado ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Departamento de Saúde Coletiva. Este projeto tem por objetivo avaliar se o Projeto Mais Médicos para o Brasil, eixo de provimento emergencial do Programa Mais Médicos, contribuiu para a ampliação do acesso aos serviços de Atenção Primária em Pernambuco, estando de acordo com o seu objetivo prioritário do Projeto, o fortalecimento da Atenção Primária.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a contribuição do Projeto Mais Médicos para o Brasil na ampliação do acesso aos cuidados na Atenção Primária à Saúde em Pernambuco.

Objetivo Secundário:

1. Caracterizar o provimento do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) no Estado de Pernambuco;
2. Estimar a proporção de unidades com alterações na estrutura física em Pernambuco atendidas pelo PMMB;
3. Dimensionar o acesso à Atenção Primária em Saúde nas áreas atendidas pelo PMMB, em seus aspectos organizacional, técnico e simbólico ;

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.670-420

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2101-2639

Fax: (81)2101-2639

E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br



**FIOCRUZ/ CPQAM - CENTRO
DE PESQUISAS AGGEU
MAGALHÃES**



Continuação do Parecer: 2.226.696

4. Comparar indicadores de resultado nas áreas adscritas às equipes com profissionais do PMMB antes e após implantação do projeto;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Durante o desenvolvimento da pesquisa os riscos para os participantes são de constrangimento ou exposição pelas informações prestadas à pesquisa. Na tentativa de minimizar esses riscos, será garantido o máximo sigilo sobre a identidade dos participantes e o conteúdo das informações prestadas serão utilizadas exclusivamente para os fins da pesquisa.

Benefícios:

Os benefícios inerentes à participação na pesquisa são relativos à possibilidade de contribuir para o aprimoramento do programa e do modelo de Atenção Primária em Pernambuco.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com objetivos claros e considerada relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os documentos e declarações exigidas pelo sistema CEP/CONEP.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O referido projeto, nesta versão, apresenta todas as informações necessárias para compreensão do estudo. Foram também apresentadas todas as declarações e demais documentações exigidas pelo sistema CEP/CONEP conforme preconiza a RES. CNS 466/12 e suas complementares.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-420
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 **Fax:** (81)2101-2639 **E-mail:** comiteetica@cpqam.fiocruz.br



FIOCRUZ/ CPQAM - CENTRO
DE PESQUISAS AGGEU
MAGALHÃES



Continuação do Parecer: 2.226.696

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_940263.pdf	26/07/2017 15:45:47		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Compromisso_CEP.pdf	26/07/2017 15:45:12	BARBARA PINTO ANDRADE DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CORRIGIDO_Usuarios.pdf	26/07/2017 15:43:27	BARBARA PINTO ANDRADE DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CORRIGIDO_Profissionais.pdf	26/07/2017 15:42:54	BARBARA PINTO ANDRADE DE SOUZA	Aceito
Outros	CARTA_DE_RESPOSTA_AS_PENDENCIAS.pdf	26/07/2017 15:42:20	BARBARA PINTO ANDRADE DE SOUZA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	21/06/2017 11:51:29	BARBARA PINTO ANDRADE DE SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_pesquisa.pdf	20/06/2017 19:31:59	BARBARA PINTO ANDRADE DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Carta_ANUENCIA.pdf	20/06/2017 19:17:10	BARBARA PINTO ANDRADE DE SOUZA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 18 de Agosto de 2017

Assinado por:
Janaina Campos de Miranda
(Coordenador)

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-420
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 **Fax:** (81)2101-2639 **E-mail:** comiteetica@cpqam.fiocruz.br