

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Diego Ferreira Lima Silva

O Programa Mais Médicos no Amazonas: um olhar sobre a força de trabalho médica e a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde.

Rio de Janeiro

2017

Diego Ferreira Lima Silva

O Programa Mais Médicos no Amazonas: um olhar sobre a força de trabalho médica e a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Orientadora: Maria Helena Machado

Rio de Janeiro

2017

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

S586p Silva, Diego Ferreira Lima.
O Programa Mais Médicos no Amazonas: um olhar sobre a
força de trabalho médica e a infraestrutura das Unidades
Básicas de Saúde / Diego Ferreira Lima Silva. -- 2017.
87 f. ; tab. ; graf. ; mapas

Orientadora: Maria Helena Machado.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Atenção Primária à Saúde.
3. Médicos de Atenção Primária. 4. Distribuição de Médicos.
5. Programas Nacionais de Saúde. 6. Sistema Único de Saúde.
I. Título.

CDD – 22.ed. – 610.6952098113

Diego Ferreira Lima Silva

O Programa Mais Médicos no Amazonas: um olhar sobre a força de trabalho médica e a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Aprovada em 28 de março de 2017.

Banca Examinadora

Dr^a. Monica Wermelinger
Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ

Dr^a. Maria Ruth dos Santos
Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA

Dr^a. Maria Helena Machado (orientadora)
Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2017

À minha Mãe Naide, Meu Pai Edson, e irmãos Diogo e Raphael, toda reverência.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente gostaria de registrar o meu sentimento de Gratidão ao leitor (a) dessa dissertação, o faço, pois na contemporaneidade é cada vez mais difícil que os olhos curiosos ultrapassem o título da maioria das publicações disponíveis, visto o grande volume de informações recebidas através dos olhos diariamente, especialmente daquelas, oriundas do “mundo tela” (música B. Negão), celulares, *tablets*, computadores, assim dedico o meu primeiro parágrafo de agradecimentos a você leitor (a).

Continuando, agradeço a minha família, mãe, pai e irmãos, tios e tias e familiares mais distantes, pois sei que todas e todos vibrarão com a finalização dessa etapa, pois esse título não é corriqueiro entre nós, configurando esta, uma conquista a ser compartilhada por toda nossa família.

Inicialmente pelo respeito, paciência e carinho com os quais sempre me tratou, agradeço a minha Orientadora Professora Maria Helena, que nos momentos difíceis desses dois anos agiu com a simplicidade e honestidade que lhe são marcantes e soube conduzir esse processo de maneira harmônica e responsável.

Não poderia deixar de agradecer a todos os profissionais do Programa Mais Médicos, e companheiros do Ministério da Saúde, citando aqui Antônio, Guapo, Douglas, Lia, Gal, Evellin, Erikinha, Marcílio, Maria Lia, Dudu, Ana Emília, Carol, Cesar, Luciana, Dorinha, Kyzze, Aristides, Liu, Felipe Proenço, Heider, Tim, todas e todos com quem tive a oportunidade de trabalhar e aprender sobre construir um sistema de saúde para todos os brasileiros e brasileiras.

Gostaria de agradecer a essa casa ENSP, Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ, aos professores e funcionários, em especial as Professoras Vera, Cristiani, e Kalu. Aos colegas de turma com quem pude compartilhar desse momento tão rico quanto difícil, Cleiber, Cassiano, Analice, Clarice, Maria Fernanda, Marina, Thais, Stefânia e Gustavo.

Por fim não poderia deixar de registrar minha gratidão e reverência ao meu amigo/irmão Marcelo Pedra que foi fundamental para que eu pudesse passar por esse mestrado, me cedendo não só o teto como o afeto da família Pedra, gratidão irmão.

“Disse o velho Orixá pra Oxalá pra não temer, temer, temer, desses tempos verdadeiros
tempos maus”
Otto

RESUMO

Com o aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família – ESF – ao longo dos anos, especialmente nos municípios em regiões com maiores desigualdades socioeconômicas, a ESF consolidou-se como estratégia prioritária de organização de Atenção Básica. Deste modo, a ESF ampliou de forma significativa a distribuição dos médicos pelo território nacional e constitui um dos exemplos mais bem sucedidos de expansão da cobertura de médicos no território nacional. No entanto a escassez de profissionais de saúde, em especial do profissional médico, faz-se evidente em nosso país. O Programa Mais Médicos foi lançado em 2013, como mais uma estratégia a fim de consolidar a Atenção Básica, atuando em 3 grandes eixos: (1) Provimento emergencial de médicos na Atenção Básica; (2) Ampliação e qualificação da formação médica; e (3) Ampliação e melhoria da infraestrutura na Rede Básica. Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo avaliar o PMM a partir do componente “ampliação e melhorias da infraestrutura da Rede Básica do SUS”. Esta avaliação foi feita por meio da análise das condições de infraestrutura de Unidades Básicas de Saúde com médicos do PMM no estado do Amazonas, tendo como fonte principal os dados secundários obtidos através do relatório de primeira visita de supervisão disponível no Webportfólio-UNASUS. Os resultados obtidos nesta pesquisa nos permitem registrar que o Amazonas apresentava no período do estudo, 435 médicos, 2,9% do total de vagas ativas do PMM, distribuídos em 61 municípios, ao longo de 6 ciclos, elevando o número de equipes implantadas em 27%. O estudo nos mostra que 91,5% desses médicos são intercambistas, de 16 nacionalidades, sendo 80,7% Cubanos, predominantemente do sexo masculino, 57%, com reconhecida experiência. Entre os supervisores foram contabilizados 39 profissionais, predominantemente homens (69,2%), 66% apresentam pós-graduação, com destaque a Residência de Família e Comunidade, em grande maioria residentes na capital Manaus. Quanto à *estrutura física*, observou-se que 80,87%, das UBSs apresentaram avaliação por parte dos médicos do PMM como “adequada”. Quanto aos *materiais e recursos*, observamos uma média 45% de quantidade e qualidade “adequadas”, melhor avaliação, onde 14 das 26 variáveis analisadas nessa dimensão apresentam-se acima da média. Em relação aos *medicamentos*, observa-se 46% classificações como “quantidade e abastecimento regular”, no qual visualizamos que 7 das 10 variáveis estão acima dessa média. Pudemos também evidenciar que as regiões Médio Amazonas, Triângulo e Juruá concentraram melhores avaliações ao longo das variáveis analisadas.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família. Atenção Básica. Programa Mais Médicos. Fixação profissional.

ABSTRACT

The increase in the coverage of the Family Health Strategy (ESF, initials in portuguese) over the years, especially in regions with greater socioeconomic inequalities in Brazilian municipalities, has consolidated FHS as a priority strategy for the organization of Primary Health Care. Thus, the FHS has significantly contributed to the expansion of the distribution of physicians across the Brazilian territory and is one of the most successful examples of expanding coverage of physicians in the national territory. However, the shortage of health professionals, especially physicians, is evident in our country. The “Mais Médicos Program” (PMM, initials in Portuguese) was launched in 2013 and is another strategy to consolidate Primary Health Care to address three main axes: (1) Provide doctors immediately in Primary Health Care; (2) Expansion and qualification in medical training; and (3) Expansion and improvement of the infrastructure of the Primary Health Care System. In this sense, the present study had the objective to evaluate the MMP from the component "expansion and improvements of the SUS Primary Health Care System infrastructure". This evaluation was produced through the analysis of the infrastructure conditions of the Primary Health Unit (UBS, initials in portuguese) that holds physicians from the MMP in the state of Amazonas. The main source used in the analysis was the secondary data obtained through the report of the first supervision visit available in the Web-UNASUS website. The results obtained in this study allowed us to register that Amazonas had 435 physicians, 2.9% of the total number of active posts in the PMM, that were distributed in 61 municipalities during 6 cycles, increasing in 27% the number of Family Health Teams established. The research also showed that 91.5% of these doctors were exchange professionals, from 16 nationalities, with 80.7% Cubans, predominantly male, 57%, with recognized experience. There were counted 39 supervisors, predominantly men (69.2%), and 66% of them held a postgraduate degree, especially in Family and Community Residency, most of them live in the capital Manaus. Regarding “physical structure”, it was observed that 80.87% of the Primary Health Units presented an evaluation as "adequate " by MMP physicians. In relation to “materials and resources”, it was observed that for quantity and quality an average of 45% were evaluated as "adequate", which was the best evaluation, since that 14 of the 26 variables analyzed in this dimension were above average. As to “medicines”, 46% evaluated "quantity and supply" as regular, in which we observed that 7 of the 10 variables were above this average. We could also present that the regions of Médio Amazonas, Triângulo and Juruá gather the best evaluations for the analyzed variables.

Keywords: Family Health Strategy. Primary Care. Mais Médicos Program. Settling in professionals

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Proporção Médico/mil hab. no Brasil	24
Figura 2 –	Regiões de Saúde do Amazonas	46
Quadro 1 –	Caracterização geral dos médicos do PMM – Brasil, 2015	37
Quadro 2 –	Caracterização geral dos supervisores do PMM – Brasil, 2015	39
Quadro 3 –	Síntese Infraestrutura PMM - Amazonas, 2015	71

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Postos de trabalhos gerados x médicos formados.....	25
Gráfico 2 –	Número de propostas aprovadas para reformas, ampliações e construções.....	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Nível de infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde avaliadas pelo Censo PMAQ (2012) e alocação dos médicos do Programa Mais Médicos por região geográfica, Brasil 2014	28
Tabela 2 –	Médicos por mil habitantes	34
Tabela 3 –	População Amazonas segundo área de domicílio e sexo	45
Tabela 4 –	População Amazonas segundo faixa etária	45
Tabela 5 –	Regiões de Saúde segundo município e população	46
Tabela 6 –	Médicos do PMM segundo perfil de adesão – Amazonas	47
Tabela 7 –	Médicos do PMM segundo sexo – Amazonas	48
Tabela 8 –	Médicos do PMM segundo nacionalidade – Amazonas	49
Tabela 9 –	Médicos do PMM segundo faixa etária – Amazonas.....	50
Tabela 10 –	Médicos do PMM segundo tempo de formado - Amazonas	50
Tabela 11 –	Médicos do PMM segundo município de alocação – Amazonas	52
Tabela 12 –	Alocação dos médicos do PMM segundo Região de Saúde	54
Tabela 13 –	Médicos do PMM segundo ciclo de entrada – Amazonas	54
Tabela 14 –	Médicos supervisores do PMM segundo sexo – Amazonas	55
Tabela 15 –	Médicos supervisores do PMM segundo faixa etária- Amazonas	55
Tabela 16 –	Médicos supervisores do PMM segundo titulação – Amazonas.....	56
Tabela 17 –	Médicos supervisores do PMM segundo especialidade – Amazonas.....	56
Tabela 18 –	Médicos Supervisores do PMM segundo local residência – Amazonas.	57
Tabela 19 –	Estrutura das UBS do PMM- Amazonas	59
Tabela 20 –	Avaliação da UBS do PMM segundo região de Saúde do Amazonas	60
Tabela 21 –	Avaliação da Ambiência das UBS do PMM – Amazonas	60
Tabela 22 –	Avaliação Infraestrutura Assistencial das UBS do PMM – Amazonas...	61
Tabela 23 –	Avaliação Ambientes de uso coletivo das UBS do PMM – Amazonas ..	62
Tabela 24 –	Avaliação Materiais e recursos da Unidade Básica de Saúde – PMM Amazonas.....	63
Tabela 25 –	Avaliação Equipamentos e materiais da Unidade Básica de Saúde – PMM Amazonas.....	65

Tabela 26 – Avaliação Insumos de Assistência a Saúde da Unidade Básica – PMM Amazonas.....	66
Tabela 27 – Avaliação Equipamentos de Tecnologia da Informação da Unidade Básica de Saúde – PMM Amazonas	67
Tabela 28 – Avaliação Equipamentos de Urgência da Unidade Básica de Saúde – PMM Amazonas.....	67
Tabela 29 – Avaliação Medicamentos da Unidade Básica de Saúde – PMM Amazonas.....	69
Tabela 30 – Avaliação Medicamentos da Unidade Básica de Saúde 2 – PMM Amazonas.....	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
APS	Atenção Primária em Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRM	Conselho Regional de Medicina
CS	Centros de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DEPREPS	Departamento de Planejamento, Regulação e Provisão de Profissionais de Saúde
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituições de Ensino Superior
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
LAPA	Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NESCON	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção a Saúde
Requalifica	Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde

RH	Recursos Humanos
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SESAI	Subsecretaria Especial de Saúde Indígena
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	15
1	ATENÇÃO BÁSICA/PRIMÁRIA EM SAÚDE: HISTÓRIA E RETRATO	17
1.1	DESAFIOS NA IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E OS MÉDICOS	21
1.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA/BÁSICA E INFRAESTRUTURA	25
1.3	A AVALIAÇÃO, MELHORIA DA QUALIDADE E PROVIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA.....	29
2	O PROGRAMA MAIS MÉDICOS	32
2.1	INTRODUÇÃO	32
2.2	PERFIL DOS MÉDICOS PARTICIPANTES DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS - BRASIL	36
2.3	OS MÉDICOS SUPERVISORES	38
3	METODOLOGIA	40
4	O PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO ESTADO DO AMAZONAS	45
4.1	PERFIL DOS MÉDICOS DO PMM NO ESTADO DO AMAZONAS	47
4.2	PERFIL DOS MÉDICOS SUPERVISORES – AMAZONAS	55
5	INFRAESTRUTURA DAS UBSs do PMM – AMAZONAS	58
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
	REFERÊNCIAS	76
	ANEXO - RELATÓRIO DA PRIMEIRA VISITA DE SUPERVISÃO	80

APRESENTAÇÃO

O Programa Mais Médicos é lançado em 2013, pelo governo federal, a partir de uma série de reivindicações feitas pela sociedade naquele ano. Entre o seu anúncio em rede nacional pela Presidenta Dilma Rousseff e sua implementação, foi alvo de diversas manifestações, ora contra ora a favor, sobre seus possíveis resultados, mecanismos de recrutamento de profissionais, bem como sua efetividade frente aos desafios aos quais pretende atuar no Sistema Único de Saúde.

Como na vida de muitos brasileiros os serviços públicos de saúde de uma forma ou de outra sempre estiveram presentes, tendo então, nascido no período do antigo INAMPS, o Sistema Único de Saúde, torna-se realidade na minha vida desde sua regulamentação. No entanto, só a partir da atuação no movimento estudantil, em 2003, dei meus primeiros passos na direção de compreender o SUS, sistema potente o suficiente para, caso implementado na sua totalidade, provocar mudanças estruturais, capaz de redesenhar a sociedade no Brasil.

No mundo do trabalho desde 2008, a decisão veio rápido, trabalhar no, e para o Sistema Único de Saúde, no seu cotidiano e para sua implementação. Inicialmente atuando como fisioterapeuta de um serviço especializado em reabilitação, posteriormente, em 2011, compondo a gestão no estado de Pernambuco. Em 2012 aceitei o convite para atuar no Ministério da Saúde, inicialmente na Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência - DAPES/SAS/MS. Em 2013 passei a atuar na equipe gestora do Programa Mais Médicos (PMM) às vésperas de sua implantação, na Coordenação de Articulação Institucional – DEPREPS/SGTES/MS. Em 2014 atuei no Departamento de Atenção Básica – SAS/MS, retornando ao PMM como coordenador adjunto de Articulação Institucional - DEPREPS/SGTES/MS, entre 2015 e junho de 2016, quando encerrei minhas atividades nesse Ministério.

Assim, aqui, motivado a partir da bagagem dessa breve trajetória, pretendo com esse estudo interpretar, de forma acadêmica, aspectos do Programa Mais Médicos e da Política Nacional de Atenção Básica no Amazonas, estado da região norte que historicamente apresenta os menores índices de desenvolvimento do país e que, somada a condições geográficas peculiares, apresenta restrições importantes quanto à oferta em saúde e o provimento médico, tendo 61 dos 62 municípios aderidos ao PMM.

O Programa Mais Médicos, lançado em 2013 e cercado de muitas polêmicas, é indubitavelmente o programa de maior relevância para o SUS dos últimos 5 anos. Uma vez que o PMM tem, na sua concepção e prática, expansão, melhoria da qualidade e

resolutividade na Atenção Básica, cabe a nós, então, avalia-lo buscando identificar e descrever características de sua implementação, bem como avaliar a infraestrutura na Atenção Básica nos estado do Amazonas, construindo subsídios para seu aperfeiçoamento, bem como a consolidação desse Sistema Único de Saúde.

Este estudo teve como objetivo geral analisar o componente, “ampliação e melhorias da infraestrutura da Rede Básica do SUS” no âmbito do Programa Mais Médicos, através da análise das condições de infraestrutura de Unidades Básicas de Saúde no estado do Amazonas. Dessa forma, esta pesquisa descreveu o perfil sócio demográfico dos Médicos e Supervisores do PMM, bem como analisou as variáveis disponíveis no relatório de 1º visita e a infraestrutura das UBS com esF com médicos do PMM no estado do Amazonas. Tal estudo foi a base de nossa Dissertação de Mestrado, que ora apresentamos.

A presente Dissertação de Mestrado foi conformada da seguinte forma. No primeiro capítulo é feito um breve histórico e retrato da Atenção Básica no Brasil, contextualizando aspectos internacionais e sua de implementação no Brasil, discorrendo sobre seu percurso normativo, expansão e desafios.

No capítulo 2 buscou-se analisar os aspectos gerais do Programa Mais Médicos e traçar o Perfil dos médicos inseridos no PMM, bem como dos médicos supervisores, numa perspectiva nacional, descrevendo assim as características dos participantes do PMM, bem como sua distribuição pelo país.

Já o terceiro capítulo apresenta o caminho metodológico percorrido, apresentando as características do estudo, universo, coleta e tratamento de dados, banco de dados e variáveis utilizadas na pesquisa.

No capítulo 4 são apresentados os dados do PMM no estado do Amazonas, descrevendo os perfis dos médicos e supervisores do PMM do estado, bem como sua distribuição ao longo do território.

No capítulo 5 é apresentada uma análise da infraestrutura das UBSs onde os médicos do PMM no Amazonas atuam – em suas nove regiões de saúde – realizada a partir das variáveis disponíveis no relatório de 1º visita de supervisão, sendo analisadas e organizadas por grupos de afinidade.

Por fim no sexto e último capítulo, são apresentadas as considerações finais deste estudo.

Espera-se com esse estudo contribuir para avaliação crítica do PMM demonstrando sua importância para a população e constituição do Sistema Único de Saúde.

1 ATENÇÃO BÁSICA/PRIMÁRIA EM SAÚDE: HISTÓRIA E RETRATO

Uma vez que não há um consenso absoluto na comunidade acadêmica sobre a Atenção Básica e Primária em Saúde como conceitos sinônimos ou distintos, para fins dessa pesquisa, considera-se a interpretação dos autores que as tem como conceitos sinônimos.

Considerando as variações conceituais e de escopo das ações desenvolvidas na Atenção Primária em Saúde (APS), existe um relativo consenso de que as ações de APS estão direcionadas para resolver grande parte dos problemas de saúde apresentados pela população e, em geral, essas ações são desenvolvidas em serviços de saúde ambulatoriais não especializados, organizados para ofertar ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. As ações de APS são frequentemente reconhecidas como a base para a organização racional da oferta dos serviços no sistema de saúde e são o primeiro ponto para o acesso aos demais níveis assistenciais (GIOVANELLA, 2015).

No Relatório Dawson, produzido em 1920 para orientar a reforma do sistema de saúde inglês, considerado o precursor da organização sistêmica de saúde de base regionalizada, os ‘centros de saúde primários’ ocupavam a posição de primeiro contato articulado a um conjunto de serviços de saúde organizados em rede hierarquizada. Os ‘centros de saúde primários’ deveriam estar disponíveis para uma população definida territorialmente, ser dotados de ações de medicina curativa e preventiva, ter protagonismo dos médicos generalistas e da enfermagem, e contar com apoio de centros de saúde secundários com especialistas. Os ‘centros de saúde primários’ deveriam também variar de tamanho e complexidade, segundo localização na cidade ou no campo (OPAS, 1964).

A partir dos anos 1970, o debate sobre a Atenção Primária em Saúde se intensifica internacionalmente resultante dos questionamentos a respeito da organização da atenção à saúde, até então baseada em um modelo médico hegemônico especializado e intervencionista, com fragmentação da assistência e pouco impacto na melhoria da situação de saúde da população. Outro fator que impulsionou esse debate foi a lacuna existente entre o estado de saúde nos países desenvolvidos e naqueles em desenvolvimento, que chamava atenção para a desigualdade no acesso aos serviços de saúde (CASTRO; MACHADO, 2010).

Ainda na década de 1970, a Conferência de Alma-Ata foi um importante marco para conceituação da APS, pois influenciou a formulação de políticas de saúde em muitos países do mundo. A APS era concebida como serviço de primeiro nível de contato dos indivíduos, famílias e comunidade com o sistema de saúde. Por ser o primeiro elemento de um contínuo e integrado processo de atenção à saúde, deve estar localizada o mais próximo possível dos

lugares onde as pessoas vivem e trabalham. (UNICEF/BRASIL, 1979).

Segundo Paim et al (2011), a organização da Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil, bem como sua mais recente forma de concretização na forma da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), é fruto das experiências e dos conhecimentos acumulados de vários atores historicamente envolvidos com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde, tais como movimentos sociais, acadêmicos, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo, além da colaboração de indivíduos inseridos e comprometidos com Sistemas de Saúde de outros países.

A história da Atenção Básica no Brasil, naturalmente, tem seus registros primeiros à mesma época da criação das primeiras escolas médicas brasileiras. No entanto, sua organização sistêmica, moldada pela oferta de serviços visando o bem coletivo e individual data no início do século passado. À época, a assistência básica (ou cuidados básicos) era realizada por profissionais voluntários ou ligados a instituições beneficentes que tinham como finalidade principal prevenir doenças e agravos a saúde. Esta forma de organização ficou conhecida como Atenção Primária Seletiva e, além da abordagem quase que exclusivamente preventiva, era caracterizada também por possuir baixos custos aos mantenedores e por visar à população em situação de maior vulnerabilidade social (OMS, 2008).

De acordo com Mendes (2011), a evolução da organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil do século XX ocorreu em ciclos. Na década de 1940, com a criação do então Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), o país se inspira no modelo sanitarista americano e passa a adotar medidas intervencionistas verticais com foco na prevenção de doenças infecciosas. O ciclo seguinte, compreendido na década de 1960, é marcado pela participação dos estados na organização da APS, com reforço das ações no campo da saúde materna e infantil. Nos anos 1970, o país começa a mostrar alinhamento com movimentos internacionais que buscam ampliar o escopo da APS para além de seu modelo seletivo. Preocupados em ampliar o acesso à saúde pela população mais carente, as autoridades sanitárias brasileiras apostam na criação e crescimento de programas de interiorização de serviços, almejando ampliar a cobertura assistencial à população.

Internacionalmente a APS ou Atenção Básica (AB) tem, nas décadas de 1970 e 80, o seu período de destaque, tomando como referência o grau de importância adquirido nos discursos de governantes que objetivavam estruturar de forma qualificada os Sistemas de Saúde de seus países. Nesta época se intensificaram os questionamentos sobre sistemas baseados em modelos hegemonicamente centrados na especialização, no intervencionismo e numa fragmentação da assistência, que resultavam em um baixo impacto na melhoria da

saúde da população (OMS, 2008).

Em 1978, a Conferência de Alma-Ata tornou-se um marco na Saúde Global ao encaminhar uma Declaração que ficou conhecida em todo o mundo por assumir claramente uma posição de ênfase e valorização da APS (OPAS/OMS, 2011). Oito anos depois, a Carta de Ottawa, alicerçada em suas cinco estratégias para se alcançar a plena saúde, tornou-se outro marco que internacionalmente influenciou acadêmicos e *Policy makers* a valorizar a relevância do papel da Atenção Primária em Saúde em um contexto social mais amplo (HEIDMANN et al, 2006).

As duas décadas seguintes carregaram o vigor deste cenário e foram fortemente caracterizadas pela presença de organismos internacionais, bem como nos processos de reformas sanitárias disparados em diversos países, incluindo o Brasil. (CONILL, 2008; CAMPOS, 2010). No contexto brasileiro, a década de 1980 fora marcada pela relevância de iniciativas locais como, por exemplo, a criação do Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde (LAPA) por trabalhadores e acadêmicos de Campinas/SP engajados na Reforma Sanitária Brasileira e ligados ao Centro Brasileiro de Estudos em Saúde - CEBES. Esta produção acabou influenciando outras iniciativas em distintas cidades ao redor do Brasil, que buscaram construir alternativas de superação do modelo do INAMPS herdado após o processo de municipalização da saúde (CAMPOS, 1994; 2003).

Com a aprovação da Constituição de 1988, o Estado brasileiro passa a ser plenamente responsável por assegurar aos seus cidadãos e cidadãs o direito à saúde (BRASIL, 1990). Contrapondo-se ao modelo assistencial vigente até então no país, no qual apenas os trabalhadores formais e seus dependentes amparados pelo INAMPS tinham o direito de acessar serviços públicos de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) surge não somente na expressão constitucional de Saúde, enquanto um direito de todos e dever do Estado, como também ressalta princípios básicos que o fazem como um dos maiores sistemas públicos de Saúde no mundo (PAIM, 2008).

A década de 1990 foi marcada por importantes mudanças na política nacional de atenção primária à saúde e por grande investimento na ampliação do acesso à saúde. Pode-se dizer que tais transformações se relacionam tanto às mudanças no arranjo federativo instaurado após a Constituição de 1988 e ao processo de descentralização, como ao destaque assumido pela atenção primária à saúde na agenda setorial, principalmente a partir de meados da década de 1990 (CASTRO; MACHADO, 2010).

Ainda segundo Castro e Machado (2010) em relação ao primeiro aspecto, o novo arranjo federativo na saúde compreendeu avanços no movimento de descentralização político

administrativa, com ênfase na municipalização; o estabelecimento de novos mecanismos de financiamento; e a progressiva transferência de responsabilidades pela execução direta de ações e serviços de saúde a estados e, principalmente, a municípios, com destaque para os ambulatoriais. No entanto, grande parte dos municípios no país é de pequeno porte, com pequena base econômica de sustentação e, portanto, dependente de transferências intergovernamentais. Em muitos deles não havia sequer uma base técnica local para formular e implementar políticas de saúde no âmbito municipal ou mesmo assumir a gestão da rede de serviços de saúde municipal, nos casos onde havia serviços de saúde.

Em 2006, ocorre a primeira publicação de uma Política Pública voltada nominalmente à Atenção Básica. A Portaria 648/GM de 28 de Março de 2006 torna pública a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2006) que revisa e normatiza o PSF e o PACS, definindo e conceituando fundamentos centrais para a forma como a Atenção Primária à Saúde é organizada no Brasil até os dias atuais. Além de regulamentar o financiamento e os mecanismos de repasse de recursos do governo federal para outros entes, a PNAB 2006 define a composição das equipes de Saúde da Família (eSF), que ainda funciona atualmente como base da conformação e da cobertura da AB.

Em 2011 a PNAB foi reformulada, ampliando modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil. Além dos diversos formatos de ESF, houve a inclusão dos Consultórios na Rua, ampliação do número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), simplificou e facilitou as condições para que sejam criadas UBS Fluviais e ESF para as Populações Ribeirinhas. (BRASIL, 2011)

Com o aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família – ESF ao longo dos anos, fundamentalmente em regiões com maiores desigualdades socioeconômicas (BRASIL, 2015), os municípios brasileiros foram cada vez mais consolidando a ESF como estratégia prioritária de organização de Atenção Básica induzida pelo Ministério da Saúde.

Conforme Sousa et. al (2014), atualmente a Atenção Básica segue sendo desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas. Diante de inúmeras definições, normatizações, experiências práticas e embasamento científico, entende-se que é através dela que preferencialmente deve ocorrer o contato junto aos usuários, considerando-a como a principal porta de entrada para o Sistema de Saúde e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (MENDES, 2011). Assim, a AB deve estar devidamente orientada pelos princípios constitucionais do SUS e deve garantir outros princípios, como o do vínculo, continuidade e longitudinalidade do cuidado, responsabilização e humanização (BRASIL, 2015).

Diante a breve contextualização inicial e da importância que Atenção Básica tem para o SUS, bem como a organização dos sistemas locais de saúde, estudos sobre fatores que interagem com o desenvolvimento da AB são de fundamental importância para compreender seus desafios e prospectar sobre sua consolidação.

1.1 DESAFIOS NA IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E OS MÉDICOS

As desigualdades no acesso aos serviços de saúde ocasionados pela carência e má distribuição geográfica e social de profissionais de saúde, especialmente médicos, têm sido apontadas como um problema grave, persistente ao longo do tempo e resistente as mais variadas estratégias adotadas para o seu enfrentamento na maioria dos países do mundo (GIRARDI, 2010).

Na Argentina, o número de médicos per capita em Buenos Aires é 10 vezes maior que na Terra do Fogo. No Uruguai, Montevidéu tem 45% da população e 80% dos médicos do país. (OPAS, 2004). No Brasil, em 2008, a razão média de cerca de 540 habitantes por médico em atividade, é comparável com alguns países desenvolvidos. Contudo, graves desigualdades socio-regionais na distribuição da força de trabalho médica podiam ser observadas. Do ponto de vista regional, observa-se que as regiões Norte e Nordeste, com 8% e 28% da população do país, concentravam no mesmo período, 4,3% e 18,2% dos médicos respectivamente, enquanto o Sudeste, com 42% da população, concentrava 60% dos médicos (CAMPOS et al, 2009).

É fato que a ESF melhorou bastante a distribuição dos médicos pelo território nacional, apesar de não ter sido formulada especificamente com este objetivo, e constitui talvez o exemplo mais bem sucedido de expansão da cobertura de médicos no território nacional (GIRARDI, 2010).

Iniciado como programa em 1994, quando foram implantadas 328 equipes em 55 municípios com a meta de cobrir cerca de 1 milhão de pessoas (NESCON, 2007), a ESF hoje tem 40.052 equipes implantadas em 5487 dos 5570 municípios, com cobertura estimada de 123.346.692 pessoas, 63% da população brasileira, conforme atualização disponível de setembro de 2015 (BRASIL, 2015).

Conforme estudo realizado pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – NESCON (2007), a ESF se constitui como motivo de esperança, na medida em que a estratégia teria o potencial de reverter aspectos perversos do nosso modelo de atenção em saúde,

excessivamente centrado no hospital. É também denunciada por ser responsável pela expansão da “precarização” do trabalho nos serviços públicos de saúde.

O uso da noção de trabalho precário expandiu-se a partir de meados dos anos noventa do século passado, como conceito contra hegemônico ao de “trabalho flexível”. Na administração pública, a expansão da precarização ocorreu antes na forma de contratos irregulares e desprovidos de valor jurídico. A noção de trabalho precário guarda equivalência, portanto, com o conceito de trabalho atípico, referido nos anos oitenta por estudiosos do mundo do trabalho para dar conta do cenário mutante das relações de trabalho em diversos países do mundo. (NESCON, 2007)

Em estudo realizado pelo NESCON (2007), constatou-se que em 2001, em sua esmagadora maioria, os empregos gerados na ESF constituíam-se como situações laborais “atípicas”; um terço dos gestores municipais não antevia, à época, qualquer tipo de problema, inclusive de natureza legal, com a utilização de formas precárias. Por livre contratação entende-se o recrutamento de profissionais sem a utilização de nenhum processo público de seleção, caracterizando situações de contrato de direito nulo: este é o processo de recrutamento predominante para todas as categorias profissionais da Atenção Básica. Em 2006, para os médicos, a livre contratação é citada por 70% dos municípios.

O que se constata é que na década de 90 proliferaram as relações informais de emprego, também no SUS, com contratos precários de trabalho, sem direito a férias, décimo-terceiro salário, licenças, FGTS e aposentadoria. Ainda no âmbito do SUS, os concursos públicos para a admissão de novos servidores foram escassos. Após esta década, de certa forma, os Recursos Humanos têm sido vistos como a chave fundamental para uma boa gestão de saúde (GUGLIELMI, 2006).

O governo brasileiro criou nas últimas décadas diversas políticas e estratégias para o enfrentamento do problema. As políticas de extensão de cobertura e de interiorização da medicina, a exemplo do Programa de Interiorização das Ações de Saúde (PIASS), a implantação de internatos rurais nas graduações da área da saúde e mais recentemente o extinto Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) constituem exemplos, uns mais, outros menos, bem sucedidos (NESCON, 2007).

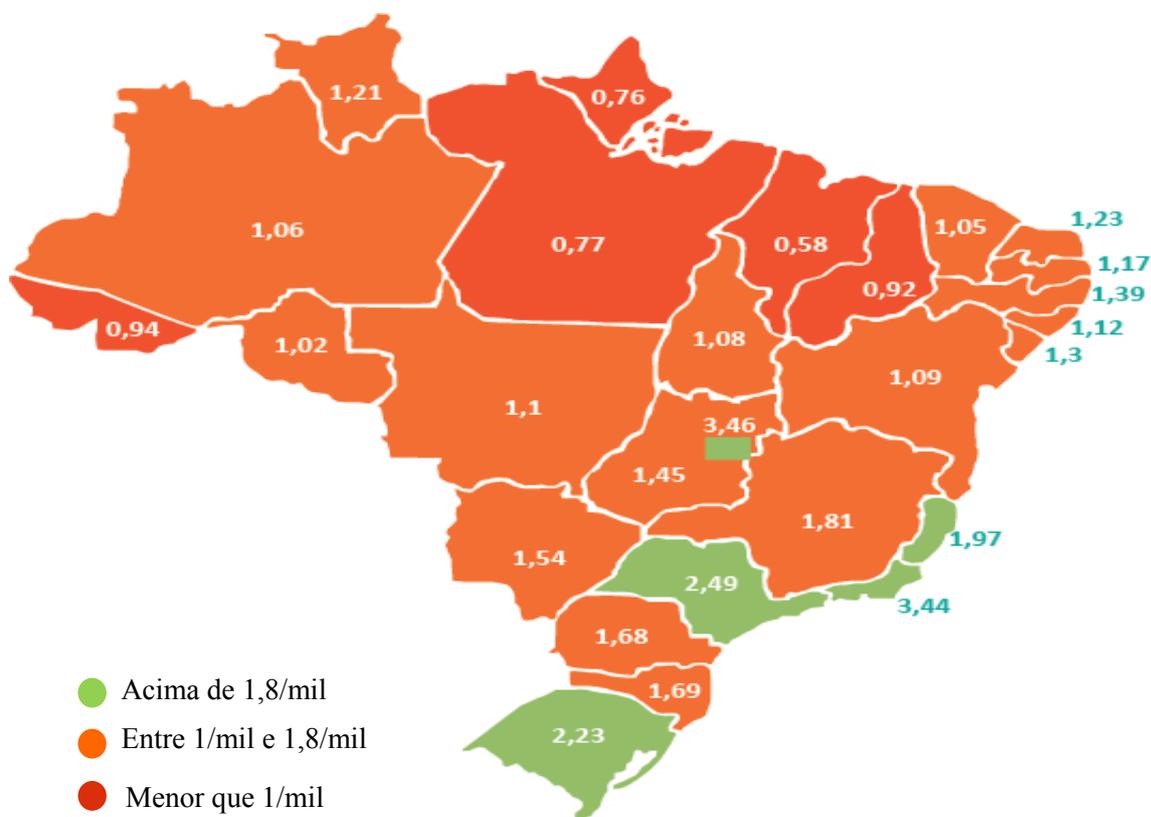
O Seminário Nacional sobre escassez, provimento e fixação de profissionais de saúde em áreas remotas e de maior vulnerabilidade, em 2011, debateu e ofereceu subsídios para a construção de propostas de viabilidade política e técnica com foco nos princípios, parâmetros e estratégias que orientam a definição e o desenvolvimento de programas voltados para o provimento e a fixação quanti-qualitativa de profissionais de saúde, em todas as regiões do

país.

Destaque ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) criado no fim de 2011, que levou entre 2012 e 2014 cerca de 8.500 profissionais, médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas, pelo período de um ano em cada edição, ocuparem equipes de Atenção Básica em especial as ESF em todo Brasil.

No entanto, frente a esse histórico de expansão da ESF, às iniciativas apontadas acima e ainda flexibilizações nas modalidades de contratação de profissionais na Atenção Básica. Em 2013 o Brasil apresentava 22 Estados da federação abaixo da média nacional de 1,8 médicos por mil habitantes e 700 municípios que não tinham sequer um médico residindo nesse próprio município (BRASIL, 2013) (Figura 1).

Figura 1 – Proporção Médico/mil hab. no Brasil



Fonte Ministério da Saúde, 2013

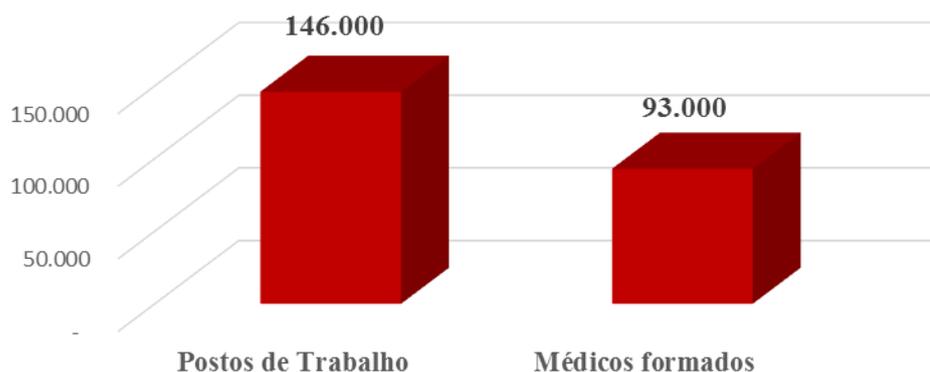
Segundo projeção do IBGE (2015), o Brasil contava com uma população aproximada de 201 milhões de habitantes em 2013. Se os parâmetros para o cálculo da cobertura de Atenção Básica do Ministério da Saúde forem aplicados a este contingente populacional, o Brasil necessitaria de aproximadamente 67 mil médicos para atingir 100% de cobertura de AB (considerando um médico para em cada equipe de Saúde da Família ou equivalente). Este quantitativo representa 22,7% do efetivo de 296 mil médicos que atuavam nos SUS naquele ano (DATASUS, 2013). De acordo com a mesma fonte, havia apenas pouco mais de 32 mil médicos atuando regularmente nas Unidades Básicas de Saúde para uma cobertura de AB próxima de 57% (BRASIL, 2015).

Ainda de acordo com Girardi et al (2012) são acrescentados a este cenário: (1) o número de vagas de trabalho para médicos no setor público vem anualmente crescendo acima do número de médicos formados no país; (2) existe um alto índice de rotatividade dos médicos nas equipes situadas em locais de maior vulnerabilidade social, além de vagas ociosas, e; (3) menos de 10% das vagas na Atenção Básica são ocupadas por médicos com

alguma pós-graduação específica na área.

Conforme dados apresentados, pelo Ministério da Saúde em 2015 (Gráfico 1), nos últimos 10 anos o SUS criou cerca de 53 mil novos postos de trabalhos a mais que o número de médicos formados no país. (BRASIL, 2015).

Gráfico 1 – Postos de trabalhos gerados x médicos formados



Fontes: PNAD, MEC e RAIS/CAGED, 2015

Em estudo realizado por Guglielmi (2016), em Pernambuco, nota-se que a maior dificuldade de fixação dos médicos ao PSF na Regional Metropolitana Recife encontra-se nos Municípios com menor número de habitantes. Fernando de Noronha e Araçoiaba apresentaram 100% de rotatividade, porém ambos tiveram o seu número de médicos ampliado. Já o Município do Ipojuca, embora esteja na faixa de médio porte populacional (67.961 habitantes), tem o segundo maior percentual de rotatividade (83,33%), além de ter tido o seu número de médicos reduzido.

1.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA/BÁSICA E INFRAESTRUTURA

Em estudo realizado por Giovanella (2015) temos um belo histórico, análise e sistematização sobre a infraestrutura da Rede de Atenção Básica, aos quais me deterei nas linhas abaixo trazer os principais apontamentos feitos pela autora.

No Brasil, as primeiras experiências de organização da atenção ambulatorial são da década de 1920. Contudo, somente a partir de 1960 uma ação governamental de âmbito nacional determinou que os centros de saúde se estabelecessem como serviços ambulatoriais, especialmente voltados para a execução de ações de saúde pública de caráter preventivo,

direcionadas ao grupo materno infantil e ao controle de enfermidades transmissíveis dos programas verticais. Ao longo de décadas, ações individuais de caráter curativo foram incorporadas aos serviços ambulatoriais, principalmente relacionadas às ações programáticas para grupos e agravos prioritários (GIOVANELLA, 2015).

Segundo análise feita por Giovanella (2015), de um modo geral os documentos normativos que apoiam as políticas de saúde em nível nacional denominam os Centros de Saúde (CS) ou as Unidades Básicas de Saúde (UBS) como serviços de caráter ambulatorial, que ofertam ações, programadas ou não, nas especialidades básicas (pediatria, cirurgia, ginecologia, obstetrícia, clínica geral), podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nessas áreas, podendo ou não oferecer serviço de apoio de diagnose e terapia e pronto atendimento 24 horas.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica são identificados como principais serviços oferecidos pelas UBS: consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica. As UBS devem ofertar um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. (GIOVANELLA, 2015).

O número de serviços de APS cresceu exponencialmente nos últimos 25 anos (IBGE, 2010). Grande parte da ampliação decorreu da acelerada expansão de unidades e equipes de Saúde da Família em todo o país (PAIM et al., 2011).

Ainda conforme Giovanella (2015) são inegáveis os avanços na cobertura de atenção básica, com mais de 35.000 equipes de saúde da família atuando em todo o país. Todavia, permanecem importantes desafios, entre os quais se destacam: a situação inadequada da rede física das UBS e ambiência; a presença irregular de médicos nas equipes, principalmente nos interiores; o financiamento inadequado e insuficiente da APS; as dificuldades de integração da APS à rede de atenção à saúde para garantia da continuidade do cuidado; o isolamento dos profissionais da equipe de saúde bucal ou ausência dessas equipes, com prejuízos à integralidade, entre outros.

O censo brasileiro de UBS, onde foi pesquisada a Infraestrutura dessas Unidades Saúde, realizado no processo de avaliação externa do ciclo 1 do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), considerou como Unidades Básicas de Saúde (UBS): Unidades de Saúde da Família, Postos de Saúde, Centros

de Saúde, Unidades Básicas de Saúde e Postos Avançados registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em 2012. (GIOVANELLA, 2015).

O estudo acima citado mostra que em 2012 foram observadas no censo a infraestrutura de 38.812 UBS em 5.543 municípios. Foram avaliadas para certificação 17.202 equipes que atuavam em 13.843 UBS e entrevistados 65.391 usuários em 3.944 municípios. Foram analisadas 5 dimensões: Tipos de equipes; Elenco de profissionais; Turnos de funcionamento; Serviços disponíveis e Infraestrutura.

A síntese feita por Giovanella (2015) foram tipificadas em 5 grupos, sendo que somente 4,8% (1.874) das UBS no país contemplaram o conjunto de critérios das cinco dimensões do padrão de referência elementar definido no estudo e atingiram o escore máximo, correspondente ao Tipo 5. Metade das UBS (51%) foram classificadas no grupo 4 com escore médio por insuficiência da disponibilidade de elementos mínimos da dimensão infraestrutura geral nesta dimensão (principalmente glicosímetro, nebulizador ou acesso à internet). O grupo 3 com escore médio agregou 29% (11.291) das UBS sem equipamentos e insumos básicos (nebulizador, glicosímetro, vacina tetravalente, computador e acesso à internet) e ausência de saúde bucal. Os grupos 1 e 2, com escores mais baixos, correspondem a 5.846 UBS sem condições de funcionamento por ausência de quase todos os elementos de estrutura analisados nas cinco dimensões.

Em um estudo ainda mais recente, feito 2016, foram criados 6 níveis de complexidade. O Nível 1 se refere àquelas UBSs com infraestrutura bastante elementar, enquanto que no Nível 6 estão as unidades com equipamentos e estruturas mais sofisticadas. A pesquisa considerou a distinção entre equipes com médicos do PMM e não participantes, bem como municípios aderidos e não aderidos ao PMM. Observou-se então que, no Brasil, a maioria das UBSs que tem médicos do PMM alocados possuem Nível de estrutura tipo 3 e 4 (65,2%). O menor percentual de UBSs é encontrado no Nível 1 (somente 1,1%). Cerca de 64% das UBSs foram classificadas nos três maiores Níveis de infraestrutura, Níveis 4, 5 e 6. Poucas UBSs estão nos extremos da escala, 4,6% no Nível 1 (que indica o Nível mais baixo de infraestrutura) e 7,9% no Nível 6 (Nível mais alto de infraestrutura). (SOARES NETO et al, 2016) (Tabela 1).

Tabela 1 – Nível de infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde avaliadas pelo Censo PMAQ (2012) e alocação dos médicos do Programa Mais Médicos por região geográfica, Brasil 2014

Região	PMM	Infraestrutura						Total
		Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 5	Nível 6	
Norte	Não	19,3	21,2	27,4	23,0	7,9	1,1	100,0
	Sim	1,9	11,1	30,4	44,1	10,2	2,3	100,0
	Total	13,0	17,5	28,5	30,7	8,7	1,6	100,0
Nordeste	Não	8,2	13,4	28,5	42,0	6,6	1,4	100,0
	Sim	1,8	6,3	31,0	48,7	9,6	2,6	100,0
	Total	6,5	11,5	29,1	43,8	7,4	1,7	100,0
Sudeste	Não	1,7	5,1	19,0	39,3	22,1	12,7	100,0
	Sim	0,5	2,0	11,7	35,5	25,9	24,5	100,0
	Total	1,5	4,4	17,4	38,4	22,9	15,3	100,0
Sul	Não	4,1	9,7	19,5	32,1	23,3	11,3	100,0
	Sim	0,4	2,2	12,0	40,1	30,8	14,4	100,0
	Total	3,1	7,6	17,4	34,4	25,4	12,2	100,0
Centro-Oeste	Não	3,2	7,3	17,4	48,3	18,5	5,4	100,0
	Sim	0,3	1,7	17,7	55,2	18,0	7,0	100,0
	Total	2,5	5,9	17,5	50,0	18,4	5,8	100,0
Brasil	Não	5,9	10,2	23,1	38,7	15,2	6,9	100,0
	Sim	1,1	4,7	21,6	43,6	18,3	10,7	100,0
	Total	4,6	8,8	22,7	39,9	16,0	7,9	100,0

Fonte: SOARES NETO et al., 2016.

Em relação aos níveis de complexidade das UBSs encontrados nesse estudo, em geral, podem-se notar percentuais maiores nos níveis inferiores da escala (Níveis 1, 2 e 3) nas regiões Norte e Nordeste e percentuais maiores nos níveis superiores (4, 5 e 6) nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Observou-se que a maioria das unidades do Norte (59,0%) e quase metade das UBSs do Nordeste (47,1%) encontrava-se nos níveis inferiores da escala (níveis 1, 2 e 3), diferentemente do que ocorre nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste nas quais a maioria situava-se nos níveis superiores (4, 5 e 6). Destaca-se que, mesmo no Norte, que detém cerca de 30% das UBS com infraestrutura de tipo 1 e 2, somente 13% das UBSs que possuem médicos PMM alocados têm um desses nível estes dois níveis de infraestrutura. Dentre as unidades básicas de saúde do nível 1, 23% estão no Norte e 52,8% no Nordeste. Por outro lado, do total de UBSs no nível 6, 60,9% estão no Sudeste e 25,2%, no Sul. Isto é uma evidência bastante forte da desigualdade regional estabelecida historicamente no país. (SOARES NETO et al, 2016)

1.3 A AVALIAÇÃO, MELHORIA DA QUALIDADE E PROVIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA

Almeida e Giovanella (2008), em estudo sobre avaliação da Atenção Básica no Brasil no período de 2000 a 2006, identificaram um importante conjunto de iniciativas no campo da avaliação e monitoramento da Atenção Básica (AB) no Brasil, por indução do gestor federal. Uma das principais iniciativas identificadas no período foram os estudos de “Linha de Base do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf)”, em 2005. Diversos estudos do Proesf empregaram a metodologia de avaliação rápida dos serviços de AB em nível local (PCATool), adaptado no Brasil em 2002 e validado em 2006.

Em 2011, iniciou-se uma nova etapa do processo de institucionalização da avaliação da Atenção Básica no país, com a formulação do Programa Nacional para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído pela Portaria GM/MS 1.654 de 19 de julho de 2011. O PMAQ-AB destaca-se atualmente como a principal estratégia de avaliação da AB no Brasil. O principal objetivo do programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica. Por meio da instituição de processos contínuos e progressivos, o PMAQ-AB almeja ampliar a capacidade das três esferas de governo de ofertar serviços com garantia de um padrão de qualidade comparável em âmbitos nacional, regional e localmente (BRASIL, 2011).

Além de institucionalizar uma política de avaliação contínua por meio do PMAQ, o governo brasileiro criou o Requalifica UBS, que se trata de uma das estratégias do Ministério da Saúde para a estruturação e o fortalecimento da Atenção Básica. Por meio do programa, o Ministério da Saúde propõe uma estrutura física das unidades básicas de saúde – acolhedoras e dentro dos melhores padrões de qualidade – que facilite a mudança das práticas das equipes de Saúde (BRASIL, 2012).

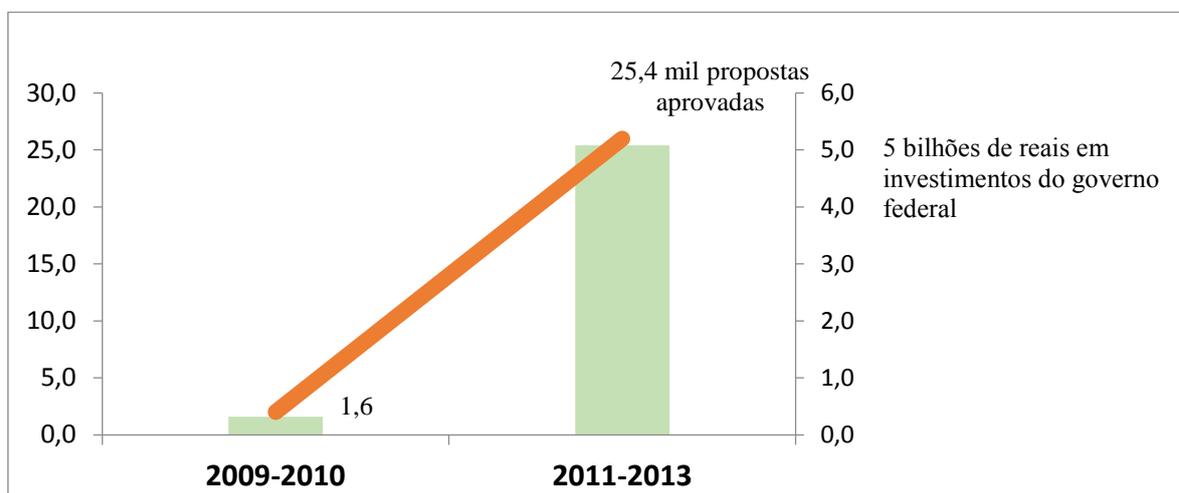
Instituído em 2011, o programa tem como objetivo criar incentivo financeiro para a reforma, ampliação e construção de UBS, provendo condições adequadas para o trabalho em saúde, promovendo melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Envolve também ações que visam à informatização dos serviços e à qualificação da atenção à saúde desenvolvida pelos profissionais da equipe. O programa financiou 26 mil propostas em 5.095 municípios brasileiros, dentre as quais já foram 11.959 concluídas, 11.127 encontram-se em obras e 1.541 em ação preparatória, além de 13 mil UBSs com pontos de banda larga instalados (BRASIL, 2016).

Estudos levantam evidências de que o Programa Mais Médicos é uma ação efetiva

para reduzir iniquidades em saúde. Autores afirmam que o programa deu passos importantes para viabilizar o direito à saúde ao tornar obrigatória a adesão do município ao Requalifica UBS, que envolve investimentos na (re)construção de Unidades Básicas de Saúde. Afirmam também que em 2015 existiam 23.050 obras do Requalifica UBS previstas ou sendo desenvolvidas no Brasil e que, para o período 2013-2014, o valor total previsto foi de R\$ 3,3 bilhões para 4.811 municípios (SOARES NETO et al, 2016).

Segundo dados do Ministério da Saúde, 91% dos municípios receberam recursos do para reformar, ampliar e/ou construir novas Unidades Básicas de Saúde, totalizando 25,4 mil propostas aprovadas num montante de 5 bilhões em investimentos (BRASIL, 2015) (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Número de propostas aprovadas para reformas, ampliações e construções



Fonte: Ministério da Saúde, 2015.

A integralidade da assistência à saúde é um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços que devem ser realizadas no âmbito do sistema e não em cada ente per se (art. 7º, II da Lei 8.080). Desta forma, importa haver definição das responsabilidades federativas e articulação entre as suas esferas (incluindo as Regiões de Saúde, como prega o Decreto 7.508/2011), com vistas a efetivar o Sistema independentemente de suas atribuições clássicas (SANTOS; ANDRADE, 2011).

Assim, o Requalifica, além do financiamento de obras, apresenta o Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, um componente do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que objetiva ampliar a resolutividade da Atenção Básica e promover sua integração com o conjunto da Rede de Atenção à Saúde. Dessa forma, tem como perspectiva a melhoria da qualidade do atendimento, a ampliação do escopo de ações

ofertadas pelas equipes e o aumento da capacidade clínica, a partir do desenvolvimento de ações de apoio à atenção à saúde e de educação permanente para as equipes de Atenção Básica. (BRASIL, 2016)

Os núcleos podem ter abrangência municipal, intermunicipal ou estadual e deverão estar estruturados na forma de uma rede de serviços, articulando a atuação de Secretarias Estaduais de Saúde, instituições de ensino e serviços de saúde na qualificação das equipes (BRASIL, 2016).

2 O PROGRAMA MAIS MÉDICOS

2.1 INTRODUÇÃO

O Programa Mais Médicos foi instituído como uma das propostas do governo federal lançadas em junho de 2013, a partir de reivindicações da população brasileira, inicialmente pela MPV 621 de 8 de julho de 2013, e posteriormente por meio da Lei Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, como alternativa à histórica defasagem no aporte, qualificação e valorização dos trabalhadores no âmbito da Administração Pública federal, estadual e municipal, em relação ao SUS.

Entre agosto de 2013 e junho de 2014, o PMM alocou em todos os estados da federação e o Distrito Federal 14.062 médicos, em 4.040 municípios e 32 distritos sanitários indígenas. Regionalmente são: 6,3% no Centro-Oeste; 32% no Nordeste; 11,8% no Norte; 31,3% no Sudeste; 16,5% na região Sul e 2,2% nos distritos sanitários indígenas nas diferentes regiões do país (BRASIL, 2014).

Ainda que os gastos federais com ações e serviços públicos de saúde tenham decaído desde 1995 (quando analisados em relação às receitas correntes brutas da União) e que, particularmente em 2011, o gasto público brasileiro em saúde tenha sido de 3,84% do Produto Interno Bruto (PIB), enquanto que a média dos países europeus com sistemas universais de saúde foi de 8,3% do PIB (MENDES, 2013), o orçamento destinado à Atenção Básica foi incrementado em relação aos anos anteriores (PINTO et al, 2012).

Estava dado o cenário: uma significativa escassez, somada a gastos municipais bem superiores aos dois outros entes e alto custo de RH (sobretudo com médicos), aliada ainda ao reconhecimento da necessidade de investimentos federais na Atenção Primária em Saúde e aumento do orçamento na área. Este foi o contexto que levou o governo federal brasileiro, em Julho de 2013, a anunciar o Programa Mais Médicos (PMM).

Este contexto fica evidente a partir da publicação que formaliza o lançamento do Programa (Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de Julho de 2013). Nela, os Ministérios da Saúde e da Educação evidenciam textualmente as duas principais razões para a sua criação: (1) a necessidade de garantir atenção à saúde com ênfase nas populações, regiões ou municípios que apresentam maior vulnerabilidade social ou econômica; (2) a necessidade da efetiva participação do Ministério da Saúde em medidas de provimento e fixação de profissionais, colaborando com os outros entes federativos.

Considerando que a escassez médica não é uma questão linear e homogênea em todo o

país, ou seja, os estados, municípios e regiões possuem realidades distintas entre si, conforme ilustra a Figura 1 (p.24), o governo federal resgata os critérios estabelecidos pela Portaria 1.377, de 13 de Julho de 2011 do Ministério da Saúde, que define as regiões prioritárias e que servem de referência para o provimento do médico aderido ao Programa. São elas:

- a) Municípios cuja população vivendo em extrema pobreza seja igual ou superior a 20%;
- b) Municípios com mais de 80 mil habitantes com os mais baixos níveis de receita pública per capita;
- c) Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS);
- d) Municípios com áreas localizadas nos setores censitários 4 (quatro) e 5 (cinco) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

A Lei nº 12.871 de 22 de Outubro de 2013, que regulamenta o Programa aponta, já em seu primeiro parágrafo, quais são os objetivos do PMM:

1. Diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;
2. Fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;
3. Aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;
4. Ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;
5. Fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;
6. Promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;
7. Aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e
8. Estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

Podemos observar que o conjunto de objetivos convergem para o interesse claro de combater a escassez médica no país e melhorar a qualidade de serviços ofertados no SUS, em

especial na atenção básica. Assim, a meta estabelecida pelo Comitê Gestor do Programa (instituído pelo Decreto Presidencial 8.040 de 8 de Julho de 2013) é de atingir o índice de 2,7 médicos/1.000 habitantes no ano 2026, equiparando o Brasil ao parâmetro do Reino Unido. (Tabela 2)

Tabela 2 – Médicos por mil habitantes

Cuba	6,7
Espanha	4
Portugal	3,9
Uruguai	3,7
Alemanha	3,6
França	3,5
Argentina	3,2
Austrália	3
Reino Unido	2,7
Estados Unidos	2,4
México	2
Canadá	2
Venezuela	1,9
Brasil	1,8
Equador	1,7
Colômbia	1,4
Bolívia	1,2
Paraguai	1,1
Chile	1
Peru	0,9

Fonte: Estatísticas Sanitárias Mundiales, OMS - 2011/2012

O funcionamento do PMM possui uma série de quesitos técnicos e detalhes que estão disponíveis e ordenados no portal do Programa através de Manuais, Editais, Resoluções, Portarias, Decretos e Termos de Cooperação, disponíveis no Portal do Programa Mais Médicos, na página virtual oficial do Ministério da Saúde. No entanto, vale destacar algumas características principais sobre como o PMM funciona, tanto para já indicar uma possível associação com seus objetivos, quanto para contextualizar alguns pontos que serão apresentados e discutidos ao longo deste trabalho.

O eixo mais estruturante do PMM trata da formação de profissionais médicos no Brasil: formar progressivamente um número maior de médicos nas Instituições de Ensino Superior (IES) do Brasil ao longo dos anos. Para tanto, três macro ações são lançadas: (1)

ampliar o número de vagas nos cursos de Medicina já existentes no país; (2) criar novos cursos com prioridade para as regiões destacadas pelo governo, e; (3) modificar o ensino médico de modo a implicar o egresso do curso a atuar no Sistema Único de Saúde. Para alcançar este último objetivo, a Lei aprova que os todos os egressos de Medicina do país que entraram no curso a partir de 2015, deverão fazer dois anos de Residência Médica obrigatoriamente no SUS, sendo um ano na Atenção Básica e um ano na Rede de Atenção às Urgências.

Entretanto, como a escassez médica tende a contribuir para gerar desassistência à saúde da população, e o Estado brasileiro tem o dever constitucional de assegurar o direito à Saúde aos seus cidadãos, o PMM possui outro grande eixo orientado nesta direção: ofertar a possibilidade de médicos formados em Instituições estrangeiras atuarem na Atenção Primária à Saúde. Este eixo trata do provimento emergencial, denominado Projeto Mais Médicos para o Brasil. Assim o exercício profissional de médicos estrangeiros (ou de brasileiros formados no exterior) no Brasil fica condicionado a quatro fatores:

- 1 - atuar exclusivamente em estabelecimentos públicos da Atenção Básica;
- 2 - trabalhar em estabelecimentos localizados nas áreas prioritárias definidas pelas normativas do Programa;
- 3 - exercer a profissão por um período de três anos (prorrogável por mais um ano, caso haja interesse de todas as partes envolvidas), e;
- 4 - atuar em locais onde nenhum médico formado no Brasil estiver atuando.

O investimento em infraestrutura, terceiro eixo do qual trata esse estudo – ampliação e melhoria da infraestrutura – embora não esteja definido pela Lei, por meio do termo de compromisso com a União assinado quando da adesão ao Programa o município participante do Programa fica responsável por fornecer condições adequadas para o exercício profissional dos médicos, conforme exigências e especificações da Política Nacional de Atenção Básica, tais como ambientes adequados com segurança e higiene, fornecimento de equipamentos necessários, instalações sanitárias e mínimas condições de conforto para o desenvolvimento das atividades aos médicos participantes do Projeto, conforme a Portaria Interministerial/MS/MEC nº 1.369, de 8 de julho de 2013, e Edital nº 38/SGTES/MS, de 8 de julho de 2013 e seu respectivo Anexo.

2.2 PERFIL DOS MÉDICOS PARTICIPANTES DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS - BRASIL

A lei do PMM (Lei n.12.871/2013) conceitua médico intercambista: aquele formado em instituição de educação superior estrangeira com habilitação para o exercício da Medicina no exterior, esclarecido isso descreveremos a seguir os dos perfis de ingresso dos profissionais no Programa Mais Médicos:

- 1- CRM Brasil: são médicos com titulação registrada no CRM – Conselho Regional de Medicina do Brasil;
- 2- Intercambistas: médicos formados em instituições de ensino fora do Brasil, que não tenham registro profissional em quaisquer CRMs no país, sejam qual for sua nacionalidade.

Assim apresentaremos nessa sessão uma síntese do perfil dos médicos participantes do Programa Mais Médicos, que consta da Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos, coordenada pela Pesquisadora Maria Helena Machado. Primeiramente, dados dos médicos propriamente ditos e a seguir, os supervisores do PMM. Dessa forma, Machado et al, (2016) nos apresentam os seguintes dados (Quadro 1):

Quadro 1 – Caracterização geral dos médicos do PMM – Brasil, 2015

Características	%
CRM Brasil	16,6
Intercambistas	83,4
SEXO:	
Masculino	44,6
Feminino	55,4
NACIONALIDADE:	
Brasil	19,3
Cuba	75,8
Demais países	4,9
IDADE:	
Até 30 anos	16,6
31-45 anos	48,9
46-55 anos	31,1
ALOCAÇÃO (Regiões)	
Norte	12,7
Nordeste	33,8
Sudeste	30,3
Sul	16,5
Centro-Oeste	6,7

Fonte: Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos - Brasil. Relatório final, 2016. FIOCRUZ/MEC/MS

Em 2015, os dados gerais do PMM nos mostram que 16,6% dos médicos têm registro profissional no Brasil (CRM – BRASIL), enquanto 83,4% são formados em outros países.

Quanto ao sexo podemos observar a predominância das médicas responsáveis por mais de 55% do contingente do PMM, enquanto os médicos somam 44,6%.

Já quanto à nacionalidade constatamos: 19,3% de brasileiros, 75,8% de médicos cubanos, e demais estrangeiros com 4,9%. Analisando a composição desses profissionais por Continente, podemos ver que o Brasil representa 19,3%; Cuba 75,8%; América do Sul, 3,3%; América Central (0,5%); América do Norte (0,2%); África (0,1%); Ásia (0,1%) e Europa (0,8%). (MACHADO et al, 2016).

A distribuição geográfica dos médicos do PMM em 2015 mostra que 33,8% estão no

Nordeste e 30,3% no Sudeste. De acordo com Machado et al (2016), outro ponto que chama atenção é o fato de a região Sul, composta por 3 estados, ter mais médicos alocados (16,5%) que toda a região Norte (12,7%), que aglutina 7 estados com extensões territoriais gigantescas. O Centro-Oeste, também de dimensões imensas, tem apenas 6,7% do total de médicos do PMM.

Registra-se ainda o número de médicos atuando em DSEIS: 306 médicos estão inseridos hoje compondo os 34 DSEIS – Distrito Sanitário Especial Indígena em todo o Brasil, o que representa 2% do total de profissionais do PMM. Cabe aqui o destaque que no Amazonas universo de nosso estudo detém 81 médicos, ou seja, 26% de todos os médicos que estão atuando nas equipes multidisciplinares de saúde indígena em todo país estão neste estado.

A região Norte representa 59% de todo o contingente médico que atua nos DSEIs, 181 profissionais, dessa maneira só o estado do Amazonas representa 45% dos médicos atuando na saúde indígena de toda a região norte. Cabe registrar que segundo o Ministério da Saúde é a primeira vez na história em que há médicos em todos os DSEIs do país.

2.3 OS MÉDICOS SUPERVISORES

A lei 12.871 de 2013, que regulamenta o PMM, apresenta também, em seu artigo 14 alínea II, o médico supervisor, que é descrito da seguinte maneira no texto da norma: o supervisor, profissional médico responsável pela supervisão profissional contínua e permanente do médico, o objetivo de sua atuação é fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos participantes do PMM.

Dessa forma apresentaremos abaixo também síntese do perfil dos médicos supervisores produzida a partir da Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos produzida por Machado et al. (2016) (Quadro 2):

Quadro 2 – Caracterização geral dos supervisores do PMM – Brasil, 2015

Características	%
SEXO:	51,7
Masculino	48,3
Feminino	
IDADE:	
Até 30 anos	16,2
31-45 anos	51,6
46-60 anos	26,0
TITULAÇÃO	
Graduação	21,7
Residência Médica	31,9
Especialização	27,7
Mestrado	11,6
Doutorado	7,1

Fonte: Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos - Brasil. Relatório final, 2016. FIOCRUZ/MEC/MS

A supervisão do PMM é predominantemente realizada por médicos do sexo masculino, sendo 51,7% e 48,3% feminino.

A faixa etária de maior concentração de supervisores vai dos 31-45 anos, correspondendo mais da metade de todo o grupo, 51,6%, entre os 46-60 anos temos 26% dos supervisores. Por outro lado, número significativo de médicos jovens, com até 30 anos, somam 16,2%. Observamos ainda em menor número supervisores com mais de 70 anos.

Quanto à titulação, vemos que a maioria dos supervisores, 88,3%, possui alguma formação acadêmica após a graduação, tendo destaque a formação em serviço na modalidade de Residência Médica, com 31,9%. Dessa forma podemos constatar que se trata de um grupo experiente longo e com qualificação acadêmica (MACHADO et al, 2016).

Constatou-se 47 especialidades médicas presentes no grupo de supervisores, com maior concentração Medicina de Família e Comunidade (36,3%); Pediatria, Clínica Médica, Preventiva e Social e Ginecologia e Obstetrícia, somam 21,2%.

3 METODOLOGIA

Este trabalho é estudo analítico, com abordagem do tipo quantitativa e qualitativa, sobre a implantação do Programa Mais Médicos e a infraestrutura da Atenção Básica no estado do Amazonas.

Além da revisão de literatura sobre a Atenção Básica no Brasil que abrange sua implementação, desafios, bem como estudos recentes sobre sua infraestrutura, este estudo utilizou como fonte principal dados secundários originados pelos relatórios de primeira visita de supervisão do PMM entre agosto de 2013 à janeiro/2016, disponíveis no webportfólio/Unasus, bem como fontes complementares o CNES, IBGE.

Dessa forma os dados coletados através do webportfólio foram utilizados para obter as características sócio-demográficas dos médicos participantes e supervisores do PMM, descrevendo dessa maneira o perfil desses profissionais. Foram também coletados a partir do webportfólio, dados relativos à infraestrutura das UBSs com médicos do PMM.

Os dados obtidos através do IBGE foram utilizados para compor as informações gerais do estado do Amazonas e do CNES foram extraídos dados sobre as UBSs e Equipes de Saúde da Família no estado. Dessa forma o estudo teve como objeto o PMM com foco no estado do Amazonas.

Universo

O universo deste estudo é formado por todos os profissionais que atuam no PMM no Amazonas, sendo: 435 médicos participantes, 39 médicos supervisores, distribuídos em 9 regiões de saúde e 61 municípios devidamente aderidos no Programa Mais Médicos, todos com médicos atuando em seus sistemas locais de saúde correspondendo a 191 Unidades Básicas de Saúde.

Coleta de dados

Foram coletados do banco de dados do Webportfólio – UNASUS – Mais Médicos dados relativos ao perfil sócio demográfico dos médicos e supervisores do Programa Mais Médicos no estado do Amazonas. Em seguida foram coletados do banco de dados do Webportfólio – UNASUS – Mais Médicos, dados relativos à infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde, UBS, sendo considerados neste estudo aqueles que constam nos Relatórios de 1º visita postados entre agosto de 2013 a janeiro de 2016.

Tratamento de dados

Assim os dados foram transportados e consolidados em planilha Excel, para tratamento e tabulação, gerando frequências absolutas e apresentações percentuais nas variáveis consideradas neste estudo. Posteriormente esses resultados foram sintetizados em tabelas permitindo as análises disponíveis nesse trabalho.

Banco de Dados e variáveis consideradas no estudo

Para as análises referentes ao perfil dos profissionais, foram consideradas informações relativas à todos os profissionais ativos no PMM no Amazonas no período estudado sendo: 435 médicos participantes, 39 médicos supervisores. As variáveis consideradas na composição do perfil dos profissionais foram: Perfil de adesão, Sexo, Nacionalidade, Idade, Tempo de Formado, Alocação, Região de Saúde e Ciclo de entrada. No caso dos supervisores, foram consideradas as seguintes: Sexo, Idade, Titulação, Especialidade e Município de Residência.

Para as informações relativas à infraestrutura, foram consideradas informações de relatórios de primeira visita postados entre agosto de 2013 e janeiro de 2016, dessa forma totalizando 336 relatórios. Cada relatório corresponde a avaliação de um médico e seu supervisor, após a tabulação os números do CNES identificados nos relatórios foram confrontados com a base de estabelecimentos de saúde do Amazonas, a fim de eliminar possíveis unidades “inexistentes” e certificar que todas as analisadas tratavam-se de Unidades Básicas de Saúde, assim 86 registros relatórios foram dispensados do estudo, por alguma inconsistência no CNES. Assim constitui a amostra relativa à infraestrutura 260 relatórios de supervisão de primeira visita, relativos 191 Unidades Básicas de Saúde.

Dito isto foram consideradas nessa análise todas as variáveis disponíveis nos relatórios de 1º visita relacionadas com a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde, exceto a variável, *Outras salas*, pela sua baixa capacidade descritiva, dessa forma foram consideradas e organizadas conforme descritas as variáveis abaixo.

Unidade Básica de Saúde

1) Estrutura da Unidade Básica de Saúde

Ventilação

Luminosidade

Acústica
Pisos e paredes
Consultório clínico
Consultório odontológico
Consultório de enfermagem
Recepção
Sala de reunião
Sala de vacinação
Sala de curativos
Farmácia
Organização do prontuário
Banheiros
Salas para grupos

2) Materiais e recursos da Unidade Básica de Saúde

Fita métrica
Impressos
Balança adultos
Balança infantil
Espéculo
Material para coleta de citologia de colo de útero
Estetoscópio
Esfigmomanômetro adulto
Esfigmomanômetro pediátrico
Sonar obstétrico
Maca
Mesa ginecológica
Material para curativo
Foco de luz
Régua infantil
Negatoscópio
Material de sutura
Impressora

Otoscópio
Monofilamentos para teste de pé diabético
Cilindro de oxigênio
Computador
Internet
Dispositivo intrauterino
Kit para intubação adulto
Kit para intubação pediátrico

3) Disponibilidade de medicamentos na Unidade Básica de Saúde

Anticoncepcionais
Medicamentos para Tuberculose
Antiparasitários
Medicamentos para Diabetes
Medicamentos para Hipertensão
Medicamentos para Hanseníase
Analgésicos e Anti-inflamatórios
Antibióticos
Medicamentos injetáveis
Psicotrópicos

Análise dos dados

Após o tratamento de dados realizado, foram obtidas as frequências absolutas e percentuais sobre as quais se debruçaram as análises expostas nesse estudo, acerca do perfil sócio-demográfico dos médicos participantes, supervisores participantes do PMM como: sexo, idade, formação, nacionalidade, perfil de ingresso no PMM, bem como as condições de infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde com médicos do PMM no momento da realização da primeira visita de supervisão, sendo estas analisadas por grupos de afinidade e por região de saúde.

Durante a visita de primeira supervisão, os supervisores preencheram as variáveis atribuindo somente uma das seguintes classificações abaixo em cada item:

A) Estrutura da Unidade Básica de Saúde:

Adequada

Inadequada

B) Materiais e recursos da Unidade Básica de Saúde:

Quantidade Adequada e Qualidade Adequada;

Quantidade Adequada e Qualidade Inadequada;

Quantidade Inadequada e Qualidade Adequada;

Quantidade e Qualidade Inadequadas;

Inexistente.

C) Disponibilidade De Medicamentos Na Unidade Básica De Saúde:

Quantidade Suficiente e Abastecimento Regular;

Quantidade Suficiente e Abastecimento Irregular;

Quantidade Insuficiente e Abastecimento Regular;

Quantidade Insuficiente e Abastecimento Irregular;

Inexistente.

Considerações éticas

A Resolução 466/12 que aprova as “diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos destaca que pesquisas envolvendo seres humanos devem ser submetidas à apreciação do Sistema CEP/CONEP e ainda define como “pesquisa envolvendo seres humanos” aquela pesquisa que, “individual ou coletivamente, tenha como participante o ser humano, em sua totalidade ou partes dele, e o envolva de forma direta ou indireta, incluindo o manejo de seus dados, informações ou materiais biológicos”. Nesse sentido, como essa pesquisa utilizará apenas dados de domínio público de acesso irrestrito, sobre medicamentos, não havendo, portanto, identificação de sujeitos nem envolvimento de seres humanos, não se fará necessária a submissão deste projeto ao Sistema CEP-CONEP da Instituição.

Dessa forma, esta pesquisa compõe a Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos, sob orientação da Doutora Maria Helena Machado, já constando de parecer de aprovação por parte do Sistema CEP/CONEP, sob o número 1.861.494 e CAAE: 59937016500005240.

4 O PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO ESTADO DO AMAZONAS

Neste capítulo vamos analisar o PMM no Amazonas, foco de nosso estudo. Vamos abordar primeiramente, aspectos gerais do estado, logo a seguir, apresentar o perfil dos médicos que estão inseridos no Programa e por fim, discutir os aspectos referentes à infraestrutura, propriamente dita.

O estado do Amazonas se localiza na região Norte do Brasil, possui 62 municípios, população de 3.807.921 habitantes, desses, 71% residem na área urbana e 28% na zona rural, sendo formada por 50,3% de homens e 49,7% de mulheres. Sua densidade demográfica é de 2 hab/km², um PIB per capita de 18.244,30. 17,04 % da população amazonense vivem em situação de extrema pobreza, 14,46 % da população com plano de saúde. (Tabela 3)

Tabela 3 – População Amazonas segundo área de domicílio e sexo

População Amazonas	V. Abs	%
População residente urbana	2.755.490	79,1
População residente rural	728.495	20,9
Homens	1.753.179	50,3
Mulheres	1.730.806	49,7
Total	3.483.985	100

Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2010.

Como mostra a Tabela 4, a população amazonense tem mais de 54% de jovens até 19 anos e aproximadamente 44% entre os 20 e 49 anos de idade.

Tabela 4 – População Amazonas segundo faixa etária

Faixa etária	V. Abs	%
Até 9 anos	755.648	21,7
10 a 19 anos	1.130.219	32,4
20 a 29 anos	662.966	19,0
30 a 39 anos	518.502	14,9
40 a 49 anos	349181	10,0
50 a 59 anos	222.056	6,4
60 anos ou mais	210.173	6,0
Total	3.483.985	100

Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2010.

O estado do Amazonas possui 9 (nove) regiões de saúde (Tabela 5). Apresenta cobertura de Atenção Básica de 60,81% e, considerando Estratégia Saúde da Família com cobertura de 59,98%, conforme dados obtidos no Sistema de Notas Técnicas do DAB, disponível no sítio eletrônico. A Figura 2, abaixo, ilustra a distribuição dessas regiões de saúde.

Tabela 5 – Regiões de Saúde segundo município e população

Regiões de Saúde	Municípios	Pop. %
Entorno Manaus	12	60,48
Triângulo	6	3,54
Rio Negro e Solimões	8	6,92
Rio Madeira	5	4,64
Regional Purus	5	3,58
Médio Amazonas	6	4,46
Baixo Amazonas	5	6,41
Alto Solimões	9	6,54
Regional Juruá	6	3,42
Total	62	100

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados disponíveis.

Figura 2 – Regiões de Saúde do Amazonas



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas- SUSAM

De acordo com dados obtidos do Banco de dados da pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos, o Amazonas em 2015 apresentava 435, 2,9% do total de vagas ativas do PMM, distribuídos em 61 municípios, só Uarini não aderiu ao PMM no estado. Ao longo dos 6 ciclos do programa realizados até 2015, o Amazonas recebeu profissionais em todos esses ciclos do PMM. Dessa forma, conforme dados obtidos através do histórico de cobertura de saúde da família entre agosto de 2013 e dezembro de 2015, elevou de 540 para 690 equipes de Saúde da Família implantadas, uma elevação de 27% no número de equipes.

4.1 PERFIL DOS MÉDICOS DO PMM NO ESTADO DO AMAZONAS

Quanto ao perfil de adesão ao PMM

Os dados apresentados por essa sessão constam de atualização do banco de dados do PMM, que data de agosto de 2015, naquela ocasião o Amazonas apresentava 435 profissionais, sendo 8,5% de médicos CRM BRASIL e 91% de médicos intercambistas. Podemos observar que a atuação dos médicos com CRM Brasil nos municípios amazonenses é pouco maior que dos dados nacionais, ou seja, 10,2%; no entanto quando analisamos os lotados nas áreas indígenas temos uma participação de aproximadamente 99% de médicos intercambistas. (Tabela 6)

Tabela 6 – Médicos do PMM segundo perfil de adesão - Amazonas

Perfil profissional	Geral		Municípios		DSEIs	
	V.Abs.	%	V.Abs.	%	V.Abs.	%
CRM BRASIL	37	8,5	36	10,2	1	1,2
INTERCAMBISTA	398	91,5	318	89,8	80	98,8
Total	435	100	354	100	81	100

Fonte: Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos - Brasil. Relatório final, 2016. FIOCRUZ/MEC/MS

Quanto ao Sexo

Quanto ao sexo, registra-se uma ligeira predominância masculina, com 57% do total de médicos. No entanto, ao analisarmos separadamente os lotados em unidades municipais e áreas indígenas, observamos que nas equipes municipais há a predominância de médicas em

52%. (Tabela 7). No caso dos DSEIs, constata-se a maioria absoluta, ou seja, 96% do contingente são homens.

Tabela 7 – Médicos do PMM segundo sexo - Amazonas

Sexo	Geral		Municípios		DSEIs	
	V.Abs.	%	V.Abs.	%	V.Abs.	%
Masculino	248	57	170	48	78	96
Feminino	187	43	184	52	3	4
Total	435	100	354	100	81	100

Fonte: Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos - Brasil. Relatório final, 2016.

FIOCRUZ/MEC/MS

Quanto à nacionalidade

Constatamos 16 nacionalidades dentre o contingente total: os brasileiros somam 9,1%, sendo 80,7% formado por médicos cubanos, dessa maneira somando 10,2% para as outras 14 nacionalidades, dentre essas destaca-se o número de venezuelanos em 3,7% de todo o contingente. Ao analisarmos a distribuição dos profissionais quanto à nacionalidade, nas equipes municipais eleva-se a participação de brasileiros e venezuelanos respectivamente para 11,3% e 4,5% enquanto os cubanos decrescem à 76,6% (Tabela 8). Nos DSEIs, 98,8% dos médicos são cubanos.

Tabela 8 – Médicos do PMM segundo nacionalidade - Amazonas

Nacionalidade	Geral		Municípios		DSEIs	
	V. Abs.	%	V. Abs.	%	V. Abs.	%
Cuba	351	80,7	271	76,6	80	98,8
Brasil	41	9,4	40	11,3	1	1,2
Espanha	2	0,5	2	0,6	0	0,0
Venezuela	16	3,7	16	4,5	0	0,0
Honduras	1	0,2	1	0,3	0	0,0
Peru	2	0,5	2	0,6	0	0,0
Cabo Verde	1	0,2	1	0,3	0	0,0
Haiti	6	1,4	6	1,7	0	0,0
Bolívia	6	1,4	6	1,7	0	0,0
Colômbia	3	0,7	3	0,8	0	0,0
Panamá	1	0,2	1	0,3	0	0,0
Portugal	1	0,2	1	0,3	0	0,0
República Dominicana	1	0,2	1	0,3	0	0,0
Uruguai	1	0,2	1	0,3	0	0,0
México	1	0,2	1	0,3	0	0,0
Nigéria	1	0,2	1	0,3	0	0,0
Total	435	100	354	100	81	100

Fonte: Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos - Brasil. Relatório final, 2016. FIOCRUZ/MEC/MS

Quanto à idade e tempo de formado

Podemos resumidamente apresentar a idade dos profissionais em 3 faixas destacadas, (Tabela 9): a) médicos com até 40 anos somam 41,8%; b) 41 – 50 anos, 56% e c) 56 anos ou mais com apenas 1,6%. Dentre os com atuação municipal: a) com idade até 40 anos 42,1%; b) 41 – 50 anos ,55,9% e c) e com 56 anos ou mais com 1,4%. Já nas áreas indígenas, temos: a) médicos com até 40 anos somam 40,7%; b) 41 – 50 anos, 56,8% e c) 56 anos ou mais, apenas 2,4%.

Tabela 9 – Médicos do PMM segundo faixa etária – Amazonas

Faixa etária	Geral		Municípios		DSEIs	
	V.Abs.	%	V.Abs.	%	V.Abs.	%
Até 30 anos	34	7,8	33	9,3	1	1,2
31 - 40 anos	148	34,0	116	32,8	32	39,5
41 - 45 anos	95	21,8	72	20,3	23	28,4
46 - 50 anos	102	23,4	88	24,9	14	17,3
51 - 55 anos	47	10,8	38	10,7	9	11,1
56 - 60 anos	2	0,5	1	0,3	1	1,2
61 - 65 anos	3	0,7	3	0,8	0	0,0
66 - 69 anos	1	0,2	0	0,0	1	1,2
70 anos e mais	1	0,2	1	0,3	0	0,0
NR	2	0,5	2	0,6	0	0,0
Total	435	100	354	100	81	100

Fonte: Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos - Brasil. Relatório final, 2016. FIOCRUZ/MEC/MS

No quesito tempo de formado destes profissionais podemos observar que: a) até 10 anos de formado somam 20%; b) 11 - 30 anos, 31,2%; e c) 31 - 45 anos, 0,7%. Já os que atuam nas equipes municipais, temos: a) até 10 anos, 17,8%; b) 11 a 30 anos, 28,2% e c) 31 a 45 anos com 0,6%. Nos DSEIs observamos: a) até 10 anos, 29,6%; b) 11 a 30 anos, 50,6% e c) 31 a 40 anos, 1,2%. (Tabela 10)

Dessa forma podemos constatar um contingente predominante de médicos com maior experiência profissional, com destaque aos médicos com atuação na saúde indígena, que apresentam proporcionalmente a maior apresentação de médicos com mais 11 anos de formados.

Tabela 10 – Médicos do PMM segundo tempo de formado - Amazonas

Tempo de formado	Geral		Municípios		DSEIs	
	V. Abs.	%	V. Abs.	%	V. Abs.	%
Até 05 anos	27	6,2	23	6,5	4	4,9
06 - 10 anos	60	13,8	40	11,3	20	24,7
11 - 20 anos	70	16,1	46	13	24	29,6
21 - 30 anos	66	15,2	49	13,8	17	21
31 - 40 anos	2	0,5	1	0,3	1	1,2
41 - 45 anos	1	0,2	1	0,3	0	0
NR	209	48	194	54,8	15	18,5
Total	435	100	354	100	81	100

Fonte: Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos - Brasil. Relatório final, 2016. FIOCRUZ/MEC/MS

Quanto à alocação

Quanto à alocação, lembramos que o estado do Amazonas consta que, dos 62 municípios existentes, 61 aderiram ao PMM, sendo 7 desses com áreas territorializadas por DSEIs. São eles: Manaus, Atalaia do Norte, Tefé, Parintins, São Gabriel da Cachoeira, Lábrea e Tabatinga. Diante da distribuição dos profissionais do PMM nos 61 municípios observamos que a capital Manaus lidera com 22,3% do contingente, seguida por São Gabriel da Cachoeira (5,7%); Tabatinga (5,1%); Parintins (4,6%), Tefé (4,4%); totalizando nesses 5 municípios, 44,1% de todos os médicos do PMM no estado. (Tabela 11)

Tabela 11 – Médicos do PMM segundo município de alocação - Amazonas

Municípios	Geral		Municípios		DSEIs	
	V. Abs.	%	V. Abs.	%	V. Abs.	%
Alvarães	2	0,5	2	0,6	0	0,0%
Amatura	2	0,5	2	0,6	0	0,0%
Amaná	2	0,5	2	0,6	0	0,0%
Anori	1	0,2	1	0,3	0	0,0%
Apuí	5	1,1	5	1,4	0	0,0%
Atalaia do Norte	8	1,8	3	0,8	5	6,2%
Autazes	3	0,7	3	0,8	0	0,0%
Barcelos	4	0,9	4	1,1	0	0,0%
Barreirinha	4	0,9	4	1,1	0	0,0%
Benjamin Constant	4	0,9	4	1,1	0	0,0%
Beruri	4	0,9	4	1,1	0	0,0%
Boa Vista do Ramos	6	1,4	6	1,7	0	0,0%
Boca do Acre	2	0,5	2	0,6	0	0,0%
Borba	5	1,1	5	1,4	0	0,0%
Caapiranga	2	0,5	2	0,6	0	0,0%
Canutama	4	0,9	4	1,1	0	0,0%
Carauari	4	0,9	4	1,1	0	0,0%
Careiro	4	0,9	4	1,1	0	0,0%
Careiro da Várzea	2	0,5	2	0,6	0	0,0%
Coari	13	3,0	13	3,7	0	0,0%
Codajás	7	1,6	7	2,0	0	0,0%
Eirunepe	7	1,6	7	2,0	0	0,0%
Envira	8	1,8	8	2,3	0	0,0%
Fonte Boa	5	1,1	5	1,4	0	0,0%
Guajará	1	0,2	1	0,3	0	0,0%
Humaitá	5	1,1	5	1,4	0	0,0%
Ipixuna	2	0,5	2	0,6	0	0,0%
Iranduba	6	1,4	6	1,7	0	0,0%
Itacoatiara	5	1,1	5	1,4	0	0,0%
Itamarati	2	0,5	2	0,6	0	0,0%
Itapiranga	2	0,5	2	0,6	0	0,0%
Japurá	4	0,9	4	1,1	0	0,0%
Juruá	4	0,9	4	1,1	0	0,0
Jutaí	6	1,4	6	1,7	0	0,0
Labrea	10	2,3	4	1,1	6	7,4
Manacapuru	10	2,3	10	2,8	0	0,0
Manaquiri	4	0,9	4	1,1	0	0,0
Manaus	97	22,3	84	23,7	13	16,0
Manicoré	5	1,1	5	1,4	0	0,0
Maraã	4	0,9	4	1,1	0	0,0
Maués	16	3,7	16	4,5	0	0,0
Nhamundá	2	0,5	2	0,6	0	0,0

Nova Olinda do Norte	7	1,6	7	2,0	0	0,0
Novo Airão	5	1,1	5	1,4	0	0,0
Novo Aripuanã	3	0,7	3	0,8	0	0,0
Parintins	20	4,6	9	2,5	11	13,6
Pauini	5	1,1	5	1,4	0	0,0
Presidente Figueiredo	4	0,9	4	1,1	0	0,0
Rio Preto da Eva	3	0,7	3	0,8	0	0,0
Santa Isabel do Rio Negro	2	0,5	2	0,6	0	0,0
Santo Antônio do Içá	4	0,9	4	1,1	0	0,0
São Gabriel da Cachoeira	25	5,7	7	2,0	18	22,2
São Paulo de Olivença	7	1,6	7	2,0	0	0,0
São Sebastião do Uatumã	4	0,9	4	1,1	0	0,0
Silves	2	0,5	2	0,6	0	0,0
Tabatinga	22	5,1	6	1,7	16	19,8
Tapauá	3	0,7	3	0,8	0	0,0
Tefé	19	4,4	7	2,0	12	14,8
Tonantins	2	0,5	2	0,6	0	0,0
Urucará	2	0,5	2	0,6	0	0,0
Urucurituba	3	0,7	3	0,8	0	0,0
Total	435	100	354	100	81	100

Fonte: Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos - Brasil. Relatório final, 2016. FIOCRUZ/MEC/MS

Como mostra a Tabela 12, a região Entorno de Manaus, na qual se encontra a capital Manaus e outros 11 municípios, destaca-se como a região com maior presença de médicos do Programa, com percentual geral de 37%, com lotação municipal 36,7% e 38% do total de médicos em áreas DSEIs, seguida de Alto Solimões, 9 municípios, e Baixo Amazonas, 5 municípios, onde observamos respectivamente 13,8% e 11% do total geral.

No entanto, ao analisarmos a lotação em serviços municipais, destaca-se além da região do Entorno de Manaus, Rio Negro e Solimões e Alto Solimões, com 12,4% e 11%, respectivamente. Em relação aos DSEIs, verificamos a maior concentração de médicos na região Entorno de Manaus com 38%, seguida da Alto Solimões e Triângulo, que apresentam 25,9% e 14,8% respectivamente. (Tabela 12)

Tabela 12 – Alocação dos médicos do PMM segundo Região de Saúde

Municípios	Geral		Municípios		DSEIs	
	V. Abs.	%	V. Abs.	%	V. Abs.	%
Triângulo	33	7,6	21	5,9	12	14,8
Alto Solimões	60	13,8	39	11,0	21	25,9
Rio Negro e Solimões	44	10,1	44	12,4	0	0,0
Rio Madeira	23	5,3	23	6,5	0	0,0
Entorno Manaus	161	37,0	130	36,7	31	38,3
Baixo Amazonas	48	11,0	37	10,5	11	13,6
Regional Purus	24	5,5	18	5,1	6	7,4
Regional Juruá	24	5,5	24	6,8	0	0,0
Médio Amazonas	18	4,1	18	5,1	0	0,0
Total	435	100	354	100	81	100

Fonte: Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos - Brasil. Relatório final, 2016. FIOCRUZ/MEC/MS

Quanto ao ciclo de entrada no PMM

No tocante ao ciclo de entrada no PMM, observamos que o contingente geral do estado se concentrou entre o primeiro e quarto ciclos, com maior representatividade no segundo, com 41,1%, e quarto ciclo, com 19,3%. Ao analisarmos separadamente os que compõem as equipes municipais temos uma predominância de entrada no segundo ciclo, com 47,7%, seguido do primeiro com 19,5%. (Tabela 13). No caso dos DSEIs, temos os maiores contingentes chegando ao estado nos ciclos quarto e terceiro respectivamente, 53,1% e 21%, registramos também que não houve chegadas no quinto e sexto ciclos nos DSEIs, diferindo das outras apresentações.

Tabela 13 – Médicos do PMM segundo ciclo de entrada – Amazonas

Ciclo	Geral		Municípios		DSEIs	
	V. Abs.	%	V. Abs.	%	V. Abs.	%
Primeiro	79	18,2	69	19,5	10	12,3
Segundo	179	41,1	169	47,7	10	12,3
Terceiro	75	17,2	58	16,4	17	21,0
Quarto	84	19,3	41	11,6	43	53,1
Quinto	4	0,9	4	1,1	0	0,0
Sexto	8	1,8	8	2,3	0	0,0
NR	6	1,4	5	1,4	1	1,2
Total	435	100	354	100	81	100

Fonte: Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos - Brasil. Relatório final, 2016. FIOCRUZ/MEC/MS

4.2 PERFIL DOS MÉDICOS SUPERVISORES – AMAZONAS

Conforme o banco de dados utilizado por essa pesquisa, foram contabilizados 39 supervisores no estado do Amazonas, cujo perfil apresentaremos a seguir:

Quanto ao sexo

A supervisão no Amazonas é realizada predominantemente por médicos do sexo masculino, que totalizam 69,2%, enquanto que as do sexo feminino representam 30,8%. (Tabela 14)

Tabela 14 – Médicos supervisores do PMM segundo sexo - Amazonas

Sexo	V.Abs.	%
Masculino	27	69,2
Feminino	12	30,8
Total	39	100

Fonte: Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos - Brasil. Relatório final, 2016. FIOCRUZ/MEC/MS

Quanto à idade

Entre os supervisores amazonenses podemos destacar três faixas etárias predominantes (Tabela 15), são elas: a) até 35 anos de idade, 28,3%; b) 36 - 45 anos, 51,3% e c) 46 - 69 anos, 20,6%.

Tabela 15 – Médicos supervisores do PMM segundo faixa etária- Amazonas

Faixa	V.Abs.	%
Até 25 anos	1	2,6
26 - 30 anos	4	10,3
31 - 35 anos	6	15,4
36 - 40 anos	12	30,8
41 - 45 anos	8	20,5
46 - 50 anos	3	7,7
51 - 55 anos	2	5,1
56 - 60 anos	1	2,6
61 - 65 anos	1	2,6
66 - 69 anos	1	2,6
Total	39	100

Fonte: Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos - Brasil. Relatório final, 2016. FIOCRUZ/MEC/MS

Quanto à titulação

Observamos entre os supervisores que a grande maioria possui Pós-Graduação, ou seja, 66,6%, com predominância da modalidade Especialização com 28,2%; seguida da Residência Médica com 25,6%; com mestrado temos 12,8%, não se registrando supervisores com doutorado. (Tabela 16)

Tabela 16 – Médicos supervisores do PMM segundo titulação - Amazonas

Titulação	V.Abs.	%
Graduação	13	33,3
Residência Médica	10	25,6
Especialização	11	28,2
Mestrado	5	12,8
Doutorado	0	0,0
Total	39	100

Fonte: Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos - Brasil. Relatório final, 2016. FIOCRUZ/MEC/MS

Quanto à especialidade

O estado do Amazonas apresenta 13 especialidades médicas entre os supervisores (Tabela 17), com destaque da medicina de família e comunidade 23%, as especialidades ginecologia e obstetrícia, medicina do trabalho e anestesiologia somam 20,5% do total.

Tabela 17 – Médicos supervisores do PMM segundo especialidade - Amazonas

Especialidade	V.Abs.	%
Medicina de Família e Comunidade	9	23,1
Pediatria	1	2,6
Clínica Médica	1	2,6
Medicina Preventiva e Social	1	2,6
Ginecologia e Obstetrícia	3	7,7
Medicina do Trabalho	3	7,7
Infectologia	1	2,6
Cardiologia	1	2,6
Geriatria	1	2,6
Anestesiologia	2	5,1
Medicina Intensiva	1	2,6
Patologia	1	2,6
Otorrinolaringologia	1	2,6
NR	13	33,3
Total	39	100

Fonte: Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos - Brasil. Relatório final, 2016. FIOCRUZ/MEC/MS

Quanto ao município de residência

Ao analisarmos os dados da Tabela 18, segundo o local de residência, seis municípios concentram todos os 39 supervisores, sendo que Manaus responde por 82,1% das moradias dos supervisores do estado.

Tabela 18 – Médicos Supervisores do PMM segundo local residência – Amazonas

Município de residência	V.Abs.	%
Manaus	32	82,1
Benjamin Constant	1	2,6
Coari	3	7,7
Boca do Acre	1	2,6
Parintins	1	2,6
Apuí	1	2,6
Total	39	100

Fonte: Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos - Brasil. Relatório final, 2016. FIOCRUZ/MEC/MS

5 INFRAESTRUTURA DAS UBSs do PMM – AMAZONAS

Conforme explicitado no capítulo de metodologia, a síntese que será apresentada nesse capítulo é resultado da análise de 260 relatórios de 1ª visita de supervisão, com 52 variáveis analisadas cada. Após a exclusão de registros inconsistentes em relação à identificação dos CNES destas unidades, foram analisados formulários referentes a 191 unidades básicas de saúde, no período de agosto de 2013 e janeiro de 2016, distribuídas em 45 municípios, 73% do total de municípios do Amazonas aderidos nas suas 9 regiões de saúde.

Dessa forma, os resultados serão apresentados abaixo, separados nas suas três dimensões, sendo: 1) Estrutura da UBS, 2) Materiais e Recursos da UBS e 3) Disponibilidade de Medicamentos na UBS.

1) *Estrutura da UBS*

Nesta dimensão foram analisadas 16 variáveis da estrutura física das unidades, tendo sido encontrado uma média 67% na classificação adequada, compreendendo essa média a soma do percentual de avaliações adequadas de cada variável dividida pelo total. Dessa forma, observamos que 13 variáveis apresentam avaliação “adequada”, acima da média geral, sendo as variáveis: ventilação, luminosidade e acústica. Já consultório clínico, pisos e paredes, consultório de enfermagem, recepção, sala de vacinação, farmácia e organização do prontuário, obtiveram mais de 70% de avaliações “adequadas”. Observamos ainda que: sala para grupos e sala para reunião apresentam as maiores frequências de avaliações “inadequadas”, sendo 72% e 68% respectivamente. (Tabela 19)

Frente ao resultado em geral e à compreensão de que as variáveis apresentadas nessa dimensão apresentam relações e significados diferentes na caracterização das Unidades de Saúde, abordaremos a seguir os resultados dessa dimensão por grupos de afinidade entre as diversas variáveis, bem como análise feita de seus resultados por região. Dessa forma, apresentaremos a variável “Unidade Básica de Saúde (UBS)” inicialmente e separada das outras, pois trata-se de uma variável de ampla abrangência, que considera as condições gerais da Unidade para seu funcionamento.

Tabela 19 – Estrutura das UBS do PMM- Amazonas

Variáveis	Adequada	%	Inadequada	%	Total	%
Ventilação	209	80	51	20	260	100
Luminosidade	203	78	57	22	260	100
Acústica	198	76	62	24	260	100
Pisos e paredes	194	75	66	25	260	100
Consultório clínico	188	72	72	28	260	100
Consultório odontológico	180	69	80	31	260	100
Consultório de enfermagem	182	70	78	30	260	100
Recepção	188	72	72	28	260	100
Sala de reunião	83	32	177	68	260	100
Sala de vacinação	188	72	72	28	260	100
Sala de curativos	151	58	109	42	260	100
Farmácia	186	72	74	28	260	100
Organização do prontuário	206	79	54	21	260	100
Banheiros	178	68	82	32	260	100
Salas para grupos	74	28	186	72	260	100
Unidade Básica de Saúde (UBS)	177	68	83	32	260	100

Fonte: Elaboração própria a partir do Banco de dados da Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos (2015).

Dentre os 260 formulários analisados, 80,87% apresentaram avaliação por parte dos médicos do PMM como “adequada”. Conforme podemos verificar (Tabela 20), há um destaque para as regiões Médio Amazonas, Regional Juruá, Regional Purus e Triângulo, que obtiveram 100% da avaliação como “adequada”. As regiões do Alto Solimões, Entorno de Manaus, Rio Madeira e Rio Negro e Solimões formam um segundo grupo com avaliações próximas à média, variando de 67,57% a 87,21%; e, por fim, verificamos no Baixo Amazonas 32% de avaliações adequadas.

Tabela 20 – Avaliação da UBS do PMM segundo região de Saúde do Amazonas

Região	V.Abs	Adequada	V.Abs	Inadequada
Alto Solimões	18	62%	11	38%
Baixo Amazonas	7	32%	15	68%
Entorno Manaus	75	87,21%	11	12,79%
Médio Amazonas	17	100,00%		0,00%
Regional Juruá	20	100,00%		0,00%
Regional Purus	12	100,00%		0,00%
Rio Madeira	19	79,17%	5	20,83%
Rio Negro e Solimões	25	67,57%	12	32,43%
Triângulo	13	100,00%		0,00%
Total/Média	206	80,87%	54	19,13%

Fonte: Elaboração própria a partir do Banco de dados da Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos (2015).

Ao analisarmos as variáveis que compõem esse grupo “Ambiência”, verificamos que a ventilação destaca-se com a maior frequência de classificações adequadas, com 80,38%, estando as outras variáveis muito próximas entre si e da média, com 77,31% para esse grupo de variáveis. (Tabela 21)

Vale destaque que, quando analisadas as frequências por região de saúde, verificamos que as regiões Médio Amazonas, Regional Purus e Triangulo figuram entre as que apresentam maiores frequências acima da média para a classificação “adequada”. Por outro lado, no Baixo Amazonas, Madeira e Entorno de Manaus são as que apresentam as maiores frequências da classificação Inadequada.

Tabela 21- Avaliação da Ambiência das UBS do PMM - Amazonas

Ambiência	Adequada	Inadequada
Ventilação	80,38%	19,62%
Luminosidade	78,08%	21,92%
Acústica	76,15%	23,85%
Pisos e Paredes	74,62%	25,38%
Média	77,31%	22,69%

Fonte: Elaboração própria a partir do Banco de dados da Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos (2015).

Analisando o grupo de variáveis da categoria “Infraestrutura Assistencial” notamos que a média geral de 70,38% são consideradas “adequadas”, sendo as variáveis “consultório odontológico” e “sala de curativos” as que se encontram com frequência abaixo da média, com 60,23% e 58,08%, respectivamente. Outras quatro variáveis: consultório clínico, sala de

vacinação, farmácia e consultório de enfermagem apresentam frequência bastante próximas entre si, variando de 69,23% a 72,31%. Destaca-se, a organização do prontuário com 79,38% como “adequadas” (Tabela 22).

Quando analisadas as frequências por região verificamos que Médio Amazonas, Regional Juruá e Triângulo apresentam as maiores frequências acima da média de avaliações consideradas adequadas. Nas regiões Entorno de Manaus e Rio Negro e Solimões foram verificadas as maiores frequências de avaliações inadequadas para esse conjunto de variáveis.

Tabela 22 – Avaliação Infraestrutura Assistencial das UBS do PMM - Amazonas

Infraestrutura Assistencial	Adequada	Inadequada
Organização do Prontuário	79,38%	20,77%
Consultório Clínico	72,31%	27,69%
Sala de Vacinação	72,31%	27,69%
Farmácia	71,54%	28,46%
Consultório de Enfermagem	70,00%	30,00%
Consultório Odontológico	69,23%	30,77%
Sala de Curativos	58,08%	41,92%
Média	70,38%	29,62%

Fonte: Elaboração própria a partir do Banco de dados da Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos (2015).

No grupo de variáveis “Ambientes de uso coletivo” a média de avaliações consideradas “adequadas” foi de 50,29%, nas quais podemos verificar dois subgrupos, sendo eles as de recepção e banheiros, com avaliações acima da média, ou seja, 72,31% e 68,46%, respectivamente; e outro subgrupo formado pelas variáveis “sala para reunião” e “sala para grupos” que obtiveram as menores frequências de avaliações adequadas não só dentro do grupo de ambientes coletivos, mas dentre todas as variáveis analisadas na dimensão Infraestrutura, sendo respectivamente 31,92% e 28,46% (Tabela 23).

Na análise das frequências nas diferentes regiões verificamos novamente que as regiões Médio Amazonas, Regional Juruá e Triângulo figuram entre as com maiores frequências de avaliações adequadas, bem como as do Entorno de Manaus, Rio Madeira, e Rio Negro e Solimões, destacam-se pelas maiores frequências de avaliações “Inadequadas” para o grupo de variável estudado.

Tabela 23 – Avaliação Ambientes de uso coletivo das UBS do PMM- Amazonas

Ambientes de uso coletivo	Adequada	Inadequada
Recepção	72,31%	27,69%
Banheiros	68,46%	31,54%
Sala para reunião	31,92%	68,08%
Sala para grupos	28,46%	71,54%
Média	50,29%	49,71%

Fonte: Elaboração própria a partir do Banco de dados da Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos (2015).

2) *Materiais e Recursos da Unidade Básica de Saúde*

Partindo do pressuposto que a classificação, quantidade e qualidade “adequadas”, é a melhor avaliação possível na dimensão “Materiais e Recursos da Unidade Básica”, percebemos uma média de 45%. Considerando as frequências das 26 variáveis analisadas, 14 apresentam classificações acima dessa média, que podemos dividir em duas faixas, sendo a primeira composta pelas variáveis: Fita métrica, Impressos, Balança para adultos, Espelho, Material para citologia de colo de útero, Estetoscópio, Esfigmomanômetro adulto e Balança infantil, com frequências que vão de 79% a 70% consideradas em quantidade e qualidade adequadas, e a segunda: Sonar obstétrico, Maca, Mesa Ginecológica, Material para Curativo, Foco de Luz e Régua infantil variando de 60% a 52% de avaliações consideradas em quantidade e qualidades adequadas (Tabela 24).

Ainda tendo como base os dados apresentados na Tabela 38, podemos identificar um terceiro grupo, mas de variáveis que tiveram apresentação abaixo da média para a avaliação quantidade e qualidade “adequadas”, sendo 12 variáveis: material de sutura, impressora, otoscópio, monofilamentos para pé diabético, cilindro de oxigênio, computador, esfigmomanômetro pediátrico, internet, dispositivo intrauterino, kit para intubação adulto e kit para intubação pediátrico.

Observamos ainda que a classificação quantidade e qualidade “inadequadas” obteve uma média de 5% nas avaliações registradas, destacando-se as variáveis: material para curativo, 17%, computador, 17%, e internet 15% com as maiores frequências.

Tabela 24 – Avaliação Materiais e recursos da Unidade Básica de Saúde – PMM Amazonas

Variáveis	1. V.Abs	%	2. V.Abs	%	3. V.Abs	%	4. V.Abs	%	5. V.Abs	%
Fita métrica	21	8	205	79	9	3	13	5	12	5
Impressos	22	8	204	78	5	2	16	6	13	5
Bal. Adultos	22	8	202	78	12	5	11	4	13	5
Especulo	14	5	202	78	5	2	10	4	29	11
Material para coleta de citologia de colo de útero	15	6	195	75	7	3	11	4	32	12
Estetoscópio	28	11	191	73	14	5	15	6	12	5
Esfig. Adulto	41	16	184	71	13	5	17	7	5	2
Bal. Infantil	19	7	182	70	10	4	7	3	42	16
Sonar obstétrico	35	13	175	67	9	3	13	5	28	11
Maca	24	9	171	66	24	9	14	5	27	10
Mesa ginecológica	29	11	166	64	19	7	11	4	35	13
Material para curativo	23	9	150	58	10	4	44	17	33	13
Foco de luz	34	13	143	55	18	7	16	6	49	19
Régua infantil	11	4	136	52	18	7	8	3	87	33
Negatoscópio	19	7	108	42	15	6	14	5	104	40
Material de sutura	20	8	71	27	6	2	11	4	152	58
Impressora	29	11	68	26	1	0	30	12	132	51
Otoscópio	19	7	64	25	8	3	5	2	164	63
Monofilamento para teste de pé diabético	15	6	59	23	2	1	7	3	177	68
Cilindro de oxigênio	17	7	58	22	3	1	5	2	177	68
Computador	53	20	55	21	3	1	43	17	106	41
Esfig. Pediátrico	16	6	28	11	4	2	1	0	211	81
Internet	8	3	25	10	12	5	39	15	176	68
Dispositivo intrauterino	4	2	16	6	0	0	3	1	237	91
Kit para intubação adulto	0	0	5	2	1	0	1	0	253	97
Kit para intubação pediátrico	0	0	4	2	0	0	1	0	255	98
Média		7,8		45		3		5		37

Fonte: Elaboração própria a partir do Banco de dados da Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos (2015).

* 1 – Quantidade Inadequada e Qualidade Adequada; 2 - Quantidade e Qualidade Adequada; 3 - Quantidade Adequada e Qualidade Inadequada; 4 – Quantidade e Qualidade. Inadequadas; 5 – Inexistente.

Diante do grande número de variáveis, optamos apresentá-las em subgrupos de afinidade, bem como análise por regiões de saúde do Amazonas, assim foram agrupadas em 4 subgrupos por afinidade, sendo: 1) subgrupo 1 - Equipamentos e Materiais; 2) subgrupo 2 - Insumos de Assistência a Saúde; 3) subgrupo 3 - Tecnologia da Informação; 4) subgrupo 4 - Equipamentos de Urgência.

Para facilitar a análise das cinco avaliações possíveis, apresentaremos abaixo, na Tabela 39, um resumo considerando **Presente** como: somatória das frequências que indicam a presença da referida variável, quantidade e qualidade “adequadas”, quantidade “adequada” e qualidade “inadequada”, quantidade “inadequada” e qualidade “adequada”, e quantidade e qualidade “adequadas”; **Inexistente**: a frequência das variáveis não encontradas nas UBSs no momento da primeira visita de supervisão e **quantidade e qualidade “adequadas”**: as frequências relativas das diversas variáveis consideradas em quantidade e qualidade “adequadas”, dentro da contagem de itens presentes.

Analisando o primeiro subgrupo de variáveis “Equipamentos e Materiais”, observamos que foram encontradas nas UBSs, durante a 1ª visita de supervisão, numa média 75%, considerando todas variáveis, nos quais podemos identificar 3 percentuais: o primeiro deles constando dos itens: esfigmomanômetro adulto, estetoscópio, balança para adultos e maca, presentes com frequências que variam de 98,08% a 90% de presença nas UBSs avaliadas (Tabela 25).

O segundo, com percentuais que vão de 89,23% a 81%, dentre os quais se identificam os itens: sonar obstétrico, mesa ginecológica, balança infantil e foco de luz. Num terceiro grupo, as variáveis que apresentaram frequência de presença abaixo da média geral, com variações entre 66,54% e 18,85%, correspondendo às variáveis: régua infantil, negatoscópio, otoscópio e esfigmomanômetro pediátrico.

Quando analisamos o desempenho dessas variáveis por região, podemos verificar que as regionais Triângulo, Médio Amazonas, Entorno de Manaus e Juruá apresentam as maiores frequências de itens com classificação quantidade e qualidade “adequadas” acima da média, contrastando com as regiões do Alto Solimões, Purus e Médio Amazonas onde há concentrações de variáveis consideradas inexistentes.

Tabela 25 – Avaliação Equipamentos e materiais da Unidade Básica de Saúde – PMM Amazonas

Equipamentos e Materiais	Presente	Inexistente	Quantidade e Qualidade Adequadas
Balança adultos	95%	5,00%	82%
Balança infantil	83,85%	16,15%	83%
Esfigmomanômetro adulto	98,08%	1,92%	72%
Esfigmomanômetro pediátrico	18,85%	81,15%	57%
Estetoscópio	95,38%	4,62%	77%
Foco de luz	81%	18,85%	68%
Maca	90%	10,38%	73%
Mesa ginecológica	86,54%	13,46%	74%
Negatoscópio	60%	40,00%	69%
Otoscópio	36,92%	63,08%	67%
Régua infantil	66,54%	33,46%	79%
Sonar obstétrico	89,23%	10,77%	75%
Média	75%	25%	73%

Fonte: Elaboração própria a partir do Banco de dados da Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos (2015).

Já na análise do subgrupo “Insumos de Assistência a Saúde”, verificamos uma média de 67,05% nas UBSs analisadas, nas quais evidenciamos duas faixas percentuais, a primeira variando de 95,38% a 87,31% com os itens: fita métrica, impressos, espécuro, material para coleta de citologia de colo de útero e material para curativo. Na segunda faixa, abaixo da média, com 41,46% e 31,92%: material para sutura e monofilamento para pé diabético e, por fim, isolado com um percentual bem abaixo da média, visualizamos o dispositivo intrauterino com 8,85% (Tabela 26).

No entanto, uma vez presentes na unidade, evidenciamos uma média de 79% em quantidade e qualidade “adequadas”, e dessa forma podendo ser apresentadas em duas faixas, a primeira com percentuais entre 88% e 83% compreendendo os itens: espécuro, material para coleta de citologia de colo do útero, fita métrica e impressos e a segunda faixa compreendendo os itens monofilamento para teste de pé diabético, dispositivo intrauterino e material para curativo, com percentuais entre 71% e 65%. Cabe destacar o baixo percentual no item dispositivo intrauterino 8,85%.

Quando vistas a partir das regiões, observamos que as regiões Triângulo, Regional Juruá e Médio Amazonas apresentam a melhores performances quanto à frequência de itens avaliados em quantidade e qualidade “adequadas”, assim como no Alto Solimões, Entorno de Manaus, Baixo Amazonas e Regional Purus foram as que apresentaram as maiores frequências de itens inexistentes.

Tabela 26 – Avaliação Insumos de Assistência a Saúde da Unidade Básica – PMM Amazonas

Assistência a Saúde	Presente	Inexistente	Quantidade e Qualidade Adequadas
Dispositivo intrauterino	8,85%	91,15%	69%
Espécuro	88,75%	11,15%	88%
Fita métrica	95,38%	4,62%	83%
Impressos	95%	5%	83%
Material de sutura	41,46%	58,46%	66%
Material para coleta de citologia de colo de útero	87,69%	12,31%	86%
Material para curativo	87,31%	12,69%	65%
Monofilamento para teste de pé diabético	31,92%	68,08%	71%
Média	67,05%	32,93%	79%

Fonte: Elaboração própria a partir do Banco de dados da Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos (2015).

Quanto ao subgrupo “Equipamentos de tecnologia da informação”, constatamos uma média de 46,96%, o qual apresenta os itens: computador (50,23%) e impressora (49,33%), valores acima da média e a internet abaixo, com 32%. Em relação à quantidade e qualidade “adequadas”, destaca-se o item impressora com 53%, computador (36%) e internet (30%), apresentam-se abaixo da média pra essa classificação (Tabela 27). Nota-se ainda que os itens que compõem esse subgrupo estavam inexistentes na ocasião da coleta das informações em mais da metade dos formulários avaliados, configurando a internet como o item mais ausente com 67,69%.

Entorno de Manaus, Regional Juruá e Rio Madeira foram as regiões que apresentaram as maiores avaliações com quantidade e qualidade adequadas nesse subgrupo. Já em Purus e Baixo Amazonas foram as que mais apresentaram frequências de inexistência dos itens desse grupo, chegando no Baixo Amazonas apresentar ausência de 100% de internet na ocasião das avaliações.

Tabela 27 – Avaliação Equipamentos de Tecnologia da Informação da Unidade Básica de Saúde – PMM Amazonas

Tecnologia da Informação	Presente	Inexistente	Quantidade e Qualidade Adequadas
Computador	59,23%	40,77%	36%
Impressora	49,33%	50,77%	53%
Internet	32,31%	67,69%	30%
Média	46,96%	53,08%	40%

Fonte: Elaboração própria a partir do Banco de dados da Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos (2015).

Ao analisarmos o subgrupo de “Equipamentos de urgência”, notamos a menor média nas unidades básicas de saúde investigadas, ou seja, 12,18%, no qual observamos que os itens: kits de intubação adulto e pediátrico inexistência da ordem de 97,31% e 98,08%, cilindros de oxigênio foram encontrados em 31,92% das UBSs. Vale o destaque que uma vez presentes nas Unidades, essas variáveis apresentaram a classificação de quantidade e qualidade adequadas numa média 70,55% (Tabela 28).

Nas regiões de saúde notamos que os itens desse subgrupo apresentaram melhores frequências de quantidade e qualidade “adequadas” no Baixo Amazonas, Rio Madeira e Rio Negro e Solimões; já a inexistência dos itens foi maior no Alto Solimões, Entorno de Manaus e Regional Purus. Cabe o registro de que os itens Kit de intubação pediátrico obteve 100% de ausência nas regiões: Entorno de Manaus, Regional Juruá, Regional Purus, Rio Madeira e Triângulo; no caso do kit de intubação adulto obteve 100% de ausência em: Entorno de Manaus, Regional Juruá, Regional Purus, e Triângulo.

Tabela 28 – Avaliação Equipamentos de Urgência da Unidade Básica de Saúde – PMM Amazonas

Equipamentos de Urgência	Presença	Inexistência	Quantidade e Qualidade Adequadas
Cilindro de oxigênio	31,92%	68,08%	69,89%
Kit para intubação adulto	2,69%	97,31%	71,49%
Kit para intubação pediátrico	1,92%	98,08%	80,21%
Média	12,18%	87,82%	70,55%

Fonte: Elaboração própria a partir do Banco de dados da Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos (2015).

3) Disponibilidade de Medicamentos na Unidade Básica de Saúde

Nessa dimensão foram analisadas 10 variáveis, classificadas segundo sua quantidade e abastecimento. Na Tabela 29 é possível observar a média de 46% classificações como quantidade e abastecimento regular, na qual visualizamos que 7 das variáveis, ou seja 70% delas, foram avaliadas acima dessa média. Destaca-se que medicamentos anticoncepcionais, 60%, para tuberculose, 60%, e antiparasitários, 57%, obtiveram os melhores percentuais dentre as variáveis analisadas.

A classificação quantidade insuficiente e abastecimento irregular obteve uma média 17%, na qual 4 das variáveis apresentaram avaliações acima dessa média, medicamentos para diabetes, 31%, anti-inflamatórios e analgésicos, 24%, e antibióticos, 23%. No entanto, cabe o registro de que as variáveis medicamentos para Diabetes e analgésicos e anti-inflamatórios obtiveram na classificação quantidade e abastecimento regular, 54% e 47% respectivamente, estando dessa forma acima da média para essa classificação (Tabela 29).

Registramos ainda que as variáveis psicotrópicos, 66%, medicamentos injetáveis, 37%, e para hanseníase apresentaram as maiores frequências da classificação Inexistente, que obteve uma média de 19% dentre as classificações apresentadas nessa dimensão.

Tabela 29 – Avaliação Medicamentos da Unidade Básica de Saúde – PMM Amazonas

Medicamentos e insumos	1. V.Abs	%	2. V.Abs	%	3. V.Abs	%	4. V.Abs	%	5. V. Abs	%
Anticoncepcionais	26	10	157	60	28	11	43	17	6	2
Medicamentos para Tuberculose	22	8	155	60	4	2	14	5	65	25
Antiparasitários	23	9	147	57	42	16	44	17	4	2
Medicamentos para Diabetes	19	7	141	54	44	17	80	31	6	2
Medicamentos para Hipertensão	26	10	127	49	46	18	58	22	3	1
Medicamentos para Hanseníase	16	6	127	49	5	2	18	7	94	36
Analgésicos e Anti-inflamatórios	23	9	122	47	50	19	63	24	2	1
Antibióticos	23	9	83	32	42	16	59	23	53	20
Medicamentos injetáveis	14	5	78	30	34	13	37	14	97	37
Psicotrópicos	7	3	58	22	9	3	14	5	172	66
Média		7,6		46		11,7		16,5		19,2

Fonte: Elaboração própria a partir do Banco de dados da Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos (2015).
 * 1 - Quantidade Suficiente e Abastecimento Irregular; 2 - Quantidade Suficiente e Abastecimento Regular; 3 - Quantidade Insuficiente e Abastecimento Regular; 4 - Quantidade Insuficiente e Abastecimento Irregular; 5 - Inexistente.

Continuando a análise, esclarecemos que a coluna **Presente** reúne a soma das variáveis: quantidade suficiente e abastecimento irregular, quantidade suficiente e abastecimento regular, quantidade insuficiente e abastecimento regular e quantidade insuficiente e abastecimento irregular.

Assim, constatamos que os medicamentos apresentam uma média de presença de 83,93%, dessa forma podendo ser destacadas 3 faixas, uma variando de 99,33% a 97,69%, na qual encontramos os medicamentos: analgésicos e anti-inflamatórios, medicamentos para hipertensão, antiparasitários, medicamentos para diabetes e anticoncepcionais, uma segunda faixa com valores de 79,62% e 75%, sendo respectivamente antibióticos e medicamentos

para tuberculose, e uma a terceira faixa variando de 66,15% a 62,69% onde se encontram os psicotrópicos, medicamentos para hanseníase e injetáveis. (Tabela 30)

Ainda na Tabela 30, em relação ao quantitativo e abastecimento regulares, os medicamentos obtiveram uma média 45,96%, na qual podemos evidenciar duas faixas acima de média, uma com frequências que variam de 60,38% a 46,92%, anticoncepcionais, medicamentos para tuberculose, antiparasitários, medicamentos para diabetes, para hipertensão, hanseníase analgésicos e anti-inflamatórios, e o segundo grupo valores variando de 31,92% a 22,31%, nos quais estão presentes os antibióticos, injetáveis e psicotrópicos.

A região do Juruá obteve os maiores índices de quantidade abastecimento regular, figurando com os maiores índices em 7 das 10 variáveis apresentadas nessa dimensão, em contraste a Purus, obteve os índices mais baixos quanto à quantidade e abastecimento regular em todas as variáveis analisadas nessa dimensão. Quando analisadas por região, as variáveis com maiores índices de ausência total, Psicotrópicos, Medicamentos Injetáveis e para Hanseníase, observamos que tal deficiência se apresenta em maiores índices em: Purus, Entorno de Manaus, Baixo Amazonas e Rio Madeira.

Tabela 30 – Avaliação Medicamentos da Unidade Básica de Saúde 2 – PMM Amazonas

Medicamentos	Presente	Inexistência	Quantidade Suficiente e Abastecimento Regular
Anticoncepcionais	97,69%	2,31%	60,38%
Medicamentos para Tuberculose	75,00%	25,00%	59,62%
Antiparasitários	98,46%	1,54%	56,54%
Medicamentos para Diabetes	97,69%	2,31%	54,23%
Medicamentos para Hipertensão	98,85%	1,15%	48,85%
Medicamentos para Hanseníase	63,85%	36,15%	48,85%
Analgésicos e Anti-inflamatórios	99,33%	0,77%	46,92%
Antibióticos	79,62%	20,38%	31,92%
Medicamentos injetáveis	62,69%	37,31%	30,00%
Psicotrópicos	66,15%	33,85%	22,31%
Média	83,93%	16,08%	45,96%

Fonte: Elaboração própria a partir do Banco de dados da Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos (2015)

Após apresentar de forma descritiva os resultados encontrados por este estudo no que se refere às variáveis consideradas nessa pesquisa, faremos abaixo uma breve síntese antes de partirmos às considerações finais.

Quanto à estrutura física, observou-se que 80,87% das UBSs apresentaram avaliação como “adequada”. No entanto ambientes como sala para reunião e sala para grupos obtiveram menores frequências de avaliações adequadas, não só dentro do grupo de ambientes coletivos, mas dentre todas as variáveis analisadas na dimensão Infraestrutura. Este achado nos sugere que a maioria das Unidades avaliadas apresentam uma ambiência mais adequada para as ações curativas ambulatoriais, e menos para as ações de planejamento, educação permanente, bem como atividades coletivas de promoção e proteção da saúde.

Quanto aos materiais e recursos, observamos uma média de 45% de quantidade e qualidade “adequadas”, melhor avaliação, no qual 53% das variáveis apresentam-se acima dessa média. Entretanto, dentre as variáveis com as maiores frequências de inexistência, bem como “inadequadas” as variáveis: material para curativo, computador, e internet, cilindro de oxigênio e kits para intubação. O que nos sugere que mais da metade das UBSs apresenta condições de materiais e recursos para ações cotidianas da Atenção Básica, apresentando limitações importantes para os sistemas de informação, bem como dificuldades na atuação em situações de possíveis urgências graves, condições estas que se agravam dadas as características geográficas bem como sociodemográficas da Região Norte e estado do Amazonas.

Quadro 3 – Síntese Infraestrutura PMM Amazonas, 2015

Características	%
Estrutura da Unidade Básica de Saúde	
UBS Adequadas	80,87
Ambientes com avaliação adequada	67
Ambientes com avaliação adequada acima da média	81,25
Materiais e recursos da Unidade Básica de Saúde	
Materiais e recursos em quantidade e qualidade “adequadas”	45
Materiais e recursos em quantidade e qualidade “adequadas” acima da média	53
Disponibilidade de medicamentos na Unidade Básica de Saúde	
Medicamentos em “quantidade e abastecimento regular”	46
Medicamentos em “quantidade e abastecimento regular”	70

Fonte: Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos - Brasil. Relatório final, 2016. FIOCRUZ/MEC/MS

Em relação aos medicamentos, observa-se 46% classificações como “quantidade e abastecimento regular”, 70% dos medicamentos apresentam-se acima dessa média. Observamos que os psicotrópicos, medicamentos injetáveis, para hanseníase apresentaram as maiores frequências de Inexistência. Avaliamos então que a grande maioria das UBSs apresenta, com medicamentos, maior capacidade de lidar os acometimentos por parasitas, doenças infecciosas, no planejamento familiar bem como das condições crônicas, ações próprias da Atenção Básica, e que interagem com as características da região. No entanto ainda nos sugerem dificuldades quanto à saúde mental e o controle da Hanseníase na Atenção Básica.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa analisou aspectos do Programa Mais Médicos, implantado em 2013, os resultados demonstrados nessa e em outras pesquisas, evidenciam que o PMM vem contribuindo para combater a escassez de profissionais de saúde em áreas de reconhecida deficiência desses profissionais, na expansão da Estratégia de Saúde da Família, da cobertura e do acesso aos serviços de Atenção Básica no Brasil.

Neste trabalho, além de apresentar aspectos nacionais relativos aos perfis e distribuição médicos participantes e supervisores do PMM, a partir do aprofundamento no estado do Amazonas e do caminho metodológico definido, as informações coletadas nos formulários de 1º visita de supervisão permitiram uma análise das condições das Unidades Básicas de Saúde com médicos participantes do PMM, num total de 191 Unidades Básicas de Saúde nas 9 regionais de saúde do Amazonas.

Dessa forma podemos verificar que no estado do Amazonas os médicos do PMM são predominantemente intercambistas, com a presença de 16 nacionalidades, no entanto a grande maioria é de médicos cubanos com larga experiência, com predominância do sexo masculino. O ingresso desses profissionais na rede de serviços de Atenção Básica no estado Amazonas contribuiu de forma significativa para expansão da Estratégia de Saúde da Família, bem como atingir os 100% de presença de profissionais médicos em equipes de saúde indígena.

Dentre os profissionais supervisores constatamos que no Amazonas este contingente é formado em sua maioria por homens, na faixa etária predominante entre 36 e 40 anos, residentes em sua grande maioria na capital Manaus. Observamos ainda que os supervisores do PMM Amazonas apresentam 13 das 47 especialidades médicas apresentadas entre os supervisores de todo o Brasil, onde se destaca a medicina de família e comunidade.

Ao realizarmos as análises descritas no presente estudo pudemos evidenciar que quanto à estrutura física foi encontrado um alto índice de variáveis consideradas adequadas, onde variáveis relacionadas à ambiência e componentes assistenciais obtiveram destaque, ambientes como sala de grupos e sala para reunião foram os que obtiveram as menores frequências de avaliações consideradas adequadas. Vale ainda destacar que a variável UBS, que contempla a avaliação geral da UBS para seu funcionamento, obteve 100% de avaliações consideradas adequadas nas regiões: Médio Amazonas, Regional Juruá, Regional Purus e Triângulo.

Os resultados relativos aos materiais e equipamentos nessas unidades foram descritos a partir de 26 variáveis, nos quais verificamos que 14 dessas 26 variáveis obtiveram avaliações

acima da média geral nesta dimensão, onde evidenciamos que as maiores deficiências quanto aos materiais e equipamentos se localizam nos itens de tecnologia da informação, em especial a internet e itens que se referem a equipamentos de urgência, que apesar de previstos no formulário não compõem o “*hall*” usual de serviços realizados na Atenção Básica.

Ainda nesta dimensão verificamos a baixa presença do item dispositivo intrauterino, em contraste a massiva presença de medicamentos anticoncepcionais, visualizada na dimensão medicamentos, o que pode sinalizar uma preferência terapêutica em relação ao planejamento familiar, pela administração farmacêutica.

Quanto aos medicamentos e considerando todas as variáveis, foram bastante expressivas as frequências de presença dos medicamentos listados, em especial aqueles que compõem a farmácia básica, no entanto ficou evidente a deficiência no abastecimento de medicamentos do componente especializado e psicotrópicos, sendo os medicamentos injetáveis os que apresentam maior frequência de inexistência nas unidades investigadas nesse estudo. Vale ressaltar que esses medicamentos muitas vezes estão submetidos a mecanismo de distribuição que não dependem exclusivamente da gestão municipal, fazendo parte de políticas de competências federais e estaduais.

Ao realizar análises nas dimensões aqui descritas foi possível identificar regiões de destaque para frequências consideradas positivas, considerando “adequação” e as variáveis indicadas como ótimas em cada dimensão, destacam-se as Regiões Médio Amazonas, Triângulo e Regional Juruá, em contraste pudemos também evidenciar frequências menores em relação à presença e abastecimento de itens verificados nessa pesquisa nas regiões Entorno de Manaus, Baixo Amazonas e Regional Purus. No entanto, vale destacar que não é objetivo dessa pesquisa fazer um *ranking* entre as diversas regiões do Amazonas, as assertivas acima relacionam-se apenas as amostras obtidas a partir da descrição das variáveis disponíveis nesse estudo, sem considerar peso ou quaisquer formulas compensatórias entre as variáveis, típicas de estudos estatísticos com esse fim.

Esse estudo teve com fonte principal de dados o Webportfólio-UNASUS, que apesar de reunir um número expressivo de dados, permitindo assim diversos tipos de análises e cruzamentos apresenta limitações importantes quanto ao preenchimento em tempo oportuno, em especial na região estudada, destaca-se também a impossibilidade de avaliar separadamente as das unidades de saúde indígenas, bem como sua utilização como instrumento de monitoramento e ferramenta pedagógica no cotidiano da supervisão.

Considerando o período político delicado em que o Brasil se encontra, não poderíamos deixar de demonstrar nossa preocupação com o futuro do PMM e do SUS, à medida que um

Golpe interrompeu o mandato da Presidenta Dilma Rousseff apresenta-se ao país, por meio de um governo ilegítimo, uma forte agenda neoliberal que, dentre outras, objetiva profundas reformas nos sistemas trabalhistas e previdenciários, que com certeza terá impactos no sistema de proteção social, sendo assim na saúde.

Ao fim de 2016, aprovada pelo Congresso Nacional a EC – Emenda à Constituição, 55, que estabelecerá um “Novo Regime Fiscal” ao país, para os próximos 20 anos, que conforme registrado em Nota Técnica elaborada pelo IPEA, em aplicação comparativa levaria a uma perda de R\$ 257 bilhões entre 2003 e 2015, caso a regra valesse nesse período. (IPEA, 2016).

Por fim, o Programa Mais Médicos trata-se de mais uma etapa na construção de caminhos para a consolidação do Sistema Único de Saúde, em especial da Política de Nacional Atenção Básica, que vem se construindo através de programas e estratégias de significativa importância, onde destacaria o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, a Estratégia de Saúde da Família - ESF, O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade - PMAQ e o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde - Requalifica UBS, dessa forma estudos como este corroboram para evidenciar seus acertos e apontar para seu aperfeiçoamento.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P.F; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.8, p.1727-1742, 2008.
- BRASIL. **Lei Orgânica do SUS – 8.080/90**: República Federativa do Brasil Constituição (1988). Presidência da República, 1990.
- _____. **Decreto nº 7.508 de 28 de Junho de 2011**. Regulamenta a Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Presidência da República, 2011.
- _____. **Portaria 648/GM de 28 de Março de 2006**. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2011.
- _____. **Portaria GM/MS 1.654 de 19 de julho de 2011**. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2011.
- _____. **Portaria 1.377 de 13 de Junho de 2011**. Estabelece critérios para definição das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médicos. Ministério da Saúde, 2011.
- _____. **Portaria 2.488 de 21 de Outubro de 2011**. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2011.
- _____. **Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas e de Maior Vulnerabilidade** – Relatório Síntese. Ministério da Saúde Brasília, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. **Portal do Departamento de Atenção Básica**. 2012. Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php. Acesso em: 20 mar. 2016.
- _____. **Decreto nº 8.040 de 8 de Julho de 2013**. Institui o Comitê Gestor e o Grupo Executivo do Programa Mais Médicos. Presidência da República, 2013.
- _____. **Lei nº 12.781, de 22 de Outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos. Presidência da República, 2013.
- _____. **Ministério da Saúde em audiência no Conselho Nacional do Ministério Público [slides]**. Brasília-DF, 2013.
- _____. **Medida Provisória nº 621 de 8 de Julho de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Presidência da República Federativa do Brasil. 2013.
- _____. **Portaria 1.369 de 8 de Julho de 2013**. Dispõe sobre a Implantação do Programa Mais Médicos para o Brasil. Ministério da Saúde – Portaria Interministerial, 2013.
- _____. Ministério da Saúde. **Departamento de Planejamento, Regulação e Provisão de Profissionais em Saúde** [site] Disponível em: <http://maismedicos.saude.gov.br/new/web/app.php/report/> Acessado em: 18 de agosto de 2014, Ministério da Saúde, 2014.
- _____. Ministério da Saúde em audiência no Senado Federal. **Panorama Programa Mais Médicos** [slides]. Brasília-DF, 2015.
- _____. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. **Portaria Interministerial n. 1 de 21 de**

Janeiro de 2014. Dispõem sobre o Modulo de Acolhimento e Avaliação de Médicos Intercambistas. Brasília, 2014.

_____. **Portal do Departamento de Atenção Básica.** PMAQ. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_o_que_e.php . Acessado em: 26 de setembro de 2015. Ministério da Saúde, 2015.

_____. **Portal do Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura da Saúde da Família.** Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php . Acessado em: 27 de setembro de 2015. Ministério da Saúde, 2015.

_____. **Portal do Departamento de Atenção Básica. Sistema de Nota Técnica do DAB.** Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acessado em: 27 de setembro de 2015. Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. SAGE. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica [online].** Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>. 2015.

_____. **Portal do Programa Mais Médicos.** Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/mais-sobre-mais-medicos/5955-documentos>. Acessado em 27 de fevereiro de 2016. Ministério da Saúde, 2016.

CAMPOS et al. 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.

CAMPOS, G.W.S **A saúde Pública e a defesa da vida.** São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paideia.** São Paulo: Hucitec, 2003 p. 46.

CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, AVP. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada.** São Paulo: Ed. Hucitec, 2010.

CASTRO, A. L. B; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cad. Saúde Pública** [online], v.26, n.4, 2010.

CONILL, E. M. Ensaio histórico conceitual sobre Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24 [Sup], n.1, p.S7-S27, 2008.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais.** 12. ed. Rio de Janeiro: Record, 2011.

GIOVANELLA, L.; ROMERO, R. V.; SILVA, H. T.; ALMEIDA, P. F.; FERREIRA, G. R.; GOEDE, H.; RAMÍREZ, N. A.; OLIVEIRA.S. Atención primaria de salud en Suramérica: ¿Reorientación hacia el cuidado integral? In: **Atención primaria de salud en Suramérica.** Rio de Janeiro: Isags: Unasur, p. 23-59, 2015.

GIOVANELLA, L. **NOTA TÉCNICA: A Tipologia das Unidades Básicas de Saúde Brasileiras.** Novos Caminhos. Região e Redes – Caminhos para a Universalização da Saúde no Brasil, p. 4-23, 2015.

GIRARDI, S.N et. al. **Construção do Índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde.** Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) / Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina (NESCOM) / Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), 2010.

GIRARDI, S.N et. al. **Identificação de áreas de escassez de Recursos Humanos em Saúde no Brasil** – Relatório Final. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) / Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina (NESCOM) / Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), 2012.

GUGLIELMI, M. C. **A política pública "saúde da família" e a permanência fixação do profissional em medicina: um estudo de campo em Pernambuco**. 119f. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006;

HEIDMANN, T.S.B.; ALMEIDA, M.C.P.; BOEHS, A.E.; WOSNY, A.M.; MONTICELLI, M. Promoção à saúde: trajetória históricas de suas concepções – **Texto Contexto Enfermagem**, v.15, n.2, p.352-8, abr-jun.2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção Populacional**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao>, acessado em 03/06/2015. Brasil, 2015;

MENDES, A. **A longa batalha pelo financiamento do SUS**. **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.4, p.987-993, 2013.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2ª ed. Brasília. Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS/OMS, 2011.

NESCOM – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva/Universidade Federal de Minas Gerais/Faculdade de Medicina. **RELATÓRIO TÉCNICO: Pesquisa Nacional de Precarização e Qualidade do Emprego no Programa de Saúde da Família**, Belo Horizonte, 2007.

SOARES NETO, J.J. et al. O Programa Mais Médicos, a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.9, p.2709-2718, 2016.

OMS. Relatório Mundial da Saúde – **Cuidados de Saúde Primários: Agora Mais do que Nunca**. Organização Mundial da Saúde, 2008.

OPAS. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines**. Publicación Científica n. 93. Febrero de 1964. OPAS. OMS, Washington D.C.1964.

OPAS/OMS. **A Atenção à Saúde Coordenada pela APS: construindo as Redes de Atenção no SUS** – Contribuições para o debate. NAVEGADOR SUS: Série técnica para os gestores do SUS sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS, nº2. Brasília, 2011.

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde. **RELATÓRIO TÉCNICO: Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**, Brasília, 2004. Volume 2.

PAIM, J.S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian health system: history advances and challenges. **Lancet**, 377-1778-97, 2011.

PINTO, H. A; KOERNER, R. S; CASTRO, D. A; **Prioridade se traduz em mais e melhores recursos para a Atenção Básica** (in: <http://www.rededespesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2012/06>) Brasília, 2012.

SANTOS, L; ANDRADE, L. O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus

vinte anos. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.16, n.3, 2011.

SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. **Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas. Saberes, 2014 (Não achado na integra).

UNICEF. Brasil. **Cuidados Primários de Saúde. Relatório sobre Cuidados Primários de Saúde**, Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Brasil, 1979.

ANEXO A – RELATÓRIO DA PRIMEIRA VISITA DE SUPERVISÃO

Dados do Formulário

Descrição do Formulário:

RELATÓRIO DA PRIMEIRA VISITA DE SUPERVISÃO - PMMB

IDENTIFICAÇÃO

1. DADOS PESSOAIS DO SUPERVISOR

1.1. NOME:

2. DADOS PROFISSIONAIS DO SUPERVISOR

2.1. Titulação:

2.2. Conselho Profissional (Órgão de Classe/Número do Registro/UF):

2.3. Nome da Instituição Supervisora:

3. DADOS PESSOAIS DO MÉDICO SUPERVISIONADO

3.1. NOME:

3.2. CPF:

4. DADOS PROFISSIONAIS DO MÉDICO SUPERVISIONADO

4.1. Nome da Instituição de Ensino em que se graduou:

4.2. Ano de Graduação:

4.3. Conselho Profissional (Órgão de Classe/Número do Registro/UF):

5. LOCAL DE ATUAÇÃO DO MÉDICO SUPERVISIONADO

5.1. Município/UF:

5.2. Nome da Unidade Básica de Saúde:

5.3. CNES da Unidade Básica de Saúde:

6. PRIMEIRA VISITA DE SUPERVISÃO

6.1. Data da visita:

ABSENTEÍSMO

1. INFORME SITUAÇÕES DE ABSENTEÍSMO:

1.1. Nesse mês, quais situações de absenteísmo foram verificadas?

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

1. ESTRUTURA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (selecionar baseado nas impressões do médico e da equipe de saúde)

- 1.1. Ventilação
- 1.2. Luminosidade
- 1.3. Acústica
- 1.4. Pisos e paredes
- 1.5. Consultório clínico
- 1.6. Consultório odontológico
- 1.7. Consultório de enfermagem
- 1.8. Recepção
- 1.9. Sala de reunião
- 1.10. Sala de vacinação
- 1.11. Sala de curativos
- 1.12. Farmácia
- 1.13. Organização do prontuário
- 1.14. Banheiros
- 1.15. Salas para grupos
- 1.16. Outras salas
- 1.17. Classifique a estrutura da unidade básica de saúde (ubs)
- 1.18. Observações:

2. MATERIAIS E RECURSOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (como o médico tem avaliado a quantidade e a qualidade desses itens?)

- 2.1. Esfigmomanômetros adulto

- 2.2. Esfigmomanômetro pediátrico
- 2.3. Estetoscópio
- 2.4. Balança infantil
- 2.5. Balança para adultos
- 2.6. Régua infantil
- 2.7. Fita métrica
- 2.8. Foco de luz
- 2.9. Mesa ginecológica
- 2.10. Maca
- 2.11. Espéculo
- 2.12. Monofilamento para teste de pé diabético
- 2.13. Sonar obstétrico
- 2.14. Cilindro de oxigênio
- 2.15. Kit para entubação adulto
- 2.16. Kit para entubação pediátrico
- 2.17. Material de sutura
- 2.18. Material para coleta de citologia de colo de útero
- 2.19. Negatoscópio
- 2.20. Otoscópio
- 2.21. Material para curativo
- 2.22. Dispositivo intrauterino
- 2.23. Computador
- 2.24. Internet
- 2.25. Impressora
- 2.26. Impressos (receituários, solicitação de exames, etc.)

2.27. Observações:

**3. DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
(como o médico tem avaliado a quantidade e o abastecimento desses itens?)**

3.1. Medicamentos para hipertensão

3.2. Medicamentos para hanseníase

3.3. Medicamentos para diabetes

3.4. Medicamentos para tuberculose

3.5. Antibióticos

3.6. Analgésicos e anti-inflamatórios

3.7. Anticoncepcionais

3.8. Antiparasitários

3.9. Psicotrópicos

3.10. Medicamentos injetáveis

3.11. Observações:

PROCESSO DE TRABALHO

1. TRABALHO EM EQUIPE (observar e anotar as características do processo de trabalho em equipe e as atividades exercidas pelo médico)

1.1. Há reunião periódica de equipe?

1.2. A equipe faz acolhimento aos usuários?

1.3. O médico participa do processo de acolhimento?

1.4. A equipe discute projetos terapêuticos em conjunto?

1.5. O médico faz visita domiciliar?

1.6. A equipe faz planejamento das atividades?

1.7. A equipe faz discussão de indicadores de saúde?

1.8. Observações:

ATENÇÃO À SAÚDE

1. DESENVOLVE AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS RELACIONADAS A:

- 1.1. Ações de educação em saúde?
- 1.2. Ações para promoção da alimentação saudável, prática do exercício físico, entre outras?
- 1.3. Imunização?
- 1.4. Coleta de citologia oncótica?
- 1.5. Observações:

2. DESENVOLVE AÇÕES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE RELACIONADAS A:

- 2.1. Atenção à saúde da criança?
- 2.2. Atenção à saúde da mulher?
- 2.3. Atenção à saúde do adulto?
- 2.4. Atenção à saúde mental?
- 2.5. Demanda espontânea?
- 2.6. Atendimento a urgências e emergências?
- 2.7. Gestão da clínica?
- 2.8. Observações:

REDE DE SAÚDE

1. HÁ SERVIÇOS DE APOIO E RETAGUARDA DISPONÍVEIS PARA A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE?

- 1.1. Hospital
- 1.2. Unidade de pronto atendimento (upa)
- 1.3. Serviços de especialidades
- 1.4. Ambulância para transporte de pacientes
- 1.5. Núcleo de apoio à saúde da família (nasf)

- 1.6. Estrutura pública para atividades físicas (praças equipadas, academia da cidade, etc.)
- 1.7. Telessaúde
- 1.8. Centro de atenção psicossocial (caps)
- 1.9. Centro comunitário
- 1.10. Exames complementares
- 1.11. Observações

2. QUAL A PERCEPÇÃO DO MÉDICO SOBRE A SUPERVISÃO REALIZADA PELA GESTÃO MUNICIPAL (GESTOR OU COORDENADOR OU RESPONSÁVEL)?

2.1. Descrever:

.

EDUCAÇÃO PERMANENTE

1. A PARTIR DAS IMPRESSÕES SOBRE O TRABALHO DO MÉDICO NA UNIDADE DE SAÚDE E NO TERRITÓRIO, IDENTIFICAR AS QUEIXAS FREQUENTES QUE NECESSITAM SER ABORDADAS EM AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE.

- 1.1. Febre
- 1.2. Tosse
- 1.3. Diarreia ou constipação
- 1.4. Náuseas e vômitos
- 1.5. Dor abdominal
- 1.6. Dor lombar
- 1.7. Dor em articulações
- 1.8. Dor torácica
- 1.9. Cefaleia
- 1.10. Dor de garganta
- 1.11. Tristeza e ansiedade
- 1.12. Lesões cutâneas

1.13. Acidentes

1.14. Falta de ar (dispneia)

1.15. Corrimentos vaginais

1.16. Outros

2. IDENTIFICAR AS TEMÁTICAS DE OFERTAS EDUCACIONAIS QUE PODERIAM SER DISPONIBILIZADAS PARA O MÉDICO.

2.1. Os princípios do sus

2.2. As redes de atenção à saúde e à atenção básica

2.3. Acolhimento e processo de trabalho

2.4. Métodos de gestão da clínica individual e familiar

2.5. Promoção de saúde na atenção básica

2.6. Condições agudas comuns na atenção primária à saúde (aps)

2.7. Procedimentos em aps

2.8. Urgências e emergências

2.9. Doenças infectoparasitárias

2.10. Saúde da criança

2.11. Condições clínicas comuns em adultos

2.12. Saúde da mulher

2.13. Saúde do idoso

2.14. Saúde mental

2.15. Saúde indígena

2.16. Gestão do risco cardiovascular

2.17. Grupos populacionais específicos: populações do campo e da floresta

2.18. Grupos populacionais específicos: população negra

2.19. Grupos populacionais específicos: população lgbt

2.20. Outros

3. SELECIONAR AS MODALIDADES DE RECURSOS PEDAGÓGICOS QUE O MÉDICO UTILIZA, NÃO UTILIZA OU PRETENDE UTILIZAR DURANTE O PROGRAMA.

3.1. Estudo individual em casa

3.2. Estudo imediato na unidade básica de saúde (livros, manuais, softwares especializados em tablets ou smartphones)

3.3. Consulta ao portal saúde baseada em evidências

3.4. Consulta a portais de pesquisa (capes, medline, scielo, etc.)

3.5. Consulta pelo google

3.6. Discussão de casos

3.7. Consulta ao nasf

3.8. Consulta a especialistas médicos

3.9. Consulta a outros profissionais de saúde

3.10. Procura de serviços especializados para treinar habilidades

3.11. Participação em seminários, congressos e eventos científicos

3.12. Observações: