

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES**  
**Doutorado em Saúde Pública**

**ROGÉRIO FABIANO GONÇALVES**

**EFETIVIDADE DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM ESTUDO AVALIATIVO NA REGIÃO  
NORDESTE, 2012 A 2017**

**Recife**  
**2019**

ROGÉRIO FABIANO GONÇALVES

**EFETIVIDADE DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM ESTUDO AVALIATIVO NA REGIÃO  
NORDESTE, 2012 A 2017**

Tese apresentada ao Doutorado em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dra. Islândia Maria Carvalho de Sousa

**Coorientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Recife  
2019

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

---

- G638e      Gonçalves, Rogério Fabiano.  
              Efetividade do Projeto Mais Médicos para o Brasil na Atenção Primária à Saúde: um estudo avaliativo na região Nordeste, 2012 a 2017. -- Recife: [s.n.], 2019.  
              130 p.: il., graf., tab.
- Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.
- Orientadora: Islândia Maria Carvalho de Sousa; coorientadora: Adriana Falangola Benjamin Bezerra.
1. Distribuição de Médicos. 2. Planos e Programas de Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Avaliação em Saúde. I. Sousa, Islândia Maria Carvalho de. I. Bezerra, Adriana Falangola Benjamin. II. Título.

ROGÉRIO FABIANO GONÇALVES

**EFETIVIDADE DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE: UM ESTUDO AVALIATIVO NA REGIÃO  
NORDESTE, 2012 A 2017**

Tese apresentada ao Doutorado em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Data de aprovação: 28/08/2019

**BANCA EXAMINADORA**

---

Dra. Islândia Maria Carvalho de Sousa  
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

---

Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Junior  
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

---

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

---

Dra. Heloisa Maria Mendonça de Moraes  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFPE

---

Dra. Lígia Giovanella  
Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz

Aos meus pais, aos meus irmãos, à minha esposa e aos professores do Grupo de Pesquisa Economia Política da Saúde pelo incentivo à realização desta formação.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus queridos pais, Braz Batista Gonçalves e Maria da Paz Silva Gonçalves, pelo amor, cuidado, orientações, apoio, incentivos e exemplos dedicados à minha formação como filho, cidadão, profissional da saúde e da educação.

À minha esposa, Rejane Lins de França Pereira, pela compreensão, incentivos, suporte e amor, que nos manteve unidos neste período de ausências, dificuldades, frustrações, escolhas, adaptações e concessões.

Às minhas filhas, Júlia Lins Gonçalves e Isabella Lins Gonçalves, pelas quais tenho imenso amor e busco me aprimorar no dia-a-dia para ser um pai presente, sensato e amigo.

Aos meus irmãos, Carlos Alexandre Gonçalves, Ana Cláudia Gonçalves e Daniela Leslie Ferreira Bagliotto, e ao primo, Renato Adriano da Silva Correia, pela fraternidade, carinho, solidariedade e desejos mútuos de superar os obstáculos da vida.

Ao meu Sogro, Miguel Alves Pereira (*in memoriam*), falecido em 26/10/2017, que me recordo com carinho pela amizade e incentivo para me dedicar ao Doutorado.

À minha Sogra, Tereza Cristina Lins de França Pereira, pelo cuidado com as minhas filhas, quando precisei viajar para cumprir os compromissos do doutorado.

À minha Avó, Joana Maria da Silva (*in memoriam*), falecida em 16/04/2017, que sempre rezou por todos na família e nos inspirou a sermos pessoas honestas e trabalhadoras.

À minha Orientadora, Islândia Maria Carvalho de Sousa, pela amizade, respeito, confiança, sinceridade, simplicidade, disponibilidade, organização, sabedoria, ensinamentos, motivações, descontração e engajamento social. Uma mulher Sertaneja, determinada e fonte de inspiração.

À minha Coorientadora, Adriana Falangola Benjamin Bezerra, pelo exemplo como ser humano e profissional, pelo apoio constante, incentivos, cobranças, elogios, dignidade, resiliência, atitude e olhar crítico.

À minha amiga Keila Brito-Silva, que emana carisma, alegria e sabedoria. À qual agradeço a parceria, a convivência, os ensinamentos e a *expertise* na pesquisa qualitativa.

Ao amigo Carlos Renato dos Santos pela paciência, parceria, ensinamentos, dedicação e fundamental contribuição na análise dos dados quantitativos.

Ao Professor Oswaldo Yoshimi Tanaka pela disponibilidade, sabedoria, olhar crítico e imensa contribuição no meu processo de formação.

À Universidade de Pernambuco *Campus* Petrolina por conceder liberação de três anos das minhas atividades docentes para cursar o Doutorado.

Aos professores do Curso de Graduação Bacharelado em Fisioterapia da Universidade de Pernambuco *Campus* Petrolina pela compreensão e apoio à minha formação.

Aos professores do IAM/Fiocruz pelos ensinamentos, inspiração e orientações.

Aos funcionários do IAM/Fiocruz pelas informações e serviços realizados, com agradecimento especial para Glauco Leandro Souza, Rivaldete Soares e Vângela Costa da Silva.

À Turma do Doutorado em Saúde Pública 2015 pelo companheirismo, troca de saberes, trabalhos em grupo, leitura de artigos, motivações, aflições, diálogos, selfies, momentos de reflexão e descontração.

Aos meus amigos e amigas, pela companhia, música, poesia, diálogos, festas e apoio nos momentos difíceis e felizes dessa trajetória.

Ao Ministério da Saúde pela disponibilização de dados acerca do Programa Mais Médicos na Região Nordeste.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pela bolsa concedida, sem a qual a realização do sonho do Doutorado teria sido mais difícil.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo financiamento da pesquisa, que permitiu o desenvolvimento desta Tese.

GONÇALVES, Rogério Fabiano. **Efetividade do Projeto Mais Médicos para o Brasil na Atenção Primária à Saúde: um estudo avaliativo na região Nordeste, 2012 a 2017.** 2019. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

## RESUMO

Este trabalho se caracteriza uma pesquisa avaliativa acerca da efetividade do Programa Mais Médicos (PMM) no enfrentamento de problemas da Atenção Primária à Saúde (APS) no Nordeste. O estudo foi realizado por meio da integração de métodos quantitativos e qualitativos. Foram conduzidas três linhas de investigação, entrelaçadas: avaliar a influência do PMM sobre a ocorrência de internações por condições sensíveis à APS; verificar o acesso e a utilização de serviços de saúde na APS, antes e a partir do programa; e identificar sua repercussão na integralidade. Os resultados são apresentados em quatro artigos, com opções metodológicas delineadas em função do objeto de estudo retratado em cada manuscrito. Os principais resultados evidenciam que houve queda de 35% na média de internações por Diarreia e Gastroenterite, uma condição sensível com histórica ocorrência no Nordeste. A força de trabalho médica na APS teve ampliação significativa, com aumento da cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na Região. Entre 2013 e 2015, o estudo revela aumento de 19,2% no quantitativo de consultas médicas realizadas na ESF. No escopo da integralidade, a percepção de entrevistados sugere avanços na construção de vínculo entre profissionais e usuários, melhor comunicação entre estes atores nas consultas e maior qualidade na realização das práticas do cuidado em saúde. Apesar desses avanços, a capacidade da APS de ordenar o cuidado nas redes de atenção à saúde mostrou-se prejudicada, sobretudo, em função das dificuldades em encontrar retaguarda para as demandas geradas, tais como a realização de exames, consultas e procedimentos nos serviços da atenção especializada. Embora o incremento de profissionais proporcionado pelo programa, pode-se inferir que persiste carência de médicos na APS da Região. Em que pese as dificuldades existentes, os resultados apresentados fundamentam a tese de que o PMM se mostrou efetivo nos aspectos avaliados, em cada linha de investigação.

**Palavras-chaves:** Distribuição de Médicos. Planos e Programas de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Avaliação em Saúde.



GONÇALVES, Rogério Fabiano. **Effectiveness of the More Doctors Program in primary health care: an evaluation study in the Northeast region, 2012 to 2017.** 2019. Thesis (Doctorate in Public Health) – Institute Aggeu Magalhães, Oswaldo Cruz Foundation, 2019.

## ABSTRACT

This study is an evaluation research about the effectiveness of the More Doctors Program in facing Primary Health Care (PHC) problems in the Northeast. The study was carried out through the integration of quantitative and qualitative methods. Three intertwined lines of investigation were conducted: to evaluate the influence of More Doctors Program on the occurrence of hospitalizations due to PHC sensitive conditions; verify the access and use of health services in PHC, both before and after the program; and to identify its repercussion in integrality. The results are presented in four articles, with methodological options delineated according to the object of study portrayed in each manuscript. The main results show that there was a decrease of 35% in average of hospitalizations for diarrhea and gastroenteritis, a sensitive condition with historical occurrence in the Northeast. The medical workforce in PHC has expanded significantly and increased coverage of the Family Health Strategy (FHS) in the Region. Between 2013 and 2015, the study shows a 19.2% increase in the number of medical consultations performed at the FHS. Regarding integrality, the interviewees' perception suggests advances in building bond between professionals and users, better communication between these subjects in the consultations, and higher quality in the of health care practices. Despite these advances, PHC's capacity to organizer care in health care networks has been impaired, mainly due to the difficulties to perform exams, consultations and procedures in the health services of the specialized attention. Although the increase of professionals provided by the program, it can be inferred that there is still a shortage of doctors in the PHC of the Region. Even in the face of difficulties, the presented results support the thesis that the More Doctors Program had effectiveness in the evaluated aspects, in each line of investigation.

**Keywords:** Physicians Distribution. Health Programs and Plans. Primary Health Care. Health Evaluation.

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>3 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>19</b>
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>21</b>
4.1 Considerações sobre a avaliação da efetividade de programas de saúde e o seu uso na Atenção Primária à Saúde.....	21
4.2 Perspectiva de integralidade da atenção à saúde adotada neste estudo .....	24
<b>5 MÉTODOS.....</b>	<b>27</b>
<b>6 RESULTADOS .....</b>	<b>28</b>
6.1 Artigo 1 – Projeto Mais Médicos para o Brasil no Nordeste: avaliação das internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde .....	28
6.2 Artigo 2 – Influência do Mais Médicos no acesso e na utilização de serviços de saúde no Nordeste.....	46
6.3 Artigo 3 – Integralidade na Atenção Primária à Saúde: repercussões do Programa Mais Médicos .....	65
6.4 Artigo 4 – Programa Mais Médicos: integralidade no contexto da coordenação do cuidado em saúde pela atenção primária .....	90
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>109</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>113</b>
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAL DA GESTÃO ESTADUAL DE SAÚDE .....	120
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAL DA GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE .....	121
APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA MÉDICO VINCULADO AO PROGRAMA MAIS MÉDICOS.....	122
APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O USUÁRIO DA APS .....	123
APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	124
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	126

ANEXO B - DECLARAÇÃO DE ACEITE DE ARTIGO PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA.....	129
ANEXO C - PROTOCOLO DE SUBMISSÃO DE ARTIGO NA REVISTA PHYSIS: REVISTA DE SAÚDE COLETIVA.....	130

## 1 APRESENTAÇÃO

Nos últimos anos, a discussão sobre a carência de médicos na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil tem gerado ampla discussão, especialmente ao se considerar regiões de difícil acesso, periferias de grandes centros urbanos, municípios distantes das capitais e aqueles com baixo desenvolvimento socioeconômico. Nas circunstâncias mencionadas, o desafio de ofertar assistência médica na APS tem sido maior e impacta na capacidade do Sistema Único de Saúde (SUS) de prover atenção às necessidades de saúde da população.

Com a implantação do Programa Mais Médicos (PMM), buscou-se assegurar provimento de médicos na APS, em grande escala, direcionado para municípios com dificuldades de contratar e fixar estes profissionais, em todas as regiões do país. Desse modo, pela ampliação da força de trabalho médica na APS, em caráter emergencial, e concessão para abertura de cursos de medicina o PMM teve importante visibilidade na mídia, na política e no meio acadêmico. Porém, o que tomou grande parte da discussão foi a participação de médicos cubanos no programa, que gerou críticas e motivou manifestações de entidades de representação da medicina.

A exposição midiática, com ênfase nos médicos cubanos, deflagrou polarização da opinião pública e questionamentos sobre o potencial do programa, em contribuir com o fortalecimento da APS. Nesse conturbado processo de implantação do PMM, meu interesse acerca do tema aumentava a cada dia. Como professor da Universidade de Pernambuco (UPE), no *Campus* Petrolina, eram frequentes os diálogos com estudantes do curso de graduação em Fisioterapia acerca do programa, na disciplina de Saúde Coletiva. Entender os percalços para a consolidação da atenção à saúde na APS era minha maior inquietação.

Sempre me posicionei defensor do direito à Saúde. Tenho a aspiração de que o SUS, algum dia, seja o sistema que se imaginou na efervescência do Movimento da Reforma Sanitária: universal, integral e sem privilégios, assegurado por lei, um símbolo da luta pela democracia e da inclusão social. Entretanto, compreendo que o SUS é um processo em construção, com dimensão continental e inúmeros desafios; como o seu subfinanciamento e a histórica carência de médicos na APS. A partir desse entendimento, percebi a importância de se realizar a avaliação do PMM, por intermédio da pesquisa científica, no intuito de refletir sobre as repercussões do programa na APS, principalmente no que se refere a integralidade da

atenção à Saúde. Contudo, o que me trouxe até aqui, ao apresentar esta tese, começou com o mestrado.

Desde a realização do Mestrado em Saúde Coletiva pela UFPE, concluído em 2008, passei a me identificar com a linha de pesquisa Avaliação em Saúde. Minha dissertação, intitulada: *Confiabilidade dos dados declarados ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) pelos municípios de Pernambuco*, fortaleceu meu vínculo com a investigação científica e resultou no meu ingresso no Grupo de Pesquisa Economia Política da Saúde, no qual permaneço até os dias atuais. A dissertação comparava o cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 entre os registros declarados pelos municípios ao Sistema e os dados provenientes dos demonstrativos contábeis auditados pelo Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco. Como produto, gerou a publicação de um artigo no Periódico Cadernos de Saúde Pública em 2009.

O artigo supracitado e outras produções do grupo de pesquisa, que tive contribuição, foram apresentados em seminário na Universidade de São Paulo, tendo a participação de representantes do Ministério da Saúde. Os resultados de nossas pesquisas foram debatidos e levados em consideração no aprimoramento do Siops. Vivenciei, nessa experiência, a aplicabilidade e a relevância do conhecimento científico, assim como a responsabilidade do pesquisador como agente de transformação da realidade. Neste percurso, a semente do doutorado havia sido plantada.

No final de 2014, após cinco anos como professor da UPE, resolvi dar continuidade a minha formação e fui aprovado no processo seletivo do Doutorado em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães (IAM) / Fiocruz-PE. A avaliação do PMM, tendo o tema do provimento de médicos na APS como objeto de pesquisa no doutorado, foi uma escolha natural, que concatenava com meu interesse sobre o assunto e o início de estudo com colaboração multicêntrica, financiado pelo Ministério da Saúde/CNPq e vinculado ao grupo de pesquisa. Assim, participei da coordenação do referido estudo, que foi desenvolvido na Região Nordeste, e comecei a realização do sonho do doutorado.

Do início do doutorado à apresentação desta tese, passaram-se mais de quatro anos, de estudo, dedicação, dúvidas, preocupações, descobertas, privações e acontecimentos. Tenho convicção de que essa jornada não teria sido possível sem a oportunidade de realizar pesquisa com financiamento; a liberação pela UPE de minhas atividades docentes nos primeiros três anos do curso; o apoio da CAPES por meio de bolsa de pós-graduação; a reflexão crítica na

formação ofertada pelo IAM; e, sobretudo, o empenho das minhas orientadoras em me guiar nessa construção e desconstrução.

Nesse sentido, a presente Tese é fruto de convergência de fatores, que despertou o meu olhar para uma visão de mundo mais abrangente, a qual me faz acreditar na perseverança do trabalho, na luta pelo social, na saúde como direito e na construção de uma sociedade mais justa, igualitária e solidária. Diante disso, eu, que tenho pai agricultor e mãe professora/cabeleireira; que cresci e estudei em escola pública no Sertão de Pernambuco, pretendi e realizei graduação e pós-graduação na Capital. Morei em casa de estudante e me envolvi com movimentos estudantis; retornei ao sertão como profissional; mudei, tornei-me uma pessoa melhor. Hoje, tento compartilhar o conhecimento e as experiências que foram compartilhadas comigo.

Portanto, esta Tese encerra uma etapa de formação e simboliza a retomada de um caminho, que não sei aonde irá me levar; mas, certamente, vou caminhar mais confiante do que antes, mais humilde e mais humano. Tenho o sentimento de que estou apenas começando.

## 2 INTRODUÇÃO

A criação do SUS possibilitou considerável expansão dos serviços de APS no Brasil, tendo importante repercussão positiva nos indicadores de saúde. Passadas três décadas da sua criação, percebe-se que a APS apresenta distintas formas de organização no território nacional e problemas relevantes a serem superados, como a carência de médicos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a fragmentação do cuidado (ALMEIDA, 2014; BOUSQUAT *et al.*, 2017; CARVALHO; SOUSA, 2013; FAUSTO *et al.*, 2014; SANTOS; GIOVANELLA, 2016). Com a implantação do PMM, em 2013, que entre suas finalidades buscou garantir provisão emergencial de médicos em regiões prioritárias, a discussão sobre os problemas da APS se intensificou e advém expectativas quanto aos resultados do programa nesse âmbito.

Por intermédio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com primeira versão publicada em 2006, o MS atribuiu a APS o papel de reorientação do modelo de atenção à saúde. Para este fim, além da expansão da ESF, definiu a reorganização do SUS por meio de redes de atenção à saúde – RAS (BRASIL, 2006). Essas ações reforçariam a APS como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do SUS, com o objetivo de favorecer o acesso da população aos serviços de saúde, ordenar os fluxos do cuidado na rede e avançar na construção da integralidade (BRASIL, 2011b; SILVA; SOUZA; BARRETO, 2014).

O desenvolvimento da APS, porém, teria que enfrentar a histórica carência da oferta de assistência médica em regiões prioritárias e lidar com outros problemas frequentes (CASTRO *et al.*, 2015). Entre estes: disparidades no acesso e no uso dos serviços; barreiras organizacionais para a continuidade do cuidado em saúde; déficits de infraestrutura em unidades de saúde; além de dificuldades para o acolhimento e a resolução das necessidades de saúde dos usuários (ALMEIDA, 2014; BOUSQUAT *et al.*, 2017; FAUSTO *et al.*, 2014; MAGALHÃES JUNIOR; PINTO, 2014).

A existência dos problemas mencionados indica que há restrições ao acesso universal à saúde, fragilidades em garantir qualidade assistencial e em operacionalizar a integralidade. No tocante a esta, entende-se que foi negligenciada na trajetória do sistema (VAITSMAN; MOREIRA; COSTA, 2009).

De acordo com o Decreto 7.508 de 2011, que regulamenta a Lei 8.080 de 1990, a integralidade em saúde se inicia e se completa nas RAS (BRASIL, 2011a). Desse modo, as ações e serviços de saúde desenvolvidos no SUS, independente da densidade tecnológica

envolvida, do tipo de estabelecimento de saúde cadastrado ou das áreas e especialidades de atuação profissional, devem ser articulados e complementares entre si, para ser possível contemplar esse princípio. Assim, o objetivo da integralidade está relacionado ao processo de estruturação do SUS por meio das RAS, com coordenação do cuidado pela APS, conteúdo explicitado no marco legal.

Enquanto constituintes de rede de cuidado em saúde, pela ótica da integralidade, faz-se necessário fortalecer a convergência das relações entre os serviços da APS com aqueles que o complementam, na estrutura de rede existente, para a efetivação desse princípio (BOUSQUAT *et al.*, 2017). Contudo este propósito se distancia em regiões do país com dificuldades para contratar, alocar e reter médicos na APS; pois, como é possível avançar na efetivação da integralidade quando não se é capaz de garantir a assistência em saúde pela falta de um ator estratégico?

A partir do reconhecimento das dificuldades para se garantir o provimento de médicos na APS, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu critérios para classificar ‘regiões prioritárias’ e permitir a identificação dos municípios com maior carência da oferta de assistência médica na ESF (BRASIL, 2011c). Em sentido geral, os critérios foram representados por indicadores com potencial de retratar vulnerabilidades econômica, social e de saúde dos municípios ou de áreas circunscritas destes – como bairros de periferia e zonas rurais. Essas áreas ou regiões prioritárias, ao serem mapeadas, teriam prioridade nas ações do MS, com vistas à ampliação da oferta de assistência médica.

Em 2012, com base na demanda por assistência médica em regiões prioritárias, o MS lançou edital para incentivar a participação de médicos na APS, criando o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab). Este Programa oferecia bolsa de R\$ 8.000,00 (oito mil reais) a médicos recém-formados para o trabalho na ESF das referidas regiões, além de bonificação de 10% nas provas de residência médica. Entretanto 55% de 2.868 municípios inscritos no programa não conseguiram médico e, somente, 29% das cerca de 13 mil vagas ofertadas foram preenchidas (BRASIL, 2013d).

Por sua relevância, a questão da carência da oferta de assistência médica na APS tornou-se tema recorrente e motivou discussão acerca da demografia médica no país. Pesquisa realizada por entidades médicas evidenciou que o Brasil estava entre os países com menor número de médicos por habitante e caracterizava-se por distribuição desigual destes



profissionais nas regiões (SCHEFFER; CASSENOTE; BIANCARELLI, 2013). Segundo os dados, o país possuía 2,0 médicos registrados/mil habitantes, quantitativo que reduzia para 1,4 ao se levar em conta apenas os profissionais atuantes no mercado de trabalho formal. Destaca-se também que, em 21 estados, a relação de médicos por habitante estava abaixo da média nacional e nos 10 últimos do ranking encontravam-se estados das Regiões Norte e Nordeste.

Em 2013, diante da insuficiência da estratégia do Proavab para fomentar a adesão dos médicos à APS, o MS criou o PMM. Este programa foi estruturado em três eixos, tendo como propósitos: ampliar e aprimorar a formação de recursos humanos na área da medicina para o SUS; melhorar a infraestrutura dos serviços e, principalmente, assegurar a provisão emergencial de médicos para a APS, em regiões prioritárias, eixo de orientação designado ‘Projeto Mais Médicos para o Brasil’ (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Ao justificar o PMM, o MS enfatizou a existência de iniquidades sociais e de acesso aos serviços de saúde por populações de baixa renda, populações rurais e indígenas. Esclareceu que as dificuldades de ofertar assistência médica na APS estendiam-se às populações das capitais e das regiões metropolitanas, notadamente em áreas de periferia (BRASIL, 2013b, 2013c). Como incentivo à adesão dos médicos, o programa ofertava aos profissionais: bolsa-formação mensal (R\$ 10.570,88 à época e, atualmente, R\$ 11.865,60); com previsão, em situações específicas, de auxílio moradia (variável entre R\$ 500,00 a R\$ 2.500,00); auxílio alimentação (variável entre R\$ 500,00 a R\$ 700,00) e transporte para deslocamento aos serviços. Os três últimos sob a responsabilidade dos municípios (INFORME, 2017; BRASIL, 2018).

No início da implantação do programa, o MS lançou chamadas públicas para o ingresso temporário de médicos na APS, celebrado por meio de termo de compromisso, com vínculos de 1 ou 3 anos de adesão dos profissionais. Os médicos participantes seriam integrados às equipes da ESF, comprometendo-se em cumprir 40 horas semanais, distribuindo-se 32 horas para a assistência à saúde e 8 horas para a formação médica. Essa formação seria ofertada na modalidade de especialização pela Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), assim como por acesso dos profissionais ao Telessaúde e pelo acompanhamento presencial regular de médico supervisor nos serviços. Embora tenha sido priorizada a adesão de profissionais formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no país, o número de interessados nos primeiros editais foi insuficiente, frente à demanda dos municípios. As vagas remanescentes foram disponibilizadas a médicos

intercambistas: profissionais formados em outros países e habilitados ao exercício da medicina no exterior (SANTOS *et al.*, 2016).

A estratégia da inserção de profissionais intercambistas na APS, especialmente de médicos cubanos junto à cooperação do MS com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), gerou discussões e resistência por parte de alguns setores da sociedade (OLIVEIRA *et al.*, 2015). A exposição política e midiática acerca do programa fez perder de vista a análise crítica da situação, dificultando a compreensão das potencialidades, das adversidades e dos limites do Mais Médicos na APS (SILVA *et al.*, 2018). Este fato foi um dos fatores que motivou a realização deste estudo, uma vez que, a avaliação em saúde é imprescindível à elucidação dos acertos, falhas e desafios de programas implantados (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Dois anos após a implantação do PMM, o MS relatou que mais de 18.240 médicos participavam do programa em 4.058 municípios (72,9% dos municípios do Brasil), além de 34 distritos indígenas, beneficiando cerca de 63 milhões de pessoas. A proporção de médicos intercambistas aproximou-se de 71%, em sua maioria, provenientes de Cuba (BRASIL, 2015).

Nesse período, realizamos estudo na Região Nordeste sobre a influência do PMM na ocorrência de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde (CSAP), revelando decréscimo de 35% na média de internações por Diarreia e Gastroenterite de origem infecciosa presumível, entre 2012 e 2015 (GONÇALVES *et al.*, 2016). Também evidenciamos a ampliação da oferta de assistência médica no Nordeste, especialmente, nos municípios com menor desenvolvimento socioeconômico, mas com permanência de iniquidades distributivas (NOGUEIRA *et al.*, 2016); informações que são corroboradas em outros estudos (GIRARDI *et al.*, 2016; OLIVEIRA; SANCHEZ; SANTOS, 2016).

A partir de 2017, novas diretrizes do programa determinaram a redução da participação dos médicos cubanos, que culminou no encerramento da cooperação entre Brasil e Cuba no final de 2018 (SANTOS *et al.*, 2018); no entanto, sem haver êxito na reposição dessas vagas (LIMA; CARVALHO; COELI, 2019).

Seguramente, o PMM foi um dos maiores investimentos na APS nos últimos anos, por meio de proposta abrangente e expressivo quantitativo de médicos recrutados. Com base na relevância da proposta do programa, nos seus resultados alcançados e na experiência empírica

da coleta de dados da pesquisa, ao qual esta tese se vincula, três pressupostos foram considerados: 1. O PMM amplia de modo significativo o acesso e a utilização de serviços de saúde às populações de regiões com perfis de vulnerabilidade. 2. A atuação de médicos cubanos no contexto da APS é um elemento diferenciador para a qualidade da assistência à saúde. 3. O PMM contribui para a construção da integralidade da atenção à saúde, à medida que proporciona a força de trabalho para desenvolver as ações de assistência médica.

Em razão do exposto, avaliou-se neste estudo a efetividade do PMM, entrelaçando três linhas de investigação: a influência do programa sobre a ocorrência de internações por CSAP; a avaliação do acesso e da utilização de serviços de saúde na APS, antes e a partir do programa; e sua repercussão na integralidade da atenção. O estudo foi desenvolvido com base na pergunta condutora: em que medida o PMM mostra-se efetivo para o enfrentamento de problemas da APS e a construção de caminhos que a fortaleçam, a partir da experiência de municípios da Região Nordeste?

Nesse sentido, por meio dos resultados que serão apresentados, defende-se a tese de que o PMM, na Região Nordeste, mostrou-se efetivo na redução de internações por CSAP e no aumento do acesso e da utilização de serviços de saúde; assim como na construção da integralidade das práticas do cuidado, nos municípios-alvos da investigação. Além disso, o estudo contextualiza e traz reflexões sobre a assistência médica na APS, indicando desafios para uma atenção à saúde integral, por intermédio das RAS. Supõe-se que esta tese inova ao buscar debater a efetividade do PMM, mediante um olhar ampliado e a utilização de metodologias diferenciadas de avaliação em saúde.

### 3 JUSTIFICATIVA

Ao se analisar a Lei que instituiu o PMM, compreende-se que a proposta do programa voltada à APS transcendeu a finalidade de redução da carência de médicos em regiões prioritárias. Entre outros pontos, o programa também visou aperfeiçoar a experiência de atuação e a formação de profissionais médicos na APS; promover troca de saberes e práticas entre médicos brasileiros e estrangeiros; e garantir a qualidade de equipamentos e de infraestrutura dos serviços de saúde (BRASIL, 2013a).

Considerou-se a perspectiva de que o programa, ao atenuar a carência de médicos em regiões prioritárias, ampliar a cobertura populacional da ESF e dispor de profissionais que atuaram na atenção primária de outros países, propiciaria um olhar crítico acerca da APS no Brasil. Sabe-se que a APS, com formas de organização distintas entre municípios do país, apresentava diferentes resultados frente ao contexto, conhecendo-se melhor a realidade de grandes municípios (MACHADO; LIMA; VIANA, 2008). Presumiu-se, portanto, que o PMM ao assegurar provisão emergencial de médicos em locais prioritários, em sua maioria municípios de pequeno porte, motivaria estudos avaliativos; onde, até então, o contexto da carência da oferta de assistência médica e das vulnerabilidades socioeconômicas limitavam estudos dessa natureza.

Também é válido destacar que a significativa participação de médicos cubanos no PMM realçou a importância de se considerar a repercussão dessa participação para a APS. Do ponto de vista da sua história, o sistema de saúde de Cuba foi sedimentado por princípios de uma revolução socialista, que na Saúde defendia a garantia do acesso e a gratuidade dos serviços. Apesar da escassez de recursos financeiros, o Sistema Nacional de Saúde de Cuba é reconhecido pela qualidade assistencial e constituiu parâmetro para a conformação do SUS, incluindo a prioridade da APS como eixo norteador do sistema (GOMES; MERHY; FERLA, 2018; LAVOR, 2011).

Nesse sentido, diante da descontinuidade do programa, desde 2017, e do que este possa ter representado para o fortalecimento da APS – no seu ápice, propôs-se esta investigação. Teve-se a intenção de reunir evidências, necessárias à avaliação da efetividade do programa na Região Nordeste, com fins de contribuir com o planejamento em saúde e a tomada de decisão no SUS.

Cabe comentar que a intenção deste estudo resultou de componente de pesquisa com colaboração multicêntrica: *Iniciativas inovadoras na organização das redes assistenciais e regiões de saúde e seu impacto na estruturação da oferta no SUS: um estudo avaliativo*. A referida pesquisa foi financiada pelo CNPq (Chamada nº 41/2013 MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit). A Instituição executora foi a Universidade Federal de Pernambuco, em parceria com: Associação Caruaruense de Ensino Superior (ASCES); Centro Acadêmico do Agreste (UFPE); Centro Acadêmico de Vitória (UFPE); Instituto Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz, Pernambuco (IAM/FIOCRUZ); Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP); Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) e Universidade de Pernambuco, Campus Petrolina (UPE).

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

No intuito de esclarecer as opções metodológicas selecionadas neste estudo, dois temas são abordados a seguir: o primeiro, refere-se à efetividade enquanto dimensão da avaliação de programas de saúde e o seu uso na APS; o segundo, versa sobre a perspectiva de integralidade da atenção à saúde adotada neste estudo.

### 4.1 Considerações sobre a avaliação da efetividade de programas de saúde e o seu uso na Atenção Primária à Saúde

O significado de efetividade nas avaliações de saúde não costuma ser unanimidade entre pesquisadores. Uma das ideias mais relacionadas ao termo é a determinação dos efeitos obtidos por intervenções em sistemas operacionais, a exemplo dos resultados de políticas, programas, serviços e ações implementadas (FACCHINI *et al.*, 2008). Embora haja razoável consenso sobre esse entendimento, a distinção de significado entre efetividade e impacto nem sempre é clara (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Na literatura, desde o célebre modelo dos sete pilares da qualidade do cuidado em saúde, proposto por Donabedian (1990), busca-se dar ênfase às diferenças conceituais de eficiência, eficácia e efetividade. Destes, a eficiência parece ser o termo de mais fácil diferenciação; compreende a maximização de resultados ao menor custo, aliada à utilização competente de recursos (VIACAVA *et al.*, 2012). Nesse sentido, sem que haja prejuízo da qualidade, eficiência denota produtividade na perspectiva do uso ótimo dos recursos: financeiros, materiais, humanos ou físicos.

No que diz respeito à eficácia, costuma-se relacioná-la aos efeitos das intervenções em circunstâncias ideais ou controladas; em contraponto, para a efetividade, tais circunstâncias seriam a expressão do contexto de vida real, onde as situações não são controladas (VIEIRA-DA-SILVA, 2014). A eficácia também foi dimensionada como medida do grau de cumprimento de metas e objetivos de uma intervenção, que reflete a possibilidade do êxito operativo; mas não capta, nessa acepção, o resultado em termos dos benefícios gerados. Este último ponto seria uma dimensão atribuída à efetividade ou ao impacto (ARRETCHE, 2001; BILLOROU; PACHECO; VARGAS, 2011).

As avaliações de programas vinculados a políticas públicas teriam na efetividade uma medida da contribuição alcançada para a melhoria das condições sociais. É, sobretudo nessa ótica, que o sentido de efetividade se confunde com o de impacto (ROSSI; FREEMAN; LIPSEY, 2004).

Quanto ao objeto da avaliação, a efetividade estaria relacionada aos resultados diretos da intervenção, em contexto individual ou de grupo populacional beneficiário das ações. O impacto seria mais abrangente e resultante da soma dos efeitos, diretos e indiretos, em escala populacional ou de sistema. Com relação ao tempo, a efetividade poderia ser medida em curto, médio ou longo prazo; o impacto, em longo intervalo de tempo, geralmente, a partir de dois anos (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Segundo Salazar (2009), a efetividade de um programa de saúde não se refere apenas aos efeitos esperados deste, também incorpora efeitos não previstos, como contribuições intermediárias e mudanças de processos que denotam sinais de efetividade. A autora também esclarece que para se avaliar a efetividade de um programa, além do conhecimento dos seus fundamentos, processos e resultados, deve-se levar em conta a avaliação do contexto, uma vez que as condições de sua criação, implantação e aceitação tendem a influenciar o logro de resultados.

Na avaliação em saúde, tem-se preconizado dar atenção aos processos subjetivos e simbólicos que se vinculam aos resultados. Entende-se que perceber as necessidades, expectativas, valores e direitos da população beneficiária das ações potencializa a construção de avaliações mais sensíveis em captar o mundo real e traduzir, de modo mais plausível, a efetividade de um programa (BOSI; MERCADO-MARTÍNEZ, 2011).

Dessa forma, face à polissemia existente e as possibilidades de abordagem avaliativa, recomenda-se que a acepção de efetividade seja explicitada quando da realização de uma avaliação (SALAZAR, 2009; VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Neste estudo – ao se buscar uma aproximação conceitual, defende-se a ideia de que a efetividade se relaciona não somente aos efeitos diretos de uma intervenção em situação real, mas incorpora mudanças de valores, opiniões e visões de mundo de atores sociais em interação, assim como dos aspectos organizativos, processuais, comportamentais e dialógicos que dão substância e força aos efeitos gerados. Significa perceber a efetividade como atributo multidimensional e contextual da avaliação em saúde, que busca identificar relações entre

intervenção e efeitos, para prover informações úteis ao planejamento em saúde e à tomada de decisão.

No que se refere ao uso das avaliações de efetividade na APS, considera-se que a elaboração ou a seleção de métodos tem sido historicamente influenciada. No Brasil, as avaliações de resultado na APS e, conseqüentemente de efetividade, têm sido realizadas em menor frequência que as avaliações de processo, tendo predominância de abordagens quantitativas. Essa realidade, em grande medida, decorre dos desafios teóricos e metodológicos das abordagens avaliativas, da pouca tradição destes estudos no país e das dificuldades em se apontar nexos de causa e efeito (CASTANHEIRA *et al.*, 2015). Vale assinalar que a avaliação em saúde no país teve início tardio, sendo impulsionada somente a partir da criação e implementação do SUS – com rápidas transformações de políticas, programas e serviços (BOSI; MERCADO-MARTÍNEZ, 2011; FURTADO; SILVA, 2015; TANAKA; LAURIDSEN-RIBEIRO, 2015).

Nos últimos anos, avaliações de grande porte foram conduzidas na APS, destacando-se a utilização de instrumentos avaliativos como o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), a Avaliação para melhoria da qualidade da ESF (AMQ), o Questionário de avaliação da qualidade de serviços de Atenção Básica (QualiAB) e a Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (AMAQ), integrante do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). De acordo com Castanheira *et al.* (2015) essas abordagens foram determinantes ao desenvolvimento de uma cultura avaliativa nos serviços de saúde e ao conhecimento da realidade desse nível de atenção.

Porém as referidas avaliações não fogem às limitações inerentes aos métodos quantitativos e não são isentas de outros problemas, como o viés utilitarista da AMAQ, apontado por Gomes e Bezerra (2014): “Caracteriza-se, portanto, como um instrumento administrativo de planejamento, coordenação, organização, comando e controle dos serviços da Atenção Básica”. Isso é particularmente importante e preocupante, quando tais avaliações respaldam intervenções sem realizar crítica abrangente, pois contribuem para a manutenção do *status quo* ou direções equivocadas de políticas.

Enfatiza-se que é incontestável o potencial de contribuição da avaliação para o desenvolvimento da APS, em especial das avaliações de efetividade, que se mostram oportunas ao conhecimento da capacidade de resposta das intervenções frente às necessidades



de saúde das pessoas. Diante da pouca tradição desses estudos no país, é essencial evoluir na construção de abordagens; na disseminação de saberes e práticas; e no fomento à pesquisa. Advoga-se que pensar a avaliação da efetividade de programas de saúde é o exercício de reconhecer que não há um só caminho para o alcance dessa finalidade.

Nessa perspectiva, considera-se neste estudo que a integralidade é uma importante dimensão da avaliação de efetividade do PMM. Assim, buscou-se o aporte da Teoria da Avaliação Realista de Pawson e Tilley (2004), como recurso para potencializar o método de sua investigação. A intenção de agregar elementos da Teoria da Avaliação Realista na pesquisa partiu da compreensão de sua concepção, na qual defende-se que a efetividade de uma intervenção depende do contexto no qual ela é introduzida. Para os autores, conhecer as circunstâncias de implantação de uma intervenção e como os processos relacionados a essa são desenvolvidos é basilar para sua avaliação. O problema-chave é descobrir como e em que condições uma determinada intervenção produzirá os resultados pretendidos.

Têm-se defendido que a Avaliação Realista é um método emergente, com uso crescente nos últimos anos (GILMORE *et al.*, 2019). Desse modo, distintas formas de aplicação da abordagem realista nas avaliações em saúde tem sido desenvolvidas, como nas avaliações de intervenções na APS de outros países (HUDON *et al.*, 2018; GRACE; HORSTMANSHOF, 2019). O detalhamento da abordagem utilizada neste estudo será esclarecido adiante, na descrição do método do terceiro artigo.

#### **4.2 Perspectiva de integralidade da atenção à saúde adotada neste estudo**

Três décadas após a criação do SUS, supõe-se que há um longo caminho a percorrer para o avanço da integralidade da atenção à saúde. Afora a pluralidade de sentidos atribuídos ao termo, as dificuldades para sua efetivação envolvem a superação de restrições ao acesso universal à saúde (CECÍLIO, 2001; VIEGAS; PENNA, 2015).

No texto da Constituição de 1988, na seção dedicada à Saúde, a referência que se fez a ideia de integralidade a relacionava como diretriz organizativa do SUS, na qual se pretendia a garantia de atendimento integral, com prioridade para ações preventivas, sem prejuízo de serviços assistenciais (BRASIL, 1988). A partir da Lei Orgânica da Saúde – 8.080 de 1990, o termo integralidade incorporou o marco legal do SUS e passou a ser um princípio doutrinário do sistema. Nesta Lei, a integralidade preservou o sentido de assistência integral, por meio do

provimento de ações e serviços de saúde, necessários a cada caso e em qualquer nível de complexidade (BRASIL, 1990).

No decurso dos anos, a concepção postulada mostrou-se limitada, enquanto fundamento para a consolidação da atenção em saúde e a construção do sistema idealizado. Diversos autores trouxeram contribuições substanciais para a compreensão da integralidade e sua operacionalização no SUS, com avanço do aporte teórico, que ampliou as perspectivas da sua avaliação na saúde (CECÍLIO, 2001; GIOVANELLA *et al.*, 2002; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004; MATTOS, 2001; SILVA; PINHEIRO; MACHADO, 2003).

Neste estudo, tem-se o interesse de apresentar a concepção de integralidade pautada em Cecílio (2001), a qual foi adotada como referência teórica para a investigação. Essa decisão levou em conta a coesão entre a abordagem avaliativa pretendida, uma pesquisa qualitativa ancorada no aporte da Teoria da Avaliação Realista, e a visão de integralidade do autor, descrita adiante.

Para Cecílio (2001) a integralidade significava mais do que garantir assistência à saúde as pessoas, sem a fragmentação da continuidade cuidado e de acordo com níveis de complexidade. Na percepção do autor, a maneira como se concretizava o cuidado em saúde era uma questão essencial, tendo em vista o intuito de se alcançar uma atenção à saúde mais humanizada e qualificada.

Nessa direção, apontou que o caminho para o cuidado integral passava pela ressignificação do que se entendia por “necessidades de saúde”, visto que esse era o ponto de partida para as intervenções e práticas de trabalhadores, equipes, serviços e rede de serviços. Esse cuidado refletia a missão de prover atenção às necessidades de saúde das pessoas, para além do olhar sobre a doença ou agravo à saúde; seria necessário enxergar o outro: o ser humano por trás do usuário/paciente, com história de vida, hábitos, atitudes, crenças e circunstâncias socioeconômicas. A mudança do referido olhar, para o outro, em parte, exigiria a construção de relações de confiança e respeito entre os sujeitos (usuário e equipe de saúde ou usuário e profissional); busca por autonomia de cada pessoa, no seu modo de levar a vida, e desenvolvimento da sensibilidade de equipes e profissionais para discernir entre demandas e necessidades reais daqueles que precisam de atenção.

Cecílio (2001) também destacou duas dimensões para a efetivação da integralidade: uma focalizada e outra ampliada. Na primeira, no espaço singular de cada serviço, ressaltou o

compromisso e a preocupação das equipes de saúde em ‘escutar’ as necessidades de saúde compartilhadas por aqueles que buscam atendimento, contemplando questões como acolhimento, humanização, vínculo e o olhar abrangente para o sujeito-usuário. Porém o autor ponderou que a realização do cuidado em determinado serviço, por mais competente que fosse, não teria resolutividade plena, pois nenhum serviço poderia ser autossuficiente em saúde. Portanto, fez referência à segunda dimensão: a Integralidade pensada em Rede ou Ampliada.

Por sua vez, a Integralidade Ampliada seria caracterizada por: intersetorialidade entre os múltiplos serviços de saúde e destes com outras instituições; consolidação das ações de referência e contra-referência; e continuidade oportuna da atenção à saúde, com resolutividade – a todos que necessitam de cuidados em diferentes pontos da rede.

O autor alertou sobre a necessidade de se repensar as relações entre os micros e macros espaços de organização da saúde, ao fazer alusão aos contextos dos serviços e das redes de saúde. Afirmou que a integralidade deveria ser objetivo de rede; sem diminuir a importância da atuação de cada serviço. Esclareceu que não há lugar privilegiado para a realização do cuidado integral. A cadeia assistencial, em cada etapa do cuidado, deveria ser entendida como estratégia vinculante e indissociável da atenção à saúde, que se pretenda integral.

Isso posto, supõe-se que a concepção de integralidade proposta por Cecílio (2001) confere materialidade ao desenvolvimento desse princípio no SUS, visto que mostra caminhos para sua operacionalização. Assim, é pelo sentido atribuído por Cecílio (2001), nas dimensões focalizada e ampliada, que o estudo em pauta buscou investigar a integralidade na APS, a partir da implantação do PMM. Considera-se que o provimento médico em regiões prioritárias, aliado ao olhar de profissionais em processo de educação permanente na APS e daqueles com formação médica em outros contextos de atenção primária, além da previsão de incentivos à infraestrutura de serviços, são diferenciais para o avanço da integralidade.

## 5 MÉTODOS

O estudo foi desenvolvido por intermédio de pesquisa avaliativa, a partir da integração dos métodos quantitativo e qualitativo e de diferentes técnicas de análise, que constituíram abordagens complementares para responder ao objetivo da tese. Quatro artigos foram elaborados, cada um com tema específico, pautados nas linhas de investigação:

- 1) Influência do PMM sobre a ocorrência de internações por CSAP (um artigo);
- 2) Avaliação do acesso e da utilização de serviços de saúde na APS, antes e a partir do PMM (um artigo); e
- 3) Repercussão do PMM na integralidade da atenção (dois artigos).

O primeiro artigo, passo inicial do desenvolvimento da tese, forneceu elementos para a definição dos municípios na fase de campo da pesquisa e favoreceu a elaboração dos roteiros de entrevistas, com base em questões que se mostraram relevantes à investigação. Desse modo, este artigo foi delineador do campo de pesquisa e possibilitou maior imersão na compreensão do que significou o PMM para a região Nordeste e os municípios-alvos. Isso foi possível, em função do entrelaçamento de informações e relações, que permearam o foco da pesquisa, em cada momento da sua execução, e na produção dos artigos.

O Quadro 1 exhibe breve caracterização dos artigos mencionados, que são apresentados adiante, na íntegra. A descrição das opções metodológicas é detalhada nos artigos, conforme especificidade dos objetos de estudo.

**Quadro 1** – Caracterização dos artigos da tese.

Subtópico	Método	Tipo de dados	Abrangência	Situação
6.1	Quantitativo	Secundários	Nordeste (1.242 municípios – 69,2%)	Publicado na Revista Ciência e Saúde Coletiva
6.2	Quantitativo	Secundários	Nordeste (896 municípios – 49,9%)	Aceito para publicação na Revista de Saúde Pública (USP)
6.3	Qualitativo	Primários	Capitais (Aracaju, Fortaleza e São Luís)	Submetido à Revista Physis: Revista de Saúde Coletiva
6.4	Qualitativo	Primários	Capitais (Aracaju, Fortaleza e São Luís)	A ser submetido

Fonte: O autor

## **6 RESULTADOS**

Os resultados desta tese, organizada no formato de coletânea de artigos científicos, são apresentados em cada manuscrito elaborado, discriminados nos subtópicos seguintes.

### **6.1 Artigo 1 – Projeto Mais Médicos para o Brasil no Nordeste: avaliação das internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde**

Este artigo foi publicado na Revista Ciência e Saúde Coletiva, ISSN: 1413-8123 (v. 21, n. 9, p. 2815–2824, 2016), sendo submetido em 06/03/2016 e aceito em 07/06/2016, com versão final apresentada em 09/06/2016.

## PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL NO NORDESTE: AVALIAÇÃO DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Rogério Fabiano Gonçalves <sup>1</sup>  
Islândia Maria Carvalho de Sousa <sup>1</sup>  
Oswaldo Yoshimi Tanaka <sup>2</sup>  
Carlos Renato dos Santos <sup>3</sup>  
Keila Brito-Silva <sup>3</sup>  
Lara Ximenes Santos <sup>4</sup>  
Adriana Falangola Benjamin Bezerra <sup>5</sup>

1. Instituto Aggeu Magalhães, IAM/Fiocruz-PE. Recife PE Brasil. rogeriofabiano@gmail.com.
2. Departamento de Prática de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, USP. São Paulo SP Brasil.
3. Núcleo de Saúde Coletiva, Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Vitória de Santo Antão PE Brasil.
4. Centro Acadêmico do Agreste, UFPE. Caruaru PE Brasil.
5. Departamento de Medicina Social, Centro de Ciências da Saúde, UFPE. Recife PE Brasil.

### RESUMO

Este artigo analisa o incremento de profissionais na Região Nordeste propiciado pelo Programa Mais Médicos. A efetividade do incremento foi analisada por meio do indicador internações por condições sensíveis à Atenção Primária. A metodologia utilizada foi a abordagem quantitativa, a partir de dados acerca da distribuição e do provimento de médicos nos estados, e das internações por diarreia e gastroenterite no período de setembro de 2012 a agosto de 2015. A seleção do agravo considerou os aspectos da sua elevada frequência no período, simplicidade de intervenção e ocorrência histórica no Nordeste. Os resultados mostram que o Programa Mais Médicos influenciou na redução das internações por essa condição sensível, que diminuíram 35% no período investigado, com diferenças importantes entre os estados. Apesar da importância do aporte de profissionais médicos para o sistema de saúde, sabe-se que isoladamente o efeito do incremento profissional de uma categoria é limitado para o aprimoramento da APS.

**Palavras-Chave:** Avaliação de Programa. Estratégia de Saúde da Família. Cuidados Primários.

## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos houve intensificação das discussões sobre a disponibilidade de médicos no Brasil, a distribuição regional destes profissionais e a qualidade da formação médica, assim como o impacto dessas questões no acesso e na resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde – SUS<sup>1,2</sup>. Apesar de controvérsias nessa discussão quanto ao diagnóstico da realidade e às soluções possíveis, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa Mais Médicos (PMM) no segundo semestre de 2013<sup>3</sup>.

Entre as finalidades desse programa destacam-se a formação em saúde e o provimento de médicos em regiões prioritárias para o SUS. No que se refere ao provimento, componente do programa denominado Projeto Mais Médicos para o Brasil, o MS lançou chamadas públicas para o ingresso temporário de médicos na APS. Embora tenha sido priorizada a adesão de profissionais formados em instituições de educação superior brasileira ou com diploma revalidado no País, o número de interessados nos primeiros editais foi insuficiente frente à demanda dos municípios. Logo, as vagas remanescentes foram disponibilizadas a médicos intercambistas: médicos estrangeiros habilitados ao exercício da medicina em outros países<sup>2</sup>.

Passados pouco mais de dois anos de implantação do projeto, o MS relatou que 18.240 médicos participavam do projeto em 4.058 municípios (72,9% dos municípios do Brasil), além de 34 distritos indígenas, beneficiando cerca de 63 milhões de pessoas. A proporção de médicos intercambistas aproximou-se de 71%, em sua maioria provenientes de Cuba<sup>4</sup>.

O Nordeste foi a região que recebeu o maior número de médicos pelo PMM nos cinco primeiros ciclos de adesão e início de atividades profissionais. Os ciclos iniciaram em setembro de 2013 e finalizaram em junho de 2014. Segundo dados do MS<sup>5</sup>, dos 14.465 médicos que iniciaram suas atividades no Projeto até o 5º ciclo, 4.825 (33,4%) profissionais destinaram-se ao Nordeste, seguido do Sudeste com proporção de 30%, Sul (16,6%), Norte (13,1%) e Centro-Oeste (6,4%).

A região demonstrou alta demanda por médicos na APS, com participação de 1303 municípios (72,6%) até o 5º ciclo, além de constituir importante *locus* de ocorrência de doenças influenciadas por questões socioeconômicas<sup>6</sup>. Ao longo das últimas décadas também tem sido a região que tem tido forte adesão à Estratégia de Saúde da Família (ESF), com grande expansão em todos os estados<sup>7</sup>.

A despeito da magnitude do PMM e da relevância do problema que busca intervir, o acesso da população à assistência médica na APS, o conhecimento acerca dos resultados dessa iniciativa ainda é incipiente, persistindo questionamentos e incertezas quanto ao seu potencial, tensões políticas e ampla exposição midiática.

Além disso, a avaliação da APS requer a superação de desafios teóricos e operacionais que decorrem da complexidade de processos históricos e conjunturais. Os estudos de Linha de Base têm contribuído para elucidar evidências de efetividade<sup>8</sup>, no entanto, estes estudos têm se voltado para municípios de grande porte, com mais de 100.000hab, onde há algum tipo de assistência. O PMM teve como foco os municípios com dificuldades para garantir essa assistência, em sua maioria de pequeno porte, os quais têm sido pouco estudados quanto a efetividade da APS.

Apesar dos limites impostos a qualquer tipo de avaliação, principalmente um projeto recente que envolve um ator específico, faz-se necessário buscar estratégias que elucidem seus efeitos na APS. A perspectiva do projeto é que a efetividade da APS seja maior ao ampliar a sua cobertura por meio das equipes da ESF. Um dos instrumentos comumente utilizado para avaliar a efetividade da APS em diferentes contextos é a observação das internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP)<sup>9, 10</sup>. O pressuposto é que quando a APS é acessada em tempo oportuno pode reduzir ou evitar a hospitalização por algumas CSAP, e assim sua efetividade pode ser medida a partir destas<sup>11</sup>.

Todavia, em que medida a chegada de novos atores possibilitou melhorar a efetividade da ESF? Frente a diversidade de perfis municipais e diversidade de inserção dos médicos que ingressaram nos municípios, o que pode ser observado no comportamento das CSAP? Tendo em vista essas questões o objetivo deste estudo foi avaliar o PMM na Região Nordeste, com o uso das internações por CSAP como indicador de efetividade da ESF, contextualizando-as pela razão de médicos por 10.000 habitantes nas unidades federativas.

## **MÉTODOS**

Estudo de natureza quantitativa para análise dos resultados alcançados pelo PMM. Teve como referência os eventos de internação por CSAP em municípios do Nordeste (NE), sendo realizado em duas etapas: 1. Estudo exploratório e 2. Estudo avaliativo com seleção e análise de uma CSAP.



### **Etapa 1: Estudo exploratório**

Consistiu em fase de estruturação do objeto do estudo a partir de levantamento exploratório de dados. Foram utilizados os registros de internações por CSAP nas autorizações de internação hospitalar do Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Os dados foram obtidos por transferência de arquivos do site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e explorados a partir do software TabWin para os anos de 2008 a 2014.

As internações por CSAP foram consultadas de acordo com os códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), baseando-se nos critérios de seleção utilizados no cálculo do indicador Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica – Icsab. Este é adotado pelo MS como parâmetro de avaliação da meta de redução das internações por esse grupo de causas, estimando a resolutividade da APS<sup>12</sup>. As CSAP que compõe o cálculo do indicador foram determinadas por adaptação da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, publicada pela Portaria MS/SAS nº 221, de 17 de abril de 2008.

A partir dos critérios de seleção das CSAP usados na construção do referido indicador, foram verificadas as ocorrências de internação por local de residência de 380 códigos CID-10. Esse número foi elevado em função da abrangência de classificações dos grupos de condições sensíveis.

A este levantamento preliminar sobre as internações por CSAP no NE foram incorporados dados relativos à distribuição de médicos na ESF e à cobertura populacional das equipes de saúde da APS. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva. A decisão de utilizar esses dados deveu-se a importância de fornecer subsídios para uma análise mais abrangente.

### **Etapa 2: Estudo avaliativo com seleção e análise de uma CSAP.**

Considerando o banco de dados de CSAP obtido, foi selecionada aquela que atendeu três critérios: elevada frequência no período, simplicidade de intervenção e ocorrência histórica no NE. Do conjunto de condições sensíveis, procedeu-se à análise das internações por Diarreia e Gastroenterite de origem infecciosa presumível (CID-10: A09).

O período do estudo foi de setembro de 2012 a agosto de 2015 e permitiu abarcar o primeiro ano que antecedeu o início das atividades do PMM e os dois primeiros anos de sua execução. Nesse período, os médicos integrados até o 5 ciclo de adesão ao projeto exerciam suas atividades, no mínimo, há 14 meses e, no máximo, 24 meses. O universo de estudo foram os 1794 municípios do NE. O critério de inclusão na amostra foi a participação do município no PMM com sua adesão confirmada nos cinco primeiros ciclos do projeto, tendo sido incluídos 1303 municípios do NE (72,6%).

Dos 1303 municípios da amostra, foram excluídos aqueles que não possuíam registro de internação dessa condição sensível nos 36 meses do período de referência do estudo. O número de exclusões correspondeu a somente 61 municípios (4,7% dos municípios participantes do PMM no NE).

A representatividade do número de municípios da amostra em relação ao quantitativo total de municípios de cada estado variou de 45% na Paraíba a 85% no Ceará, com seis estados apresentando percentual maior ou igual a 60%. A representatividade da população na amostra de municípios em relação à população total de cada estado variou de 61% na Paraíba a 95% no Ceará. Cabe observar que seis estados tiveram percentual maior que 80,0% da população residente.

Para a análise dos dados a amostra de municípios foi agrupada em sua totalidade, caracterizando representação da Região Nordeste, também sendo estratificada por estados. O Teste Shapiro-Wilk foi utilizado para averiguar se a soma das frequências mensais de internação da CSAP, ordenadas em três séries temporais de 12 meses – os 3 anos do período investigado, era compatível com distribuição Gaussiana. Atendendo aos pressupostos de normalidade, as médias de internação das séries temporais foram comparadas pelo algoritmo de agrupamento hierárquico de Scott-Knott (SK) com nível de significância de 5%. O SK, um pacote de funções do software 'R' (Package 'ScottKnott', repositório CRAN), testa a similaridade de médias, agrupando-as por semelhança e hierarquia de valores<sup>13</sup>.

O Teste não paramétrico de Friedman e o seu respectivo pós-teste, baseado na tese de Nemenyi<sup>14</sup>, foram utilizados para a comparação das médias em cada estado e ano. Essa opção foi escolhida por haver relação de dependência dos eventos de internação entre os anos para um mesmo território e a série temporal ser constituída por três anos. Agregaram-se à análise: percentuais que determinam o desempenho relativo dos estados por variação das médias de internação; taxas padronizadas dessas médias pelo tamanho populacional das amostras; assim

como dos médicos participantes do PMM. O método de cálculo de cada elemento é informado abaixo:

- **Média padronizada:** razão entre a média das internações por CSAP em um determinado ano e unidade da federação (UF) e a amostra populacional da respectiva UF no ano considerado. O resultado foi ajustado para 10.000 habitantes.
- **Redução %:** percentual de ‘redução relativa’ da média de internações em cada UF, calculado pela subtração da média do 1º ano pelo 3º e divisão desse resultado pela média do 1º.
- **Redução % ajustada:** é uma proporção que compara o desempenho entre as UF quanto à redução da média de internação. Foi calculada a partir da diferença de média entre o ano 1 e o ano 3 em cada UF, a qual foi dividida pela população da amostra de municípios do respectivo território, de modo a se obter a variação relativa por habitante. Cada variação encontrada foi dividida pela soma de todas as variações.
- **Taxa do nº de médicos do PMM por 10.000 habitantes:** parâmetro da concentração de médicos do PMM em cada UF. Foi obtida por meio do cálculo da razão de médicos do PMM pela população da amostra de municípios em cada estado e ajustado para 10.000 habitantes.

Este estudo é um desdobramento da pesquisa multicêntrica “Iniciativas inovadoras na organização das redes assistenciais e regiões de saúde e seu impacto na estruturação da oferta no SUS: um estudo avaliativo”, coordenado pelo Grupo de Pesquisa Economia Política da Saúde da UFPE.

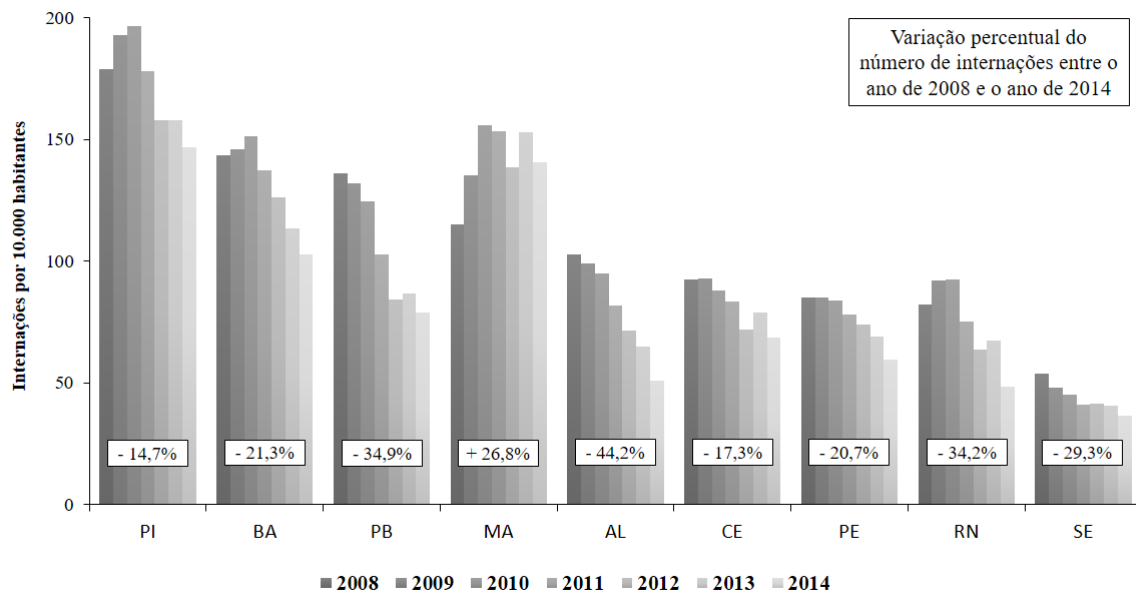
## RESULTADOS

### As CSAP no Nordeste: diferentes contextos

As internações por todo o grupo de CSAP no NE possuíam distribuição não uniforme entre os estados no período de 2008 a 2014 (**Figura 1**). O Maranhão foi o único a apresentar aumento do quantitativo de internações ao se comparar os anos de 2008 e 2014. Porém, a redução observada nas demais unidades da federação não foi gradual, à exceção de Alagoas.

Neste estado, houve a maior variação entre os anos, com redução de 44,2%. Sergipe, em todos os anos, registrou a menor frequência de internações.

**Figura 1** – Distribuição das internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária nos Estados da Região Nordeste, de 2008 a 2014, ajustada para 10.000 habitantes em cada unidade da federação e variação percentual entre o ano de 2008 e o ano de 2014.



Fonte: elaboração própria com base em dados do SIHSUS.

Essas diferenças, especialmente da magnitude de ocorrência, podem indicar a existência de particularidades quanto aos determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde nos estados, sobretudo, às características da assistência à saúde.

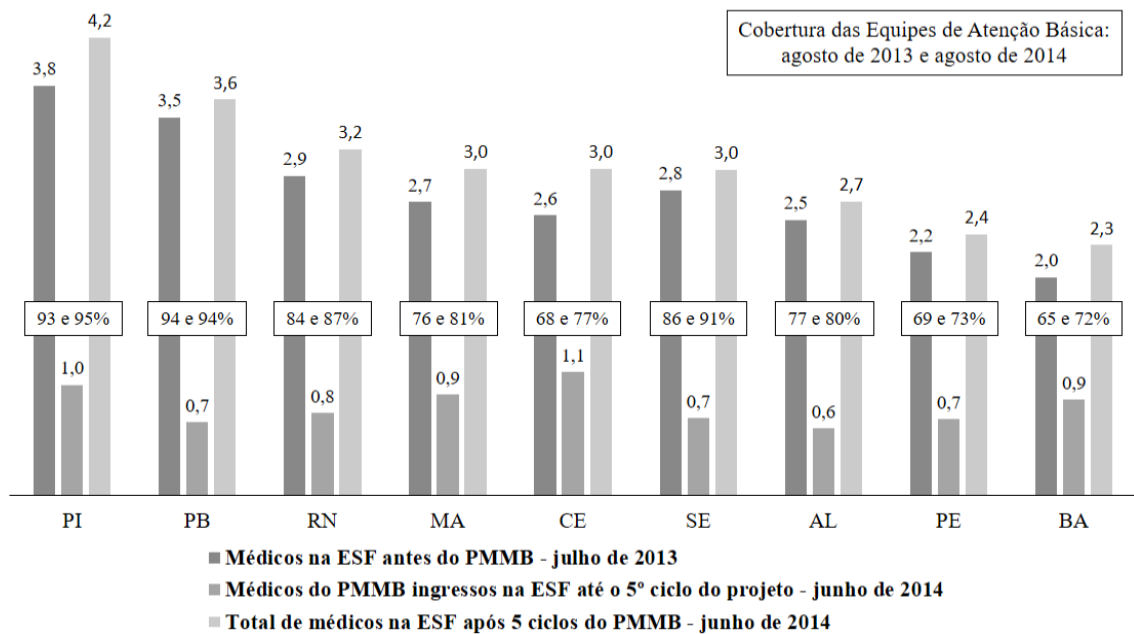
O grupo das gastroenterites infecciosas e complicações, que inclui a Diarreia e Gastroenterite de origem infecciosa presumível, representou 37% das internações por CSAP no período, seguido do grupo da asma (11,3%) e da insuficiência cardíaca (9,6%).

Ao se verificar o efeito do PMM no incremento de médicos na ESF, até o 5º ciclo de adesão de profissionais, observou-se uma variação de 20 a 45% do quantitativo de médicos que havia nos estados à época de oficialização do projeto. Todavia, o número de profissionais na ESF ampliou em menor escala que a incorporação do PMM (**Figura 2**).

Na figura 2, ao tomarmos o Ceará como exemplo, verificamos que o número de médicos correspondia a 2,6 profissionais por 10.000 habitantes antes do PMM, com o acréscimo de 1,1 ao final do 5º ciclo do projeto, passou a 3,0 – inferior ao incremento

esperado de 3,7 profissionais. Portanto, a incorporação de médicos do PMM na ESF resultou em menor elevação da razão de médicos que o esperado, característica que se reproduziu em todos os estados. Outro ponto a ser mencionado foi a pequena variação de cobertura das Equipes de Atenção Básica nos estados após a implantação do PMM.

**Figura 2** – Distribuição de médicos na Estratégia de Saúde da Família nos Estados da Região Nordeste, segundo quantitativo de profissionais por 10.000 habitantes e percentuais de cobertura das Equipes de Atenção Básica.



Fonte: elaboração própria com base em dados do SIHSUS.

Notas:

ESF – Estratégia de Saúde da Família: incluiu a participação de ‘médicos de família e comunidade’ e ‘médicos da ESF’ nos estabelecimentos: centro de saúde/unidade básica de saúde, posto de saúde, unidade de saúde da família, unidade mista e unidade móvel fluvial.

PMM – Programa Mais Médicos.

Cobertura das Equipes de Atenção Básica – indicador utilizado pelo DATASUS para estimar a cobertura populacional das equipes de saúde (com e sem médicos) na ESF por 3.000 habitantes.

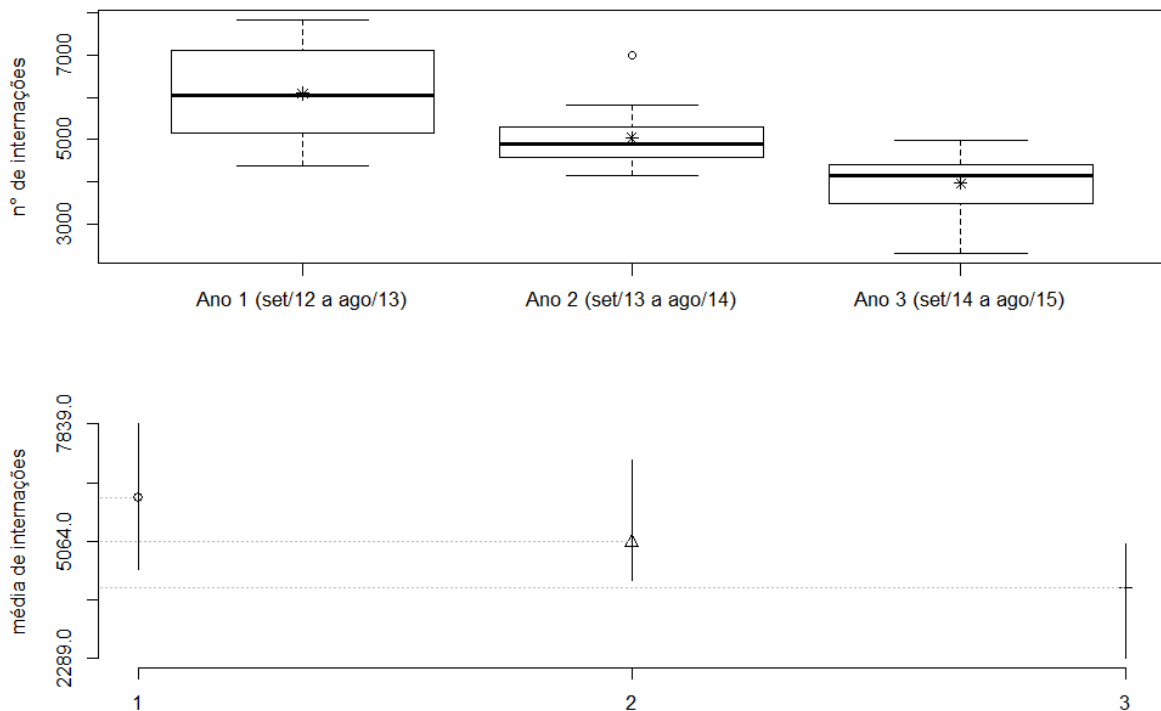
## A efetividade do PMM: avaliação da redução das internações por Diarreia e Gastroenterite

As internações por Diarreia e Gastroenterite de origem infecciosa presumível totalizaram 181.152 casos em 1.242 municípios, que participavam do PMM, no período investigado (69,2% dos municípios do NE). As médias de internação passaram de 6.092,8 no primeiro ano, para 5.040,5 no segundo e, 3.962,7 no terceiro. A redução de média do primeiro

ao terceiro ano correspondeu a 35,0%. A **Figura 3** apresenta o comportamento dessas internações, mediante os anos de sua ocorrência.

De acordo com o observado na figura 3, a condição estudada apresentou redução consecutiva das internações em cada ano, com aproximação de médias e medianas, e diminuição da dispersão dos dados dos anos 2 e 3 em relação ao ano inicial. O Scott-Knott confirma a diferença de médias entre os anos ( $p < 0,05$ ).

**Figura 3** – Box plots das internações por Diarreia e Gastroenterite e comparação de médias pelo algoritmo de Scott-Knott, em amostra de municípios do Nordeste, do primeiro ano que antecede a implantação do Programa Mais Médicos para o Brasil (set./12 a ago./13) aos dois anos iniciais de sua vigência (set/13 a ago./14 e set./14 a ago./15).



Fonte: elaboração própria com base em dados do SIHSUS.

Notas:

- Os asteriscos nos box plots representam as médias de internações em cada ano.
- O Scott-Knott, com nível de significância de 5%, ordena as médias em ordem decrescente de valores. Para cada média da figura, símbolos iguais indicam médias semelhantes e símbolos distintos, médias diferentes.

Considerando a distribuição das médias de internação por estados, os valores mais elevados foram registrados na Bahia e no Maranhão e; os menores, em Sergipe e Alagoas (**Tabela 1**). Esses resultados, a princípio, mostram relação com o tamanho da população da amostra de municípios em cada estado. Conforme os resultados do Pós-Teste de Friedman ( $p < 0,05$ ), quatro estados apresentaram diferença de médias no período: BA, PE, PI e RN.

**Tabela 1** – Comparação das médias de internações por Diarreia e Gastroenterite nos Estados da Região Nordeste, por amostra de municípios, do primeiro ano que antecede a implantação do Programa Mais Médicos para o Brasil (set./12 a ago./13) aos dois anos iniciais de sua vigência (set./13 a ago./15).

Estados	Média de internações			Diferença de médias entre os anos (Pós-Teste de Friedman)
	1º ano	2º ano	3º ano	Valor p (1º e 3º ano)
<b>BA</b>	2033,6	1625,5	1338,8	0,000
<b>MA</b>	978,8	1114,5	820,1	0,158
<b>PE</b>	945,1	553,4	403,5	0,000
<b>CE</b>	656,8	538,3	466,5	0,160
<b>PI</b>	578,3	542,3	393,5	0,000
<b>PB</b>	349,8	265,7	224,8	0,330
<b>RN</b>	305,0	187,1	147,7	0,001
<b>AL</b>	203,7	161,1	127,0	0,081
<b>SE</b>	41,8	52,7	40,8	0,870

Fonte: elaboração própria com base em dados do SIHSUS.

Na **Tabela 2**, ao se confrontar as médias do 1º ano com as do 3º, percebe-se que a maior redução percentual de média ocorreu em Pernambuco (57,3%), seguido do Rio Grande do Norte (51,6%). Contudo, quando se ajusta essa redução pelo tamanho populacional dos estados, o melhor desempenho é do Piauí (18,3%), seguido de Pernambuco (17,3%) e do Rio Grande do Norte (16,9%). Ressalta-se que o Piauí ao atingir a taxa de 1,2 médicos do PMM por 10.000 habitantes, alcança grande incorporação de médicos do PMM na região, permitindo inferir a ação desta maior oferta.

Cabe observar na tabela 2 que as menores reduções ajustadas ocorreram em Sergipe e no Ceará. O Ceará apesar de haver recebido um grande contingente de médicos do programa e ter alavancado para 1,2 médicos por 10.00 habitantes, apresentou a segunda menor redução ajustada (5,8%). Observa-se também, que tanto no primeiro como no terceiro ano, o Ceará apresentou médias padronizadas menores que a maioria dos estados (de 0,8 no 1º ano para 0,6 no 3º). A pequena redução observada pode ser devido ao ponto de partida dessa média, por estar entre os menores valores, era menos favorável a maiores amplitudes de variação.

**Tabela 2** – Redução das médias de internações por Diarreia e Gastroenterite nos Estados da Região Nordeste, por amostra de municípios, entre o 1º ano que antecede a implantação do Programa Mais Médicos para o Brasil (set./12 a ago./13) e o 2º ano de sua vigência (set./14 a ago./15), segundo quantitativo de médicos participantes do PMM e a taxa desses profissionais por 10.000 habitantes.

Estados	Internações por Diarreia e Gastroenterite						Redução das médias de internação		Médicos do PMM	
	1º ano (set/12 a ago/13)			3º ano (set/14 a ago/15)			Redução %	Redução % ajustada	nº	Taxa por 10.000 hab.
	Média	dp	Média padron.	Média	dp	Média padron.				
<b>PI</b>	578,3	155,0	2,2	393,5	99,6	1,5	32,0	18,3	312	1,2
<b>PE</b>	945,1	253,5	1,2	403,5	98,8	0,5	57,3	17,3	650	0,8
<b>RN</b>	305,0	169,0	1,3	147,7	58,7	0,6	51,6	16,9	240	1,0
<b>PB</b>	349,8	162,5	1,4	224,8	60,9	0,9	35,7	13,3	241	1,0
<b>BA</b>	2.033,6	253,5	1,5	1.338,8	275,9	0,9	34,2	13,0	1298	0,9
<b>AL</b>	203,7	90,4	0,9	127,0	39,9	0,9	37,6	8,4	186	0,8
<b>MA</b>	978,8	285,2	1,6	820,1	154,2	1,4	16,2	6,8	629	1,0
<b>CE</b>	656,8	270,1	0,8	466,5	172,7	0,6	29,0	5,8	996	1,2
<b>SE</b>	41,8	19,3	0,2	40,8	12,2	0,2	2,6	0,2	153	0,8

Fonte: elaboração própria com base em dados do SIHSUS.

Nota:

A descrição do significado e do método de cálculo de cada elemento está disposta na seção métodos.

No que se refere a Sergipe, este praticamente não sofreu alteração de média entre os anos. Por outro lado, as médias padronizadas pela população, nos dois anos considerados (0,2), mostram que nesse estado a magnitude das internações era bastante reduzida em relação aos demais, mesmo não variando no período. A análise sugere que as circunstâncias identificadas em Sergipe e no Ceará, não são facilmente captadas por esse indicador (Taxa de médicos do PMM por 10.000 habitantes). Por outro lado, eles apresentavam menor distribuição das internações por CSAP no período de 2008 a 2014 (Figura 1).

Também se destacam as elevadas médias padronizadas do Piauí e do Maranhão frente aos outros estados no terceiro ano (1,5 e 1,4 respectivamente). Tais valores, ainda que referentes à diarreia e gastroenterite, são compatíveis com a magnitude das internações por CSAP apresentadas na Figura 1.

A taxa de médicos do PMM na amostra de municípios em cada unidade da federação no NE esteve próxima de 1 médico por 10.000 habitantes no fim do período. A variação observada, de 0,8 a 1,2, indica certa homogeneidade na distribuição de médicos do PMM entre os estados da Região Nordeste, o que demonstra a busca por tornar a oferta de médicos mais equânime na região, mas ainda não pautada pelas diferenças de perfis epidemiológicos como sugerido na interpretação da Figura 1.



Se analisarmos a porcentagem de redução média no período ajustada pela população, o que permite uma análise mais adequada do que o número absoluto das internações, identificamos que 4 estados apresentaram desempenho menor do que 10%, podendo sugerir que além do incremento da oferta de médicos talvez sejam necessários outros ajustes no processo de trabalho na APS que permitam melhor desempenho na porta de entrada do sistema.

## DISCUSSÃO

O estudo, ao avaliar o PMM na Região Nordeste, mediante a ocorrência de internações por Diarreia e Gastroenterite de origem infecciosa presumível (DG), traz contribuições importantes ao diálogo sobre os resultados do Programa Mais Médicos na APS.

A seleção da DG, dentre o conjunto das CSAP, mostrou-se pertinente. Considera-se que o caráter agudo de ocorrência e evolução do agravo, a necessidade de assistência médica oportuna aos acometidos e a relativa simplicidade do tratamento, na maioria dos casos, qualificam-na como uma condição mais sensível para avaliar alterações na APS, em curto prazo.

De acordo com Brandt *et al.*<sup>15</sup>, o manejo terapêutico da diarreia aguda de etiologia infecciosa não sofreu alterações importantes nos últimos anos, continua a fundamentar-se na manutenção do estado de hidratação e nutrição do indivíduo acometido. Dessa forma, a abordagem médica pode envolver terapias de reidratação oral e venosa, recomendação alimentar adequada e uso criterioso de medicamentos. Nos casos mais severos, a admissão hospitalar costuma ser indicada, principalmente, quando ocorre em pessoas mais jovens e em idosos<sup>16</sup>.

A redução da média de internações por DG na amostra investigada, com expressivo declínio nos últimos dois anos, em comparação ao ritmo de redução de todas as condições sensíveis no período de 2008 a 2014 sugere a influência do PMM, o qual parece ter alavancado a tendência observada em anos anteriores. O estudo de Boing *et al.*<sup>11</sup> corrobora a tendência de queda evidenciada neste estudo ao analisar o período de 1998 a 2009, mas com menor intensidade de redução, atribuindo o fenômeno de queda a expansão da cobertura da ESF na APS e a oferta mais adequada de serviços de saúde. No entanto, na última década a DG esteve entre as três principais causas de internações por CSAP<sup>17</sup>.

Levando-se em conta que o PMM vem sendo implantado gradualmente e há poucos semestres, mudanças mais efetivas na situação de saúde da população, ocasionadas pela oportunidade de acesso à assistência médica, só devem ocorrer ao longo do tempo. Logo, a tendência de redução da DG deve permanecer nos próximos anos até atingir um limite, a partir do qual, mudanças mais substanciais, para além do campo da saúde, precisarão acontecer para que a tendência de queda se mantenha.

A análise por meio da razão de médicos por 10.000 habitantes, ao relacionar o quantitativo de médicos à população dos estados, ajuda a entender que embora tenha havido considerável aporte de médicos pelo PMM e redução da DG, esse incremento parece não ser suficiente ao aprimoramento da APS. Um dos pontos a se destacar é que a desejável busca por distribuição mais homogênea de médicos no país deve vir acompanhada de investimentos na qualidade de equipamentos e infraestrutura, algo previsto no marco legal do Programa Mais Médicos.

Pesquisa que investigou os fatores críticos para a fixação do médico na ESF, apontou que os problemas de infraestrutura nas unidades de saúde foram determinantes para o desligamento dos profissionais. Condições insalubres de trabalho, ausência de equipamentos, de materiais e de insumos necessários à execução das atividades estiveram entre as principais queixas<sup>18</sup>. Porém, não se sabe em que medida o PMM conseguiu reverter esse cenário, o que merece a realização de estudos futuros. No caso da DG, ainda que a intervenção seja eminentemente clínica e prescindida, na maior parte dos casos, do aporte de tecnologias de maior densidade, dispor de serviços com infraestrutura adequada e de materiais e insumos de rotina é indispensável.

Uma vez que parcela dos médicos do PMM foi integrada a equipes de saúde da ESF existentes, com aumento da razão de médicos por 10.000 habitantes abaixo do esperado, pergunta-se: a integração dos médicos teve caráter de reposição nas equipes incompletas ou substituição? Estudos apontam que apesar da expansão da cobertura nos últimos cinco anos, são inúmeros os desafios da APS<sup>7</sup> e entre estes desafios destacam-se fragilidade na infraestrutura, incompletude das equipes e rotatividade dos profissionais<sup>19, 20</sup>.

Nessa circunstância, o PMM avança na redução da rotatividade de médicos e fortalecimento de vínculo entre profissionais e comunidade pela continuidade da atuação no território. Por outro lado, a possibilidade de menor expansão da ESF, baseada na formação de

novas equipes de saúde em áreas antes desassistidas, pode significar que a oferta necessária ainda se constitui um desafio.

É fundamental salientar que as vagas do PMM são destinadas aos municípios que buscam adesão ao projeto, entretanto, essa adesão parte do pressuposto de que o município possui infraestrutura e recursos para garantir a inserção do médico e sua atuação<sup>4</sup>. Nesse sentido, quando o município declara a demanda por médico, mas não pode suprir essas exigências, o provimento de médico pelo PMM não se viabiliza. Desse modo, é possível que a necessidade real de cobertura de médicos nos municípios esteja subestimada.

As diferenças na ocorrência de internações entre os estados foram observadas, tanto para o conjunto das CSAP, como para a DG. Os casos do Piauí e de Sergipe são ilustrativos e tendem a revelar o potencial e os limites do PMM. No Piauí a considerável redução das internações por DG, mas com manutenção de patamar elevado, pode se traduzir na complexidade dos determinantes sociais da saúde no estado e indicar que o provimento e a concentração de médicos também devem ser pensados segundo características do perfil epidemiológico dos estados e municípios.

Conforme determina o Ministério da Saúde, as áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico na ESF são definidas com base em modelo de indicadores, mais voltados para questões socioeconômicas, relativos à atuação do profissional e de cobertura em saúde – leitos e população dependente do SUS<sup>21</sup>.

Em Sergipe, a unidade da federação com menor proporção de internações no NE em todos os anos, a manutenção das médias de internação após o PMM, fornece indícios de que o aprimoramento da APS requer outros ajustes. Assim, novos estudos são recomendados para avaliar adequadamente a realidade da APS no estado.

O relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em parceria com a Organização Mundial da Saúde (WHO) sobre a diarreia esclarece que o controle do agravo está além de uma questão de assistência médica. Embora seja enfatizado que os sistemas de saúde devem estar aptos à prevenção e ao tratamento da diarreia, com suficiência de recursos humanos e diminuição da rotatividade de profissionais, o documento também recomenda outras estratégias, como: ações de saneamento básico, de educação em saúde e garantia da oferta de água à população<sup>22</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Na última década a DG estava entre as três principais causas de internações por condições sensíveis à APS e permanece como uma condição de mortalidade relevante em menores de cinco anos. Nesse sentido, garantir assistência adequada é basilar para avançar na efetividade da APS e o investimento em infraestrutura, profissionais qualificados e integração com a rede de serviços de saúde constituem-se passos fundamentais. No entanto, apesar de ser uma CSAP, a diarreia é um problema complexo e consequência de outros condicionantes, sendo o sistema de saúde limitado para erradicá-la.

Não obstante os limites da função do médico na APS, o estudo elucida que o PMM influenciou a redução das internações por DG. Estes resultados merecem aprofundamento para que possam responder em que medida a presença desses médicos contribuiu para essa redução, associando os achados a outras variáveis, tais como os indicadores econômicos, demográficos, entre outros. Além disso, fazem-se necessários estudos qualitativos que possam evidenciar os efeitos do PMM sobre o acolhimento, vínculo, continuidade da assistência e diminuição das iniquidades no acesso.

## **COLABORADORES**

IMC Sousa contribuiu na concepção, delineamento, redação e aprovação da versão a ser publicada. OY Tanaka participou da redação, análise crítica e aprovação da versão a ser publicada. CR Santos auxiliou na análise dos dados. KSB Silva realizou análise crítica. LX Santos auxiliou na revisão do artigo. AFB Bezerra contribuiu na concepção, delineamento, redação e aprovação da versão a ser publicada.

## **FINANCIAMENTO**

Proposta aprovada no Edital nº 41/2013 MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit.

## REFERÊNCIAS

1. Rômulo MF, Branco MAF. Rumo ao interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
2. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, Matos MFM, Cyrino EG. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(c):623-634.
3. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2013; 23 out.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: MS; 2015.
5. Ministério da Saúde (MS). Mais Médicos [Internet]. Sistema de Gerenciamento de Programas: consultar médicos. 2015 [acessado 2015 jun 6]. Disponível em: <https://maismedicos.saude.gov.br/>
6. Luna EJA, Silva JR. Doenças transmissíveis, endemias, epidemias e pandemias. In: Fundação Oswaldo Cruz. *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013. [acessado 2015 fev 9]. p. 123-176. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/8pmmmy/pdf/noronha-9788581100166.pdf>
7. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cien Saude Colet* 2016; 21(2):327-338.
8. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS, Maia MFS, Siqueira FV, Rodrigues MA, Paniz VV, Osório A. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad Saude Publica* 2008; 24(Supl. 1):s159-s172.
9. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, Oliveira VB, Sampaio LFR, Simoni CD, Turci MA. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). *Cad Saude Publica* 2009; 25(6):1337-1349.
10. Pereira FJR, Silva CC, Lima Neto EA. Condições Sensíveis à Atenção Primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira. *Saúde debate* 2014; 38(esp):331-342.
11. Boing AF, Vicenzi RB, Magajewski F, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, Lindner SR, Peres MA. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. *Rev Saude Publica* 2012; 46(2):359-366.

12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015. 2ª ed. Brasília: MS; 2014.
13. Jelihovschi EG, Faria JC, Allaman IB. ScottKnott: a package for performing the Scott-Knott clustering algorithm in R. TEMA (São Carlos) [Internet]. 2014 [acessado 2016 mar 30]; 15(1):3-17.
14. Nemenyi P. Distribution-free multiple comparisons [unpublished doctoral dissertation]. New York: Princeton University; 1963.
15. Brandt KG, Antunes MMC, Silva GAP. Diarreia aguda: manejo baseado em evidências. J. Pediatr 2015; 91(6 Supl. 1):S36-S43.
16. Ede R. Causes and recommended management of acute diarrhoea. Prescriber [Internet]. 2014 [acessado 2016 mar 25]; 25(8):17-23. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/psb.1190/epdf>
17. Torres RMC, Bittencourt SA, Oliveira RM, Siqueira ASP, Sabroza PC, Toledo LM. Uso de indicadores de nível local para análise espacial da morbidade por diarreia e sua relação com as condições de vida. Cien Saude Colet 2013; 18(5):1441-1450.
18. Ney MS, Rodrigues PHA. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. Physis 2012; 22(4):1293-1311.
19. Pimentel FC, Albuquerque PC, Souza WV. A Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional. Saúde debate 2015; 39(104):88-101.
20. Medeiros CRG, Junqueira AGW, Schwingel C, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. Cien Saude Colet 2010; 15(Supl.1):1521-1531.
21. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.377, de 13 de junho de 2011. Estabelece critérios para definição das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada e das especialidades médicas prioritárias de que tratam o inciso II e o § 3º do art. 6º-B da Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001, no âmbito do Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) e dá outras providências. Diário Oficial da União 2011; 14 jun.
22. United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF), World Health Organization (WHO). Diarrhea: why children are still dying and what can be done. New York, Geneva: UNICEF, WHO; 2009.

Artigo apresentado em 06/03/2016.

Aprovado em 07/06/2016.

Versão final apresentada em 09/06/2016.

## **6.2 Artigo 2 – Influência do Mais Médicos no acesso e na utilização de serviços de saúde no Nordeste**

Este artigo foi aceito para publicação na Revista de Saúde Pública, sendo submetido em 08/03/2019 e aceito em 29/04/2019 (Anexo B). O trâmite para a sua publicação está em andamento.

## INFLUÊNCIA DO MAIS MÉDICOS NO ACESSO E NA UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO NORDESTE

Rogério Fabiano Gonçalves <sup>1</sup>  
Adriana Falangola Benjamin Bezerra <sup>2</sup>  
Oswaldo Yoshimi Tanaka <sup>3</sup>  
Carlos Renato dos Santos <sup>4</sup>  
Keila Brito-Silva <sup>4</sup>  
Islândia Maria Carvalho de Sousa <sup>5</sup>

1. Doutorado em Saúde Pública, Instituto Aggeu Magalhães, IAM/Fiocruz-PE. Recife, PE, Brasil. rogeriofabiano@gmail.com.
2. Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Medicina Social, Centro de Ciências da Saúde. Recife, PE, Brasil.
3. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública. São Paulo, SP, Brasil.
4. Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, Núcleo de Saúde Coletiva. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil.
5. Instituto Aggeu Magalhães, IAM/Fiocruz-PE. Recife, PE, Brasil.

### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a influência do Programa Mais Médicos no desempenho da Atenção Primária à Saúde, pelo dimensionamento do acesso e da utilização de serviços de saúde na região Nordeste, baseado no porte populacional dos municípios, no investimento financeiro em saúde e no quantitativo de médicos nas equipes de saúde da família. **Método:** Pesquisa avaliativa de natureza quantitativa. O acesso foi avaliado pela proporção de cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família e a utilização de serviços de saúde, aferida pelas consultas médicas realizadas nesse âmbito, entre abril de 2013 e setembro de 2015. Foram definidos processos de seleção, ajuste e validação do banco de dados, com inclusão de variáveis explicativas, que resultaram em amostra de 896 municípios. A análise fundamentou-se em recorte temporal anterior e posterior à implantação do programa. O teste de Wilcoxon pareado e alternativas não paramétricas constituíram provas estatísticas na análise comparativa dos dados. **Resultados:** Houve aumento de 19,2% no quantitativo de consultas médicas entre os seis meses iniciais da série de dados e os seis meses finais. Nesse período, a mediana de consultas nos municípios com até 5.000 habitantes aumentou de 701,0 para 768,0, já naqueles com mais de 100.000 habitantes, reduziu de 285,5 para 280,0 ( $p < 0,05$ ). Entre os meses de abril de 2013 e setembro de 2015, a mediana da proporção de cobertura de equipes



de saúde da família passou de 89,2% para 95,3%, aproximando-se de 100% nos municípios com até 20.000 habitantes. **Conclusões:** O estudo evidencia a ampliação do acesso e da utilização de serviços na Atenção Primária à Saúde na região Nordeste, a partir da implantação do Programa Mais Médicos. Entre abril de 2013 e setembro de 2015, a cobertura de equipes de saúde da família e a produção de consultas médicas cresceram, constituindo importantes conquistas para o SUS.

**Palavras-Chave:** Distribuição de Médicos. Acesso aos Serviços de Saúde. Planos e Programas de Saúde. Alocação de Recursos para a Atenção à Saúde. Atenção Primária à Saúde

## INTRODUÇÃO

Informações da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013, indicaram desigualdades no acesso e na utilização de serviços de saúde entre as regiões do Brasil, situações também identificadas em edições anteriores da pesquisa<sup>1,2</sup>. Conforme a PNS, o Norte e o Nordeste registravam as menores proporções de consultas médicas do país<sup>3</sup>. Como importantes desafios para o enfrentamento dessas desigualdades, propunham-se corrigir a distribuição de médicos no território nacional e levar assistência médica para regiões com insuficiência de profissionais na Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>4</sup>.

Em 2013, o Ministério da Saúde (MS) implantou o Programa Mais Médicos (PMM) no Sistema Único de Saúde (SUS). A partir do PMM, um processo emergencial de alocação de médicos foi iniciado e mais de 4.000 municípios passaram a ter o auxílio do MS para a alocação desses profissionais. Nos primeiros dois anos, foram integrados mais de 18.000 médicos na força de trabalho da APS, sendo o Nordeste uma das regiões mais favorecidas<sup>5,6</sup>.

Diante do problema da carência de assistência médica na APS, do considerável aporte de médicos assegurado pelo PMM e do expressivo quantitativo de municípios participantes do programa, a avaliação dos seus resultados é estratégica para o planejamento e a gestão da APS. Além disso, em 2018, iniciou-se uma reestruturação do PMM com perspectivas de sua substituição ou seu encerramento, o que torna basilar a constatação de como o programa influenciou o acesso e a utilização de serviços de saúde, em diferentes contextos, para evidenciar seu potencial e seus limites.

Assim, este estudo avalia a influência do PMM no desempenho da APS, pelo dimensionamento do acesso e da utilização de serviços de saúde na região Nordeste, a partir do porte populacional dos municípios, do investimento financeiro em saúde e do quantitativo de médicos nas equipes de saúde da família.

## MÉTODOS

Foi realizada pesquisa avaliativa por meio da obtenção de dados quantitativos secundários. O acesso, “enquanto dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta”<sup>7</sup>, foi avaliado pela proporção da cobertura populacional estimada das equipes de saúde da família (EqSF). Foram utilizados dados de cobertura das EqSF dos meses de abril de 2013 e setembro de 2015, obtidos no site do Departamento de Atenção Básica.

A utilização de serviços de saúde foi avaliada pelas consultas médicas realizadas na Estratégia Saúde da Família (ESF) e registradas no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). O período de referência dos dados também foi delimitado de abril de 2013 a setembro de 2015, totalizando 30 meses. Ele incluiu os seis meses iniciais da série de consultas médicas (abril a setembro de 2013), como período não influenciado pelo trabalho dos médicos do PMM, e os vinte e quatro meses seguintes (outubro de 2013 a setembro de 2015), como o ponto de partida dos resultados do PMM para os dados avaliados. Os meses de agosto e setembro de 2013 não foram incluídos no período de resultados do programa, visto que foram meses de convocação, integração e adaptação dos médicos recém-chegados.

A importante ausência de dados das consultas médicas da ESF no SIA/SUS, não permitiu estender a avaliação para os meses anteriores a abril de 2013. A definição do último mês da série, setembro de 2015, levou em consideração o período de dois anos de vigência do programa, a partir do recorte temporal estabelecido.

Além das variáveis citadas, foram incluídos na análise:

- o quantitativo de médicos do PMM até o final do quinto ciclo de adesão de profissionais em junho de 2014 (dados obtidos no site do PMM e por meio de registros do programa cedidos pelo Ministério da Saúde);
- o quantitativo de médicos que atuavam nas EqSF nos meses de abril de 2013 e setembro de 2015, respectivamente os meses de início e término do período de consultas médicas determinados para esta análise, obtidos no site do DATASUS;
- as despesas total em saúde per capita nos anos de 2013 e 2015 e em todo o período, obtidas no site do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde; e

- a média do porte populacional dos municípios, calculada para o período de 2013 a 2015, conforme dados das estimativas populacionais informadas no DATASUS.

Como desdobramento da análise das consultas médicas realizadas na ESF, foi calculada a produção diária de consultas por profissional (consultas/dia). O cálculo foi estabelecido a partir da razão entre o total de consultas médicas da ESF e os dias úteis do respectivo período. Esse resultado foi dividido pela média da quantidade de médicos atuantes na ESF entre os meses de abril de 2013 e set de 2015.

A amostra de municípios do Nordeste (NE) foi determinada pela aplicação de critérios de exclusão, resultando em 896 municípios (49,9% do total do NE e 68,7% daqueles com PMM), como apresentado na **Figura 1**. Foram excluídos: os municípios com mais de 10% de ausência de dados das consultas médicas da ESF na série de 30 meses, com menos de 28 valores exclusivos (número de consultas em cada mês, diferentes de zero, que não se repetem) e aqueles que não fizeram adesão ao PMM ou não apresentavam informações para o pareamento de variáveis da análise. O intuito desses critérios foi qualificar e potencializar a validação do banco de dados.

**Figura 1.** Conformação da amostra de municípios da pesquisa, segundo exclusões realizadas e distribuição por unidades federativas da região Nordeste.

UF	n° de mun.	n° de mun. excluídos, conforme critérios:			% de exclusão	n° de mun. da amostra	% de mun. da amostra
		Ausência de dados superior a 10%	Menos de 28 valores exclusivos em 30 reg.	Não adesão ao PMM ou dados de variáveis não pareados			
AL	102	11	12	35	56,9	44	4,9
BA	417	44	52	49	34,8	272	30,4
CE	184	10	12	26	26,1	136	15,2
MA	217	33	60	28	55,8	96	10,7
PB	223	97	6	59	72,6	61	6,8
PE	185	9	23	36	36,8	117	13,1
PI	224	31	59	52	63,4	82	9,2
RN	167	68	17	31	69,4	51	5,7
SE	75	8	5	25	50,6	37	4,1
<b>Total</b>	<b>1794</b>	<b>311</b>	<b>246</b>	<b>341</b>	<b>50,1</b>	<b>896</b>	<b>100,0</b>

**Fonte:** elaboração própria com base nos dados da pesquisa.

UF: Unidades da Federação; mun.: municípios; reg.: registros.

Procedeu-se à preparação dos dados pela detecção e conversão de valores ausentes e discrepantes, sendo utilizada escala de saturação de cores no Excel (Microsoft Office) como critério de formatação condicional. Nesse procedimento, foi estabelecido um *ranking* da soma de consultas médicas por município, agrupados conforme semelhança de pontuação. Nos

grupos, foi observada a variação de tonalidade das cores verde, amarelo e vermelho, buscando-se identificar os tons mais intensos.

A partir das escalas de cor, 26.880 valores foram submetidos à verificação e aqueles identificados nos extremos de variação foram convertidos (verde intenso e vermelho intenso, respectivamente valores muito acima dos demais e muito abaixo ou ausentes). A cor amarela, faixa intermediária da variação de cores, sinalizava um padrão de regularidade dos valores na série de dados, não sendo objeto de modificação. Para a conversão, foi adotada como regra a média de quatro valores na série de dados adjacentes ao valor a ser convertido. Dessa forma, o valor a ser convertido poderia estar à esquerda, à direita ou entre os quatro valores circundantes que determinavam a média.

Após as conversões, um padrão mais uniforme de cores era assumido pela distribuição de dados, demonstrando redução das discrepâncias. Cita-se o exemplo de um município da Bahia que, inicialmente, registrava média mensal de 23.270 consultas médicas na série de dados – número superior ao da capital, Salvador. Ao ser detectado valor discrepante igual a 509.958 entre os registrados, sua conversão reduziu a média desse município para 6.485 consultas, valor mais realista em relação à série de dados.

A análise dos dados foi iniciada pelo teste de aderência de Kolmogorov-Smirnov (K-S) entre duas amostras, que objetivou verificar o impacto das modificações realizadas no banco de dados. Comparou-se a densidade de informações das consultas médicas entre o banco de dados original e o modificado.

O software livre 'R' foi utilizado como suporte à análise estatística. Para cada variável de interesse, conferiu-se a normalidade das distribuições de dados pelo teste de Shapiro-Wilk, que indicou distribuições não-normais. Nesse sentido, o teste de Wilcoxon pareado foi definido como alternativa não paramétrica de análise, estabelecendo-se significância de 5%. Em algumas circunstâncias, foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis com pós-teste de Dunn ou o teste do qui-quadrado, conforme a finalidade.

No que se refere aos aspectos éticos da pesquisa, considerando que esta investigação utiliza dados de acesso público pela internet, disponíveis em sistemas de informação oficiais, não se fez necessária submissão para apreciação por comitê de ética.

## RESULTADOS

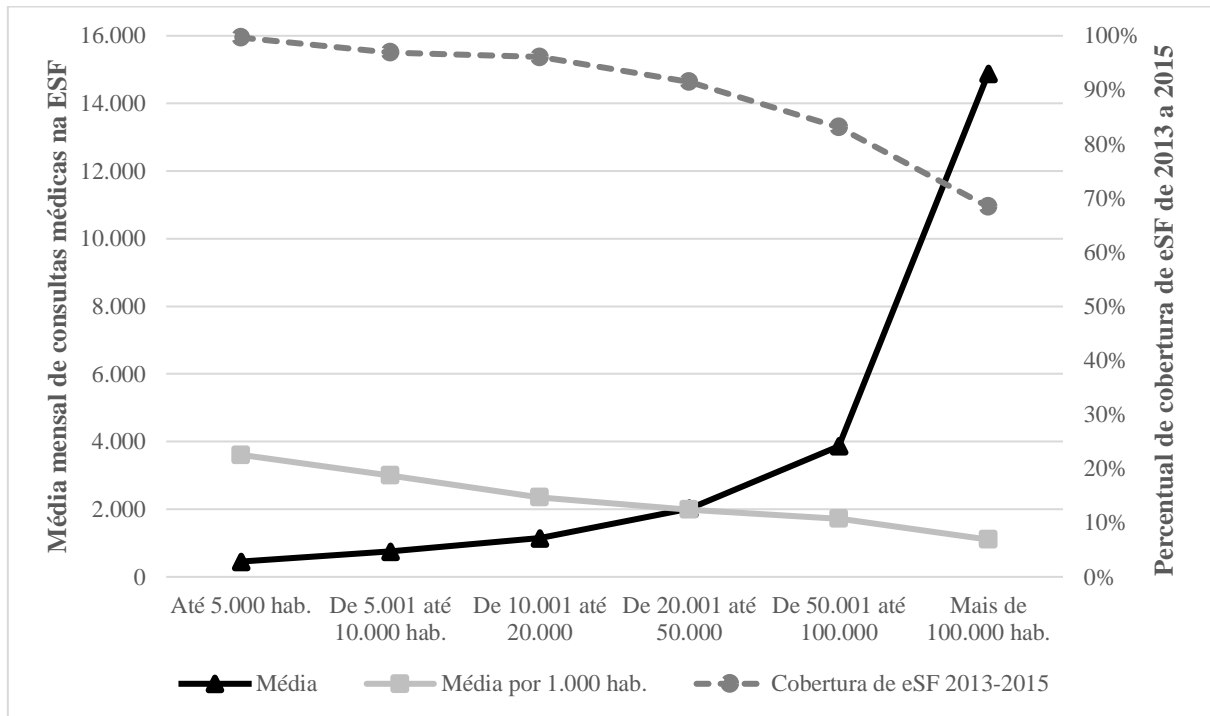
A análise de aderência pelo teste K-S, comparando o banco de dados original com o modificado, indicou que os dados permaneceram inalterados em 699 municípios da amostra (78,0%), detectaram-se pequenas alterações em 184 (20,5%) e as mudanças foram moderadas em 13 (1,5%). Tais resultados confirmaram que as amostras provinham da mesma distribuição, preservando-se a correspondência entre elas.

### Cobertura das EqSF

Houve aumento significativo de cobertura das EqSF, a partir do PMM. Esse avanço é evidenciado no comparativo entre abril de 2013 e setembro de 2015. A mediana passou, no referido intervalo, de 89,2% para 95,3% ( $p < 0,05$  – Wilcoxon pareado).

Nos municípios com até 20.000 hab., a cobertura se aproximou de 100% ao final do período analisado. Nos municípios na faixa de 50.001 a 100.000 hab., a cobertura passou de 75,9% para 90,3% no período; naqueles com mais de 100.000 hab., passou de 64,8% para 72,1% ( $p < 0,05$  – Wilcoxon Pareado). A **Figura 2** ilustra as diferenças na proporção de cobertura de EqSF entre os portes populacionais.

**Figura 2.** Média e média ajustada para 1.000 habitantes de consultas médicas mensais na Estratégia Saúde da Família em amostra de municípios participantes do Programa Mais Médicos na região Nordeste, segundo porte populacional e percentual de cobertura de equipes de saúde da família, abril de 2013 a setembro de 2015.



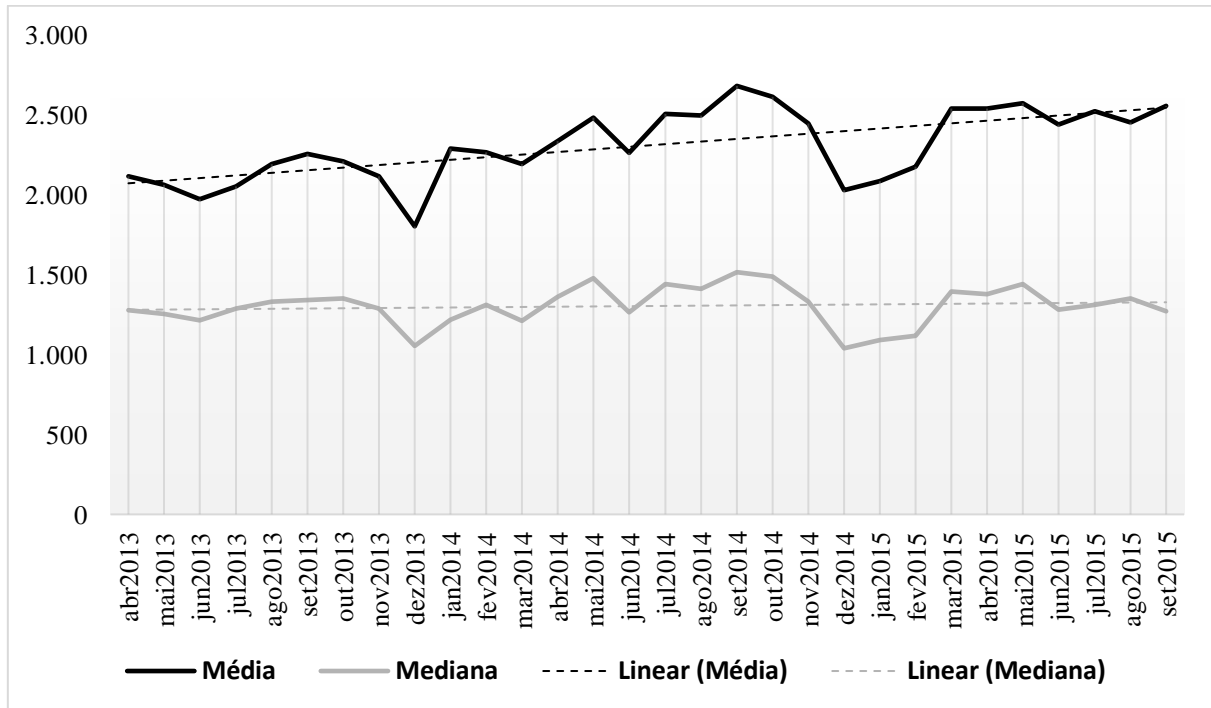
**Fonte:** elaboração própria com base nos dados da pesquisa.  
ESF: Estratégia Saúde da Família; EqSF: Equipes de saúde da família.

### Consultas Médicas na ESF

Houve oscilação da produção de consultas médicas mensais na amostra analisada. Observou-se, na maior parte do período de referência, declínio das consultas nos meses de junho e dezembro com ápices em setembro, principalmente ao se considerar o comportamento das médias nos anos de 2013 e 2014 (**Figura 3**).

A comparação do quantitativo de consultas realizadas nos seis meses iniciais da série de dados com os seis meses finais indicou aumento de 19,2% na produção, confirmado pelo teste de Wilcoxon pareado ( $p < 0,05$ ). A variação das médias nesse recorte semestral foi de 2.108,7 em 2013 para 2.514,2 em 2015; para as medianas a variação correspondeu, respectivamente, a 2.093,8 e 2.507,9.

**Figura 3.** Média e mediana de consultas médicas mensais na Estratégia Saúde da Família em amostra de municípios participantes do Programa Mais Médicos na região Nordeste, abril de 2013 a setembro de 2015.



**Fonte:** elaboração própria com base nos dados da pesquisa. Os dados de consultas médicas são provenientes do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), ajustados conforme procedimentos descritos na seção Métodos.

A visualização das médias de consultas médicas por porte populacional, quando ajustadas por 1.000 hab., mostra que os municípios de menor porte realizaram, proporcionalmente à população, mais consultas médicas na ESF que os de maior porte e apresentam cobertura de EqSF mais elevada (Figura 2).

A mediana de consultas médicas nos municípios com até 5.000 hab. passou de 701,0 para 768,0 – aumento de 9,6% entre os seis meses iniciais da série de dados e os seis meses finais. Naqueles com mais de 100.000 hab., passou de 285,5 para 280,0 – redução de 1,8%. A maior variação entre os portes foi dos municípios de 50.001 até 100.000 hab., com um aumento de 18,2%, todavia, com medianas mais baixas que os municípios com até 5.000 hab. ( $p < 0,05$  – Wilcoxon pareado).



## Consultas/Dia por Médico na ESF

Observou-se redução de consultas/dia por profissional entre o semestre inicial da série de dados e o final. A mediana no primeiro semestre foi de 10,1, reduzida para 9,4 ( $p < 0,05$  – Wilcoxon pareado). Apesar da diminuição na produção diária de consultas por profissional, houve aumento de consultas no geral, o que sugere influência da ampliação da oferta de assistência médica pelo PMM.

Os municípios com até 5.000 hab. apresentaram maior quantitativo de consultas/dia por profissional na vigência do PMM com mediana igual a 11,3, enquanto a de municípios com mais de 100.000 hab. foi 9,8. O pós-teste de Dunn indicou que a produção de consultas nos municípios de até 5.000 hab. também diferiu daquela dos municípios de outros portes ( $p < 0,05$ ).

## Médicos nas EqSF

Embora o quantitativo geral de médicos do PMM seja menor em municípios de até 10.000 hab., a proporção de médicos do programa em relação à totalidade de médicos nas EqSF foi maior nesses locais (**Tabela 1**). Nos municípios de até 5.000 hab. essa proporção foi de 61,4%; já naqueles de 5.001 a 10.000 hab., foi de 46,8%; em municípios com mais de 100.000 hab., ela cai para 24,2%.

**Tabela 1.** Distribuição quantitativa de médicos nas equipes da Estratégia Saúde da Família em setembro de 2015 e indicadores derivados em amostra de municípios participantes do Programa Mais Médicos na região Nordeste, segundo porte populacional.

	Porte populacional dos municípios					
	Até 5.000 hab.	5.001 a 10.000 hab.	10.001 a 20.000 hab.	20.001 a 50.000 hab.	50.001 a 100.000 hab.	Mais de 100.000 hab.
<b>Total de médicos nas EqSF</b>	114	442	1.776	2.759	1.927	3.322
<b>Total de médicos do PMM</b>	70	207	728	1.139	780	805
<b>Médicos EqSF/10.000 hab.</b>	5,0	4,8	4,0	3,4	2,9	1,8
<b>Méd. EqSF/10.000 sem PMM</b>	1,9	2,5	2,4	2,0	1,7	1,4
<b>Prop. médicos PMM/EqSF</b>	61,4%	46,8%	41,2%	41,3%	40,5%	24,2%
<b>% mun. amostra, n = 896</b>	6,8%	13,7%	33,4%	30,0%	10,9%	5,1%

**Fonte:** elaboração própria com base nos dados da pesquisa.

EqSF: Equipes de saúde da família; PMM: Programa Mais Médicos; Méd: médicos; Prop. médicos PMM/EqSF: proporção de médicos do PMM em relação aos médicos das EqSF nas quais os médicos do programa são alocados; mun.: municípios.

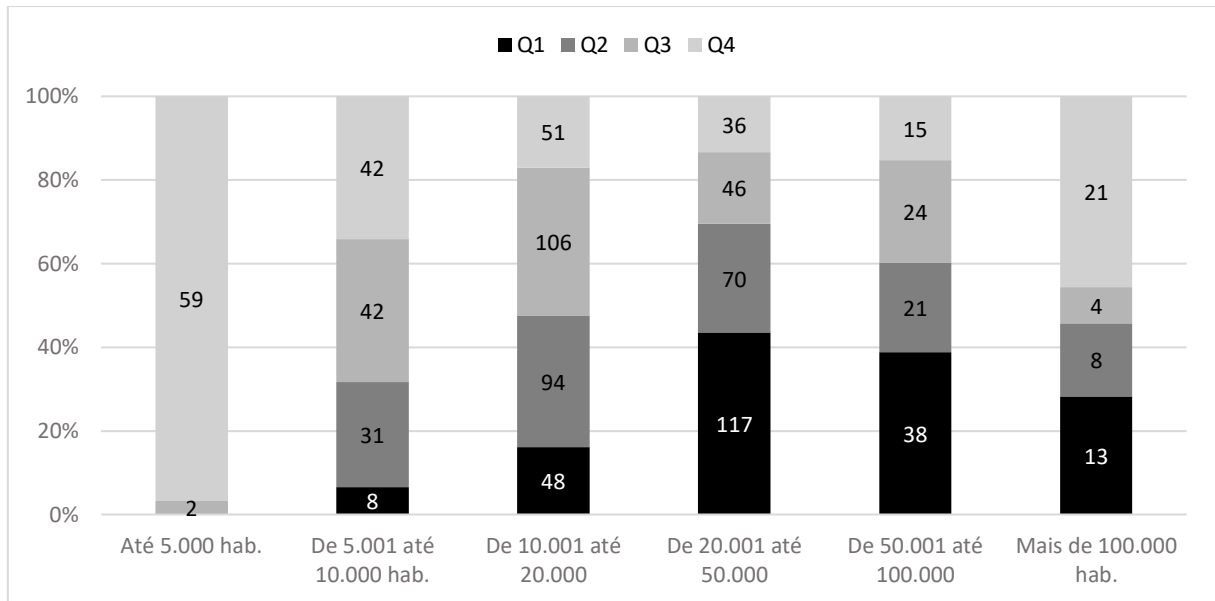
Em setembro de 2015, a razão de médicos por 10.000 hab. nas EqSF em municípios de menor porte populacional era mais que o dobro em relação àquela dos municípios com mais de 100.000 hab., respectivamente 5,0 e 1,8 (Tabela 1). Não contabilizando os médicos alocados pelo PMM nas EqSF, a referida média passaria de 5,0 para 1,9 nos municípios de até 5.000 hab. e de 1,8 para 1,4 naqueles com mais de 100.000 hab. Embora esses números constituam uma simulação baseada na não implementação do PMM ou no quantitativo hipotético de médicos nas EqSF sem o programa, os dados denotam a importância dele nos municípios de menor porte.

Em abril de 2013 havia 8.982 médicos nas EqSF dos municípios da amostra e, em setembro de 2015, 10.308. O aumento observado foi de 1.326 profissionais. Todavia, em junho de 2014 o PMM havia integrado 3.729 médicos nessas equipes, número que, supostamente, cresceu até setembro de 2015. Portanto, existe uma diferença de no mínimo 2.403 profissionais (64,4% dos médicos integrados pelo PMM). Esse número elevaria o quantitativo de médicos em setembro de 2015 para 12.711.

### **Despesa Total em Saúde Per Capita**

O investimento em saúde, captado pela análise da despesa per capita total em saúde, revela que os municípios com até 10.000 hab., especialmente aqueles com até 5.000 hab., realizaram maiores despesas com saúde por habitante em comparação aos municípios de outros portes populacionais. A **Figura 4** ilustra essa realidade, com associação significativa entre as variáveis pelo teste de qui-quadrado ( $p < 0,05$ ).

**Figura 4.** Número de municípios por porte populacional médio em 2013–2015, segundo quartis da média de despesa total com saúde per capita para o período, em gráfico de colunas 100% empilhadas.



**Fonte:** elaboração própria com base nos dados da pesquisa.

**Nota:** Cada quartil representa conjunto de 224 municípios (25,0% da amostra), em ordem crescente, com o primeiro quartil (Q1) incluindo os municípios com menores despesas per capita e o quarto quartil (Q4), os municípios com maiores despesas per capita.

A mediana da despesa total na amostra passou de R\$ 386,0 no ano de 2013 para R\$ 447,7 em 2015 ( $p < 0,05$  – Wilcoxon pareado). Em ambos os anos, ela foi maior nos municípios com até 5.000 hab.: R\$ 566,1 em 2013 e R\$ 661,4 em 2015. Também foi observado que níveis crescentes da produção de consultas médicas pelas EqSF se associaram a maiores níveis de investimento per capita em saúde no período de 2013 a 2015 ( $p < 0,05$  – qui-quadrado).

## DISCUSSÃO

Os ajustes realizados na preparação do banco de dados mostraram-se adequados, contribuindo para a recuperação de dados sensíveis, que favoreceram a análise. A utilização da escala de saturação de cores do Excel possibilitou identificar inconsistências nos dados informados pelo SIA/SUS, interpretadas como erros ou fragilidades em processos de obtenção, alimentação ou registro de dados no sistema.

A redução ou ápice das consultas médicas na APS em meses cíclicos, observada nos resultados, é tema pouco explorado na literatura, limitando abordagem comparativa. Acredita-se que as reduções estejam relacionadas aos festejos tradicionais (que envolvem o São João

no NE, o Natal e o Réveillon), à proximidade de períodos de recesso trabalhista e férias escolares, além do período de consolidação semestral e anual da produção assistencial no SUS.

O aumento das consultas médicas na APS, conforme dados apresentados, corrobora o resultado de estudo multicêntrico realizado pela Rede-Observatório do PMM, que analisou dados de 3.000 municípios do país<sup>8</sup>. Entre 2013 e 2015, houve aumento de 33% no número de consultas médicas nos municípios participantes do programa, contra 15% nos municípios não participantes. Neste estudo, o aumento dos municípios participantes foi menor: 19,2%. Como os dados da Rede-Observatório foram de abrangência nacional e divulgados de forma agrupada, não foi possível realizar comparações específicas.

Pôde-se verificar o melhor desempenho dos municípios de menor porte populacional na produção de consultas médicas da ESF. Esse desempenho deve refletir não só a maior cobertura da estratégia nesses municípios, mas também a configuração da assistência à saúde. Entende-se que em municípios de menor porte, a APS tende a ser a principal ou única configuração de rede pública de saúde local, centrada na oferta de assistência médica pela ESF, justificando maior procura por serviços nesse âmbito. Considera-se também a importância do PMM em prover acesso aos municípios com maiores dificuldades em captar profissionais. Nos municípios de maior porte, a maior oferta de médicos fora da ESF, sobretudo de clínicos e pediatras, amplia as opções de porta de entrada e acesso no SUS<sup>9</sup>.

Referentes à produção diária de consultas médicas por profissional, dois pressupostos relacionados à influência do PMM podem esclarecer a redução observada: a maior regularidade da presença dos médicos nos serviços e a diminuição da rotatividade de profissionais. Esses dois fatores tendem a fortalecer o vínculo profissional-usuário, reduzir a insegurança da população quanto à ausência de médicos, minimizar filas e tempo de espera, ordenar a agenda de atendimento e evitar demandas reprimidas<sup>10</sup>.

Assim, pelo aumento da confiança da população na oferta regular de assistência médica na ESF, a procura, programada ou espontânea, seria redistribuída nos dias da semana e levaria à redução diária de consultas. Estudo qualitativo realizado em duas comunidades quilombolas referiu que o PMM provocou mudanças. O trabalho destacou a ampliação da frequência dos médicos nos serviços e nas visitas domiciliares, o que repercutiu na otimização dos agendamentos de consulta, facilitando a utilização desses serviços pela população<sup>10</sup>.

Aliado a esses fatores, também se ressaltam como pressupostos a ampliação do tempo de duração das consultas e a melhoria da qualidade da atenção. O acompanhamento supervisionado dos médicos do programa e a inserção de profissionais intercambistas, com formação e experiência de atuação na APS em outros cenários, são elementos passíveis de influenciar mudanças na atuação médica. Não se trata apenas de aumento no número de médicos, mas também de implementação do processo de formação continuada e acompanhamento. Esses elementos necessitam de maior aprofundamento com estudos qualitativos, que poderão auxiliar no aprimoramento do programa.

Em investigação qualitativa realizada com usuários da ESF em Recife (PE), a qualidade da atenção prestada por médicos cubanos foi enfatizada, pela realização de práticas clínicas diferenciadas. Segundo a interpretação dos relatos, o cuidado prestado por eles era caracterizado por “compromisso, escuta qualificada, olhar ampliado sobre o sujeito e valorização dos determinantes sociais do processo saúde-doença”<sup>11</sup>.

Quanto à ampliação da força de trabalho médico na APS a partir do PMM, os resultados deste estudo são corroborados pela literatura. Análise do provimento médico em amostra de 3.755 municípios em todas as regiões do país, concluiu que houve maior impacto do PMM em municípios de até 10.000 hab., com aumento de 22,2% da força de trabalho médico<sup>9</sup>. A ampliação significativa da oferta de assistência médica nas EqSF nesses municípios foi justificada pela maior demanda, uma vez que ela é organizada predominantemente pela APS.

Sabe-se que, nos municípios de maior porte populacional, pelo maior desenvolvimento socioeconômico e concentração de serviços de média e alta complexidades, há mais atrativos para a fixação de médicos<sup>12</sup>. Nesse sentido, esses municípios dependem menos de políticas de provimento, fato que justifica a maior proporção de médicos do PMM nas EqSF dos municípios de menor porte populacional<sup>13</sup>.

Acerca do aumento real do quantitativo de médicos nas EqSF ter sido menor do que o esperado, outros trabalhos também relataram essa situação, justificando substituição de profissionais ou reposição de médicos em equipes incompletas<sup>9,13,14,15</sup>.

O aumento da cobertura de EqSF em municípios de todos os portes populacionais, com aproximação de 100% naqueles com até 20.000 habitantes, revela a importância do PMM para suprir a demanda por assistência médica na APS, tendo influência direta na

ampliação das consultas no período observado. Esse resultado converge com os dados apresentados em estudo de amplitude nacional, que revelou aumento de 16,2% na cobertura das EqSF de 2012 para 2015<sup>15</sup>. As maiores coberturas foram observadas nos municípios com menos de 30.000 hab., com média de 98,4% em 2015; nos municípios entre 100.000 e 200.000 hab., a média correspondeu a 48,9%.

No tocante à análise do investimento em saúde, destaca-se o maior investimento per capita dos municípios de menor porte populacional. Apesar do PMM possibilitar a desoneração dos municípios em relação aos gastos com provisão de médicos<sup>16</sup>, o aumento nesses municípios tende a ser reflexo da maior produção de consultas médicas na ESF e da ampliação da cobertura de EqSF.

Por se tratar de investigação consolidada a partir do uso de dados secundários, com registros de consultas médicas em escala regional, reconhecem-se tais aspectos como limitações do método neste estudo. Desse modo, recomenda-se a realização de pesquisa que possa explorar o contexto local da APS e as possíveis repercussões nas ações e serviços considerando as diretrizes atuais.

## **CONCLUSÕES**

Os resultados deste estudo mostram evidências de que houve aumento da produção de consultas médicas na APS no NE, caracterizando ampliação do acesso e da utilização de serviços nesse âmbito a partir da implementação do PMM. Entre abril de 2013 e setembro de 2015, houve efetivo aumento da cobertura de EqSF, constituindo importante conquista para o SUS.

O melhor desempenho na produção de consultas médicas obtido pelos municípios de menor porte populacional, em função de maiores investimentos per capita com saúde e da centralidade da APS na oferta de ações e serviços, sugere a necessidade de se avançar na discussão da alocação equitativa de recursos na saúde e de se fortalecer as redes de atenção, com ênfase na regionalização.

Os achados podem contribuir com as recentes discussões acerca dos efeitos do PMM, à medida que evidencia a influência do programa em diferentes contextos. As futuras alternativas ao programa a serem implantadas podem, a partir dos avanços e dificuldades do

PMM, investir em estratégias que aumentem os resultados positivos alcançados e minimizem os limites a fim de dar continuidade ao acesso da população na APS.

### **CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES**

Concepção e planejamento do estudo: RFG, AFBB, IMC. Coleta, análise e interpretação dos dados: RFG, AFBB, OYT, CRS, KSBS, IMC. Elaboração ou revisão do manuscrito: RFG, AFBB, OYT, CRS, KSBS, IMC. Aprovação da versão final: RFG, AFBB, KSBS, IMC. Responsabilidade pública pelo conteúdo do artigo: RFG, AFBB, OYT, CRS, KSBS, IMC.

### **FINANCIAMENTO**

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Número do Processo: 405052/2013-8.

Chamada nº 41/2013 MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit – Rede Nacional de Pesquisas sobre Política de Saúde: Produção de Conhecimento para a Efetivação do Direito Universal à Saúde / Linha 5 – Identificação e análise de iniciativas inovadoras em redes assistenciais e regiões de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Stopa SR, Malta DC, Monteiro CN, Szwarcwald CL, Goldbaum M, Cesar CLG. Use of and access to health services in Brazil, 2013 National Health Survey. *Rev Saude Publica*. 2017;51 Supl 1:3s. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000074>
2. Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Cienc Saude Coletiva*. 2018;23(6):1751-62. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
4. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)*. 2015;19(54):623-34. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1142>
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos: dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília, DF; 2015.
6. Nogueira PTA, Bezerra AFB, Leite AFB, Carvalho IMS, Gonçalves RF, Brito-Silva KS. Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2016;21(9):2889-98. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.17022016>
7. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2004;20 Supl 2:S190-8. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>
8. Rede-Observatório do Programa Mais Médicos. Mais do que Mais Médicos. *Rev Rede Gov Colab Saude*. 2015 [citado 17 out 2018];(2):42-7. Disponível em: <http://www.redegovernocolaborativo.org.br/pastas-antigas/biblioteca-digital/revista-rede-governo/revista-rede-governo-2>
9. Girardi SN, Stralen ACS, Cella JN, Wan der Maas L, Carvalho CL, Faria EO. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2016;21(9):2675-84. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16032016>
10. Pereira LL, Silva HP, Santos LMP. Projeto Mais Médicos para o Brasil: estudo de caso em comunidades quilombolas. *Rev ABPN*. 2015;7(16):28-51.
11. Santos LX. Integralidade do cuidado praticado pelos cubanos do Programa Mais Médicos para o Brasil: a percepção dos usuários [dissertação]. Recife: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco; 2015.
12. Ney MS, Rodrigues PHA. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis*. 2012;22(4):1293-311. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000400003>



13. Mendonça FF, Mattos LFA, Oliveira EBD, Domingos CM, Okamura CT, Carvalho BG, et al. Participação dos municípios de pequeno porte no Projeto Mais Médicos para o Brasil na macrorregião norte do Paraná. *Cienc Saude Coletiva*. 2016;21(9):2907-15. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.18302016>
14. Gonçalves RF, Carvalho IMS, Tanaka OY, Santos CR, Brito-Silva K, Santos LX, et al. Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2016;21(9):2815-24. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.15392016>
15. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA, Santos Neto PM. A ampliação das equipes de saúde da família e o Programa Mais Médicos nos municípios brasileiros. *Trab Educ Saude*. 2017;15(1):131-45. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00051>
16. Mendonça CS, Diercks MS, Kopittke L. O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde nos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre, Brasil, após a inserção no Programa Mais Médicos: uma comparação intermunicipal. *Cienc Saude Coletiva*. 2016;21(9):2871-8. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16622016>

### **6.3 Artigo 3 – Integralidade na Atenção Primária à Saúde: repercussões do Programa Mais Médicos**

Este artigo foi submetido à Physis: Revista de Saúde Coletiva, ISSN: 0103-7331, em: 15/07/2019 (Anexo C). No momento, aguarda-se o parecer dos avaliadores.

## INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REPERCUSSÕES DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Rogério Fabiano Gonçalves <sup>1</sup>  
Islândia Maria Carvalho de Sousa <sup>2</sup>  
Adriana Falangola Benjamin Bezerra <sup>3</sup>  
Keila Brito-Silva <sup>4</sup>  
Oswaldo Yoshimi Tanaka <sup>5</sup>

1. Doutorado em Saúde Pública, Instituto Aggeu Magalhães, IAM/Fiocruz-PE. Recife, PE, Brasil. rogeriofabiano@gmail.com.
2. Instituto Aggeu Magalhães, IAM/Fiocruz-PE. Recife, PE, Brasil.
3. Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Medicina Social, Centro de Ciências da Saúde. Recife, PE, Brasil.
4. Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, Núcleo de Saúde Coletiva. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil.
5. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública. São Paulo, SP, Brasil.

### RESUMO

O artigo avaliou as repercussões do Programa Mais Médicos na Atenção Primária à Saúde no Brasil, tendo a integralidade das práticas do cuidado como objeto de análise. Foi realizada pesquisa qualitativa, mediante concepção da integralidade focalizada, utilizando-se categorias da Avaliação Realista de Pawson e Tilley: contexto, mecanismos e resultados. A amostra foi constituída por profissionais da gestão, médicos do programa e usuários da saúde em três capitais da região Nordeste. Os resultados evidenciaram potencialidades e adversidades para a integralidade das práticas do cuidado. O Mais Médicos ampliou o quantitativo de médicos na periferia das capitais, favoreceu o cumprimento da jornada de trabalho por esses profissionais e constituiu diferencial para o aprimoramento da qualidade da assistência médica nos serviços. Contudo, percebeu-se que a coordenação do cuidado em saúde, pautada em ações programáticas da agenda nacional, colidia com a intenção de alguns médicos de tentar algo novo ou não programado. Isso limitou reflexões sobre o potencial da assistência médica na atenção primária para a integralidade. Assim, entende-se que a contribuição do Mais Médicos para a integralidade poderia ser maior, não fosse às adversidades identificadas, que influenciaram experiências difusas ou fragmentadas das práticas do cuidado na atenção primária dos municípios.

**Palavras-Chave:** Integralidade em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Programa Mais Médicos. Teoria da Avaliação Realista.

## INTRODUÇÃO

Assegurar assistência médica na Atenção Primária a Saúde (APS) constitui desafio não superado pelos municípios, especialmente em regiões periféricas ou menos desenvolvidas do Brasil (SANTOS *et al.*, 2018). Nas capitais do país, que concentram serviços e profissionais de saúde, essa realidade também se faz presente. Aliado a isso, percebe-se a fragmentação das práticas do cuidado nos serviços, comprometendo a experiência do sujeito-usuário com a APS, negando-lhe suas complexidades, particularidades e necessidades, que dificulta a efetivação do princípio da integralidade (MATTOS, 2004).

A despeito dos esforços para estruturar uma atenção à saúde diferenciada, permanecem queixas quanto à desumanização da assistência e à descontinuidade do cuidado; e a resolutividade está à margem das expectativas (CORDEIRO *et al.*, 2009; OLIVEIRA *et al.*, 2016). Esse cenário constata que a integralidade pouco avançou, sendo negligenciada no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (PAIM, 2009).

Têm-se indicado que o perfil de formação médica reflete nas dificuldades para o desenvolvimento da integralidade no SUS, pois se subordina ao mercado de trabalho, com viés liberal, centrado na especialização médica e na fragmentação do cuidado (MAGALHÃES JR.; OLIVEIRA, 2006). Tal orientação tende a implicar no aparente descompromisso dos médicos com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), desenvolvida precisamente para o fortalecimento e a organização da APS (MELO; SANTOS; FERREIRA, 2013).

A leitura dessa realidade foi determinante para a concepção do Programa Mais Médicos (PMM), configurando-o recurso potencial para o aprimoramento da APS (BRASIL, 2015). Foram estabelecidas estratégias de provimento de médicos com experiências de formação e prática profissional em outros contextos de atenção primária, de supervisão e apoio clínico-pedagógico por meio de tutoria, de educação permanente com especialização voltada à atuação na ESF e de financiamento para a reestruturação de serviços de saúde (BRASIL, 2013).

Com a implantação do programa, a partir de 2013, houve ampliação da assistência: registrou-se aumento de 33% nas consultas médicas entre jan. de 2013 a jan. 2015, considerando-se a avaliação de indicadores em cerca de 3.000 municípios no país (REDE-OBSERVATÓRIO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS, 2015). Também foi constatada a

efetividade do programa na redução de internações por Diarreia e Gastroenterite na região Nordeste, que resultou na queda de 35% da média dessas internações, entre 2012 e 2015 (GONÇALVES *et al.*, 2016).

Indubitavelmente, o PMM foi um dos maiores investimentos na APS nos últimos anos, por meio de proposta abrangente, que oportuniza avaliar e pensar a integralidade em saúde no cenário das práticas do cuidado. Convém realizar essa reflexão considerando a percepção de diferentes atores: profissionais da gestão em saúde, médicos do PMM e usuários da APS.

Dessa forma, é essencial verificar em que medida o programa contribui para práticas do cuidado em saúde mais humanizadas e qualificadas, que não isolem a doença ou o agravo do sujeito, não desconsiderem a importância do seu contexto social nas decisões do cuidado e nem da participação da família nesse processo. Além disso, que tais práticas se respaldem em soluções adequadas às necessidades de saúde das pessoas e no acompanhamento efetivo, valorizando-se o saber, as crenças, a autonomia e a dignidade do sujeito (CECÍLIO, 2001).

Nesse sentido, este artigo avaliou repercussões do PMM na APS, tendo a integralidade das práticas do cuidado como objeto de análise, identificando potencialidades e adversidades para o seu desenvolvimento. Espera-se que os resultados apresentados possam favorecer discussões acerca da assistência médica na APS e propiciar reflexões sobre a integralidade e os desafios para o seu fortalecimento.

## **MÉTODO**

Foi realizada pesquisa qualitativa, baseada na Teoria da Avaliação Realista – proposta por Pawson e Tilley (2004). A Avaliação Realista busca explorar sistemas abertos, *in loco*, para compreender contexto, mecanismos e resultados de programas, nas condições em que foram introduzidos. Para os autores, os resultados de um programa podem ser experimentados de forma diferente em cada contexto, sendo essencial identificar padrões que possam justificar diferentes resultados.

A Teoria da Avaliação Realista constituiu suporte à construção do método, auxiliando na definição da abordagem avaliativa. Buscou-se identificar contexto, mecanismos e resultados, direta ou indiretamente relacionados ao PMM, com potencial de favorecer a discussão da integralidade na APS. Com o propósito de facilitar o entendimento, ao se referir a categoria ‘mecanismos’, optou-se por utilizar o termo ‘processos’.

Pretendeu-se compreender a importância dos principais fatores, evidenciados em categorias da avaliação realista, com possibilidade de influenciar resultados e, assim, fomentar a discussão. Cabe destacar que não se objetivou traçar relação linear entre contexto e processos, justificando cada resultado.

A concepção de integralidade que norteia o artigo está pautada em Cecílio (2001), que dá ênfase à maneira como se concretiza o cuidado em saúde. O autor identifica a integralidade em duas dimensões: uma focalizada e outra ampliada. A primeira, desenvolve-se em cada serviço, em cada ação de saúde e se reflete na atenção às necessidades de saúde das pessoas, com práticas centradas no sujeito, na sua dignidade e nas suas circunstâncias de vida. A segunda, envolve o cuidado às pessoas nos diferentes serviços que integram a rede de saúde, em tempo oportuno, com continuidade, clareza de fluxos e atenção resolutiva. Neste artigo, será explorada a dimensão da integralidade focalizada, constituindo objeto de análise. O **Quadro 1** apresenta o entrelaçamento dos elementos na avaliação proposta.

**Quadro 1** - Referencial de avaliação das repercussões do Programa Mais Médicos na Integralidade Focalizada na Atenção Primária à Saúde, conforme categorias da Avaliação Realista.

		<b>Integralidade Focalizada</b>
<b>Categorias da Avaliação Realista</b>	<b>Contexto</b>	Características das condições e circunstâncias nas quais o programa é inserido e configurado, que possam influenciar processos na determinação de resultados específicos.
		<i>Ex.: orientação das práticas do cuidado na APS, qualificação dos médicos para a atuação na APS, infraestrutura e recursos disponíveis nos serviços de saúde; etc.</i>
	<b>Processos</b>	Maneiras pelas quais as ações desenvolvidas, relacionados ao programa, provocam mudanças, em determinado contexto. Quando identificadas, explicam a lógica da intervenção.
		<i>Ex.: interrelações pessoais, atitudes e hábitos dos profissionais no trabalho, planejamento da assistência à saúde, tipos de ações desenvolvidas; etc.</i>
	<b>Resultados</b>	Mudanças ocorridas no cenário de intervenção, intencionais e não intencionais relacionadas ao programa, direta ou indiretamente.
		<i>Ex.: atenção à saúde humanizada, centrada no sujeito, resolutiva; etc.</i>

Fonte: Elaboração própria, com base na Teoria da Avaliação Realista de Pawson e Tilley (2004) e na dimensão da Integralidade Focalizada de Cecílio (2001).

O artigo, resultante de tese de doutorado, é recorte de estudo com colaboração multicêntrica: *Iniciativas inovadoras na organização das redes assistenciais e regiões de saúde e seu impacto na estruturação da oferta no SUS: um estudo avaliativo*, desenvolvido na Região Nordeste e financiado pelo CNPq. A escolha do Nordeste (NE) foi motivada pelo perfil de vulnerabilidade dos municípios. Cerca de 64% desses eram de pequeno porte, com

populações estimadas de até 20.000 hab. (IBGE, 2018) e, antes do PMM, a média de distribuição de médicos registrados por 1.000 hab. estava abaixo da média nacional, que correspondia a 2,0.

O recorte citado incluiu três capitais do NE: Aracaju em Sergipe, Fortaleza no Ceará e São Luís no Maranhão. O critério de seleção das capitais foi o desempenho dos estados na redução de internações por Condições Sensíveis à APS, a partir do PMM, com base nos resultados do estudo de Gonçalves *et al.* (2016). Aracaju foi selecionada pelo melhor desempenho de Sergipe entre os estados do NE; Fortaleza e São Luís, por situações menos favoráveis quanto ao aspecto avaliado.

A pesquisa contemplou entrevistas com quatro grupos de informantes-chave (**Quadro 2**) com seleção intencional de sujeitos. Considerou-se a inclusão de pessoas que participaram da execução do PMM, no caso daquelas vinculadas à gestão estadual ou municipal de saúde e dos médicos do PMM; assim como foram incluídos usuários da APS, que vivenciaram a assistência médica pelos médicos do programa.

**Quadro 2** - Descrição dos informantes-chave da pesquisa e número de entrevistas realizadas.

Informantes-Chave da pesquisa		Nº de entrevistas realizadas
Gestão estadual de saúde	Integrantes da gestão responsáveis pelo acompanhamento do PMM no estado.	02
Gestão municipal de saúde	Integrantes da gestão responsáveis pela coordenação e monitoramento do PMM no município.	07
Médicos da ESF vinculados ao PMM	Médicos, brasileiros ou intercambistas, em atividade na ESF com vínculo de exercício profissional pelo PMM.	06
Usuários da APS	Pessoas, maiores de 18 anos, atendidas na ESF por médicos vinculados ao PMM, que foram entrevistados na pesquisa.	15

Fonte: Elaboração própria.

Em cada capital, as entrevistas foram realizadas seguindo agendamento prévio, por telefone. Com base na técnica da bola de neve, a partir da entrevista inicial, com pessoas ligadas à gestão municipal ou estadual, eram indicados outros sujeitos, com reconhecida participação na execução do PMM; assim como os serviços de saúde a serem visitados. Optou-se por entrevistar médicos e usuários nos serviços localizados em áreas periféricas e em comunidades carentes. Essa decisão visou conhecer os resultados do PMM nos locais mais periféricos das cidades e de maior vulnerabilidade social, nos quais o programa poderia fazer maior diferença.

Foram elaborados roteiros de entrevistas semiestruturados, específicos para cada grupo de informantes-chave. Excetuando-se o grupo dos usuários, as entrevistas eram iniciadas com ênfase na caracterização da APS no município ou no processo de implantação do PMM, a fim de conhecer a percepção dos entrevistados sobre a organização da APS e a realidade sanitária anterior à implantação do programa. Desenvolvia-se o diálogo com perguntas acerca das ações desenvolvidas com o programa, dos resultados alcançados, dos problemas enfrentados e, sobretudo, estimulando a opinião sobre o que se deveria aprimorar na APS. Para os usuários, o roteiro contemplou questões acerca da assistência médica recebida, antes e durante o PMM, com foco na percepção de resolução das suas necessidades de saúde.

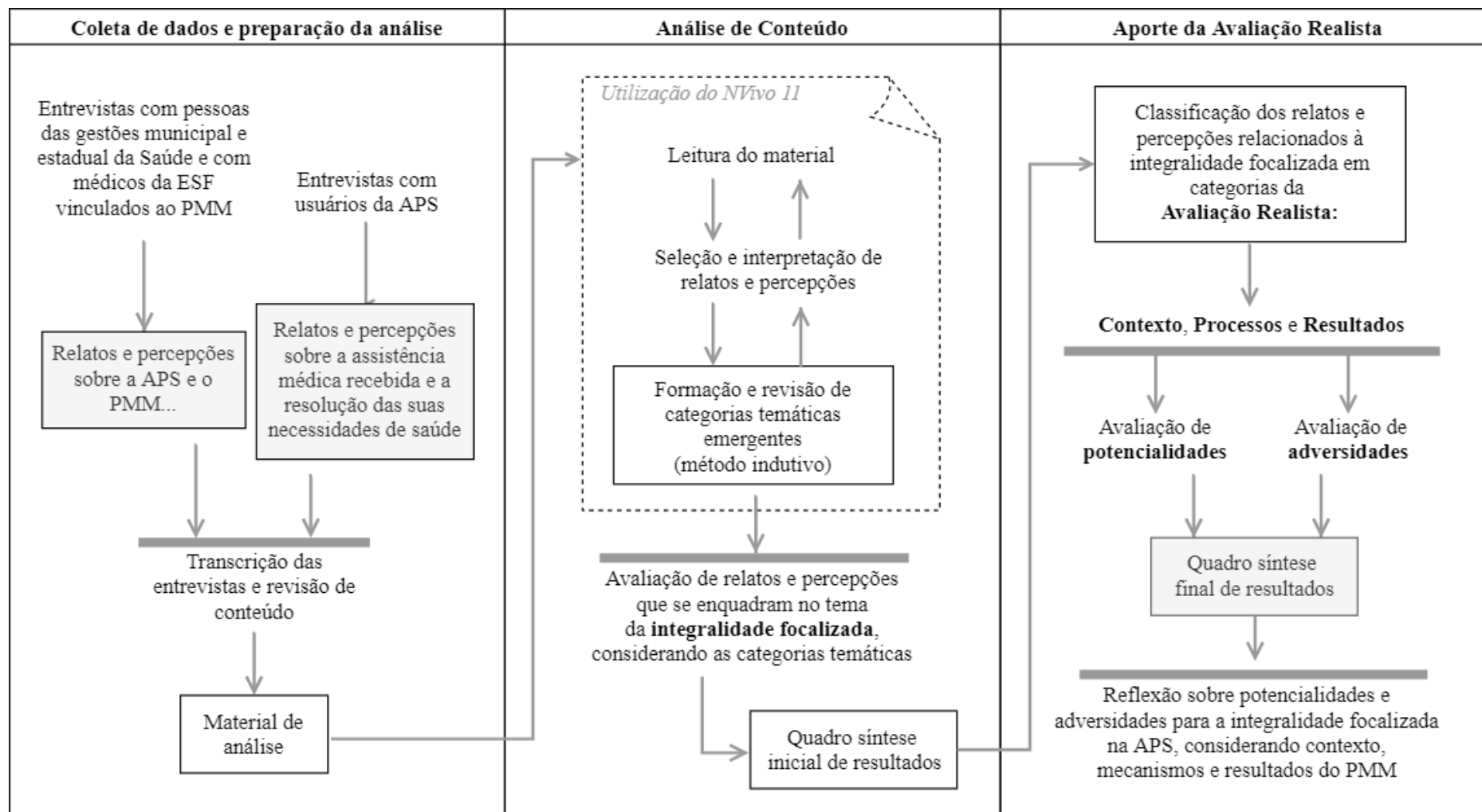
Todas as entrevistas foram gravadas em áudio, mediante concordância prévia dos entrevistados por assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O período de coleta de dados levou cerca de cinco dias em cada capital, ocorrendo no mês de julho de 2016 em Aracaju, no mês seguinte em São Luís e em abril de 2017 em Fortaleza.

As entrevistas foram transcritas e revisadas, com audição integral dos áudios, sendo submetidas à Análise de Conteúdo (BARDIN, 2016). Após as primeiras leituras do material, procedeu-se a formação de categorias temáticas emergentes, método indutivo, agrupando ou reformulando as categorias em leituras subsequentes. Essas categorias correspondiam aos assuntos que se destacaram nas entrevistas, como alguns exemplos citados no Quadro 2. A análise de conteúdo teve o suporte do software NVIVO 11 (©QSR International), que favoreceu o gerenciamento e a interpretação das informações.

Posteriormente, utilizou-se o referencial de avaliação descrito no Quadro 2 (CECÍLIO, 2001; PAWSON; TILLEY, 2004) para relacionar as percepções dos entrevistados e as situações relatadas, contidas nas categorias temáticas, com foco na integralidade focalizada. Nesse processo, elaborou-se quadro síntese para a apresentação dos resultados da pesquisa, avaliando-se cada aspecto como potencialidade ou adversidade para a integralidade focalizada, conforme categorias da avaliação realista: contexto, processos e resultados. Assim, a análise de conteúdo precedeu e subsidiou a avaliação com base nas categorias da Avaliação Realista. Síntese do fluxo da avaliação desenvolvida pode ser conferida na **Figura 1**.



**Figura 1:** Fluxograma da avaliação desenvolvida na pesquisa.



Fonte: Elaboração própria com recursos do site: <https://www.draw.io/>

Foram realizadas 30 entrevistas: 2 com informantes de gestão estadual; 7 com informantes de gestão municipal – que incluíram 2 supervisores do programa, entrevistados por recomendações de profissionais da gestão; 6 com médicos do programa e 15 com usuários da APS (Quadro 2). Apenas em Aracaju, não houve representante da gestão estadual de saúde, pois não havia funcionário com atribuição de acompanhamento do PMM na Secretaria.

Em São Luís e em Fortaleza, quase metade da força de trabalho médica na APS era dos programas de provimento, que incluía o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab), tendo predomínio do PMM. Em contrapartida, em Aracaju, os médicos dos programas de provimento representavam menos de 10% do efetivo de médicos na APS, apenas 11 profissionais.

Optou-se por não individualizar os resultados por capital; uma vez que a intenção não era contrastar diferenças. A mesma opção foi utilizada para os grupos de informantes-chave, destacando-se as principais falas, nomeando-as pela atribuição do grupo correspondente e pelo número da entrevista, para preservar o sigilo dos entrevistados. Essa decisão está em conformidade com os aspectos éticos previstos no estudo, anteriormente citado, do qual deriva esta pesquisa. Sua anuência no sistema CEP/CONEP foi protocolada com o parecer 674336.

## **RESULTADOS/DISCUSSÃO**

O **Quadro 3** apresenta a síntese dos resultados, sistematizados como potencialidades e adversidades para o alcance da integralidade focalizada, segundo categorias da Avaliação Realista. Nesta secção do artigo, em função do limite de palavras para publicação, serão debatidos apenas os principais resultados, por categoria.

**Quadro 3** - Potencialidades e adversidades para a integralidade focalizada, segundo categorias da Avaliação Realista, considerando relatos e percepções dos entrevistados.

	<b>Potencialidades</b>	<b>Adversidades:</b>
<b>Contexto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Investimentos na reestruturação da infraestrutura física das unidades básicas de saúde existentes.</li> <li>- Ampliação da cobertura de Equipes de Saúde da Família (EqSF) por meio da implantação de novas Unidades Básicas de Saúde (UBS).</li> <li>- Adesão voluntária dos municípios e dos médicos ao PMM.</li> <li>- Possibilidade de renovação de contrato dos médicos, conforme interesses mútuos.</li> <li>- Participação de médicos intercambistas na APS (exceto em Aracaju).</li> <li>- Empenho das gestões em auxiliar os médicos do PMM nas questões relativas à moradia, à alimentação e ao transporte.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Influência do modelo biomédico na assistência médica da APS, com ações reativas, tipo queixa-conduta.</li> <li>- Área de atuação médica na APS pouco priorizada pelos profissionais.</li> <li>- Insuficiência de insumos, equipamentos e transporte para a atuação dos médicos.</li> <li>- Saneamento básico precário em bairros periféricos.</li> <li>- Insegurança de profissionais pela violência urbana, presente no cotidiano das comunidades carentes e áreas periféricas.</li> <li>- Dependência dos municípios ao provimento de médicos pelo Ministério da Saúde.</li> </ul>
<b>Processos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cumprimento de carga horária pelos médicos vinculados ao programa na ESF.</li> <li>- Comprometimento dos médicos intercambistas com a APS, com ações diferenciadas, especialmente no que se refere aos médicos cubanos.</li> <li>- Realização de oficinas loco-regionais para a formação continuada dos profissionais e discussão da assistência.</li> <li>- Profissionais comprometidos com o registro da produção médica.</li> <li>- Tentativas de desconstrução da lógica de visitas domiciliares restritas ao grau de acometimento clínico das doenças.</li> <li>- Ações para desmistificar a APS como espaço pouco resolutivo no SUS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proposta de formação continuada do PMM mais voltada à atualização temática do que à reflexão do cenário de práticas.</li> <li>- Incipiente avaliação de indicadores de saúde, nos serviços e nos municípios, para o planejamento de ações por território.</li> <li>- Falta de iniciativas das gestões para a avaliação das ações desenvolvidas na APS, a partir do PMM, e para multiplicar boas práticas.</li> <li>- Ações de promoção e prevenção em saúde pelas EqSF ordenadas, prioritariamente, pelas ações da agenda nacional.</li> <li>- Falhas no acolhimento dos usuários nos serviços da APS.</li> </ul>
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Redução de filas de espera e maior celeridade no atendimento nas UBS.</li> <li>- Fortalecimento da construção de vínculo entre médicos e comunidades.</li> <li>- Consultas médicas com maior duração.</li> <li>- Melhor diálogo entre profissionais e usuários.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frustração dos médicos com a insuficiência ou a falta de recursos essenciais para a assistência à população.</li> <li>- Trabalho em equipe incipiente na ESF.</li> <li>- APS na dependência do protagonismo dos médicos.</li> <li>- Insatisfação dos usuários com o processo de acolhimento nos serviços.</li> <li>- Resolutividade da APS abaixo das expectativas.</li> </ul>

Fonte - Elaboração própria.

## - Contexto

A análise de conteúdo, que resultou na construção deste tópico, teve como base quatro categorias temáticas indutivas: **(1)** Motivações para a adesão ao PMM: entre visões de mercado e apoio humanitário. **(2)** Condições de trabalho nas UBS: falta o essencial. **(3)** APS centrada na produtividade e em práticas curativistas. **(4)** Trabalho médico na APS: trampolim para especialidades. Os resultados são apresentados na mesma sequência dessas categorias, antecedidos pela numeração.

**(1)** A adesão dos profissionais ao programa foi um dos assuntos de maior destaque na fala dos entrevistados. Na percepção de médicos brasileiros, o valor das bolsas ofertadas no PMM e a bonificação de 10% nos exames da residência médica foram os principais incentivos à adesão, conforme comentou uma profissional:

*A gente tá aqui porque a gente tá ganhando 10 mil e temos outros objetivos. [...] Quando terminar meu contrato eu vou embora, vou embora porque isso aqui é como se fosse um cabide... assim, a gente pretende, pelo menos a maioria, fazer uma residência, se especializar em outra coisa.*

*(Médica do PMM, entrevista 2)*

Ao referir-se ao programa como “um cabide” a profissional afirma que está ali temporariamente, motivada pela remuneração e pela intenção de se “especializar em outra coisa”; assim, expõe visão mercadológica, individualista e menospreza a importância da APS. Adiante, ao se contextualizar a pouca valorização da APS pelos médicos brasileiros, essa discussão será retomada.

Em contraste à boa aceitação dos médicos com o valor das bolsas, os salários dos médicos não vinculados ao programa na ESF eram inferiores, representando apenas 1/3 em um dos municípios. Essa defasagem salarial na ESF é mencionada por médico, que também enalteceu a regularidade dos pagamentos do PMM:

*Nenhum outro emprego médico que a gente tem o salário entra certo. Eu tenho outro emprego e recebi em três partes esse mês. Então a gente pode contar com o salário daqui que é o que, de certa forma, mantém mesmo. [...] Acabando o Mais Médicos, acha que vai vir médico pra cá? Não, porque as condições não melhoraram. [...] Um cara que tá aqui há dez anos recebe o mesmo salário do dia que entrou.*

*(Médico do PMM, entrevista 3)*

A defasagem salarial na ESF, evidenciada pela diferença de remuneração entre médicos do PMM e aqueles sem vínculo com o programa, é um aspecto importante do contexto, pois sugere insuficiência de recursos financeiros dos municípios e baixa capacidade

de contratação de médicos, na ausência de estratégias de provimento federal. Assim, têm-se indicado que as dificuldades dos municípios para financiar a saúde, os colocam em situação de dependência aos recursos federais (GIRARDI *et al.*, 2016; MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

No que se refere à adesão dos médicos intercambistas, profissionais estrangeiros ou formados em outros países, houve sensibilização de médicos cubanos, quanto à vulnerabilidade das condições de desenvolvimento socioeconômico e de saúde, nas quais o PMM buscava intervir:

*Eles chegaram com um vídeo da realidade brasileira do sertão. Quando você tem valores, quando trabalhei no Haiti, quando trabalhei na selva e você vê o que é ser pobre e você quer ajudar e te colocam o sertão do Brasil - a realidade que estavam querendo modificar com a gente, ... todo mundo chorou.*

*(Médico do PMM, entrevista 17)*

A expressiva adesão dos médicos cubanos ao PMM constituiu ato de solidariedade desses profissionais, imbuídos da missão humanitária de auxiliar populações vulneráveis em diversos países (GOMES; MERHY; FERLA, 2018). Passados seis anos da implantação do PMM, é possível analisar que a saída dos médicos cubanos do programa significa grande perda para a população, visto que a reposição das vagas por médicos brasileiros permanece um desafio (SANTOS *et al.*, 2018). Ademais, conforme analisam Franco, Almeida e Giovanella (2018), os médicos cubanos “possuem marcada capacidade de inserção comunitária, enfoque preventivo, [...] identificando-se posturas e técnicas de acolhimento, vínculo, responsabilização e qualidade de atenção”. Tais resultados podem subsidiar o questionamento sobre a formação brasileira, que poderia estar mais ancorada ao contexto de desigualdades no Brasil.

(2) Ao se avaliar as condições de trabalho na APS, alguns entrevistados comentaram que houve reestruturação dos serviços por meio de reformas, ampliação ou construção de novas UBS, como relatou Supervisor do PMM:

*Foi uma loucura o aumento de acesso aqui. [...] De 2013 até 2016 foram 20 unidades de saúde novas. [...] A cobertura saiu de 30 para 50%.*

*(Supervisor do PMM, entrevista 22)*

Para pessoas ligadas à gestão, a reestruturação das UBS, que precedeu o PMM, foi motivada pelos incentivos financeiros do Programa Requalifica UBS, do Ministério da Saúde em 2011, que passou a ter maior indução com a implantação do PMM. Essa percepção é

corroborada em artigo, ao se analisar a reestruturação das UBS na APS, ressaltando-se a importância do Programa Nacional para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) nesse processo (GIOVANELLA *et al.*, 2016).

Apesar do Requalifica UBS, do PMM e do PMAQ-AB, problemas relativos à pouca disponibilidade de insumos, equipamentos e transportes, para o desenvolvimento das ações médicas, foram relatados como situações frequentes nos municípios. Diante da carência de recursos, alguns médicos superavam tal adversidade com a utilização de materiais adquiridos por conta própria ou deixavam de realizar atividades essenciais. A falta de transportes, ofertados pelos serviços, influenciou a redução das visitas domiciliares pelos médicos ou o cancelamento dessas. Os relatos a seguir, ilustram os problemas referidos:

*O sonar que eu tenho é meu, o aparelho de pressão que eu tenho é meu, as coisas todas que eu tenho são minhas. Eu encontro dificuldade em realizar minha puericultura, porque minha balança não funciona, sempre está errada.*

*(Médico do PMM, entrevista 3)*

*Aqui a gente faz uma coisa super errada, a gente vai visitar no nosso carro. Porque se a gente for esperar o carro da gestão, aí a gente não consegue se programar, vai ficar sempre naquela: ah, hoje não deu pra visitar, deixa pra próxima semana.*

*(Médico do PMM, entrevista 26)*

As circunstâncias, apontadas pelos entrevistados nesta pesquisa, condizem com os resultados de estudo que analisou a estrutura das UBS brasileiras e indicou deficiências importantes, como a carência de insumos e equipamentos (BOUSQUAT *et al.*, 2017). Essa situação, restringe o potencial da assistência médica na APS e dificulta a integralidade do cuidado, sendo um fator relevante do contexto.

**(3)** A APS centrada na produtividade e em práticas curativistas foi uma característica presente nos municípios referida pelos entrevistados. Entendia-se que o cumprimento de metas de produção era o principal critério de desempenho da APS. Discussões quanto à orientação das práticas do cuidado ou sobre a qualidade da assistência eram negligenciadas:

*É assistência. Infelizmente é assistência. [...] Você não tem apoio para mudar. [...] Aqui, é número. Você viu não sei quanto em um mês? É só isso o que importa. [...] Quando você é chamado para uma reunião com os profissionais é porque está caindo a produção, se chamam outra vez é porque o Ministério bloqueou verba.*

*(Médico do PMM, entrevista 16)*

Os resultados mostram que o desempenho da APS, amparado em quantitativos de produção, traduz visão reducionista, que não capta a efetividade do cuidado. Dessa forma, ao

se preterir a discussão da qualidade das intervenções, as práticas desenvolvidas tendem a não se legitimarem, especialmente no sentido da integralidade e da resolutividade. Para Bosi e Mercado-Martínez (2011), a prática avaliativa da qualidade em saúde, que se sustenta em aspectos quantitativos, é insuficiente; uma vez que não incorpora processos subjetivos e simbólicos relacionados a essas intervenções e aos seus resultados.

Compreendia-se que a assistência médica na APS tinha a doença como ênfase, ao se valorizar a assistência clínica e as queixas de saúde dos usuários:

*Como nós temos uma carência muito grande de médico nessas regiões, os médicos terminam fazendo muito aquela coisa da consulta, né? Do atendimento ao doente e não conseguem suprir ainda a outra necessidade, que é de atenção, promoção, cuidado, né?*

*(Supervisora do PMM, entrevista 15)*

*O que se está fazendo, na verdade, é uma ação muito mais reativa: me diz a doença que eu te digo o tratamento. De apenas responder à tua queixa e, às vezes, não investigar que, além da tua queixa, eu vou ter algo a mais.*

*(Profissional da Gestão Estadual de Saúde, entrevista 21)*

Enquanto aspecto contextual, a orientação das práticas do cuidado em saúde, com ações reativas do tipo queixa-conduta, parece influenciar não só a assistência médica, mas a própria lógica da atenção, que não superou características de modelos hegemônicos, como as práticas curativistas (BEZERRA; SORPRESO, 2016), nas quais a promoção da saúde não possui espaço. Entretanto há de se considerar que a carência de médicos relatada é um fator que dificulta mudanças.

(4) Para boa parte dos entrevistados da gestão, a APS não era um espaço de atuação priorizado pelos médicos brasileiros, o que reforça a ideia de “cabide”, relatada antes. Entre as justificativas para essa percepção, a formação médica ordenada por especialidades e o desejo da carreira profissional em áreas tradicionais da medicina; sobretudo, em ambiente hospitalar, foram as mais citadas. Um desses exemplos é ilustrado na fala a seguir:

*Quem é o grande médico na universidade? É o cardiologista, o nefrologista, o neurocirurgião (explica que não é o médico da APS). [...] Você quer que, de repente, o cara vire santo, formado por uma universidade voltada para a alta complexidade, pra intervenção?*

*(Profissional da Gestão Estadual de Saúde, entrevista 24)*

Aponta-se que o papel social ocupado pelo profissional médico é definidor de relações de poder na estrutura social do país. Idealiza-se, desde a graduação, a construção de um perfil de formação especializado, que determinará escolhas de atuação profissional, com fins de se alcançar ou manter a posição social desejada (TERRA; CAMPOS, 2019). Por outro lado,

defende-se que algumas situações contribuem para a desmotivação dos médicos de atuar na APS: ausência de planos de cargos e salários na ESF, baixa remuneração e condições de trabalho inadequadas (SILVA *et al.*, 2018; SORATTO *et al.*, 2018).

O contexto em pauta, evidenciado pela discussão das categorias indutivas, expõe problemas relevantes para a construção da integralidade das práticas do cuidado na APS, que necessitam ser superados ou atenuados. Desse modo, o PMM, ao ser inserido e configurado nesse contexto, passa a ser influenciado por condições e circunstâncias que mudam o curso de processos, os quais poderiam ser desenvolvidos.

### **- Processos**

Três categorias temáticas constituíram a base dos resultados apresentados neste tópico, discriminadas por numeração sequencial à seção anterior: **(5)** Maior cumprimento da jornada do trabalho médico na ESF. **(6)** Rejeição ao médico cubano. **(7)** Promoção e prevenção em saúde na APS: descompasso entre discurso e prática.

**(5)** Boa parte dos entrevistados da gestão analisou que o PMM contribuiu para minimizar um problema histórico na ESF: o cumprimento da jornada do trabalho médico, caracterizando-se, enquanto processo, como mudança de atitude com o trabalho na APS. A baixa remuneração nesse âmbito foi apontada como o principal fator para tal situação, na qual se naturalizava a falta de compromisso dos profissionais, relatando-se maior ocorrência nos municípios do interior:

*Os municípios do interior eles não têm condição financeira de equiparar um salário que o profissional médico seria capaz de ganhar nas grandes capitais. [...] Algumas secretarias chegavam a dizer que eram reféns de médicos. Porque era o médico que determinava qual era a carga horária de trabalho, o número de pacientes que ele poderia atender e ao chegar no final do dia você não tinha médico na cidade.*

*(Profissional da Gestão Municipal de Saúde, entrevista 23)*

A mudança de atitude dos médicos, quanto ao cumprimento da carga horária na ESF, seja em municípios do interior ou nas capitais, parece refletir o contexto da adesão voluntária ao PMM, na qual se expressa a concordância com os termos do programa.

A questão salarial, anteriormente citada, ainda que influencie a decisão de atuação profissional na APS (SANTOS *et al.*, 2018), não justifica o descompromisso de médicos com a jornada de trabalho. Trata-se de uma postura que transgredir a ética profissional



(MAEYAMA *et al.*, 2017), pois não é aceitável sacrificar a responsabilidade sanitária por uma população, porque o médico, insatisfeito com seu salário, decide quando ou como trabalhar. Também não é sensato exigir benefícios no trabalho, além do que se pareça razoável, às custas do compromisso dos gestores de prover assistência médica para a população, frente à carência de profissionais.

(6) Apesar da necessidade de médicos na APS, houve rejeição aos médicos cubanos nos municípios da pesquisa; à exceção de Aracaju, uma vez que o município não teve a participação desses profissionais. Os Cubanos entendiam que a resistência das entidades médicas no País, contrárias à participação desses no programa, gerou repercussões negativas na mídia e entre os médicos brasileiros, promovendo o distanciamento interprofissional:

*Aqui passaram outros 5 médicos brasileiros, no tempo que estou aqui... Nunca tivemos relação de nenhum tipo, relacionamento de trabalho, como tenho com as enfermeiras, com as auxiliares de enfermagem, com todo mundo aqui. Eu, como médico, não lembro do tom da voz deles. A última que está trabalhando, agora de tarde, sim, essa é mais sociável.*

*(Médico do PMM, entrevista 16)*

A falta de diálogo espontâneo de médicos brasileiros com médicos cubanos comprometeu a possibilidade de troca de saberes e experiências e, quando ocorria, deixava a impressão de se tratar de mera formalidade. Assim, a maneira pela qual o processo da relação interprofissional ocorreu, com rejeição aos cubanos, indica que a almejada troca de saberes e experiências, essencial para a integralidade, não logrou. De acordo com informações de estudo, que analisou a repercussão do PMM na mídia, algumas críticas ao trabalho dos médicos cubanos aproximavam-se de xenofobia (SILVA *et al.*, 2018).

(7) No tocante às ações desenvolvidas na APS, constatou-se, na fala de profissionais da gestão e de médicos, descompasso entre o discurso sobre a valorização das ações de promoção e prevenção em saúde e a prática efetiva dessas ações. Na definição das agendas de trabalho predominava a ênfase nas condições crônicas e nas linhas de cuidado por ciclos de vida, com dias e turnos delimitados e com forte orientação das ações programáticas da agenda nacional. Havia pouca abertura para a reorientação das práticas do cuidado:

*Segunda-feira eu atendo grávidas de manhã, crianças de tarde. Terça é visita domiciliar e atenção à mulher. Quarta: hipertensos e diabéticos e de tarde: hanseníase e tuberculose. E quinta, a diretoria me pediu para atender a demanda. [...] Ou faço isso ou faço aquilo. Entendeu? Porque não há margem, quando você revisa a agenda de trabalho, está aí o paciente agendado, tem um caderno cheio, lotado.*

*(Médico do PMM, entrevista 16)*

A referida ênfase, repercutia na organização das visitas domiciliares e na própria definição do público-alvo a ser visitado, sendo questionada por um dos médicos, que mostrava iniciativas de desconstrução dessa lógica:

*Eu não tenho dia de visita, todo dia pra mim é um dia de visita! O paciente teve um AVC, ah, agora a gente vai lá! Antes dele ter um AVC a gente não foi. [...] Ou seja, trabalhar num campo muito mais difícil que é o da reabilitação, num cenário onde a gente não tem suporte de outras categorias, a gente não tem fisioterapia, a gente não tem fono, então, muito, muito, muito aquém do que a gente necessitaria.*

*(Médico do PMM, entrevista 26)*

Para o Médico, a perda de ações oportunas de promoção e prevenção em saúde aumenta o risco do agravamento de problemas de saúde na população e eleva os custos do SUS, com mudança de foco para a reabilitação. Conforme avalia Campos (2006), é preciso religar a promoção e a clínica, a conformação dessa dicotomia pouco contribui para mudar os prognósticos de vida das pessoas e melhorar a qualidade de vida. A ênfase na doença determina limites para a atuação profissional, como relatou o médico:

*Hoje eu reflito muito que, boa parte dos pacientes que eu trato pra depressão e ansiedade, eles não precisam de remédio, mas é o que eu tenho pra oferecer pra eles. E, assim... (com lágrimas no olhar, ele continua), isso é adoecedor pro paciente e pro cuidador, que tenta lidar com aquela situação sem conseguir ver muita saída, mas que sente a obrigação de tentar ajudar de alguma forma, né?*

*(Médico do PMM, entrevista 26)*

O entrevistado comentou que a atuação médica deve ir além de procedimentos técnicos e da ação prescritiva, sendo necessário ter incentivo e suporte para práticas promotoras do cuidado, as quais valorizam o diálogo, a escuta e a tentativa de compreensão dos sentimentos do outro sobre sua situação de saúde. Essa percepção alinha-se ao anseio de uma atenção à saúde mais humanizada, fruto da construção de um cuidado pactuado e não autoritário (CECÍLIO, 2001).

Os temas e relatos apresentados refletem a diversidade de processos, no agir cotidiano em saúde, que limitam ou beneficiam a construção da integralidade das práticas do cuidado na APS. O PMM, nesse contexto, permitiu identificar potencialidades e adversidades (Quadro 3), que auxiliam na compreensão dos desafios existentes.

## - Resultados

Duas categorias temáticas retrataram a síntese dos resultados nesta seção, também enumeradas conforme a sequência do tópico anterior: **(8)** Comunicação entre médicos e usuários: diálogo que faz diferença. **(9)** Longa espera por exames e consultas especializadas. Salienta-se que os relatos dos usuários tiveram maior contribuição nesta seção, uma vez que foram baseados na vivência da assistência médica recebida, antes e a partir da vigência do programa.

**(8)** Mediante os relatos, várias mudanças na referida assistência foram percebidas pelos usuários, a maioria, de comum ocorrência nos municípios:

*O atendimento agora é mais rápido. De primeiro não era não, a gente pegava uma ficha pra um mês. Pra um mês ou mais, viu? Aí era ruim. A gente tinha que estar aqui no posto 4 horas da manhã e, agora, não precisa isso mais.*

*(Usuária da APS, entrevista 10)*

*Eu gosto muito do atendimento dele, converso com ele, ele sorri comigo, eu faço pergunta bem profunda mesmo, que eu quero saber, e ele me responde. Às vezes a gente se sente... não tem confiança de perguntar certas coisas e eu com ele não: eu pergunto e ele me responde muito bem.*

*(Usuária da APS, entrevista 18)*

Entre as mais citadas, estavam: presença regular dos médicos nos serviços, redução de filas, redução da espera por atendimento, melhor comunicação médico-usuário e maior satisfação com o processo da consulta médica.

Estudos de campo, com abordagens distintas, também relacionaram ao PMM resultados positivos na APS, especialmente no tocante à ampliação do acesso, à diminuição da rotatividade de médicos na ESF e à melhor qualidade da atenção à saúde (PEREIRA; SILVA; SANTOS, 2015; SANTOS; SOUZA; CARDOSO, 2016; SILVA *et al.*, 2016). Os resultados favoráveis nesta pesquisa se mostram compatíveis com as potencialidades identificadas em contexto e processos.

Também foram mencionados pelos usuários a ampliação do tempo de duração das consultas médicas e a preocupação dos profissionais em buscar resolver as necessidades de saúde da população:

*Ele é um médico que ele olha na cara da gente: ele explica, ele tira a dúvida e eu já consultei com outros médicos aqui, que nem olha para a cara do paciente. Só pergunta o que você tem e prescreve, pronto. Ele é quase meia hora consultando.*

*(Usuária da APS, entrevista 20)*

*Ele olhou no sistema, aí disse que não tinha vaga. Ele pegou e lutou e marcou pra mim em outro canto. [...] Ele conseguiu minha cirurgia, que é coisa complicada, uma cirurgia no estômago. Fui em todos os médicos e nenhum conseguiu, só ele mesmo.*

*(Usuária da APS, entrevista 30)*

Acerca da duração das consultas médicas, estudo com usuários e profissionais da ESF em município do interior do estado de São Paulo, evidenciou que a carência de médicos na rede de serviços, antes do PMM, determinava grande fluxo de atendimentos aos médicos de APS, com conseqüente redução do tempo das consultas (CARRAPATO *et al.*, 2016). Com o aumento da oferta de assistência médica pelo PMM, foi possível ampliar o tempo de duração das consultas, permitindo melhor interação e mais tempo de diálogo entre médicos e usuários. Também se supõe que a ampliação desse tempo favoreceu a construção de vínculo entre profissionais e comunidade.

(9) Por outro lado, o comprometimento da resolutividade da atenção à saúde, relacionado à insuficiência ou à falta de recursos essenciais para o atendimento à população, mostrou-se problema relevante. Como exemplo, citam-se os déficits de insumos e equipamentos, previamente comentados; além das dificuldades para a realização de exames e consultas com especialistas, que determinam longos períodos de espera aos usuários. Esses aspectos indicam desafios da assistência, que extrapolam os limites de contribuição do PMM.

*Minha mãe mesmo, tá aqui (Na UBS) tem mais de três anos pra fazer um eco e não saiu. Eu também: tenho endoscopia, exame de lâmina, essas coisas de... como é? Esqueci. Os únicos que saem daqui só é exame de sangue, fezes e urina. O resto não.*

*(Usuária da APS, entrevista 5)*

*Aqui, as vagas para as especialidades são muito poucas, entendeu? Então, seu paciente tem que esperar muito tempo para ver um especialista, certo? Isso é o que eu tenho visto aqui, que tem que melhorar mais.*

*(Médica do PMM, entrevista 25)*

Conforme análise da produção científica sobre o programa, no período de 2013 a 2016, poucos estudos apontaram resultados negativos (MEDINA *et al.*, 2018). Embora os resultados positivos tenham sido mais enfatizados, considera-se que as adversidades, identificadas em contexto e processos, constituíram fatores relevantes na redução do potencial de aprimorar a integralidade e a resolutividade da atenção, por meio do PMM.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Avalia-se que a integralidade da atenção à saúde, numa perspectiva focalizada e segundo o prisma da assistência médica com o PMM, apesar dos avanços, caracterizou-se por experiências difusas ou fragmentadas na APS dos municípios incluídos na pesquisa. A partir dos relatos e das percepções dos entrevistados, compreende-se que as principais experiências da atuação médica, favoráveis à integralidade focalizada, foram decorrentes dos profissionais mais sensibilizados com as restrições da prática do cuidado em saúde centrada na clínica. Esses profissionais valorizavam o trabalho na APS e o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção em saúde, demonstrando interesse em se aproximar mais das comunidades, em que pesem às dificuldades relatadas.

Percebeu-se que a coordenação do cuidado em saúde na APS, pautada em ações programáticas da agenda nacional, colidia com a intenção de alguns médicos de tentar algo novo ou não programado. Isso limitou reflexões sobre o potencial da assistência médica na APS para a integralidade, por meio do PMM.

O aporte da Avaliação Realista permitiu identificar aspectos relevantes na APS dos municípios, com possível influência no desempenho do PMM, e avaliar potencialidades e adversidades para a integralidade focalizada. Porém dar conta da diversidade de temas, que emergiu das entrevistas, constituiu uma limitação da pesquisa.

Têm-se a impressão de que o PMM poderia ter maior contribuição na construção da integralidade focalizada e no fortalecimento da APS, nos municípios da pesquisa. Todavia os resultados do programa parecem determinados por adversidades de contexto e processos pouco producentes, os quais dificultam avanços. Assim, face aos resultados relatados, não surpreende que se sustentem expectativas de que programas como o Mais Médicos elevem a qualidade da assistência e o nível de saúde da população, sem, no entanto, superar limitações importantes ou haver maior indução da gestão de saúde no processo.

## **COLABORADORES**

Aspectos da contribuição na autoria do artigo: (1) Contribuição substancial para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribuição significativa na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) Participação da aprovação da versão final do manuscrito.

IMC Sousa (aspectos 1, 2 e 3). AFB Bezerra (aspectos 1, 2 e 3). KSB Silva (aspectos 1, 2 e 3). OY Tanaka (aspectos 2 e 3).

## **AGRADECIMENTO**

Ao CNPq, pelo financiamento da pesquisa *Iniciativas inovadoras na organização das redes assistenciais e regiões de saúde e seu impacto na estruturação da oferta no SUS: um estudo avaliativo* (Chamada N ° 41/2013 MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit), que possibilitou o desenvolvimento deste artigo.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2016. ISBN: 978-85-62938-04-7.

BEZERRA, Italla Maria Pinheiro; SORPRESO, Isabel Cristina Esposito. Concepts and movements in health promotion to guide educational practices. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 11-20, 2016. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/113709>. Acesso em: 01 maio 2019.

BOSI, Maria Lúcia M.; MERCADO-MARTÍNEZ, Francisco J. Avaliação de políticas, programas e serviços de saúde: modelos emergentes de avaliação e reformas sanitárias na América Latina. *In*: CAMPOS, Rosana Onocko; FURTADO, Juarez Pereira (org.). **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde**. 1. ed. São Paulo: Editora da Unicamp, 2011. p. 41–62.

BOUSQUAT, Aylene *et al.* Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 8, p. 1–15, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n8/1678-4464-csp-33-08-e00037316.pdf> . Acesso em: 24 jun. 2019.

BRASIL. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Diário Oficial da União, 23 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília: MS; 2015. ISBN: 978-85-334-2284-1.

CAMPOS, Rosana Onocko. A promoção à saúde e a clínica: o dilema “promocionista”. *In*: CASTRO, Adriana; MALO, Miguel (org.). **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec: Opas, 2006. p. 62-74. ISBN: 85-271-0710-4.

CARRAPATO, Josiane Fernandes Lozigia *et al.* Programa Mais Médicos: percepção dos usuários e dos profissionais do SUS. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, n. 38, v. 14, p. 280-293, 2016. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/27863>. Acesso em: 04 maio 2019.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2001. p.113-26.

CORDEIRO, Hesio *et al.* Avaliação de competências de médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família da Região Norte do Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 695-710, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n3/a08v19n3.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2019.

FRANCO, Cassiano Mendes; ALMEIDA, Patty Fidelis de; GIOVANELLA, Lúgia. A integralidade das práticas dos médicos cubanos no Programa Mais Médicos na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 9, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n9/1678-4464-csp-34-09-e00102917.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2019.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2697-2708, set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2697.pdf>. Acesso em: 08 maio 2019.

GIRARDI, Sábado Nicolau *et al.* Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2675-2684, set 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2675.pdf>. Acesso em: 13 mar 2019.

GOMES, Luciano Bezerra; MERHY, Emerson Elias; FERLA, Alcindo Antônio. Subjetivação dos médicos cubanos: diferenciais do internacionalismo de Cuba no Programa Mais Médicos. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 899-918, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v16n3/1678-1007-tes-16-03-0899.pdf>. Acesso em: 04 maio 2019.

GONÇALVES, Rogério Fabiano *et al.* Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 2815-2824, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2815.pdf>. Acesso em: 07 fev. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeções da população:** Brasil e unidades da federação – revisão 2018. 2. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. ISBN: 978-85-240-4464-9.

MAEYAMA, Marcos Aurelio *et al.* Discurso do sujeito coletivo sobre o provimento do Programa Mais Médicos: uma visão de gestores da Macrorregião Nordeste de Santa Catarina. **Saúde & Transformação Social**, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.8, n.3, p. 5-17, 2017. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/4746>. Acesso em: 03 maio 2019.

MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda; OLIVEIRA, Roseli da Costa. Concretizando a integralidade nos serviços de saúde: a aposta do SUS em Belo Horizonte. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (org). **Gestão em redes:** tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: EDUCS, 2006. p.51-64

MATTOS, Ruben Araújo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>. Acesso em: 13 maio 2019.



MEDINA, Maria Guadalupe *et al.* Programa Mais Médicos: mapeamento e análise da produção acadêmica no período 2013-2016 no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 346-360, set. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0346.pdf> Acesso em: 06 maio 2019.

MELO, Thiago Carvalho de; SANTOS, Sebastião Donizete Lopes dos; FERREIRA, Giovanni Comodoro. Aspectos gerais sobre as políticas públicas de contratação de médicos estrangeiros para o Programa Mais Médicos à luz do princípio da dignidade da pessoa humana e do direito à saúde. **Revista Reflexão e Crítica do Direito**, v. 1 n. 1, 2013. Disponível em: <http://revistas.unaerp.br/index.php/rcd/article/view/375>. Acesso em: 07 maio 2019.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo; GUERRA, Lucia Dias da Silva. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 224-243, set. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0224.pdf>. Acesso em: 05 maio 2019.

OLIVEIRA, Lissandra Andion de *et al.* Processos microrregulatórios em uma Unidade Básica de Saúde e a produção do cuidado. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 8-21, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n109/0103-1104-sdeb-40-109-00008.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2019.

PAIM, Jairnilson da Silva. *In*: VAITSMAN, Jeni; MOREIRA, Rasga; COSTA, Nilson do Rosário. Entrevista com Jairnilson da Silva Paim: "um balanço dos 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)". **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 899-901, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/25.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2016.

PAWSON, Ray; TILLEY, Nick. **Realist Evaluation**. Londres: British Cabinet Office, 2004. Disponível em: [http://www.communitymatters.com.au/RE\\_chapter.pdf](http://www.communitymatters.com.au/RE_chapter.pdf). Acesso em: 27 dez. 2018.

PEREIRA, Lucélia Luiz; SILVA, Hilton Pereira da; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. Projeto Mais Médicos para o Brasil: estudo de caso em comunidades quilombolas. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)**, Goiânia, v. 7, n. 16, p. 28-51, jun. 2015. Disponível em: <http://www.abpnrevista.org.br/revista/index.php/revistaabpn1/article/view/94>. Acesso em: 06 maio 2019.

REDE-OBSERVATÓRIO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS. *In*: Mais do que Mais Médicos. **Revista Rede Governo Colaborativo em Saúde**. n. 2, p. 42-47, 2015.

SANTOS Marluce Antonio Miranda; SOUZA, Eldenilson Gomes; CARDOSO, Jane Carvalho. Avaliação da qualidade da estratégia saúde da família e do Programa Mais Médicos na área rural de Porto Velho. **Rev Eletrôn Gestão Soc**. V. 10, n. 26, p. 1327-1334, 2016. Disponível em: <https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/2089/1177>. Acesso em: 03 maio 2019.

SANTOS, Leonor Maria Pacheco *et al.* Editorials: The end of Brazil's More Doctors programme? Those in greatest need will be hit hardest. **British medical journal**, Londres, 2018. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/363/bmj.k5247>. Acesso em: 26 fev. 2019.

SILVA, Tiago Rodrigues Bento da *et al.* Percepção de usuários sobre o Programa Mais Médicos no município de Mossoró, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2861-2869, set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2861.pdf>. Acesso em: 06 maio 2019.

SILVA, Vinício Oliveira da *et al.* O Programa Mais Médicos: controvérsias na mídia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 117, p. 489-502, jun. 2018. Disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/199>. Acesso em: 06 maio 2019.

SORATTO, Jacks *et al.* Aspectos geradores de satisfação e insatisfação dos profissionais da estratégia saúde da família de um município de pequeno porte da região sul do Brasil. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 69-78, fev. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v20n1/pt\\_1982-0216-rcefac-20-01-00069.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v20n1/pt_1982-0216-rcefac-20-01-00069.pdf), Acesso em: 06 maio 2019.

TERRA, LÍlian Soares Vidal; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Alienação do trabalho médico: tensões sobre o modelo biomédico e o gerencialismo na atenção primária. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tes/v17n2/0102-6909-tes-17-2-e0019124.pdf>. Acesso em: 03 maio 2019.

#### **6.4 Artigo 4 – Programa Mais Médicos: integralidade no contexto da coordenação do cuidado em saúde pela atenção primária**

Este artigo, em breve, será submetido para publicação em periódico a ser definido.

## PROGRAMA MAIS MÉDICOS: INTEGRALIDADE NO CONTEXTO DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA

### RESUMO

Diante do aumento da oferta de assistência médica na Estratégia de Saúde da Família, proporcionada pelo Programa Mais Médicos, objetivou-se analisar a integralidade da atenção à saúde, considerando a coordenação do cuidado em rede pela Atenção Primária à Saúde (APS), segundo a percepção de informantes-chave. Realizou-se pesquisa qualitativa com amostragem intencional, sendo entrevistados profissionais da gestão em saúde, médicos e supervisores do programa, assim como usuários. Três capitais constituíram os locais da realização da coleta de dados: Aracaju, Fortaleza e São Luís. Trinta entrevistas, realizadas no período de julho de 2016 a abril de 2017, foram submetidas à análise de conteúdo. Quatro categorias temáticas, indutivas, expressam síntese dos resultados: 1. Insuficiente cobertura da Estratégia de Saúde da Família nos municípios; 2. Fragilidade da coordenação do cuidado em saúde pela APS; 3. Espera indeterminada para a realização de exames, consultas e procedimentos na atenção especializada; e 4. Informação unilateral na regulação da assistência à saúde. Destaca-se que o programa, ao ampliar o acesso à assistência médica na APS, permitiu percepção mais clara acerca da dificuldade das redes em assegurar retaguarda para as demandas geradas. Apesar da ampliação dessa assistência, a carência de médicos permanece um desafio e tensiona a capacidade de resposta nas redes de saúde. As categorias enunciadas, indicam a fragmentação do cuidado em saúde nas capitais da pesquisa, que interferem na integralidade da atenção.

### **Palavras-Chave:**

Integralidade da Atenção à Saúde. Rede de Atenção à Saúde. Atenção Primária à Saúde. Programa Mais Médicos.

## INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe o desafio de se construir caminhos para a efetivação do direito social à saúde. Apesar do seu subfinanciamento, o SUS cresceu: de 1998 até 2015, ampliou em cinco vezes o número de pessoas cadastradas na Atenção Primária à Saúde (APS), a partir de uma extensa e capilarizada rede de atenção. Todavia, para uma parcela significativa da população, o acesso ao SUS não se mostra universal (BAHIA, 2018), a integralidade não se concretiza (JACCOUD; VIEIRA, 2018) e a equidade apresenta entraves importantes (RAMOS *et al.*, 2018; RIBEIRO *et al.*, 2018).

No que se refere a integralidade, o Decreto 7.508 de 2011, que regulamenta a Lei 8.080 de 1990, indica que o cumprimento desse princípio se inicia pelas portas de entrada do SUS e, mediante as necessidades de saúde dos usuários, completa-se na Rede de Atenção à Saúde (RAS), com o intuito de assegurar a continuidade das práticas do cuidado e de ter resolutividade (BRASIL, 2011). Assim, a integralidade imbrica-se ao processo de estruturação do SUS, por meio da coordenação do cuidado pela APS, que é a principal porta de entrada no sistema, e da organização da atenção à saúde em rede, conteúdo explicitado no marco legal (BRASIL, 2017).

Desse modo, a efetivação das práticas do cuidado integral em saúde no SUS depende da consolidação da APS e da conformação de RAS, numa relação convergente, na qual uma deve fortalecer a outra (BOUSQUAT *et al.*, 2017). Porém, o fortalecimento almejado se distancia em regiões do país com dificuldades para contratação, alocação e fixação de médicos na APS; pois, como avançar na consecução do cuidado integral em saúde, quando não se é capaz de garantir a assistência pela falta de um ator estratégico?

A partir da implantação do Programa Mais Médicos (PMM) no Brasil, em 2013, mais de 18.000 médicos foram contratados para fortalecer a assistência médica na Estratégia de Saúde da Família (ESF), que beneficiou populações vulneráveis quanto a essa assistência. Municípios de pequeno, médio e grande porte foram contemplados, incluindo as capitais. Mais de 70,0% dos 5.570 municípios do País fizeram adesão ao programa, sendo o Nordeste uma das regiões que recebeu maior contingente desses profissionais (BRASIL, 2015).

Desde a sua implantação, diversos estudos apresentam resultados importantes do PMM na APS, como: expansão do acesso à saúde (PEREIRA; SILVA; SANTOS, 2015); aumento da produção de consultas médicas (REDE-OBSERVATÓRIO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS, 2015); redução da rotatividade desses profissionais na ESF (SANTOS; SOUZA; CARDOSO, 2016); diminuição de internações por condições sensíveis à APS (GONÇALVES *et al.*, 2016); melhor qualidade da atenção à saúde (SILVA *et al.*, 2016); entre outros. Acerca da integralidade, a produção científica também evidencia avanços com o programa, sobretudo, acerca do rol de ações realizadas e das características do cuidado em saúde (FRANCO; ALMEIDA; GIOVANELLA, 2019; GASPARINI; FURTADO, 2019), com menor ênfase no contexto das RAS, dimensão proposta por Cecílio como Integralidade Ampliada ou Pensada em rede (CECÍLIO, 2001).

Entende-se que a Integralidade Ampliada se caracteriza pela concretização da atenção oportuna e resolutiva à saúde das pessoas, tendo em vista as necessidades de saúde identificadas, que demandem continuidade ou complementaridade do cuidado em mais de um serviço (CECÍLIO, 2001). Pode se dar pela sequência da ação terapêutica entre profissionais de diferentes áreas de atuação ou entre serviços com aporte de tecnologias e procedimentos específicos; e, ainda, pelo suporte de exames de diagnóstico e de monitoramento da saúde, que são indispensáveis à tomada de decisão clínica. Levando-se em conta esse entendimento e a centralidade da APS, como principal porta de entrada do SUS e ordenadora do cuidado em rede, questiona-se em que medida a integralidade ampliada tem ocorrido?

Nesse sentido, diante do aumento da força de trabalho médica na ESF, proporcionado pelo PMM, que tende a contribuir com a consolidação da assistência médica na APS, este artigo teve o objetivo de analisar a integralidade ampliada, considerando a coordenação do cuidado pela APS nas RAS, segundo a percepção de informantes-chave. Entende-se que essa discussão pode favorecer o desenvolvimento do SUS, tendo em vista a relevância da integralidade para o aprimoramento do sistema e a consecução do direito à saúde.

## **MÉTODO**

Realizou-se pesquisa qualitativa, com amostragem intencional, na qual participaram trinta informantes-chave: profissionais da gestão em saúde, dos entes municipal e estadual, médicos do PMM, supervisores do programa e usuários atendidos nos serviços da APS. O critério de inclusão dos informantes-chave foi, para os usuários, ter recebido atendimento na

APS por médico do programa e, para os demais, participar ou ter participado na execução deste. Todos os informantes, que concordaram em participar da pesquisa, assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que explicava o propósito da investigação, os riscos e os benefícios decorrentes da sua participação. A pesquisa atendeu aos aspectos éticos de estudos que envolvem seres humanos, tendo parecer CEP/CONEP 674336.

Três capitais constituíram os locais da realização da coleta de dados: Aracaju, Fortaleza e São Luís. A seleção dessas capitais se baseou em resultados de estudo quantitativo, que avaliou a efetividade do PMM na ocorrência de internações por Condições Sensíveis à APS (CSAP) nos estados da Região Nordeste (GONÇALVES *et al.*, 2016). Tal estudo integra, junto a esta pesquisa, série de produção de manuscritos com publicação em periódicos de Saúde Coletiva. No referido estudo, Sergipe teve o melhor desempenho na redução de internações por CSAP entre os estados do NE; o Ceará e o Maranhão, estavam entre aqueles com menor desempenho.

Ressalta-se que este artigo é o segundo manuscrito com ênfase na integralidade da atenção à saúde; o primeiro, avaliou a integralidade sob uma perspectiva focalizada, com ênfase nas práticas do cuidado – neste mesmo cenário de investigação. Assim, este artigo constitui a segunda parte da produção referente ao tema da integralidade.

As entrevistas, realizadas no período de julho de 2016 a abril de 2017, foram pautadas em roteiros semiestruturados, contendo questões pertinentes à descrição da APS no município e acerca do PMM. Foram abordados temas como: cobertura populacional na ESF, coordenação do cuidado pela APS, referência e contrarreferência na RAS, resultados alcançados pelo programa e desafios para o aprimoramento da atenção à saúde. Além das entrevistas, registradas em áudio e transcritas, informações complementares sobre a cobertura da ESF nas capitais foram obtidas pelo site do Departamento da Atenção Básica - DAB, Sistema e-Gestor. O quadro 1 apresenta informações relativas à caracterização das RAS nas capitais incluídas na pesquisa.

**Quadro 1** - Quantitativo de médicos dos programas de provimento federal, cobertura da Estratégia de Saúde da Família e população residente nas redes de atenção à saúde nas capitais da pesquisa.

Capitais	Mês/ano de referência dos dados	Número total de EqSF	Médicos do provimento nas EqSF	Médicos do PMM	Médicos do Provab	Cobertura da ESF	População residente
Aracaju	julho/2016	137	9,5%	11	02	69,1%	632.744
Fortaleza	abril/2017	365	46,6%	135	35	44,7%	2.609.716
São Luís	agosto/2016	110	46,4%	31	20	34,1%	1.073.893

Fonte: Os autores.

A cobertura da ESF foi obtida no site do Departamento da Atenção Básica - DAB, Sistema e-Gestor Siglas e abreviações: EqSF – Equipes de Saúde da Família; PMM – Programa Mais Médicos; Provab – Médicos Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica; ESF – Estratégia de Saúde da Família.

Procedeu-se à análise de conteúdo (BARDIN, 2016), utilizando-se o Software NVIVO 11 da QSR International como recurso para o gerenciamento de entrevistas e o suporte à análise. Foram formadas categorias indutivas, em referência às percepções e relatos dos entrevistados. Quatro categorias temáticas representaram síntese da análise: 1. Insuficiente cobertura da ESF nos municípios; 2. Fragilidade da coordenação do cuidado em saúde pela APS; 3. Espera indeterminada para a realização de exames, consultas e procedimentos na atenção especializada; e 4. Informação unilateral na regulação da assistência à saúde. Os resultados e a discussão de cada categoria são apresentados nessa mesma ordem.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Insuficiente cobertura da ESF nos municípios

Em Aracaju, conforme os dados apresentados no Quadro 1, a pequena proporção de médicos do PMM na ESF sugere a menor dependência deste município ao provimento, entre as capitais da pesquisa, apesar da cobertura referida não contemplar quase 1/3 da população.

No município de São Luís, a baixa cobertura da ESF, 34,1% (Quadro 1), foi comentada em entrevista, indicando-se desestruturar a assistência no SUS:

*E aí? Um município que não tem a Estratégia de Saúde da Família em mais de 80% pelo menos, não consegue se organizar como Estratégia de Saúde da Família. A população desassistida... seiscentas mil pessoas vão aonde? Me responde... socorrões (serviços de urgência/emergência)? Isso desestrutura tudo.*

*(Profissional da Gestão, Entrevista 13)*



Em Fortaleza, onde a cobertura da ESF correspondeu a 44,6% (Quadro 1), profissional da gestão também fez referência à cobertura da capital:

*Então, nós estamos com 83% de cobertura no estado, obviamente, a capital é que faz a gente não ter uma cobertura maior.*

*(Profissional da Gestão, Entrevista 21)*

Há de se reconhecer que o PMM, assim como o Provab, foram importantes indutores da ampliação da cobertura da ESF, especialmente nos municípios de São Luís e Fortaleza, nos quais a proporção de médicos de provimento aproximou-se de 50,0%. Revela-se que, em função do PMM, o quantitativo de EqSF aumentou 16,2% no Brasil e 17,1% na região Nordeste. Esta alcançou a maior cobertura entre as regiões, 80,6%; o Sudeste, a menor, com cobertura de 52,1%. Nos municípios com mais de 1.000.000 de habitantes, registrou-se a menor cobertura da ESF no País, 34,1%. Os municípios de menor porte populacional apresentaram as maiores coberturas, com percentual de 98,4 naqueles com menos de 30.000 habitantes (MIRANDA *et al.*, 2017).

Com base nos dados do estudo de Miranda *et al.* (2017) interpreta-se que a cobertura da ESF de São Luís e Fortaleza, com mais de 1.000.000 de habitantes, estava de acordo com o baixo percentual nacional; ressaltando-se que em Fortaleza a cobertura estava acima do patamar. No que se refere a Aracaju, na sua faixa populacional, o percentual nacional de cobertura do estudo referido correspondia a 41,3%, posicionando o município bem acima desse valor.

Considerando a percepção de entrevistados, embora se reconheça a cobertura insuficiente da ESF nos municípios da pesquisa, em Fortaleza, ao se falar sobre a necessidade de ampliação de novas equipes, o investimento financeiro do Ministério da Saúde foi apontado como fator limitante:

*Com relação à expansão, de eu aumentar a cobertura do número de equipes, tipo equipes novas credenciadas pelo Ministério, nós vamos nos deparar aí, também, com o não credenciamento de novas equipes pelo próprio Ministério, por questões de recursos mesmo, de financiamento.*

*(Profissional da Gestão, Entrevista 21)*

*A partir do final do ano (2016), pela questão dos recursos financeiros do próprio Ministério, houve uma redução do investimento devido à crise financeira do País e não houve mais essa criação de novas equipes.*

*(Profissional da Gestão, Entrevista 23)*

Acerca da restrição do aporte financeiro do Ministério da Saúde, segundo os relatos citados, a redução do investimento em saúde na ESF parece estar de acordo com a “relativização da cobertura” na APS, que proporciona a segmentação do cuidado, ao se instituir na nova PNAB (2017) padrões básicos e ampliados de serviços (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018). Entende-se que essa PNAB desestimula o investimento na ESF, incentivando corte de recursos, que condiz com a política de ajuste fiscal neoliberal (PINTO, 2018).

### **Fragilidade da coordenação do cuidado em saúde pela APS**

Vários problemas apontados nas entrevistas remetem à discussão da capacidade da APS de coordenar o cuidado em saúde em rede, sendo a organização fragmentada da atenção e a resolutividade aspectos comentados, especialmente por entrevistados do município de Fortaleza:

*A Atenção Primária, da forma como ela está instituída, o nosso processo de trabalho, ela não consegue coordenar cuidado e ela não consegue ordenar rede, isso se eu for tomar o que é da governabilidade dela. Por quê? Porque se hoje a gente encaminha 40 a 50% pra rede, sabendo que essa rede com certeza não vai se sustentar com um percentual tão grande de encaminhamentos, [...]consequentemente, eu vou estar inchando as minhas filas de espera, as pessoas vão estar peregrinando e, consequentemente, né, tendo a percepção ou ratificando a percepção que ela já tem do SUS: de que o SUS não resolve os problemas.*

*(Profissional da Gestão, Entrevista 21)*

*Nós tínhamos 3 níveis de atenção separadamente, tínhamos a atenção primária, tínhamos a atenção secundária e a terciária. [...] A paciente iniciava o pré-natal, uma adolescente por exemplo, e ela era encaminhada (da APS) a um pré-natal de alto risco e ela ficava num pré-natal de alto e a Atenção Primária não tinha mais a responsabilidade sanitária sobre aquela paciente.*

*(Profissional da Gestão, Entrevista 23)*

Segundo as falas, percebe-se que em Fortaleza, a coordenação do cuidado pela APS era considerada frágil, com pouca integração entre serviços, apesar do alto percentual de encaminhamentos para a atenção especializada, tomado como exemplo. O caso hipotético citado, relativo a pré-natal de adolescente, sugere falha no processo de comunicação entre os serviços da APS com aqueles da média complexidade, com descontinuidade da responsabilidade sanitária para com o usuário, contribuindo para a fragmentação da coordenação do cuidado em saúde. Além disso, a baixa resolutividade atribuída à APS tende a ser um fator importante para a desestruturação da atenção e o crescimento de filas nos serviços.

Conforme dados de estudo sobre a qualidade do cuidado na APS, que considerou a visão de usuários no Brasil, a partir de 65.391 entrevistas em 3.944 municípios, a coordenação do cuidado e a resolutividade representam desafios (FIGUEIREDO *et al.*, 2018). A dificuldade de comunicação entre o usuário e os profissionais que lhe atenderam – após realização de consultas ou encaminhamentos, foi um dos problemas referidos neste estudo, que corrobora com a descontinuidade da responsabilidade sanitária sugerida nesta pesquisa. Acerca da resolutividade, a abordagem restrita das necessidades de saúde do usuário pelos profissionais e as soluções de cuidado – nem sempre adequadas à realidade social das pessoas, sinalizavam problemas relevantes da atenção à saúde na APS.

De acordo com a percepção de profissional da gestão, a contratação de consultoria auxiliou na construção de estratégias para a organização da rede na capital:

*Fortaleza ela passou a ser Atenção Primária como a porta de entrada principal, atendendo à política nacional de atenção básica que é a PNAB, você deve saber. Devido a isso, a gente teve uma consultoria [...], que ela prestou serviços dentro de uma expansão da qualidade de atenção da rede, [...] por exemplo: hoje, das 6 regionais, cada regional tem um serviço de encaminhamento pra pacientes hipertensos de alto risco, foi feita uma vinculação com o serviço secundário.*

*(Profissional da Gestão, Entrevista 23)*

É importante destacar que a decisão sobre estratégias de intervenção, por meio da consultoria, parece ter ocorrido de forma centralizada, sem levar em conta a opinião dos profissionais de saúde. De acordo com médico do PMM, em um momento ímpar na rede, que foi a integração da força de trabalho pelo PMM, faltou diálogo no processo de desenvolvimento da consultoria.

*A questão das redes de atenção, a coordenação do cuidado, essa coisa do acolhimento... toda essa discussão, que houve na época em que essa consultoria ela foi trazida, foi colocada pra ser articulado junto com o programa (PMM), mas na prática o que aconteceu foi simplesmente um repasse: nós vamos fazer assim. Nós estamos mostrando como é que nós vamos fazer. E não uma colaboração. [...] E aí, muitos profissionais sentiram uma imposição.*

*(Médico do PMM, Entrevista 22)*

Em São Luís, foi referido que a gestão das unidades de saúde na ESF não era adequada e comprometia a resolutividade da assistência, conseqüentemente, determinando encaminhamentos desnecessários para os hospitais e fragilizando a coordenação do cuidado pela APS:

*O que é que está acontecendo? Nós temos um número elevado de pés diabéticos, elevadíssimo... Nós temos a consequência da hipertensão, sabe? Derrame, em hospital cheios, hospitais lotados e a atenção básica? Vocês foram nas unidades, estavam lotadas? Estavam cheias de gente? Eu pergunto para vocês: quem tem que funcionar? Quem é porta de entrada? É a atenção básica. E está funcionando? Não está. Falta a gestão na Unidade.*

*(Profissional da Gestão, Entrevista 13)*

Relato de médico do PMM expôs o problema da baixa cobertura da APS, anteriormente citado, com base na carência de médicos, que prejudicava a organização do cuidado:

*Aqui tem 5 equipes de Saúde da Família e só duas têm médicos. Todos eles caem sobre mim (referência aos pacientes). [...] Nem sempre tem como ajudar, o que fazer? É muito difícil para a comunidade compreender. É muito paciente desassistido, muita área descoberta que não chega o SUS.*

*(Médico do PMM, Entrevista 16)*

Na situação particular da unidade de saúde que atuava, o empenho do médico em atender a demanda populacional não era suficiente, assim como soluções de gestão da própria unidade de saúde não se mostrariam eficazes, pois desassistência dessa magnitude transcende soluções gerenciais. Apesar do expressivo número de médicos integrados à ESF pelo PMM, a carência desses profissionais se faz presente nos municípios da pesquisa, vide os percentuais de cobertura da ESF apresentados e as evidências do estudo de Miranda *et al.* (2017), no qual contrasta-se a diferença de cobertura da ESF entre os municípios de maior porte e aqueles com até 30.000 habitantes.

Em Aracaju, a ampliação do limite de horário das principais unidades de saúde da APS, chamado de horário estendido, pareceu ser uma iniciativa positiva para ampliar o acesso da população aos serviços, todavia não tenham sido apresentados resultados, apenas fez-se menção à existência desses:

*Tínhamos há 1 ano e meio, mas melhorou (superlotação na média complexidade), tanto que, recentemente, conversando com a coordenação da rede de urgência, ela tem esse dado, tem isso registrado. Nós temos a ampliação do atendimento na APS, o horário estendido: temos 10 unidades aqui em locais estratégicos e que ao invés de fechar as 17 horas, fecham as 20h.*

*(Profissional da Gestão, Entrevista 1)*

Embora o feedback positivo quanto a estratégia do horário estendido, algumas Unidades Básicas de Saúde (UBS) permaneciam na lógica de fixar o número de atendimentos por profissional, com agendamento para o mesmo dia, distribuindo-se fichas para ordenar a sequência de chamada das pessoas, sem realizar triagem:

*Acontecia sempre (dificuldade para ser atendida na UBS), porque quando chega, parece que são 12 fichas, mesmo que chegue doente, passando mal, ela manda ir para a urgência (recepcionista do serviço). [...] Às vezes tem muita gente e a gente não consegue para aquele dia, mas eles não marcam pra tarde ou pro outro dia, a gente tem que vir aqui de novo marcar.*

*(Usuária da APS, Entrevista 6)*

Situação semelhante, ocorreu em Fortaleza. Em função de superlotação e da suposta negligência em não se realizar triagem de caso, uma usuária teve que recorrer a hospital para o atendimento de sua filha, que só tinha alguns meses de vida:

*Eu trouxe a minha filha doente e eles: “não, aqui está muito cheio, não tem como lhe atender hoje, venha amanhã.”. O que foi que eu fiz? Eu fui para o hospital, porque eu não poderia deixar minha filha doente em casa. Eu não achei muito legal, porque, até então, eles disseram que, quando fosse caso de emergência, a gente poderia vir né? A não ser que fosse um caso de consulta, caso a dra. não viesse, poderia ser marcado para outro dia, mas uma emergência, principalmente bebê né?*

*(Usuária da APS, Entrevista 28)*

Os dois exemplos citados mostram a livre procura dos serviços pelas pessoas, que caracteriza demanda espontânea; comum nas condições de adoecimento repentino, na piora das condições de saúde dos portadores de doenças crônicas ou quando não há um acompanhamento efetivo da população no território. Revela-se que, na APS, o processo de trabalho nos serviços costuma ser organizado pela valorização do território e da longitudinalidade do cuidado em saúde ou conforme a demanda espontânea; mas, em alguns serviços, opta-se pela junção desses (NORMAN; TESSER, 2015). Assim, é importante promover discussão acerca dos processos de trabalho na APS, buscando equacionar os problemas; sobretudo, relativos ao que se faça necessário para conciliar acesso oportuno à assistência com atenção resolutiva.

Nesse sentido, os serviços da APS, ao não estarem preparados para a demanda espontânea, falham: em não prover assistência para a população; em desconsiderar a urgência dos casos; assim como em não buscar soluções, viáveis e imediatas, no próprio serviço ou na estrutura da rede municipal de saúde. A insegurança de não poder contar com a APS, quando há necessidade, tende a incentivar os usuários à busca do cuidado em outros serviços ou serem aconselhados a isso. A responsabilização do usuário pela busca da assistência para si é um ato desumano, especialmente por meio de encaminhamento informal, sem registro médico ou protocolo do serviço, como relatou a usuária na entrevista 6.

Estudo qualitativo, que entrevistou mulheres assistidas pela ESF em distrito sanitário do município de Salvador (BA), destaca realidade semelhante à referida nesta pesquisa. O

estudo indicou que a baixa capacidade de resposta da APS e as dificuldades de acesso aos seus serviços influenciaram a decisão das usuárias de buscar atendimento na atenção especializada, desvalorizando-se a APS, que deixa de coordenar o cuidado (BARROS *et al.*, 2018).

### **Espera indeterminada para a realização de exames, consultas e procedimentos na atenção especializada**

O desafio de assegurar a realização de exames, consultas ou procedimentos na atenção especializada foi apontado como uma das dificuldades mais relevantes da assistência à saúde, por entrevistados dos três municípios. O demasiado tempo de espera para a realização desses, refletia-se no desgaste de profissionais e usuários, desapontados com prazos indeterminados ou com a possibilidade da espera sem êxito, como revelado nas declarações a seguir:

*Se for pra morrer, a gente morre e esse encaminhamento nunca tem. Tem encaminhamento que os médicos dão, mas lá pra regional que vai os encaminhamentos, pra poder esperar, a gente espera, espera, e nunca sai. Nunca sai! O problema é esse, que a gente nunca consegue ir pros médicos profissionais, né?*

*(Usuária da APS, Entrevista 27)*

*Chega uma gestante, imagine você chegar no terceiro trimestre, já perto de ter o filho, os exames do primeiro trimestre não chegaram ainda e a ultrassom obstétrica, ela não fez porque não saiu a data. [...] Hoje mesmo, atendi uma paciente que tem o quadro clínico de gastrite crônica, sente muita dor e eu não consigo fazer nada, porque não tenho endoscopia, não sei se ela tem úlcera, simplesmente não vejo exame. Não adianta pedir, porque não chega, e isso dificulta o nosso andamento.*

*(Profissional do PMM, Entrevista 2)*

Conforme estudo qualitativo de Araújo *et al.* (2018), em dois municípios do estado da Bahia, a oferta de exames e consultas especializadas para a atenção aos encaminhamentos da APS era insuficiente e excludente, uma vez que ao confirmar a inexistência de vaga, o processo de solicitação era encerrado, sem proposição de alternativas. Essa questão, dos critérios de encerramento dos processos, não foi abordada nesta pesquisa, mas os prazos indeterminados de espera sugerem caminho semelhante.

A angústia da população em não resolver suas necessidades de saúde, tendo em vista obstáculos para a obtenção de exames, consultas e procedimentos, implicava na difícil decisão de arcar com suas despesas médicas, quando havia essa possibilidade.

*A gente não tem dinheiro para mandar fazer, né? Não tem como fazer particular, aí tem que ficar sofrendo. As vezes morre e não recebe, não faz. É difícil. É muito difícil mesmo para o pobre sobreviver. Meu Deus! [...] Olha, a gente vai, não tem. Às vezes tem que dormir lá na central de marcação. Inclusive, entra ano e sai ano, e eu não consigo fazer certos exames no coração.*

*(Usuária da APS, Entrevista 18)*

*Se a médica pedir: olha, é urgente. Aí a gente já tem que fazer um esforcinho, fazer particular para poder conseguir com urgência... se é para ser rápido tem que pagar.*

*(Usuária da APS, Entrevista 20)*

*O doutor, ele marcava os ultrassons quando ele me atendia; só que não tinha no posto, aí eu tinha que pagar. Todas elas foram pagas. Só uma que eu consegui com muita luta, porque não tinha vaga, é muito difícil.*

*(Usuária da APS, Entrevista 28)*

As situações desses relatos convergem com a evidência da protelação no SUS para a provisão de exames, consultas e procedimentos na atenção especializada, que geram listas de espera na capital do estado de São Paulo, registrando 660.000 pessoas em listas para solicitações dessa natureza. Também se ressalta a perspectiva do gasto familiar catastrófico, ao impor às famílias de baixa renda o fardo de assumir os custos com saúde, que competem com despesas essenciais, como: alimentação, aluguel, conta de água, de energia elétrica e de transporte urbano (COSTA, 2017).

### **Informação unilateral na regulação da assistência à saúde**

Acerca de fluxos de referência, intermediados por sistema de regulação, para agilizar o encaminhamento de pessoas da APS aos serviços de urgência/emergência ou aos hospitais e assegurar atendimento, as entrevistas indicaram existência de problemas em todos os municípios. Os relatos dos médicos apontam dificuldades de comunicação nas redes – com isolamento de serviços; ausência de feedback de sistemas de referenciamento – mesmo diante da informatização da saúde; e, conseqüentemente, inviabilidade de monitorar o andamento de solicitações. Desse modo, prevalece a informação unilateral: tem-se a entrada de solicitações médicas, mas falta a devolutiva acerca dessas solicitações.

*Se a gente precisa de atendimento mais urgente, com prioridade, é mais fácil a gente conseguir com nossos colegas. Um favor é mais fácil que a gente conseguir pelo sistema.*

*(Médico do PMM, Entrevista 2)*

*Aqui (no bairro) existe uma unidade básica e, ao lado, temos uma unidade mista, que atende emergência. Eu tive de brigar muito para que eles aceitassem meus encaminhamentos para lá. Sendo da comunidade, a unidade mista, mesmo sendo do SUS, que é o mesmo sistema, não conseguia.*

*(Médico do PMM, Entrevista 16)*

*Dentro de um sistema totalmente informatizado, que é esse que a gente tem aqui hoje, eu não consigo ver em que pé tá a fila de espera da minha paciente que eu pedi uma tomografia. Eu não consigo ver se os critérios que eu coloquei para ela, para justificar o pedido da tomografia, estão sendo levados em consideração para priorizar ela nesse exame.*

*(Médico do PMM, Entrevista 26)*

Trata-se de situação preocupante, que mostra a regulação como uma caixa-preta para profissionais e usuários, que não sabem o que ocorre após dar-se a entrada de solicitações. Tal situação implica em desafios de gestão, como: aprimorar a regulação do acesso em saúde, garantir transparência de informações e ampliar a oferta de serviços.

Entende-se que a regulação da assistência à saúde objetiva priorizar casos, potencializar a capacidade de resposta nas redes de saúde e promover o uso racional dos recursos, sem desperdícios, com vistas a adequar oferta e demanda (PEITER; LANZONI; OLIVEIRA, 2016). Compreende-se que não basta existir fluxos de referência ou sistemas informatizados, caso não haja: oferta de serviços compatível com a demanda, maior cobertura e resolutividade da APS, assim como capacidade de monitorar o status de solicitações e de prover soluções cabíveis.

A resolutividade da APS nesse contexto é requisito essencial, pois a elevada demanda por exames, consultas e procedimentos na atenção especializada, tensiona a capacidade das redes de acolher as solicitações, que, por vezes, são desnecessárias. Acerca desse aspecto, comentou-se sobre a pouca experiência de médicos para a atuação na APS, sobretudo, daqueles recém-formados.

*Tem muito paciente que é encaminhado para o cardiologista que não tinha motivo de ser encaminhado para o cardiologista né, a gente sabe disso pela experiência que a gente tem e tal, mas não dá para se exigir essa expertise de um profissional recém-formado, não dá! E os programas de provimento, eles têm ainda muito profissional recém-formado né.*

*(Médico do PMM, Entrevista 26)*



*Entra um paciente aqui que, sei lá, tenha uma dor de cabeça e o médico não se dá o tempo, seja porque ele não tem, seja porque a competência dele é insuficiente para poder fazer essa análise e ele encaminha pro neurologista. Então, assim, existe esse viés também, esse viés é real, eu não sei mensurar, mas que ele existe, ele existe. Porque a gente escuta relatos, inclusive, do pessoal da regulação, que tem lá encaminhamentos pro neurologista: justificativa: dor de cabeça. Como é que você vai encaminhar para o neurologista e justificar dor de cabeça? Não existe isso, né?*

*(Médica do PMM, Entrevista 25)*

No que concerne a pouca experiência dos médicos na APS, não se pode atribuir o problema apenas ao ingresso de profissionais recém-formados na ESF, é, também, uma questão de qualificação médica. No Brasil, uma iniciativa para contribuir com o aprimoramento da qualidade da atenção na APS tem sido a ampliação da formação de médicos de família e comunidade (AUGUSTO et. al, 2018).

Nos últimos anos, houve aumento considerável das vagas de residência em Medicina de Família e Comunidade. Em 2017, essa especialidade médica obteve a segunda colocação quanto ao número de vagas ofertadas no País, com 5.943 vagas – considerando residentes do 1º ano ao 3º ano, atrás da Clínica Médica. O aumento observado indica tendência de mudança no panorama do perfil de formação dos médicos que atuam na APS (SARTI; FONTENELLE; GUSSO, 2018).

Destaca-se que a ampliação das vagas de residência médica nessa especialidade advém da contribuição do PMM, referente ao eixo da formação médica; todavia, 49,0% dessas vagas, concentram-se na região Sudeste. Além disso, as dificuldades de atrair e de fixar médicos nos municípios impõem a necessidade da modernização na gestão de recursos humanos, no tocante a estruturação de vínculos de trabalho e de processos de qualificação (CARVALHO; MENDES; AMARAL, 2019).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Compreende-se que o aumento da força de trabalho médica na APS foi fundamental para ampliar o acesso da população ao SUS. O PMM, ao priorizar o ingresso de profissionais em locais com maior vulnerabilidade quanto a assistência médica, como áreas de periferia nas capitais, favoreceu a expansão da ESF e acolheu populações de baixa renda. No entanto, a carência de médicos na APS persiste e tensiona a capacidade de resposta das RAS.

Pressupõe-se que a insuficiente cobertura da ESF nas capitais, consideradas nesta pesquisa, e a oferta de serviços de média complexidade, aquém das necessidades,

prejudicaram a capacidade das RAS de acolher a demanda por exames, consultas e procedimentos na atenção especializada. Deficiências no processo de regulação da assistência, como a unilateralidade de informações, também fragmentam a continuidade do cuidado em saúde e limitam a atuação dos médicos na APS, principalmente nos casos em que o suporte da atenção especializada é imprescindível.

Desse modo, as dificuldades para o cuidado oportuno e resolutivo em saúde no cenário investigado sugerem ser circunstanciais, decorrentes de problemas que extrapolam o âmbito da APS. Diante disso, a APS não cumpre, de forma apropriada, a função de coordenar o cuidado em rede, fato que fragiliza a integralidade ampliada. Levando em consideração essa fragilidade, faz-se necessário refletir acerca das dificuldades existentes e buscar estratégias de enfrentamento. Recomenda-se a realização de pesquisas que explorem as experiências de coordenação do cuidado pela APS, em diferentes contextos e os dispositivos de regulação da assistência nas RAS.

Diante dos aspectos negativos evidenciados, considera-se que o PMM não modifica o cenário da integralidade ampliada. Entretanto, pressupõe-se que o programa, ao ampliar o acesso a assistência médica para milhares de pessoas, permitiu percepção mais clara acerca da dificuldade das RAS em encontrar retaguarda para as demandas geradas aos serviços da atenção especializada.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Priscila Oliveira *et al.* A oferta por cotas para exames e consultas especializadas atende às demandas das unidades de saúde da família? **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 21, n. 3, p. 324-334, jul./set. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16102>. Acesso em: 03 jun. 2019.

AUGUSTO, Daniel Knupp *et al.* Quantos médicos de família e comunidade temos no Brasil? **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1-4, jun. 2018. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1695>. Acesso em: 15 jun. 2019.

BAHIA, Ligia. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n7/1678-4464-csp-34-07-e00067218.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2019.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2016. ISBN: 978-85-62938-04-7.

BARROS, Andiara Rodrigues *et al.* Estratégias de mulheres frente à baixa resolutividade na atenção básica à saúde. **Revista baiana de enfermagem**, Salvador, v. 32, 2018. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/18319>. Acesso em: 03 junho 2019.

BOUSQUAT, Aylene *et al.* Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, abr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1141.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2013; 23 out.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília: MS, 2015. ISBN: 978-85-334-2284-1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. E-Gestor [Sistema Online]. **Histórico de cobertura: Cobertura da Atenção Básica**. 2019. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 02 jun. 2019.

CARVALHO, Lucas Resende de; MENDES, Philipe Scherrer; MAIA DO AMARAL, Pedro Vasconcelos. Programa saúde da família: a evolução da distribuição espacial das equipes e dos médicos especialistas no Brasil entre 2007 e 2017. **APS em Revista**, v. 1, n. 1, p. 62-74, 2019. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/19>. Acesso em: 15 jun. 2019.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2001. p.113-26.

COSTA, Nilson do Rosário. Austeridade, predominância privada e falha de governo na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1065-1074, abr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1065.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2019.

FIGUEIREDO, Daniela Cristina Moreira Marculino *et al.* Qualidade do cuidado na Atenção Básica no Brasil: a visão dos usuários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, supl. 6, p. 2713-2719, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s6/pt\\_0034-7167-reben-71-s6-2713.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s6/pt_0034-7167-reben-71-s6-2713.pdf). Acessos em: 03 jun. 2019.

FRANCO, Cassiano Mendes; ALMEIDA, Patty Fidélis de e GIOVANELLA, Ligia. A perspectiva dos supervisores sobre a integralidade nas práticas dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912001>. Acesso em: 16 jun. 2019.

GASPARINI, Max Felipe Vianna e FURTADO, Juarez Pereira. Longitudinalidade e integralidade no Programa Mais Médicos: um estudo avaliativo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 30-42, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912002>. Acesso em: 16 jun. 2019.

GONÇALVES, Rogério Fabiano *et al.* Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 2815-2824, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2815.pdf>. Acesso em: 07 fev. 2019.

JACCOUD, Luciana; VIEIRA, Fabiola Sulpino. Da municipalização à regionalização de ações e serviços de saúde para a integralidade da atenção à saúde. *In*: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. **Texto para discussão**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8523>. Acesso em: 16 jun. 2019.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo; GUERRA, Lucia Dias da Silva. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 224-243, set. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0224.pdf>. Acesso em: 05 maio 2019.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte *et al.* A ampliação das equipes de saúde da família e o programa mais médicos nos municípios brasileiros. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 131-145, abr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v15n1/1678-1007-tes-1981-7746-sol00051.pdf>. Acesso em: 02 junho 2019.

NORMAN, Armando Henrique; TESSER, Charles Dalcanale. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 165-179, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0165.pdf>. Acessos em: 03 jun. 2019.

PEITER, Caroline Cechinel; LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 63-73, dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n111/0103-1104-sdeb-40-111-0063.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2019.

PEREIRA, Lucélia Luiz; SILVA, Hilton Pereira da; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. Projeto Mais Médicos para o Brasil: estudo de caso em comunidades quilombolas. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)**, Goiânia, v. 7, n. 16, p. 28-51, jun. 2015. ISSN 2177-2770. Disponível em: <http://www.abpnrevista.org.br/revista/index.php/revistaabpn1/article/view/94>. Acesso em: 06 maio 2019.

PINTO, Hêider A. Análise da mudança da política nacional de atenção básica. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 4, n. 2, p. 191-217, 2018. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/1796>. Acesso em: 02 junho 2019.

RAMOS, Antônio Carlos Vieira *et al.* Estratégia Saúde da Família, saúde suplementar e desigualdade no acesso à mamografia no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**. v. 42, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.166>. Acesso em: 16 jun. 2019.

REDE-OBSERVATÓRIO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS. *In*: Mais do que Mais Médicos. **Revista Rede Governo Colaborativo em Saúde**. n. 2, p. 42-47, 2015.

RIBEIRO, Melck Kelly Piastrelli *et al.* Equidade na cobertura dos gastos com saúde pelo Sistema Único de Saúde de pessoas com indicativos de transtornos mentais comuns no município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 21, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180011>. Acesso 16 jun. 2019.

SANTOS Marluce Antonio Miranda; SOUZA, Eldenilson Gomes; CARDOSO, Jane Carvalho. Avaliação da qualidade da estratégia saúde da família e do Programa Mais Médicos na área rural de Porto Velho. **Revista Eletrônica Gestão & Sociedade**, v. 10, n. 26, p. 1327-1334, 2016. Disponível em: <https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/2089/1177>. Acesso em: 03 maio 2019.

SARTI, Thiago Dias; FONTENELLE, Leonardo Ferreira; GUSSO, Gustavo Diniz Ferreira. Panorama da expansão dos programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: desafios para sua consolidação. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1-5, maio 2018. ISSN 2179-7994. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1744>. Acesso em: 15 jun. 2019.

SILVA, Tiago Rodrigues Bento da *et al.* Percepção de usuários sobre o Programa Mais Médicos no município de Mossoró, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2861-2869, set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2861.pdf>. Acesso em: 06 maio 2019.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese, com resultados apresentados em quatro artigos, traz evidências e reflexões sobre repercussões do PMM na APS, que confirmam a efetividade do programa na Região Nordeste, ao serem considerados os pressupostos de pesquisa estabelecidos. Cada artigo, ao tratar de objeto de análise particular, permitiu aprofundar discussões por temas específicos e identificar contribuições do programa nesse âmbito. Também se constataram circunstâncias que limitavam o potencial do provimento médico, detectadas na fase de campo da pesquisa.

Com base nos principais resultados apresentados, pode-se considerar que a ampliação da cobertura da ESF se mostrou relevante para o acesso à assistência médica na APS, ainda que a ocorrência de substituições e/ou reposições de médicos em equipes incompletas tenha reduzido a elevação esperada no quantitativo de profissionais. Essa ampliação teve maior intensidade nos municípios de menor porte populacional, especialmente naqueles com até 5.000 habitantes, e isso refletiu a direcionalidade do programa para regiões prioritárias, com maior vulnerabilidade em ofertar essa assistência. O efeito da não implementação do programa na ESF, por simulação hipotética, demonstrou a importância do provimento médico para os municípios e reforçou a maior contribuição do programa nos municípios de menor porte.

Em decorrência do aumento da força de trabalho médica na APS e da ampliação da cobertura da ESF, também pôde-se identificar o aumento da produção de consultas médicas nos municípios, caracterizando maior oferta e utilização de serviços; assim como a redução das internações por Diarreia e Gastroenterite de origem infecciosa presumível, uma CSAP com histórica ocorrência no NE. Níveis crescentes da produção de consultas médicas pelas EqSF estavam associados a maiores níveis de investimento per capita em saúde no período 2013-2015, relação que sugere a indução do investimento em saúde pelo programa.

Artigo publicado no periódico *BMJ Global Health*, de autoria de Silva e Powell-Jackson em 2017 (*Does expanding primary healthcare improve hospital efficiency?*), apresenta dados que podem confrontar os resultados desta tese acerca da influência do provimento médico na redução das internações por CSAP. A pesquisa desses autores avaliou essas internações em 5.506 municípios do Brasil, considerando o período de 2000 a 2014, afirmando que a expansão da ESF e a ampliação de consultas médicas na APS não

influenciaram a ocorrência de internações para esse grupo de doenças, embora indiquem queda nas hospitalizações, de 16,7 para 10,4 por 1.000 habitantes, entre os anos referidos.

As evidências do estudo de Silva e Powell-Jackson, apesar do PMM não ter sido uma categoria de análise, contrapõem-se ao argumento desta tese de que o PMM favoreceu a redução das internações por CSAP por meio da ampliação da ESF e da maior produção de consultas médicas na APS. Todavia, o estudo supracitado não permite comparabilidade com esta tese, no que se refere ao seu recorte espacial, tendo em vista que a sua análise teve dimensão nacional, com municípios agregados e não distribuídos em unidades territoriais, como a região Nordeste. Também, cabe destacar que o estudo não diferenciou municípios por sua adesão ao programa. Logo, é plausível que os resultados de tal análise possam divergir daqueles apresentados nesta tese, uma vez que esta foi caracterizada por um recorte territorial específico: os municípios da Região Nordeste com adesão ao programa.

Por meio dos dados primários e secundários obtidos nesta tese, pode-se inferir que persiste carência de médicos na APS no Nordeste, mesmo após a ampliação da força de trabalho médica proporcionada pelo programa. Este fato, aliado à insuficiente oferta de serviços de média complexidade, tem prejudicado a capacidade da APS de ordenar o cuidado em rede e de prover assistência médica resolutiva, quando o suporte da atenção especializada é essencial.

É possível tecer conexões entre as percepções de aprimoramento da qualidade da assistência médica na APS a partir do PMM, tanto sob a ótica de profissionais da gestão, como de usuários dos serviços de saúde. A avaliação positiva do PMM por esses atores tende a ser reflexo, entre outros: da maior fixação de médicos em locais pouco atrativos aos profissionais; do maior cumprimento da jornada de trabalho pelos médicos e da percepção do processo de consulta médica mais adequado – como a aumento da duração do tempo de atendimento e a melhor comunicação profissional-usuário.

É fundamental destacar que a participação dos médicos cubanos no Programa foi considerada pelos entrevistados como fator que favoreceu a qualidade da atenção na APS. Profissionais da gestão elogiaram o profissionalismo desses médicos e o comprometimento com as populações assistidas na APS, ressaltando-se a sensibilidade dos cubanos em valorizar a escuta e o cuidado compartilhado. Por sua vez, os usuários relataram satisfação com o acompanhamento desses médicos nos serviços, relatando-se uma atenção à saúde mais humanizada.

No que concerne à integralidade, houve avanços, em que pesem os desafios existentes. Em uma perspectiva focalizada, a atenção prestada pelos médicos do programa, conforme referido, constituiu diferencial para o aprimoramento da qualidade da assistência médica nos serviços. Buscou-se fortalecer as práticas do cuidado com a realização de ações de promoção e prevenção em saúde; além do acompanhamento regular, tendo a APS como centro de coordenação do cuidado. Todavia, a centralidade da assistência clínica – com ênfase no adoecimento, e a gestão do cuidado – dependente das ações programáticas da agenda nacional, constituíram adversidades para o desenvolvimento de uma atenção integral, à exceção das experiências de atuação médica difusas ou fragmentadas.

Em uma perspectiva ampliada, compreende-se que a expansão da ESF, alinhada ao aumento da produção de consultas médicas em locais prioritários, propiciou maior acesso ao SUS e, supostamente, aumento da demanda por exames, consultas e procedimentos na atenção especializada. A insuficiência das RAS em acolher essa demanda e falhas na gestão da regulação do acesso significaram entraves para a continuidade do cuidado, que fragilizaram a função de coordenação do cuidado em rede pela APS.

O percurso metodológico, definido para cada objeto de análise, favoreceu o desenvolvimento da pesquisa e o entrelaçamento de conexões entre os achados; dada a opção da amostra inicial, que constituiu parâmetro para o recorte amostral nos estudos sequenciais, por meio dos resultados. O provimento médico assegurado pelo programa, ao atenuar a carência de médicos existente no Nordeste, oportunizou um olhar crítico para a APS, tendo a assistência médica como eixo de reflexão.

Também se considera que a utilização das categorias da Avaliação Realista ao estudo da efetividade do PMM, tendo a integralidade como foco da avaliação, mostrou-se um importante recurso do método desta tese, que inovou neste aspecto. Cabe esclarecer que não foi intenção da pesquisa realizar uma Avaliação Realista, pois não se propôs observar, de modo intensivo e sistemático, a rotina do programa *in loco*. A avaliação realizada compreendeu visitas breves aos serviços e entrevistas pontuais com informantes-chave em diferentes cenários, dada a abrangência territorial de implantação do programa. Ademais, a variabilidade de contextos e processos envolvidos determinaria o estabelecimento de recorte da avaliação, reformulando-se questões de pesquisa e a montagem da teoria do programa, mediante o método realista.



Isso posto, entende-se que os achados desta pesquisa fundamentam a Tese de que o PMM se mostrou efetivo na redução de internações por CSAP e no aumento do acesso e da utilização de serviços de saúde na APS na Região Nordeste; assim como na construção da integralidade das práticas do cuidado, nos municípios-alvos da investigação.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Patty Fidelis de. **Mapeamento e Análise dos Modelos de Atenção Primária à Saúde nos Países da América do Sul: Atenção Primária à Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: ISAGS: UNASUR, 2014. 88 p. Disponível em: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2014/08/Mapeamento-APS-Brasil-Portugu%C3%AAs.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2019.

ARRETCHE, Marta T. S. Tendências no estudo sobre avaliação. *In*: RICO, Elizabeth Melo (org.). **Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate**. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais, 2001. p. 29-39.

BILLOROU, Nina; PACHECO, Martha; VARGAS, Fernando Zúñiga. **Guía para la evaluación de impacto de la formación**. Montevideo: OIT: Cinterfor, 2011. Disponível em: <https://guia.oitcinterfor.org/sites/default/files/guia/guia-evaluacion-impacto.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2019.

BOSI, Maria Lúcia M.; MERCADO-MARTÍNEZ, Francisco J. Avaliação de políticas, programas e serviços de saúde: modelos emergentes de avaliação e reformas sanitárias na América Latina. *In*: CAMPOS, Rosana Onocko; FURTADO, Juarez Pereira (org.). **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde**. 1. ed. São Paulo: Editora da Unicamp, 2011. p. 41–62.

BOUSQUAT, Aylene *et al.* Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1141–1154, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1141.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2019.

BRASIL. [Constituição [1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 20 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso em: 20 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília, 2013a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm). Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica 2006**. Brasília, 2006. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf). Acesso em: 20 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 20 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.377, de 13 de junho de 2011**. Estabelece critérios para definição das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada e das especialidades médicas prioritárias de que tratam o inciso II e o § 3º do art. 6º-B da Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001, no âmbito do Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) e dá outras providências. Brasília, 2011c. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1377\\_13\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1377_13_06_2011.html). Acesso em: 20 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013**. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. 2013b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369\\_08\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369_08_07_2013.html). Acesso em: 20 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. **Terceiro Termo de ajuste ao 80º Termo de Cooperação Técnica para o desenvolvimento de ações vinculadas ao projeto “Ampliação do acesso da População Brasileira à Atenção Básica em Saúde**. Brasília, 2013c. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/images/PDF/3-TA.PDF>. Acesso em: 20 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. **Programa Mais Médicos – Dois anos: Mais Saúde para os Brasileiros**. Brasília: MS, 2015.

\_\_\_\_\_. **Edital nº 18 de 19 de novembro de 2018**. Adesão de médicos ao Programa de Provisão de Médicos do Ministério da Saúde - Projeto Mais Médicos para o Brasil. Brasília, 2018. Disponível em: [http://maismedicos.gov.br/images/Edital-SGTES\\_MS-18-19-novembro-2018\\_Medicos-CRM\\_-PMMB.pdf](http://maismedicos.gov.br/images/Edital-SGTES_MS-18-19-novembro-2018_Medicos-CRM_-PMMB.pdf). Acesso em: 17 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Saúde. **Nos últimos dez anos, Brasil tem déficit de 54 mil médicos**. 2013d. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/mh5tj3>. Acesso em: 20 jun. 2019.

CARVALHO, Mônica Sampaio de; SOUSA, Maria Fátima de. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 913–926, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832013000400012&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000400012&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 20 jun. 2019.

CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro *et al.* Desafios para a avaliação na Atenção Básica no Brasil: a diversidade de instrumentos contribui para a instituição de uma cultura avaliativa? In: AKERMAN, Marco; FURTADO, Juarez Pereira (org.). **Práticas de avaliação em saúde no Brasil – diálogos**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. p. 189–231.

CASTRO, Ana Luisa Barros *et al.* Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 2353–2366, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015001102353&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001102353&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 20 jun. 2019.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2001. p.113-26.

DONABEDIAN, Avedis. The seven pillars of quality. **Archives of pathology & laboratory medicine**, Chicago, v. 114, n. 11, p. 1115–1118, 1990. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2241519>. Acesso em: 20 jun. 2019.

FACCHINI, Luiz Augusto *et al.* Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. suppl. 1, p. s159–s172, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001300020&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300020&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 20 jun. 2019.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues *et al.* A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB 2012. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. special, p. 13–33, 2014. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-1104.2014S003>. Acesso em: 20 jun. 2019.

FURTADO, Juarez Pereira; SILVA, Lígia Maria Vieira. Entre os campos científico e burocrático - a trajetória da avaliação em saúde no Brasil. In: AKERMAN, Marco; FURTADO, Juarez Pereira (org.). **Práticas de avaliação em saúde no Brasil – diálogos**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. p. 17–57.

GILMORE, Brynne *et al.* Data Analysis and Synthesis Within a Realist Evaluation: Toward More Transparent Methodological Approaches. **International Journal of Qualitative Methods**, Edmonton, v. 18, p. 160940691985975, 2019. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1609406919859754>. Acesso em: 17 jul. 2019.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* Sistemas Municipais de Saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37–61, 2002. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/353669>. Acesso em: 20 jun. 2019.

GIRARDI, Sábado Nicolau *et al.* Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2675-2684, set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2675.pdf>. Acesso em: 13 mar 2019.

GOMES, Luciano Bezerra; MERHY, Emerson Elias; FERLA, Alcindo Antônio. Subjetivação dos médicos cubanos: diferenciais do internacionalismo de Cuba no Programa Mais Médicos. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 899-918, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v16n3/1678-1007-tes-16-03-0899.pdf>. Acesso em: 04 maio 2019.

GOMES, Wanessa da Silva; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin. **Programa de melhoria do acesso e qualidade da atenção básica**: Reflexões sobre o papel da avaliação na efetivação da integralidade em saúde. Saarbrücken: Novas Edições Acadêmicas, 2014. Disponível em: <https://www.morebooks.shop/store/gb/book/programa-de-melhoria-do-acesso-e-qualidade-da-atencao-basica/isbn/978-3-639-68498-8>. Acesso em: 20 jun. 2019.

GONÇALVES, Rogério Fabiano *et al.* Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 2815-2824, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2815.pdf>. Acesso em: 07 fev. 2019.

GRACE, Sandra; HORSTMANSHOF, Louise. A realist evaluation of a regional Dementia Health Literacy Project. **Health Expectations**, Oxford, v. 22, n. 3, p. 426-434, 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/hex.12862>. Acesso em: 17 jul. 2019.

HARTZ, Zulmira M. de Araújo; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S331-S336, 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000800026&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800026&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 18 mar. 2017.

HUDON, Catherine *et al.* Case management in primary care for frequent users of healthcare services with chronic diseases and complex care needs: an implementation and realist evaluation protocol. **BMJ open**, Londres, v. 8, n. 11, p. e026433, 2018. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30478129>. Acesso em: 17 jul. 2019.

INFORME MAIS MÉDICOS. Brasília: Ministério da Saúde, n. 47, 25 abr. 2017. Disponível em: [http://maismedicos.gov.br/images/informes/Informe-n-47---Orientaes-aos-mdicos-e-gestores\\_Contrapartidas-Municipais-PMM.pdf](http://maismedicos.gov.br/images/informes/Informe-n-47---Orientaes-aos-mdicos-e-gestores_Contrapartidas-Municipais-PMM.pdf). Acesso em: 17 jul. 2019

LAVOR, Adriano de. Em Cuba, forte presença do Estado e influência nos princípios do SUS brasileiro; no Chile, sistema misto abre espaço público e privado para quem contribui. **Revista Radis**, Rio de Janeiro, n. 104, p. 18-19, 2011.

LIMA, Luciana Dias de; CARVALHO, Marília Sá; COELI, Cláudia Medina. Médicos, política e sistemas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. e00237418, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2019000100101&lng=pt&tng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000100101&lng=pt&tng=pt). Acesso em: 22 jun. 2019.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; VIANA, Ludmilla da Silva. Configuração da atenção básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, suppl. 1, p. s42–s57, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001300010&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300010&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 20 jun. 2019.

MAGALHÃES JUNIOR, Helvécio Miranda; PINTO, Hêider Aurélio. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 51, p. 14–29, 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2019.

MATTOS, Ruben Araújo. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2001. p. 43–68.

NOGUEIRA, Priscila Tamar Alves *et al.* Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2889–2898, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000902889&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902889&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 20 jun. 2019.

OLIVEIRA, Felipe Proença de *et al.* Mais Médicos: Um programa Brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 623–634, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832015000300623&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000300623&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 17 jul. 2019.

OLIVEIRA, João Paulo Alves; SANCHEZ, Mauro Niskier; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2719–2727, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000902719&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902719&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 20 jun. 2019.

PAWSON, Ray; TILLEY, Nick. **Realist Evaluation**. Londres: British Cabinet Office, 2004. Disponível em: [http://www.communitymatters.com.au/RE\\_chapter.pdf](http://www.communitymatters.com.au/RE_chapter.pdf). Acesso em: 27 dez. 2018.

ROSSI, Peter H.; FREEMAN, Howard E.; LIPSEY, Mark W. Programs, policies, and evaluations. In: ROSSI, Peter H.; FREEMAN, Howard E.; LIPSEY, Mark W. **Evaluation: a systematic approach**. 6. ed. Londres: Sage, 2004. p. 2–36. Disponível em: [https://is.muni.cz/el/1423/jaro2005/SPP405/Rossi\\_Evaluation\\_kap.1-5.pdf](https://is.muni.cz/el/1423/jaro2005/SPP405/Rossi_Evaluation_kap.1-5.pdf). Acesso em: 22 jun. 2019.

SALAZAR, Ligia. **Efectividad en promoción de la salud y salud pública: Reflexiones sobre la práctica en América Latina y propuestas de cambio**. Cali: Universidad del Valle, 2009. Disponível em: <http://programaeditorialunivalle.com/libro-efectividad-en-promocion-de-la-salud-y-salud-publica-reflexiones-sobre-la-practica-en-america-latina-y-propuestas-de-cambio-salud-publica.html>. Acesso em: 22 jun. 2019.

SANTOS, Adriano Maia Dos; GIOVANELLA, Ligia. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 1–15, 2016. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016000300708&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000300708&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 20 maio 2019.

SANTOS, João Bosco Feitosa dos *et al.* Médicos estrangeiros no Brasil: a arte do saber olhar, escutar e tocar. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 1003–1016, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902016000401003&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000401003&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 20 jun. 2019.

SANTOS, Leonor Maria Pacheco *et al.* Editorials: The end of Brazil's More Doctors programme? Those in greatest need will be hit hardest. **British medical journal**, Londres, 2018. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/363/bmj.k5247>. Acesso em: 26 fev. 2019.

SCHEFFER, Mário; CASSENOTE, Alex; BIANCARELLI, Aureliano. **Demografia Médica no Brasil: cenários e indicadores de distribuição**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina: Conselho Federal de Medicina, 2013. v. 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v21n59/a02v2159>. Acesso em 14 abr. 2019.

SILVA, Silvio Fernandes; SOUZA, Nathan Mendes; BARRETO, Jorge Otávio Maia. Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4427–4438, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014001104427&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104427&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 20 jun. 2019.

SILVA, Vinício Oliveira da *et al.* O Programa Mais Médicos: controvérsias na mídia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 117, p. 489-502, jun. 2018. Disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/199>. Acesso em: 6 maio 2019.

SILVA, José Paulo Vicente; PINHEIRO, Roseni; MACHADO, Felipe Rangel S. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do Setor Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 234–242, 2003. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=394026&indexSearch=ID>. Acesso em: 20 jun. 2019.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith. Para onde caminhamos com avaliação no Brasil? *In*: AKERMAN, Marco; FURTADO, Juarez Pereira (org.). **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. p. 357-363. ISBN: 978-85-66659-46-7.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; TAMAKI, Edson Mamoru. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828, abr. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000400002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400002&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 31 maio 2017.

VAITSMAN, Jeni; MOREIRA, Rasga; COSTA, Nilson do Rosário. Entrevista com Jairnilson da Silva Paim: "um balanço dos 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)". **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 899-901, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000300025&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300025&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 17 jan. 2016.

VIACAVA, Francisco *et al.* Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 921-934, abr. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000400014&lng=en&nrm=is](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400014&lng=en&nrm=is). Acesso em: 19 fev. 2017.

VIEGAS, Selma Maria Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. Integrality: life principle and right to health. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 33, n. 2, p. 237–247, 2015. Disponível em: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/23004/18950>. Acesso em: 20 jun. 2019.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.



## **APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAL DA GESTÃO ESTADUAL DE SAÚDE**

1. Considerando a proximidade de três anos de implantação do Programa Mais Médicos, na sua avaliação, o que o provimento de médicos pelo programa proporcionou ao SUS? Quais potencialidades e fragilidades podem ser apontadas sobre essa estratégia?
2. Sobre a atuação de médicos estrangeiros na Atenção Primária à Saúde pelo Programa e o temor inicial das dificuldades de adaptação desses profissionais, das equipes de saúde e da comunidade, qual a sua percepção acerca dessas questões?
3. No cenário da assistência à saúde, o que mudou a partir da implantação do Programa, o que poderia mudar e o que não foi possível alcançar?
4. Em que medida o Mais Médicos contribuiu para o fortalecimento da infraestrutura de serviços e equipamentos e para o aprimoramento da qualidade da atenção? Comente sobre os avanços e desafios relacionados a essas questões.
5. No contexto da regionalização, qual a participação ou o papel do Mais Médicos?
6. Em sua opinião, a partir da redução ou encerramento do Mais Médicos, haverá dificuldades para se garantir o provimento médico nas comunidades assistidas pelo programa? Quais? O que deve ser feito?

## **APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAL DA GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE**

1. Qual o número de equipes na ESF do município e quantas participam do Mais Médicos?
2. Como se decidiu no município os locais que necessitariam receber médicos pelo programa, que infraestrutura já havia nessas áreas?
3. Quais as responsabilidades que o município assumiu para a execução do programa? Tem ocorrido alguma dificuldade para garantir o que foi pactuado?
4. Como os profissionais do Mais Médicos se inserem nas ações de atenção à saúde realizadas no município? Que atividades são preconizadas?
5. Quais os principais agravos que afetam a saúde no município? A presença do programa modificou este cenário de alguma forma? Como?
6. A gestão municipal faz monitoramento de indicadores (sociais, ambientais ou outros)? Há atividades planejadas nesta perspectiva? Qual a fonte de dados?
7. Nas ações de referência e contra-referência, de que forma os profissionais do Mais Médicos participam?
8. Foi necessária alguma mudança nos protocolos e fluxos de regulação, diante da presença do programa no município? Caso sim, quais mudança(s) ocorreram?
9. Em sua opinião, o que significa a presença do Programa Mais Médicos neste município?
10. De modo geral, o que pode ser feito para o aprimoramento do programa, e quais dificuldades mostram-se mais relevantes?
11. O município tem considerado a possibilidade de encerramento do programa ou redução do número de médicos participantes? Qual o provável caminho a seguir caso isso aconteça?

## **APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA MÉDICO VINCULADO AO PROGRAMA MAIS MÉDICOS**

1. Como está sendo para você participar do Programa Mais Médicos?
2. Qual sua opinião sobre os aspectos administrativos e burocráticos do programa? Como é sua relação com a gestão municipal e federal nesse processo?
3. Como está sendo o processo de trabalho na Atenção Primária no SUS? Conforme sua formação, você acha adequada a proposta da APS na qual se insere? Por quê?
4. Qual sua percepção sobre a localidade/área adscrita que atua? Por que essa área é ou foi considerada de difícil provimento de médico?
5. Em função da sua participação no Mais Médicos, como você avalia a interação e o diálogo com outros profissionais vinculados à ESF do município, participantes ou não do programa ou da equipe que você atua?
6. Como você se insere nas ações de atenção à saúde realizadas para a população adscrita? Qual orientação e enfoque o município preconiza? Que atividades específicas são realizadas?
7. Sobre a tutoria e a EAD, o acompanhamento e a formação têm contribuído para a sua atuação na ESF? Por quê?
8. No seu cotidiano, junto com as equipes, vocês fazem o monitoramento de indicadores (sociais, ambiente ou outros)? Há atividades planejadas nesta perspectiva na equipe e a nível de gestão municipal?
9. Você nota alguma mudança nestes indicadores, diante da presença do programa na área adscrita?
10. Quais os principais agravos que afetam a saúde das pessoas na área adscrita? A presença do programa tem contribuído neste cenário de alguma forma? Como?
11. Nas ações de referência e contra-referência, de que forma você trabalha no cotidiano? Há facilidades e entraves?
12. Você trabalha com protocolos e fluxos instituídos pela gestão? Foi necessária alguma mudança nos protocolos e fluxos de regulação, diante da presença do programa no município?
13. Comente sobre as condições de trabalho oferecidas para sua atuação neste serviço e na área adscrita.
14. Em sua opinião, o que significa a presença do Programa Mais Médicos para este território no qual você atua?
15. De modo geral, o que pode ser feito para o aprimoramento do programa e quais dificuldades mostram-se mais relevantes?
16. Ao término do seu contrato, nas condições habituais ofertadas pela ESF, sem os diferenciais da proposta do Mais Médicos, você voltaria a exercer o seu trabalho em áreas consideradas de difícil provimento médico? Por quê?

**APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O USUÁRIO DA APS**

1. Você já foi atendido pelo médico(a) do Programa Mais Médicos? Como foi a experiência?
2. Quando necessário, você conseguiu marcar e mostrar resultados de exames para o(a) médico(a)?
3. Quando você precisou ser encaminhado a outro médico de uma especialidade diferente, este médico especialista, soube exatamente o porquê da sua consulta, não precisando que você explicasse novamente o porquê da sua visita a ele?
4. Você passou muito tempo esperando marcação de consultas e exames?
5. Você já participou de atividades em grupo com o médico (PMM) na unidade de saúde? Como foi a experiência?
6. Você tem acompanhamento de Agentes Comunitários de Saúde na sua casa? Caso não, você já buscou saber o porquê?
7. Quando você ou os seus familiares precisaram, receberam, regularmente, visitas de médicos na residência?
8. Houve alguma mudança para você ou para o bairro após a chegada do médico do PMM? Qual(is)?
9. Você já tinha ouvido falar do Programa Mais Médicos? Sabia que o(a) médico(a) que lhe atende participa desse programa? Caso sim: O que você acha do programa? Como ele poderia melhorar? O que precisa mudar?

## APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Aos participantes acerca do estudo desenvolvido, permitindo o acesso à informação sobre o impacto na estruturação da oferta no SUS a partir de iniciativas inovadoras Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada **“Iniciativas inovadoras na organização das redes assistenciais e regiões de saúde e seu impacto na estruturação da oferta no sus: um estudo avaliativo”**, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Adriana Falangola Benjamin Bezerra (Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE - CEP: 50670-901– Telefone: (081) 99622571 e e-mail: afalangola@uol.com.br)

Este Termo de Consentimento pode conter alguns tópicos que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa a quem está lhe entrevistando, para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre tudo que está respondendo.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- A participação do entrevistado na pesquisa ocorrerá durante o período de janeiro de 2015 a maio de 2017.
- A pesquisa em questão traz para os participantes riscos no que se refere ao constrangimento em responder as questões abordadas. Entretanto o entrevistado poderá, a qualquer momento, desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo. Trará também benefícios no momento que reconhece o ator entrevistado como protagonista do processo e considera suas contribuições para sistematização de um trabalho que poderá desencadear referências para a sua prática específica e o projeto em que está inserido. O benefício direto se dará por meio da devolutiva da gestão. Desta forma, pode-se favorecer a tomada de decisão na perspectiva da efetivação do cuidado em saúde.
- As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa por meio de gravação e entrevista, ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade do Pesquisador no endereço acima informado pelo período de 8 anos.

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidos pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

### Consentimento da participação da pessoa como voluntário(a)

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **“Iniciativas inovadoras na organização das redes assistenciais e regiões de saúde e seu impacto na estruturação da oferta no sus: um estudo avaliativo”**, como voluntário (a).

Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento).

Local /Data

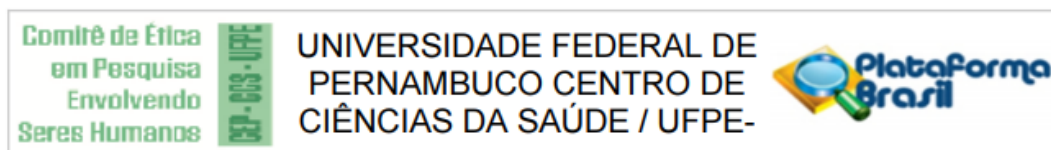
Assinatura do participante

Impressão digital (opcional)
------------------------------------

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

<b>Nome:</b>	<b>Nome:</b>
<b>Assinatura:</b>	<b>Assinatura:</b>

## ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** INICIATIVAS INOVADORAS NA ORGANIZAÇÃO DAS REDES ASSISTENCIAIS E REGIÕES DE SAÚDE E SEU IMPACTO NA ESTRUTURAÇÃO DA OFERTA NO SUS: UM ESTUDO AVALIATIVO

**Pesquisador:** Adriana Falangola Benjamin Bezerra

**Área Temática:**

**Versão:**

**CAAE:** 30694814.1.0000.5208

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

**Patrocinador Principal:** MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 674.336

**Data da Relatoria:** 04/06/2014

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de título "Iniciativas inovadoras na organização das redes assistenciais e regiões de saúde e seu impacto na estruturação da oferta no sus: um estudo avaliativo", que tem como pesquisador responsável a Profª Adriana Falangola Benjamin Bezerra, do Departamento de Medicina Social da UFPE. Projeto aprovado pela Chamada MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit N º 41/2013 – Rede Nacional de Pesquisas sobre Política de Saúde: Conhecimento para Efetivação do Direito Universal à Saúde, obteve apoio financeiro pelo CNPq. Conta com equipe, cujos currículos dos integrantes foram anexados.

#### Objetivo da Pesquisa:

Sendo um projeto que comporta três subprojetos, tem-se:

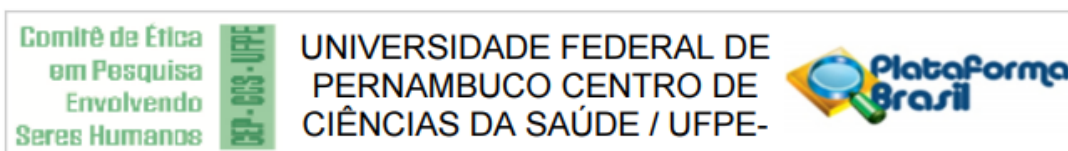
Subprojeto 1 (Redes assistenciais e seu potencial na efetivação da integralidade)

Objetivo geral: avaliar a integralidade na atenção utilizando o Câncer de Colo Uterino (CCU) como condição marcadora em Regiões de Saúde do Nordeste brasileiro.

Objetivos específicos: 1) Mapear as redes de atenção existentes destinadas ao cuidado do CCU; 2) Identificar a cobertura de Papanicolau nas Regiões de Saúde de estados do Nordeste, e 3) Traçar potencialidades e fragilidades na linha de cuidado ao CCU em Região de Saúde.

Sub-Projeto 2 (Avaliação do Programa Mais Médicos na organização das redes assistenciais e

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 674.336

estruturação da oferta: uma investigação mista)

Objetivo geral: avaliar a eficiência e a efetividade o Programa Mais Médicos na organização das redes assistenciais e estruturação da oferta no Nordeste.

Objetivos específicos: 1)traçar o perfil dos Profissionais atuantes no PMM; 2)avaliar a eficiência e a efetividade do PMM no campo do acesso às ações e serviços de saúde; 3)avaliar o impacto do PMM nas diferentes dimensões da integralidade sob o olhar de profissionais, usuários e gestores locais; 4)identificar potencialidades e fragilidades do PMM

Subprojeto 3 (Desafios e perspectivas da regionalização)

Objetivo geral: analisar o processo de regionalização da saúde no Nordeste na perspectiva da gestão estadual, das representações municipais e dos usuários.

Objetivos específicos: 1)comparar o discurso dos gestores estaduais (Nível Central e Macrorregiões e Gerências Regionais de Saúde), na condução da regionalização, com o arcabouço legal e normativo que garante e orienta a operacionalização desse processo; 2) confrontar os discursos dos gestores estaduais, diante da condução na implementação da regionalização da saúde, com os discursos dos gestores municipais, dos representantes das instâncias de participação social e dos usuários; 3)examinar o processo de regionalização da saúde no Nordeste a partir da compatibilidade entre os discursos, o arcabouço legal e normativo e as estratégias de operacionalização traçadas pelos atores envolvidos; 4)propor estratégias de operacionalização que estimulem o fortalecimento da implementação da regionalização da saúde no Nordeste.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: identificados como constrangimento em responder as questões abordadas, mas garantido que a qualquer momento é possível desistir de participar e retirar seu consentimento.

Benefícios: contribuições do entrevistado para sistematização de trabalho que poderá propiciar garantia da integralidade da assistência ao usuário do sistema público de saúde.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

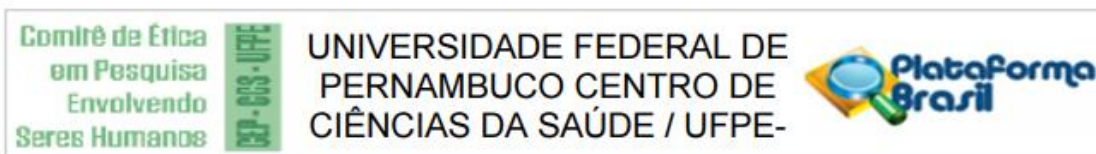
Pesquisa avaliativa desenvolvida com base no método misto (quantitativo e qualitativo),sendo os dados quantitativos coletados e analisados, feito com os dados qualitativos, para s interpretação integrada de todos os dados. Metodologia adequada ao que se pretende, cronograma ajustado às atividades, critério de inclusão e exclusão nos três grupos definido.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentados principais termos.

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br





Continuação do Parecer: 674.336

**Recomendações:**

Destacar dentre os benefícios, a devolução dos resultados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Nenhuma

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, na PLATAFORMA BRASIL, através de "Notificação " e, após apreciação, será emitido Parecer Consubstanciado .

RECIFE, 04 de Junho de 2014

---

**Assinado por:**  
**GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

**ANEXO B - DECLARAÇÃO DE ACEITE DE ARTIGO PARA PUBLICAÇÃO NA  
REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA**

**RSP** Revista de  
Saúde Pública

---

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que o autor **Rogério Gonçalves** tem um artigo intitulado: **“Influência do Mais Médicos no acesso e na utilização de serviços de saúde no Nordeste”** que foi aprovado para publicação na Revista de Saúde Pública.

Revista de Saúde Pública/FSP/USP em 12 de junho de 2019.



**Prof. Dr. Carlos Augusto Monteiro**  
Presidente do Conselho de Editores

## ANEXO C - PROTOCOLO DE SUBMISSÃO DE ARTIGO NA REVISTA PHYSIS: REVISTA DE SAÚDE COLETIVA

Physis Revista de Saúde Coletiva


 The logo for the journal 'PHYSIS' is displayed in a large, blue, serif font. The letters are filled with a pattern of small, repeating text, giving it a textured appearance.

### INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REPERCUSSÕES DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Journal:	<i>Physis Revista de Saúde Coletiva</i>
Manuscript ID	PHYSIS-2019-0223
Manuscript Type:	Original Article
Keyword:	Integralidade em Saúde, Atenção Primária à Saúde, Programa Mais Médicos, Teoria da Avaliação Realista

SCHOLARONE™  
Manuscripts

#### Authors

Gonçalves, Rogério  
Carvalho de Sousa, Islandia Maria  
Bezerra, Adriana  
Brito-Silva, Keila  
tanaka, osvaldo

#### Date Submitted

15-Jul-2019

Thank you for your submission

<https://mc04.manuscriptcentral.com/physis-scielo>