



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**PRISCILA MEIRA MASCARENHAS PADRE**

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**JEQUIÉ/ BA  
2018**

**PRISCILA MEIRA MASCARENHAS PADRE**

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

**Linha de Pesquisa:** Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

**Orientador:** Prof. Dr. Ismar Eduardo Martins Filho

**JEQUIÉ/ BA  
2018**

P139a Padre, Priscila Meira Mascarenhas.

Avaliação do impacto do programa mais médicos na estratégia de saúde da família / Priscila Meira Mascarenhas Padre.- Jequié, 2018.  
106f.

(Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob orientação do Prof. Dr. Ismar Eduardo Martins Filho)

1. Atenção primária à saúde 2. Política pública 3. Acesso 4. Estratégia de Saúde da Família 5. Avaliação em saúde I.Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II.Título

CDD – 614.0981

## FOLHA DE APROVAÇÃO

PADRE, Priscila Meira Mascarenhas. Avaliação do Impacto do Programa Mais Médicos na Estratégia de Saúde da Família. 2018. Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié-BA.



---

**Prof. Dr. Ismar Eduardo Martins Filho**

Cirurgião-Dentista, professor do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
Orientador e Presidente da banca examinadora



---

**Prof. Dr.ª Alba Benemérita Alves Vilela**

Enfermeira, professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
Parecerista da banca examinadora



---

**Edgard Michel Crosato**

Cirurgião-Dentista, professor do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo  
Parecerista da banca examinadora

Jequié/BA, 08 de Março de 2018

## DEDICATÓRIA

**A Deus**, autor e consumidor da minha fé! Por ter me escolhido antes da fundação do mundo, ter firmado meus pés na verdade e ter me atraído para o centro de Sua vontade.

**Ao meu esposo**, José Murilo Freitas Padre, companheiro de todas as horas, pelo apoio, incentivo e paciência. Por tornar meus dias mais suaves e minha caminhada mais segura.

**À minha filha**, Laura Mascarenhas Padre, presente de Deus, por seu amor, apego, doçura e sinceridade. Por me permitir desfrutar do sentimento mais lindo de ser mãe.

**Aos meus pais**, Osires Lopes Mascarenhas e Edenice Meira Mascarenhas, pela expressão diária de amor, zelo e cuidado ao longo de toda minha vida.

**Ao meu irmão**, Claudio Henrique Meira Mascarenhas, pelo apoio, e exemplo de dedicação e esforço.

**Aos meus irmãos em Cristo**, pelas orações incessantes. É um privilégio fazer parte deste corpo.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, **Ismar Eduardo Martins Filho**, por ter me acolhido desde o primeiro momento, pela paciência, bom humor, serenidade e parceria. Foi um presente nesta caminhada, tornando-a mais suave e tranquila.

À professora **Vanda Palmarella Rodrigues**, pelo apoio incondicional, sendo uma colaboradora de extrema dedicação e competência. Minha gratidão se renova nesta nova etapa, pois nossa parceria é antiga, desde a graduação, em que foi minha orientadora da monografia.

À **Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia**, que através do corpo docente deste Programa de Pós-graduação, muito contribuiu para meu processo de formação. Obrigada por me receber mais uma vez nesta fase da minha caminhada profissional.

Aos **meus colegas de turma**, pela companhia, parceria, conhecimentos produzidos e experiências compartilhadas. Em especial a **Valéria Marques, Tâmilles Borges**, pelo companheirismo, carinho e apoio neste período. Vocês foram presentes especiais que ganhei.

Aos **sujeitos do estudo** e ao senhor **Claudio**, funcionário da Secretaria de Administração, sem os quais não seria possível a realização deste estudo.

*Ainda que eu falasse as línguas dos homens e dos anjos, e não tivesse amor, seria como o metal que soa ou como o sino que tine. E ainda que tivesse o dom de profecia, e conhecesse todos os mistérios e toda a ciência, e ainda que tivesse toda a fé, de maneira tal que transportasse os montes, e não tivesse amor, nada seria.*

*1 Coríntios 13:1,2*

PADRE, Priscila Meira Mascarenhas. **Avaliação do Impacto do Programa Mais Médicos na Estratégia de Saúde da Família**. Dissertação [Mestrado] – Programa de Pós- Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, Jequié, Bahia. 2018.

## RESUMO

O Programa Mais Médicos foi criado em resposta a uma demanda histórica, a de combater as desigualdades de acesso à atenção básica, muitas vezes associada à ausência do profissional médico. Este Programa possui três eixos de atuação, sendo o provimento emergencial de médicos apenas um deles, ao qual se deterá o presente estudo. Assim possui como objetivos: Avaliar o impacto do Programa Mais Médicos para a estratégia de saúde da família; Analisar indicadores de saúde produzidos na estratégia de saúde da família entre os anos de 2011 a 2016; Identificar os desafios enfrentados pelo Programa para sua efetivação junto à atenção básica; e Investigar a opinião da comunidade acerca do mesmo. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, de natureza quali-quantitativa, desenvolvida entre maio e agosto de 2017, tendo como base teórica a avaliação em saúde. A coleta dos dados primários foi realizada através de uma entrevista semiestruturada a 30 usuários adscritos em 11 equipes de saúde da família, de Jequié-BA, selecionadas por possuir profissional médico inserido pelo referido Programa. As entrevistas submeteram-se à análise de conteúdo temática de Bardin. Os dados secundários foram obtidos junto à secretaria de saúde referentes ao Sistema de Informação Ambulatorial, com dados do Boletim de Produção Ambulatorial consolidado, referente aos indicadores de saúde produzidos nas unidades selecionadas entre os anos de 2011 a 2016. Estes foram categorizados, compilados e tabulados no programa Excel, e analisados estatisticamente por meio do software *Statistical Package for the Social Sciences* versão 21. Os resultados apontaram que de uma forma geral, a avaliação do Programa Mais Médicos foi positiva, pois produziu mudanças importantes no processo de trabalho das equipes, reduzindo as desigualdades de acesso à atenção primária à saúde com ampliação do número de atendimentos aos diversos grupos populacionais, apresentando uma boa aceitação por parte da comunidade assistida, a despeito das controvérsias suscitadas por interesses corporativos, partidários e ideológicos, bem como dos embates jurídicos que permeiam a legalidade do Programa, que carece de ajustes. No entanto, ficou evidente que existe um desconhecimento ou a detenção de um conhecimento incipiente acerca do mesmo, uma vez que a maioria dos entrevistados referiu não saber defini-lo; e que apesar dos avanços, ainda existem entraves que precisam ser superados na atenção básica, como a melhoria dos investimentos que assegurem maior acessibilidade e resolutividade ao serviço. Dessa forma, faz-se necessário estimular debates sobre o Programa Mais Médicos em todos os âmbitos da sociedade, envolvendo desde as escolas de formação até a mídia de massa, de modo a ampliar e aprofundar o conhecimento acerca do mesmo, uma vez que este tem apontado caminhos possíveis para o alcance de uma saúde mais equânime.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde; Política pública; Acesso; Estratégia de Saúde da família; Avaliação em saúde.



PADRE, Priscila Meira Mascarenhas. **Impact's Evaluation of the *Mais Médicos* Program in the Family Health Strategy**. Thesis [Master] - Postgraduate Program in Nursing and Health, Southwest Bahia State University - UESB, Jequié, Bahia. 2018.

## ABSTRACT

The *Mais Médicos* Program was created in response to a historic demand to combat inequalities in access to primary care, often associated with the absence of the medical professional. This Program has three axes of action, being the emergency provision of doctors only one of them, to which the present study will be. Thus, it has the following objectives: To evaluate the impact of the *Mais Médicos* Program in the family health strategy; To analyze health indicators produced in the family health strategy between the years 2011 to 2016; To identify the challenges faced by the program for its effectiveness with the primary care; and to investigate the community's opinion about it. It is a descriptive, exploratory, qualitative-quantitative research developed between may and august 2017, based on the health assessment. The primary data collection was done through a semi-structured interview with 30 users enrolled in 11 family health teams, from Jequié-BA, selected for having a medical professional inserted by said Program. The interviews were submitted to Bardin's thematic content analysis. The secondary data were obtained from the Ambulatory Information System, with data from the consolidated Ambulatory Prosthetic Bulletin, referring to the health indicators produced in the selected units between the years 2011 to 2016. These were categorized, compiled and tabulated in the Excel program, and analyzed statistically through Statistical Software Package for the Social Sciences version 21. The results showed that in general, the evaluation of the *Mais Médicos* Program was positive, it produced important changes in the work process of the teams, reducing inequalities in access to primary health care with enlargement number of attendances to the different population groups, showing a good acceptance by the assisted community, in spite of the controversies aroused by corporate, partisan and ideological interests, as well as the legal conflicts that permeate the legality of the Program, which lacks adjustments. However, it was evident that there is a lack of knowledge or the possession of incipient knowledge about it, since most of the interviewees said they did not know how to define it; and that despite the progress, there are still obstacles that must be overcome in primary care, such as the improvement of investments that ensure greater accessibility and resolution to the service. In this way, it is necessary to stimulate debates about the *Mais Médicos* Program in all spheres of society, involving since training schools to the mass media, in order to broaden and deepen the knowledge about it, since it has pointed out possible ways to reach a more equitable health.

**Keywords:** Primary health care; Public policy; Access; Family health strategy; Health assessment.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

**Figura 01** - Banner petição online Cadê o Médico da Frente Nacional de Prefeitos 24

**Quadro 01** - Categorias e Subcategorias que emergiram das entrevistas por meio da Análise de Conteúdo Temática. Jequié-BA, 2018 41

### MANUSCRITO 1

**Gráfico 01** – Evolução dos indicadores de saúde após o PMM. Jequié-BA, 2018. 51

**Gráfico 02** – Distribuição dos indicadores de saúde entre os anos de 2011 a 2016. Jequié-BA, 2018 52

**Quadro 01** – Matriz de julgamento do Programa Mais Médicos a partir dos indicadores Jequié-BA, 2018. 54

### MANUSCRITO 2

**Quadro 01** – Matriz de julgamento do Programa Mais Médicos a partir das entrevistas. Jequié-BA, 2018. 73

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AB – Atenção Básica

APS – Atenção Primária à Saúde

BPA-c – Boletim de Produção Ambulatorial consolidado

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

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

DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena

ESF – Estratégia de Saúde da Família

eSF – equipe de Saúde da Família

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

MS - Ministério da Saúde

OECD – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PCMM – Projeto de Cooperação da OPAS/OMS

PMM – Programa Mais Médicos

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PROVAB – Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SISAB – Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica

SIA-SUS – Sistema de Informação Ambulatorial

SPSS – Statistical Package for the Social Science

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCU – Tribunal de Contas da União

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UESB – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

USF - Unidade de Saúde da Família

# SUMÁRIO

## **CAPÍTULO 1**

<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....</b>	<b>14</b>
------------------------------------	-----------

## **CAPÍTULO 2**

<b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>19</b>
------------------------------------	-----------

2.1 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO REORIENTADORA DO MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE .....	20
2.2 A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS.....	23
2.3 REFLEXÕES DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA .....	26
2.4 O PMM E SEUS ENTRAVES JURÍDICO-OPERACIONAIS .....	28

## **CAPÍTULO 3**

<b>ABORDAGEM TEÓRICA .....</b>	<b>30</b>
--------------------------------	-----------

3.1 AVALIAÇÃO EM SAÚDE .....	31
3.2 PESQUISA AVALIATIVA .....	34

## **CAPÍTULO 4**

<b>ASPECTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>36</b>
------------------------------------	-----------

4.1 TIPO DE ESTUDO .....	37
4.2 CAMPO E CENÁRIO DO ESTUDO .....	38
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	38
4.4 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DO ESTUDO .....	39
4.5 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS.....	39
4.6 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS .....	40

## **CAPÍTULO 5**

<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>44</b>
-------------------------------------	-----------

5.1 MANUSCRITO 01: AVANÇOS E DESAFIOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA A ATENÇÃO BÁSICA.....	45
--	----

5.2 MANUSCRITO 02: PROGRAMA MAIS MÉDICOS SOB O OLHAR DOS USUÁRIOS: UMA PESQUISA AVALIATIVA.....	66
<b>CAPÍTULO 6</b>	
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>88</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>92</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>98</b>
APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA .....	99
APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	100
<b>ANEXOS .....</b>	<b>102</b>
ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UESB .....	103
ANEXO B: OFÍCIO DO SECRETÁRIO DE SAÚDE PARA COORDENADORES DAS UNIDADES AUTORIZANDO A COLETA .....	105

# CAPÍTULO 1

---

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

*Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.*

*(Artigo XXV da Declaração Universal de Direitos Humanos)*

A Atenção Básica (AB) tem papel fundamental no funcionamento das Redes de Atenção à Saúde devendo ter alto grau de descentralização e capilaridade, ser resolutiva, coordenar o cuidado e ordenar as redes, gerenciando o acesso a outros pontos de atenção. Sendo, dessa forma, a porta de entrada preferencial dos cidadãos ao Sistema Único de Saúde (SUS). É orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012a).

No Brasil, a década de 1990 foi marcada por importantes mudanças na Política Nacional de Atenção Primária à Saúde e por grande investimento na ampliação do acesso à saúde. Em 1994, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) definiu como modo prioritário de organização da AB, a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Tais transformações podem ser atribuídas tanto às mudanças no arranjo federativo instaurado após a Constituição de 1988 e ao processo de descentralização, como ao destaque assumido pela Atenção Primária à Saúde (APS) na agenda setorial, principalmente a partir de meados da década de 1990 (CASTRO; MACHADO, 2010).

Nesse contexto, a Saúde da Família é uma estratégia voltada a atuar em um território de abrangência definido e desenvolvendo ações focalizadas na saúde, dirigidas às famílias e ao seu ambiente familiar. É operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS), para fins de atendimento interdisciplinar, com ênfase aos profissionais generalistas que trabalham com um conceito positivo e ampliado de saúde (BODSTEIN, 2002).

A estes profissionais caberá o desenvolvimento de ações e serviços que gerarão indicadores, que são parâmetros produzidos em uma tentativa de estabelecer medidas que contenham informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema. A observância dos indicadores em saúde se faz necessário nos procedimentos do SUS, sendo de muita relevância na avaliação dos serviços (REMOR et al., 2010).

Desse modo, a ESF surge numa perspectiva focalizadora, em que se buscava superar as desigualdades no acesso aos serviços de saúde e visava-se o alcance da equidade dentro do sistema, apresentando características distintas dos demais programas por ter sido considerada um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde em nível da AB. E, com fins de garantir a efetividade da APS utiliza-se de ações multidisciplinares, planejadas a partir das



necessidades locais, por meio do diagnóstico de saúde do território e do estabelecimento de vínculos entre profissionais e população (ANGELI; CASOTTI; CHAVES, 2013).

No entanto, apesar da ESF imprimir uma nova dinâmica nas UBS tendo em vista a concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, sua expansão apresentou nos últimos sete anos, um aumento de cobertura de apenas 1,5% da população a cada ano, segundo informações do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), sendo a dificuldade dos gestores municipais em atrair e fixar médicos nas equipes de Saúde da Família (eSF) um dos fatores que dificultaram essa expansão (GONÇALVES et al., 2014).

Apesar de o SUS ter possibilitado um importante aumento do acesso aos cuidados de saúde para a população brasileira, pessoas vivendo em comunidades remotas e vulneráveis ainda enfrentam sérias dificuldades de acesso a serviços de saúde resolutivos. A falta de médicos sempre foi um importante agravante deste problema, como fica claro na campanha “Cadê o médico?”, realizada pela Frente Nacional de Prefeitos, durante o encontro dos prefeitos, em Brasília, ocorrido em janeiro de 2013 (OLIVEIRA et al., 2015).

Estudos apontaram que até 2013 a relação médico para cada 1.000 habitantes no Brasil era de 1,8, chegando a 3,46 no Distrito Federal e 0,58 no Maranhão. Em São Paulo, a relação era de 2,49/1000 habitantes e havia quatro vezes mais trabalhadores no setor privado do que no SUS. Em 2006, a Organização Mundial de Saúde publicou um relatório recomendando uma relação de 2,3 médicos por 1000 habitantes para que haja uma prestação de serviço adequada. O número é apenas uma referência, devendo ser considerado também que um sistema de saúde pode ser mais ou menos dependente do médico de acordo com a sua estruturação dentro do processo saúde-doença e com suas características pessoais e culturais (CFM; CREMESP, 2011).

Assim, em resposta às diversas frentes de manifestações populares ocorridas em 2013 diante da escassez de médico em muitas partes do país foi criado o Programa Mais Médicos (PMM) em julho de 2013, como parte de uma série de medidas para combater as desigualdades de acesso à AB, tendo como desafio fortalecer a mesma através do provimento emergencial de médicos em áreas vulneráveis, no primeiro momento. Este programa propõe ainda o investimento na melhoria da infraestrutura da rede de saúde, particularmente das UBS, e a ampliação de vagas e reformas educacionais dos cursos de graduação em medicina e residências médicas no país (CYRINO et al., 2015).

Entretanto, há que se colocar também que é preciso reafirmar que o principal problema do SUS é a subordinação do setor da saúde à lógica de mercado, que se expande sufocando o direito social previsto na Constituição. Essa lógica de mercado trata a saúde – assim como a doença – como mercadoria e o crescimento desse mercado como vem ocorrendo no país, faz com que a saúde se distancie dos princípios que orientam o SUS enquanto expressão da saúde como um direito de cidadania. Sendo assim, é preciso analisar as razões pelas quais os médicos não se vinculam ao SUS e não ocupam o vasto território vazio para eles disponível (CAMPOS, 2007).

De todo modo, esta estratégia, como parte do planejamento governamental, ampliou o debate sobre provimento de médicos, trazendo vários pontos de vista que divergem no campo do poder e do conjunto de interesses conflitantes - o ponto de vista da corporação que deseja manter sob seu controle a regulação do trabalho médico e, o ponto de vista do governo que decidiu enfrentar o problema de maneira a produzir uma “desestabilização” do *status quo*, alterando as relações no campo institucional, da micropolítica e do cuidado em saúde.

Assim, diante da importância da ESF como reorientadora da AB e dos obstáculos para seu avanço relacionado muitas vezes a problemas envolvendo o profissional médico (desde ausência ao não cumprimento da carga horária), justifica-se a abordagem do referente tema. Sendo um tema bastante atual, debatido na mídia e sociedade, fazendo-se necessário a realização de mais estudos que avaliem o Programa Mais Médicos, a fim de verificar se o mesmo vem obtendo na prática cotidiana dos serviços de saúde resultados satisfatórios, que contribuam para a melhoria da AB.

Vale ressaltar ainda que a avaliação em saúde, a que se dedica o presente trabalho, se constitui em um grande desafio, pois consiste em teorizar sobre uma estratégia e uma prática ainda em construção (FELISBERTO, 2006). Logo, é mister o esforço para o debate de uma proposta que busca extrapolar os limites da AB para ser vista como uma estratégia do próprio SUS, tendo em vista o alcance de um Programa que vá além de uma política de governo, mas de Estado (HARTZ, 1999).

O presente estudo possui também um caráter inovador, pois busca respostas sob o ponto de vista da comunidade assistida, inserindo-se no contexto das unidades de saúde para dialogar com os usuários de modo a verificar se os mesmos referem melhorias advindas do Programa, se houve impacto no cuidado em saúde por eles recebido, de modo a produzir ou não reflexos positivos sobre sua realidade de vida na perspectiva da integralidade e da equidade em saúde.

A partir daí, foram delineadas as seguintes questões norteadoras do estudo: O Programa Mais Médicos fortaleceu a Estratégia de Saúde da Família no município de Jequié-BA? Houve melhoria nos indicadores de saúde produzidos na ESF no município em estudo? Quais os desafios enfrentados pelo PMM para sua efetivação junto à Atenção Básica no município de Jequié-BA? A comunidade assistida percebeu alguma mudança na assistência à saúde por ela recebida após a implantação do Programa?

Para responder a estes questionamentos foram elaborados os seguintes objetivos:

**Objetivo Geral**

- Avaliar o impacto do PMM para a Estratégia de Saúde da Família.

**Objetivos Específicos**

- Analisar indicadores de saúde produzidos na Estratégia de Saúde da Família nos últimos seis anos;
- Identificar os desafios enfrentados pelo PMM para sua efetivação junto à AB;
- Investigar a opinião da comunidade acerca do PMM.

## *CAPÍTULO 2*

---

### **REVISÃO DE LITERATURA**

*A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.*

*(Artigo 196 da Constituição Federal de 1988)*

## 2.1 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO REORIENTADORA DO MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE

As necessidades em saúde condicionam como os homens organizam e executam as ações de saúde, assim, distintos modos de perceber e conceber a saúde e a doença levam à organização de distintos sistemas de ações e operações, os quais podem ser definidos como modelos de atenção à saúde (ANDRADE; NARVAI, 2013). Estes modelos podem ser entendidos como formas de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender a necessidades de saúde, tanto individuais quanto coletivas, sendo uma espécie de “lógica” que orienta a ação (PAIM, 2003).

No plano legal o SUS corresponde a um modelo de atenção à saúde, no plano concreto das políticas públicas e das ações de saúde, o sistema dá origem a um modelo de atenção que resulta não de textos jurídicos nem de formulações teóricas, mas da *práxis* dos agentes envolvidos em cada território, segundo os diferentes interesses que atuam no setor. A que se ressaltar que o SUS consolidou-se como um sistema que operou uma ruptura radical com um modelo marcadamente excludente, seletivo e focalizado nas demandas e interesses do mercado privado (ANDRADE; NARVAI, 2013; BARBIANI, 2014).

Hoje, no Brasil, coexistem dois modelos de atenção à saúde, o modelo médico-assistencial privatista e o modelo assistencial sanitarista, que atuam de forma ora contraditória, ora complementar. Em paralelo a esses modelos, ocorrem esforços para delinear modelos alternativos que incorporam métodos, técnicas e instrumentos provindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde. Esses modelos buscam levar em consideração o processo histórico nos quais estão imersos os diferentes atores sociais, seus respectivos interesses com suas contradições e conflitos (PAIM, 2003).

A Vigilância da Saúde é um exemplo deste tipo de modelo de atenção, uma vez que incorpora formas de planejar, organizar, executar e avaliar ações de saúde, de modo a propor mudanças com a participação da população organizada que, juntamente com uma equipe multiprofissional, define prioridades com base nos danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde. Para o modelo da Vigilância da Saúde é essencial, portanto, desenvolver ações que levem em conta as necessidades coletivas (TEIXEIRA et al., 1998).

Neste contexto, foi criado em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), que passou a ser tratado como estratégia de reorientação dos modelos de atenção vigentes no

Brasil articulada ao processo de descentralização das ações e serviços de saúde para os municípios brasileiros no final da década de 90, sendo reafirmado como estratégia prioritária da Política Nacional de Atenção Básica à Saúde (PNAB) reeditada em 2017, passando a ser nomeado de Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2017a).

Assim, a Saúde da Família deixou de ser um programa que operacionalizava uma política de focalização da AB voltado para populações excluídas, para ser considerada uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS, tendo em vista a universalização da assistência. Desse modo, a Saúde da Família, na medida em que se conjugue com a organização da atenção de média e alta complexidade induzidas por políticas de regulação e controle, e somado à articulação com ações de vigilância epidemiológica e sanitária e com a implementação de ações intersetoriais de promoção da saúde, passou a direcionar o SUS rumo ao alcance de seus princípios e diretrizes (TEIXEIRA, 2003; PAIM, 2008).

A ESF tem papel fundamental no primeiro contato, na longitudinalidade e na coordenação do cuidado, devendo operar como base de estruturação das redes de atenção, com suporte dos serviços de apoio diagnóstico, assistência especializada e hospitalar. A ESF funciona por meio de equipes de saúde da família (eSF), e desde 2004 são compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e pelo menos quatro agentes comunitários de saúde, além de profissionais de saúde bucal. As eSF atuam em áreas geográficas definidas e com populações adstritas, contendo até 4000 pessoas para cada equipe, sendo 3000 a média recomendada, podendo ainda este número ser menor de acordo com o risco e a vulnerabilidade social da população coberta (FAUSTO et al., 2014; BRASIL, 2017a).

Os investimentos na AB trouxeram muitos resultados positivos em diversos países do mundo e também no Brasil, como a redução na taxa de mortalidade infantil, menos internações hospitalares potencialmente evitáveis, maior equidade, mais acesso e continuidade do cuidado, menor custo, dentre outros (MALTA, 2016).

No entanto, apesar da evidência científica demonstrar que a expansão da ESF tem favorecido a equidade e a universalidade da assistência, a integralidade das ações não deixou de ser um problema na prestação da atenção, sendo necessário analisar os aspectos relacionados às práticas de saúde e aos processos de trabalho. Assim, um dos desafios consiste em envolver os profissionais inseridos no programa em um amplo processo de reorientação do trabalho em saúde, levando-se em conta as experiências de formação e a

inserção profissional destes sujeitos, sem esquecer a interferência do mercado neste processo, que supervaloriza o especialista e o desenvolvimento das especialidades médicas e facilita a penetração tecnológica interessado na capacidade lucrativa no setor saúde (MATUMOTO et al., 2005).

Paralelo a isso, devido à sua inserção em cenários complexos e diversificados, permeados por interesses políticos, econômicos e sociais, algumas das potencialidades da ESF podem ser minimizadas, o que tem trazido questionamentos quanto à sua credibilidade como reorganizadora dos serviços e ações de saúde, e substitutiva do modelo tradicional de APS no Brasil (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Desse modo, para que se alcance uma atenção primária resolutiva com a ampliação do acesso às demandas dos usuários, faz-se necessário o estabelecimento da intersetorialidade para o enfrentamento de questões ligadas aos determinantes sociais do processo saúde-doença, associado à formação de profissionais, à gestão/educação de pessoal e ao aumento dos investimentos na área, sendo o financiamento apontado como um dos elementos indispensáveis para a sustentabilidade e aprimoramento desta Estratégia (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Assim, este modelo de atenção à saúde possui o desafio de reorientação do cuidado à saúde a partir da construção de novas bases para o desenvolvimento de novas práticas sanitárias, em que se coloque na pauta da agenda de saúde da população brasileira conceitos como vínculo, acolhimento e cuidado no contexto de uma atenção sanitária humanizada, levando à transformação da realidade com práticas de saúde mais efetivas e resolutivas (CAMPOS, 2007).

Diante do exposto, os avanços obtidos com a implementação do SUS, ao longo de mais de duas décadas de existência, são reconhecidos socialmente e incomparáveis com o modelo que substituiu. Tratando-se de uma proposta inovadora e, sobretudo, promotora da igualdade e da equidade em saúde que resgata o direito humano à saúde de milhões de brasileiros. Os desafios precisam ser enfrentados com persistência e intencionalidade política pelos gestores e pela sociedade civil, exigindo pactuações em diversos níveis de regionalização, assim como investimentos que possam dar sustentação a essa mudança (BARBIANI et al., 2014).

## 2.2 A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

No Brasil, os programas de provimento e fixação de profissionais de saúde remontam à época da ditadura militar, que implementou o Projeto Rondon, que objetivava levar estudantes para atuarem em locais de difícil acesso, expandindo ações e serviços de saúde. Ainda, nesse período, surge o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS) e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), sendo este uma das estratégias de fortalecimento do Programa Saúde da Família (PSF), que estava surgindo à época (CARVALHO; SOUSA, 2013).

Neste contexto, buscando-se enfrentar o histórico problema da escassez de médicos, que dificultava a efetiva universalização do acesso aos serviços de saúde tal como preconizado no SUS, em 2013, dois episódios foram marcantes para a implementação de uma nova estratégia para o enfrentamento. O primeiro foi o lançamento da campanha “Cadê o médico?” pela Frente Nacional de Prefeitos (FNP), que reivindicava a contratação de médicos, inclusive estrangeiros, para atuar na AB. O segundo foi a onda de protestos pelas ruas do país, onde milhares de pessoas insatisfeitas com os serviços públicos no país exigiam mais investimentos em saúde, educação e segurança (SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015; ANTUNES, 2014).

O Programa Mais Médicos (PMM) foi criado em julho de 2013 por meio de Medida Provisória nº 621, regulamentada pela Lei nº 12.871/2013, sendo caracterizado por progressiva aprovação popular e forte oposição de representações da categoria médica (BRASIL, 2013).

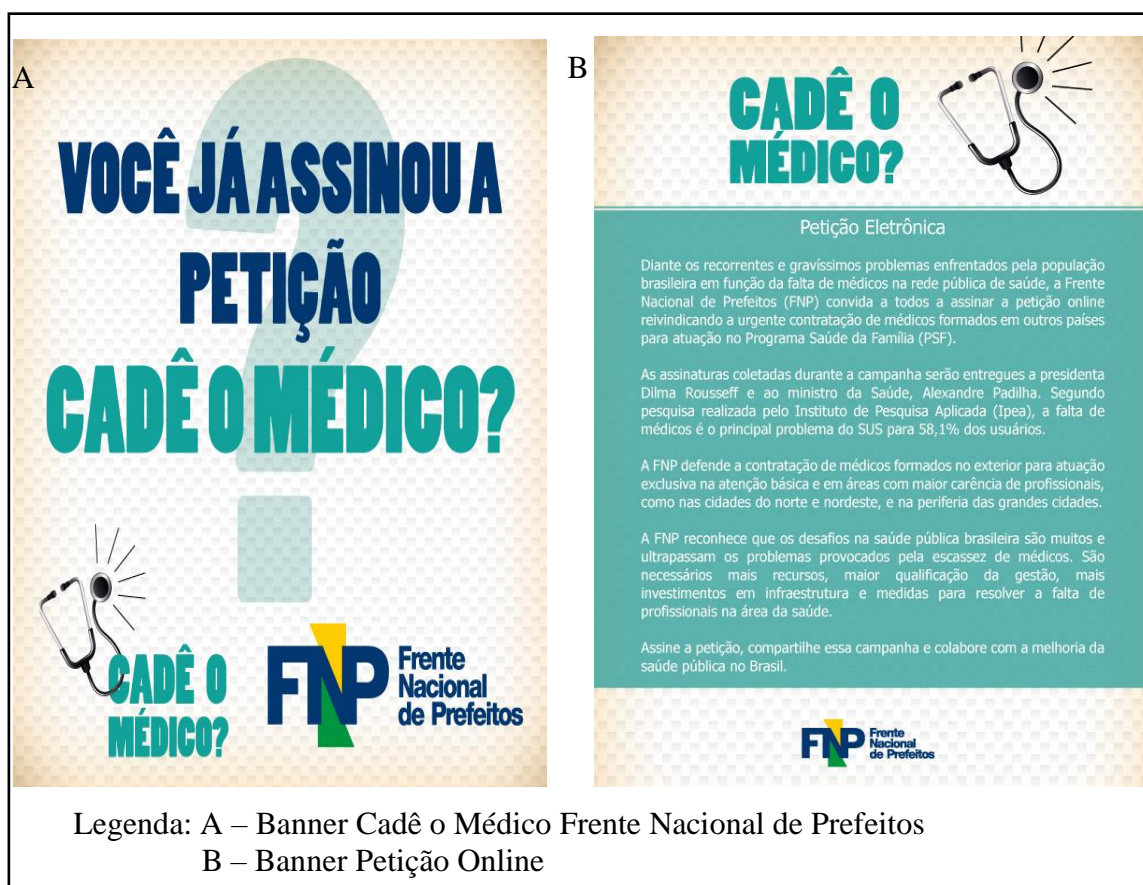
Dados do Ministério da Saúde apontam que neste ano, o Brasil tinha uma proporção de médicos por habitante significativamente inferior à necessidade da população e do SUS. Esses médicos estavam distribuídos no território de modo que as áreas e as populações mais pobres e vulneráveis eram as que contavam – proporcionalmente – com menos médicos. Somado a isso, o país formava menos médicos do que a criação anual de empregos na área nos setores público e privado. De 2002 a 2012, o total de médicos formados em todas as escolas do Brasil contemplou apenas 65% da demanda do mercado de trabalho, o déficit, neste período, atingiu o índice de 53 mil médicos (BRASIL, 2015a).

A proporção de médico por habitante no Brasil (1,8/1.000) era muito menor que a da Argentina (3,9); a de diversos países que também garantem sistemas de saúde universais



como Canadá (2,4), Reino Unido (2,7), Espanha (3,5) e Portugal (3,8); e menor também que a média dos 33 países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (3,1) (OECD, 2011).

Figura 01 - Banner petição online Cadê o Médico da Frente Nacional de Prefeitos



Fonte: Blog Cadê o Médico, 2013.

Diante desse quadro, o Programa recruta profissionais graduados no Brasil e fora do país, brasileiros e estrangeiros, para atuar nas áreas com maior necessidade de forma a garantir a essas populações o direito de acesso aos serviços de saúde. O PMM adotou também medidas visando intervir na formação de médicos no Brasil, desde a abertura de novas vagas de graduação e residência médica, até a reorientação da formação de médicos especialistas conforme as necessidades do SUS. Outro aspecto ainda presente no Programa foi o investimento na infraestrutura das UBS (BRASIL, 2013).

No primeiro momento os médicos estrangeiros de mais de 40 países, incluindo os profissionais cubanos que participam da cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), ocuparam quase 85% das vagas demandadas pelos municípios, a fase atual

mostra uma composição diferente. O número de médicos brasileiros participantes do PMM aumentou 44% no último ano. Em 2017 foram recebidos 1.375 profissionais brasileiros formados no exterior que aderiram ao último edital, somados àqueles com diplomas do país, são 8.316 brasileiros no Programa, o que representa 45,6% do total de médicos vinculados ao mesmo (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2017b).

Segundo dados do Ministério da Saúde (2017b), o PMM conta com 18.240 vagas em mais de quatro mil municípios e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), levando assistência para cerca de 63 milhões de brasileiros. Do total de médicos participantes, 47,1% são profissionais da cooperação com a OPAS, 45,6% brasileiros formados no Brasil ou no exterior e 4,16% são intercambistas estrangeiros, com as demais vagas a serem abertas para reposição.

Atualmente, os médicos vinculados ao Programa estão assim distribuídos: sete o Estado do Amazonas, 19 em Roraima, quatro no Pará, 117 no Amapá, 16 em Rondônia, 4 no Tocantins, 36 no Maranhão, 56 no Piauí, 45 no Ceará, 129 no Rio Grande do Norte, 10 na Paraíba, 34 no Pernambuco, 62 em Alagoas, 20 no Sergipe, 27 na Bahia, 23 em Minas Gerais, 139 no Espírito Santo, 59 no Rio de Janeiro, seis em São Paulo, três no Paraná, um em Santa Catarina, 151 no Rio Grande do Sul, 34 em Mato Grosso do Sul, um no Mato Grosso, 340 em Goiás, 16 no Distrito Federal e 16 nos DSEIs (AC, AM, PA, PE e SC) (BRASIL, 2017b).

Antes da criação do PMM, o governo brasileiro implantou duas primeiras ações para tentar enfrentar o problema da falta de médicos na AB, uma trata da possibilidade de um médico que se formou com o apoio do Fundo de Financiamento Estudantil (FIES), financiando parcial ou integralmente a mensalidade de estudantes que cursam graduação em escolas pagas, poderem abatê-la em função do tempo de atuação nas equipes da Estratégia de Saúde da Família nas áreas com maior necessidade de médicos apontadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a).

A outra ação foi uma chamada nacional para médicos, por meio do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), ofertando a possibilidade de trabalho supervisionado em regiões de extrema pobreza e periferias, com incentivo aos participantes de acréscimo na pontuação no processo seletivo da residência médica. Inicialmente esse Programa atraiu 380 médicos, mas com mudanças no seu desenvolvimento, que incluíram a oferta de especialização e o pagamento de bolsa para os profissionais participantes, a participação foi para mais de três mil médicos anualmente. Mesmo assim,

essas medidas não tiveram volume e abrangência necessária para enfrentar o problema a contento (BRASIL, 2011a).

O PMM é constituído por três grandes eixos, o primeiro se trata do Provedimento Emergencial, chamado na Lei de “Projeto Mais Médicos para o Brasil”, que tem o objetivo de promover na AB em regiões prioritárias do SUS, o aperfeiçoamento de médicos por meio de integração ensino-serviço, no qual durante um período determinado o profissional integra e atua em uma eSF. Outro eixo é o investimento na infraestrutura da rede de serviços básicos de saúde, nesse investimento estão associadas iniciativas como a informatização das UBS com o Plano Nacional de Banda Larga e a implantação do novo Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB), e a estratégia eSUS que inclui prontuário eletrônico para o conjunto dos profissionais de saúde (OLIVEIRA et al., 2015).

Por fim, o último eixo é o relacionado à formação médica no Brasil. Nele tem-se um conjunto de medidas estruturantes em médio e longo prazos. De um lado, faz com que a autorização para a criação de cursos de Medicina, públicos e privados, aconteça em função de critérios de necessidade social, sendo aplicado o mesmo princípio à residência médica, de seguir as necessidades do sistema de saúde brasileiro e, para isso, cria o Cadastro Nacional de Especialistas (OLIVEIRA et al., 2015).

Este eixo atende à necessidade por mudanças curriculares na formação dos profissionais de saúde, uma vez que busca avançar na superação da lógica racionalista cartesiana e do modelo flexneriano, dado que seus fundamentos não respondem mais às demandas do processo saúde-doença, instaurado para as populações que vivem situações de vulnerabilidade e de riscos. Assim, o desafio é tratar a saúde do indivíduo e não a doença, sendo o foco a promoção da saúde e a prevenção da doença, com participação do usuário no autocuidado, partindo-se de um paradigma determinista para outro reversível, no qual processos e atores evoluam e se autodefinam mutuamente em um movimento cíclico autorregulador (SILVA; LINS; CASTRO, 2016).

### 2.3 REFLEXÕES DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

No final do ano de 2015, 73% dos municípios brasileiros, em todos os estados, assim como o Distrito Federal, participavam do PMM. A adesão ao Programa é voluntária e a

solicitação de médicos é feita pelos municípios e analisada segundo uma combinação de critérios: necessidade, oferta já disponível e infraestrutura (BRASIL, 2015b).

A necessidade, no período de 2013 a 2015, foi calculada em função da quantidade de eSF sem médicos somadas àquelas necessárias para cobrir toda a sua população, dando prioridade maior à cobertura da população exclusivamente SUS, isto é, não coberta pela saúde suplementar. Para esse cálculo, estima-se a cobertura populacional que o município já possui por meio de consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e subtrai-se esse quantitativo da população total do município. Desta forma, obtém-se a quantidade de eSF ainda necessária para a população não coberta. Por fim, é avaliado se a estrutura das UBS existentes no município é suficiente para alocação desses profissionais (BRASIL, 2015b).

A prioridade para a locação deu-se em função de critérios que levam em conta tanto a vulnerabilidade da população e de grupos populacionais específicos, quanto a dos próprios municípios (BRASIL, 2015c). Desse modo, os municípios foram priorizados segundo seus percentuais de população em condição de extrema pobreza; do baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH); da localização em regiões pobres, como os Vales do Ribeira e do Jequitinhonha, o Semiárido; além dos critérios utilizados pelo Departamento de Atenção Básica para o repasse do Piso de Atenção Básica Fixo (BRASIL, 2011b). Somado a esses critérios, priorizaram-se, dentro dos municípios, as periferias de grandes cidades e os grupos populacionais indígenas, assentados rurais e quilombolas (BRASIL, 2015c).

No balanço de um ano de execução do Programa Mais Médicos, o Ministério da Saúde aponta que 95% dos beneficiados estão satisfeitos e que 86% dos entrevistados consideravam que a qualidade do atendimento melhorou, especialmente o tempo de duração das consultas. O PMM teria reduzido encaminhamentos a hospitais em pelo menos 20%, segundo dados inéditos da Pesquisa Nacional de Saúde. Houve impacto positivo entre pacientes com diabetes, com aumento de 45% de atendimentos, e entre os pacientes com hipertensão, implicando aumento de atendimentos em 5%. A pesquisa indica também que quanto maior era a cobertura oferecida pela atenção básica, menor era a proporção de internações de diabéticos e hipertensos (CEBES, 2014).

Através deste Programa, o Ministério da Saúde conseguiu em curto espaço de tempo, incluir no SUS e na AB mais de 18.000 profissionais em um espaço de dois anos. Ao longo desse período, estudos apontam que tem sido grande a influência destes profissionais no cotidiano da AB brasileira, principalmente por adotarem um padrão de responsabilidade

sanitária que lhes tem propiciado construir vínculo e interação com usuários (CAMPOS; PEREIRA, 2016).

## 2.4 O PMM E SEUS ENTRAVES JURÍDICO-OPERACIONAIS

Há muitas críticas por parte de algumas entidades da sociedade que colocam que os governantes estão criando duas medicinas no Brasil, uma para os pobres e outra para os ricos. Os primeiros têm que se contentar com médicos que chegam ao nosso país sem a revalidação do diploma, sem a comprovação de seus conhecimentos, e com a estrutura precária do SUS. Já os mais abastados são atendidos pelos profissionais competentes, fazendo uso dos últimos tratamentos da medicina e de tecnologia de ponta (GONÇALVES et al., 2014).

Outro aspecto também apontado pela crítica diz respeito à forma de contrato utilizada pelo governo, que se trata de um contrato ilegal, que é provisório (três anos, prorrogáveis por mais três), não contempla carteira assinada, Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), 13º salário, ou mesmo férias remuneradas (GONÇALVES et al., 2014).

Assim, este Programa produz um tipo de contratação que não gera vínculo empregatício de qualquer natureza, como se as atividades realizadas pelos profissionais a ele vinculados fossem formas de estágios e especializações profissionalizantes ou mesmo de intercâmbio para troca de conhecimentos e tecnologias, tentando empregar um contorno de legal a uma relação de trabalho que não garante direitos constitucionalmente assegurados a todo e qualquer trabalhador, seja ele brasileiro, seja ele estrangeiro, em território nacional (DI JORGE, 2013).

Outros questionamentos acerca do PMM são ainda levantados, como a potencial violação da isonomia, pois existem notícias de que o tratamento dispensado pelo Governo Federal ao médico cubano é inferior em acomodações, valores, ambiente e condições de trabalho diversos e em piores condições do que aqueles franqueados aos médicos, por exemplo, europeus. E, não menos agressivo à igualdade, o que tem despertado críticas específicas por parte da classe médica, é que o intercambista está dispensado da revalidação de seu diploma para atuação no Brasil, com a justificativa de que eles exercerão funções relativamente mais simples, que não exigiriam sua aprovação para exercício de profissão tradicionalmente regulada (DI JORGE, 2013).

Por fim, Campos (2013) coloca ainda que não há necessidade em estender-se o curso de medicina para oito anos, devendo ser realizada uma reforma do ensino médico, objetivando

formar médicos com formação generalista, em clínica e em saúde pública, com estágios práticos em todos os serviços do sistema, inclusive na AB. E que embora o Brasil necessite de mais médicos, de mais vagas nas faculdades de Medicina, não se faz necessário ampliar o número para dez mil, como propõe o governo, mas para algo entre três e quatro mil vagas. Nesse caso, o governo e o SUS deveriam apoiar a ampliação da rede de faculdades públicas, não estimulando a abertura de escolas privadas.

Diante do exposto, o êxito dessas iniciativas dependerá da continuidade da articulação interfederativa, de políticas regulatórias de Estado, bem como, do constante monitoramento e aprimoramento do Programa, que deve ser acompanhado da melhoria do gerenciamento e financiamento da AB (NEVES, 2013). Assim, é preciso alterar a formação e o modelo de atenção vigente, a fim de se obter resultados efetivos em longo prazo que assegurem práticas cuidadoras e satisfação aos usuários.

## ***CAPÍTULO 3***

---

### **ABORDAGEM TEÓRICA**

*Os governos têm responsabilidade pela saúde da sua população, implicando a adoção de medidas sanitárias e sociais adequadas. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década, deve ser a de que todos os povos do mundo atinjam até ao ano 2000, um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados de saúde primários constituem a chave para que essa meta seja atingida, através do desenvolvimento e do espírito da justiça social.*

*(Artigo V da Declaração de Alma-Ata)*

### 3.1 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A avaliação está presente em vários contextos da vida, seja no âmbito pessoal ou nas instituições. A concepção de avaliação deve valorizar a reflexividade e a participação dos diferentes atores nos processos avaliativos, sendo entendida como algo dinâmico, em constante interação com diferentes contextos e que extrapola o âmbito governamental e as regras formais, consolidando-se em ações e práticas sociais (MATTOS; BAPTISTA, 2015).

O campo da avaliação comporta uma multiplicidade de possibilidades de recortes do real, formas de definir abordagens, dimensões e atributos para as práticas avaliativas, que refletem, em alguma medida, as escolhas teóricas e pontos de vista dos diferentes atores implicados que correspondem às suas posições no campo e espaços a que pertencem, como à sua formação intelectual, visão crítica e trajetória social (VIEIRA-DA-SILVA; FORMIGLI, 2005).

A história moderna da avaliação sistemática das intervenções sociais começa no século XVIII, na Grã-Bretanha e na França, com as novas correntes ideológicas e filosóficas que serviram de base ao pensamento científico moderno, levando assim a multiplicação e o refinamento dos métodos de pesquisa social e a implementação de transformações sociais, políticas, econômicas e culturais (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011). No entanto, a avaliação se instituiu como prática e estratégia de governos no período após a Grande Depressão nos Estados Unidos até a Segunda Grande Guerra Mundial (WORTHEN; SANDERS; FITZPATRICK, 2004).

Nesse contexto, a avaliação surge como um mecanismo que visava acompanhar as políticas públicas implementadas e equacionar os problemas sociais existentes (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010). Assim, além de se definir também como um campo de conhecimento, com a busca de aportes científicos que lhe dessem sustentação e credibilidade, a avaliação se consolidou como uma prática de intervenção política do Estado, nos sistemas, serviços, programas e projetos político-sociais. No decorrer dos anos, o campo se expandiu e passou por muitas transformações, incorporando influências dos distintos campos do saber, como as ciências sociais, a economia, a pesquisa clínica e epidemiológica e o direito. Com isso, configurou-se em seu âmbito um conjunto diverso de tendências e abordagens norteadoras (MATTOS; BAPTISTA, 2015).

Para Guba e Lincoln (1989), a história da avaliação coincide com o que denominaram de gerações: a primeira, tem como ênfase a construção e a aplicação de instrumentos de



medidas para avaliar os beneficiários de uma intervenção; a segunda, é voltada para a descrição da intervenção, marcando o surgimento da avaliação de programas; a terceira, apoia-se no julgamento de mérito e do valor de uma intervenção para ajudar na tomada de decisões; e a quarta, se refere à negociação entre os atores interessados e envolvidos na avaliação.

As abordagens e modos de avaliar presentes em cada geração se complementam em diferentes estudos na atualidade, o quer dizer que convivem muitas vezes numa mesma proposta de avaliação. Assim, a perspectiva que compreende a negociação entre atores interessados e envolvidos (quarta geração) pode estar presente juntamente com as visões da avaliação que têm como ênfase o julgamento do mérito (terceira geração), com a descrição da intervenção a ser avaliada (segunda geração) ou mesmo com a mensuração de efeitos mais finalísticos (primeira geração), num arranjo de estratégias para compor a abordagem avaliativa, a fim de responder a uma ou mais perguntas avaliativas. Aqui, deve-se ressaltar que existe de forma consensual o reconhecimento de que a avaliação envolve necessariamente um julgamento, uma atribuição de valor ou mérito, uma medida de sucesso ou não de uma política ou programa público (MATTOS; BAPTISTA, 2015).

Assim, o ato de julgar na avaliação precisa levar em consideração critérios e parâmetros reconhecidos pelos interessados como confiáveis, sendo a prática do julgamento que evidencia o caráter de não-neutralidade na avaliação, pelas implicações subjetivas e por permitir a ressignificação de elementos que ajudam a consubstanciar o parecer dado. Partindo desse pressuposto, é preciso que sejam definidos critérios e padrões de julgamento, que contemplem uma negociação entre os principais interessados na intervenção e na avaliação, para que os resultados da mesma possam melhor orientar os usuários, profissionais, gestores e outros interessados (CRUZ; REIS, 2011).

Dentre os principais desafios e debates presentes no campo da avaliação em saúde é que as ações e práticas de saúde têm natureza social e histórica, podendo o objeto da avaliação ser modificado em função do tempo e do contexto; e que a própria pesquisa transforma o objeto avaliado naquilo que faz parte da sua essência, tomado e problematizado no processo de avaliação. Outro desafio a ser considerado é a dimensão subjetiva da avaliação a despeito de um julgamento sobre uma dada intervenção, devendo-se ter em mente que qualquer juízo de valor está orientado por uma visão de mundo do sujeito da pesquisa (ARREAZA; MORAES, 2010).

Segundo Donabedian (1982), a avaliação em saúde pode se debruçar sob três aspectos constituintes dos serviços: a estrutura, o processo e os resultados. A área de estrutura corresponde aos recursos utilizados, aqui incluídos, os físicos (planta e equipamento), recursos humanos, materiais, instrumental normativo e administrativo e mesmo as fontes de financiamento. A área de processo implica as atividades relativas à utilização de recursos, nos seus aspectos quantitativos e qualitativos e, finalmente, os resultados correspondem às consequências da atividade do estabelecimento de saúde ou do profissional em análise, para a saúde dos indivíduos ou das populações.

Assim, avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes. Devendo ser ressaltado que este julgamento não se dá de forma empírica, sendo pautado pela aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa). A pesquisa avaliativa trata de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). Esta será melhor tratada a seguir, por ser o foco do estudo.

Neste contexto, Sousa e Silva (2015), realizaram um estudo avaliativo na cidade de Boqueirão, na Paraíba, utilizando entrevistas, questionários, pesquisa de campo e pesquisa documental, a fim de investigar as percepções e avaliações dos atores sociais envolvidos com a implantação do Programa Mais Médicos, assim como de seus beneficiários. Os achados dos autores revelaram que, embora tenham sido verificadas condições precárias de infraestrutura, a avaliação do Programa foi positiva, pois garantiu o acesso das populações de baixa renda a profissionais médicos na AB por um tempo contínuo.

Uma outra pesquisa avaliativa, realizada por Collar, Neto e Ferla (2015), apontou que o PMM possibilita uma maximização tanto dos cuidados nas práticas em saúde, de forma igualitária, quanto do desenvolvimento de agentes que coloquem em prática elementos dos direitos humanos, sejam eles gestores, profissionais ou usuários.

Diante do exposto, o uso e a utilização das informações produzidas na avaliação de políticas e programas, seja para ajustes na implementação ou para formulação de novas políticas, é que pode vir a promover a mudança social desejada (PATTON, 1997). Desse modo, os achados de uma avaliação podem ter implicações tanto para continuidade e revisão das ações que estão sendo avaliadas, quanto para fornecer aos diversos parceiros informações

para ajustar a intervenção. Esses achados também podem ser úteis para outros programas, contribuindo para a implantação/ implementação de processos ou propostas similares (ALMEIDA; BÁSCOLO, 2006).

### 3.2 PESQUISA AVALIATIVA

A pesquisa avaliativa expressa o julgamento de práticas sociais, buscando responder perguntas sobre as mesmas, que a literatura especializada ainda não dispõe de resposta, através de metodologia científica. O campo da avaliação se depara com uma enorme diversidade metodológica e conceitual. Esse fato se dá por duas razões principais: o estágio incipiente e a abrangência da mesma. Assim a escolha do método será guiado pelos atributos que se pretende avaliar (VIEIRA-DA-SILVA; FORMIGLI, 2005).

A mesma pode ser apreendida como a aplicação sistemática de procedimentos oriundos das ciências sociais para fazer julgamentos sobre os programas de intervenção, analisando as bases teóricas, o processo operacional e a implementação dos mesmos em sua interface com o contexto no qual os constituem. Conforme as perspectivas dos diferentes atores envolvidos no programa, as estratégias da pesquisa avaliativa podem desdobrar-se na análise estratégica de implantação, de desempenho e dos efeitos das ações (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Dessa forma, a pesquisa avaliativa avança na perspectiva analítica, mais relacional entre o problema, a intervenção, os objetivos da intervenção, os recursos, as atividades, os efeitos e o contexto no qual a intervenção encontra-se inserida. É classificada em seis tipos: 1) *análise estratégica*, que busca julgar a pertinência, isto é, se há adequação estratégica entre a intervenção e o problema que a originou; 2) *análise lógica*, que aborda os fundamentos teóricos, avaliando se há conformidade entre os objetivos da intervenção e os meios empregados para atingi-los; 3) *análise da produtividade*, que observa a relação entre os recursos utilizados e os serviços produzidos; 4) *análise do rendimento*, que relaciona a utilização dos recursos e os efeitos alcançados, ou seja, a eficiência; 5) *análise dos efeitos*, que estuda a influência dos serviços sobre o estado de saúde de quem os utiliza; 6) *análise da implantação*, que trata das relações entre a intervenção e o contexto no qual se situa (SAMICO et al., 2010).

A análise dos efeitos, aqui escolhida para o presente estudo, busca analisar a eficácia produzida por determinado programa/política que está sendo avaliado/a, subsidiando o processo de tomada de decisão, apontando para a continuação, ampliação ou finalização da intervenção. Analisa as consequências da intervenção, seus resultados sociais esperados e não esperados, sendo importante considerar seus efeitos desejáveis, mas também os efeitos não desejados (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

O conceito de eficácia não tem um sentido absoluto, devendo ser qualificado em virtude do contexto no qual a pesquisa é feita, do procedimento escolhido, da natureza da intervenção avaliada e da finalidade do exercício da avaliação. Assim, há a *eficácia teórica*, encontrada no contexto da pesquisa de laboratório; a *eficácia dos ensaios*, que é medida nos ensaios clínicos randomizados; a *eficácia de utilização*, que é aquela utilizada para analisar os resultados de uma intervenção, em um contexto natural, sobre os indivíduos que dela se beneficiaram; e a *eficácia populacional*, que considera os efeitos de uma intervenção não somente para aqueles que beneficiaram-se dela, mas também para toda a população a quem a intervenção era destinada (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Assim, a análise dos efeitos considera os efeitos externos para a população-alvo e também eventualmente para as outras populações não visadas diretamente pela intervenção, devendo ser analisados não somente os produzidos a curto, mas também os de longo prazo.

## ***CAPÍTULO 4***

---

### **ASPECTOS METODOLÓGICOS**

*Os Estados Partes no presente Pacto reconhecem o direito de todas as pessoas de gozar do melhor estado de saúde física e mental possível de atingir. As medidas que os Estados Partes no presente Pacto tomarem com vista a assegurar o pleno exercício deste direito deverão compreender as medidas necessárias para assegurar: a diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o são desenvolvimento da criança; o melhoramento de todos os aspectos de higiene do meio ambiente e da higiene industrial; a profilaxia, tratamento e controlo das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras; e a criação de condições próprias a assegurar a todas as pessoas serviços médicos e ajuda médica em caso de doença.*

*(Artigo 12.º do Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais)*

#### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, possuindo uma natureza qualitativa e quantitativa, tendo como base teórica a Avaliação em Saúde, uma vez que se dedica a analisar uma dada política pública. Sendo um estudo avaliativo do tipo pesquisa avaliativa, em que segundo Contandriopoulos (1997), é permitido ao pesquisador emitir juízo de valor acerca de determinada intervenção, que passa a ser denominada de “prática social” com o ajuste feito por Vieira-da-Silva e Formigli (2005).

Optou-se por trabalhar com estudo avaliativo do tipo análise dos efeitos, já que estuda a influência dos serviços sobre o estado de saúde de quem os utiliza, de forma a analisar sua eficácia. Neste método, são estabelecidos critérios, indicadores e parâmetros ou padrões necessários para a avaliação, os quais são dispostos em matrizes que auxiliam na análise e interpretação das informações. Estas matrizes são denominadas de matrizes de análise, sendo aqui utilizada a matriz de julgamento também chamada de matriz final da avaliação, que é constituída por critérios, indicadores e padrões, incluindo o mérito alcançado pelo programa avaliado (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010; ALVES et al., 2010; NATAL et al., 2006).

Foi utilizada como exemplo de matriz de julgamento a criada por Figueiró e Cazarin (2010) para o Programa Nacional de Controle da Dengue. Esta matriz apresenta os seguintes elementos: pontuação máxima esperada; descrição do valor ou ponto de corte; valor observado; valor atribuído; e julgamento segundo o valor atribuído, que pode ser em três ou quatro estratos, sendo aqui adotado o de três estratos.

A utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa no presente estudo traz uma perspectiva de superação deste debate dicotômico, uma vez que o mais relevante é a construção do objeto e a mobilização de todas as técnicas possíveis para analisá-lo, permitindo assim recolher mais informações do que se poderia conseguir isoladamente, garantindo maior fidedignidade frente à análise de uma realidade complexa (VIEIRA-DA-SILVA; FORMIGLI, 2005).

Desse modo, foi utilizada a triangulação de métodos como uma estratégia de diálogo capaz de apreender as dimensões qualitativas e quantitativas do objeto, atendendo tanto os requisitos do método qualitativo, ao garantir a representatividade e a diversidade de posições dos grupos sociais que formam o universo da pesquisa, quanto às ambições do método quantitativo, ao propiciar o conhecimento da magnitude, cobertura e eficiência do programa sob estudo (MINAYO, 2005).

Partindo desse pressuposto, os dados foram analisados a partir das entrevistas realizadas, da produtividade alcançada em um período de seis anos, e da construção de matrizes de julgamento. Dessa forma, buscou-se fazer uma avaliação do efeito alcançado pelo PMM, embasada na análise da produção e na opinião da comunidade assistida.

#### 4.2 CAMPO E CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Jequié, situado na região sudoeste do Estado da Bahia, distando 364 km da capital, Salvador, entre a zona da mata e a caatinga, tendo por isto um clima quente e úmido. Possui uma área total de 3.227,343 km<sup>2</sup>, com uma população estimada de 161.528 habitantes (IBGE, 2015).

No período de coleta de dados do estudo, que ocorreu entre os meses de maio e agosto de 2017, existiam implantadas 27 eSF distribuídas em 18 USF, sendo duas na zona rural e as demais na zona urbana (CNES, 2015).

As eSF foram selecionadas tomando-se como critério de inclusão o fato de possuírem profissional médico vinculado por meio do PMM. Dessa forma, foram selecionadas 11 equipes: USF Dr. Amando Borges I e II, USF Dr. Aurélio Schiarreta II, USF Dr. João Caricchio Filho, USF Giserlando Biondi I, USF Idelfonso Guedes, USF Dr<sup>a</sup>. Isa Cléria Borges I, USF Padre Hilário I, USF Senhorinha Ferreira e USF Virgílio de Paula Tourinho I e II.

#### 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram usuários adscritos nas eSF selecionadas, que estavam presentes na unidade de saúde aguardando atendimento no momento da visita do pesquisador, e que aceitaram participar da entrevista após convite, sendo selecionados de forma totalmente aleatória. Não houve ênfase para a amostragem numérica, mas sim ao aprofundamento e a amplitude da compreensão do fenômeno estudado. Foi tomado como referência o critério de saturação, que se refere ao conhecimento formado pelo pesquisador de que foi atingida a lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo (MINAYO, 2010). Partindo dessa premissa, foram realizadas 30 entrevistas, distribuídas entre as 11 equipes apontadas no estudo.

#### 4.4 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em concordância com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/ Ministério da Saúde (MS), que aborda os critérios para a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012b).

Antes de adentrar no campo de pesquisa, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UESB (CEP/UESB) e, somente após aprovação sob CAAE 58813016.4.0000.0055 e parecer nº 1.770.394/ 2016 (ANEXO A), é que se deu início à coleta dos dados.

Assim, após a aprovação do CEP/UESB, foi encaminhada a carta de apresentação da coordenação do Curso de Pós-Graduação Stricto Sensu à Secretaria Municipal de Saúde para que fosse emitida uma autorização para a coleta de dados nas USF. Após a autorização da Diretoria do Departamento de Assistência à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, a coleta foi iniciada.

Os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e à metodologia proposta, bem como o direito de acesso aos dados colhidos, se desejassem. Ao aceitarem participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B), do qual receberam uma cópia, enquanto outra foi arquivada pelos pesquisadores. Com a finalidade de manter o anonimato, a identificação dos sujeitos ocorreu no decorrer da pesquisa utilizando-se a letra “E” de Entrevistado, acompanhada do número da entrevista, como exemplo: E1, E2, E3.

#### 4.5 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Inicialmente foi realizado o contato com o Secretário de Saúde, que autorizou a coleta e dirigiu o pesquisador à Coordenação da AB. A mesma emitiu um ofício de encaminhamento às unidades de saúde selecionadas, endereçado às enfermeiras, então coordenadoras das unidades. Paralelo a isso, o pesquisador foi também direcionado ao responsável pelo sistema de informação em saúde para proceder à coleta dos dados secundários.

A coleta de dados ocorreu no período de maio a agosto de 2017 e para responder aos objetivos do estudo utilizou-se dados de fontes primárias e secundárias, sendo todos os dados coletados pela própria pesquisadora.



#### **4.5.1 Coleta de dados primários**

Inicialmente foi realizado o teste piloto a fim de validar o roteiro da entrevista (APÊNDICE A). Em seguida foi realizada a coleta de dados primários através da entrevista semiestruturada com usuários adscritos nas eSF selecionadas. Para tanto, foi utilizado o gravador e o roteiro ora testado para facilitar a comunicação entre o pesquisador e os atores sociais. Ressalta-se que o roteiro deve servir de orientação para a interlocução, devendo proporcionar flexibilidade, o que contribuirá com o surgimento de outras questões relevantes (MINAYO, 2010).

As entrevistas foram realizadas nas dependências das Unidades de Saúde da Família, em uma sala reservada, a fim de proporcionar um ambiente tranquilo, com poucos ruídos, além de permitir que o entrevistado se sinta seguro, sendo garantido o sigilo das informações fornecidas. As falas foram transcritas na íntegra e identificadas pela letra “E” de Entrevistado, acompanhada do número da entrevista.

#### **4.5.2 Coleta de dados secundários**

Os dados secundários foram obtidos junto à Secretaria Municipal de Saúde referente aos indicadores de saúde produzidos nas equipes de saúde da família selecionadas, nos anos de 2011 a 2016, através do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)/ Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) e do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS), com dados do Boletim de Produção Ambulatorial consolidado (BPA-c). Este recorte temporal foi definido com o intuito de abranger um período anterior à implantação do Programa (2011 a 2013) e um posterior (2014 a 2016), para possibilitar a avaliação do impacto gerado pelo mesmo.

### **4.6 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS**

#### **4.6.1 Tratamento dos dados das fontes primárias**

Os dados qualitativos, obtidos por meio das entrevistas foram transcritos na íntegra e analisados de acordo com a Técnica de Análise de Conteúdo Temática ou categorial. Segundo Bardin (2011), a análise de conteúdo possui como função primordial o desvendar crítico,

sendo um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados, visando obter indicadores (quantitativos ou não) que permitam inferência de conhecimentos relativos às condições de recepção das mensagens analisadas.

Operacionalmente, a Análise Temática de Conteúdo, desdobra-se nas seguintes fases: 1ª fase ou pré-análise: realização de leitura flutuante permitindo uma familiarização com o conteúdo, iniciando-se a construção do corpus, composto por representar os documentos necessários para a análise; 2ª fase de exploração do material: conclusão da preparação do material para análise, constituição do *corpus*, utilizando os meios eletrônicos e bibliográficos; 3ª fase de tratamento e análise: os resultados obtidos nas etapas anteriores permitiram a descrição dos achados da pesquisa, expresso quantitativamente e qualitativamente, com a categorização e interpretação dos dados (BARDIN, 2011).

Desta análise emergiram 6 categorias e 23 subcategorias, sendo elas apresentadas no quadro a seguir.

**Quadro 01** - Categorias e Subcategorias que emergiram das entrevistas por meio da Análise de Conteúdo Temática. Jequié-BA, 2018

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO	Ausência de Mudanças no Serviço
	Falta de informação acerca da organização do serviço
	Melhoria da atenção oferecida na unidade
IMPORTÂNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE COMPLETA	Resolutividade na atenção à saúde
	Trabalho em equipe
	Ênfase no profissional médico
ACESSO AO SERVIÇO	Dificuldade de Acesso à Consulta Médica
	Dificuldade de Acesso a Exames/ Procedimentos/ Medicamentos
	Dificuldades relacionadas à Gestão Municipal em Saúde
	Facilidade de Acesso à Consulta Médica
ENTENDIMENTO SOBRE O PROGRAMA MAIS MÉDICOS (PMM)	Desconhecimento
	Aumento na quantidade de profissionais médicos
	Médicos provenientes de outros países
OPINIÃO ACERCA DO PMM	Facilita o acesso à consulta médica
	Aumento da oferta de médicos no Brasil
	Estabelecimento de vínculo entre profissional e usuário
	Priorizar a contratação de médicos brasileiros

OPINIÃO ACERCA DO PMM	Aumento de custos para o Brasil
	Não aprovação
ATENDIMENTO DO PROFISSIONAL MÉDICO	Atende bem
	Facilidade na comunicação
	Dificuldade na comunicação
	Preferência pelo profissional anterior

Fonte: Dados da Pesquisa, 2017.

#### 4.6.2 Tratamento dos dados das fontes secundárias

Os dados quantitativos, obtidos por meio do SIAB/ SISAB e do SIA-SUS (BPA-c) foram categorizados, compilados e tabulados no programa Excel, e analisados estatisticamente por meio do Software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) - versão 21.0, sendo realizada análise descritiva das variáveis utilizando frequências absoluta e relativa e apresentadas sob a forma de gráficos de barras e de linhas.

Foram analisados os indicadores do recorte temporal de seis anos, três antes do PMM e três após a implantação do Programa, para fins de comparação, sendo eles: número de atividades educativas; número de consultas médicas; de consultas de puericultura; de consultas de pré-natal; de consultas de puerpério; número de atendimento domiciliar; de atendimento de urgência; de consultas ao paciente curado de tuberculose; e número de consultas com identificação de casos novos de tuberculose.

#### 4.6.3 Triangulação dos dados

Os dados das diversas fontes foram triangulados a fim de possibilitar a análise dos efeitos ocasionados pelo Programa em estudo. Para tanto, foi realizada uma associação dos dados quantitativos e qualitativos advindos das entrevistas e da produtividade das equipes selecionadas.

As evidências observadas foram lançadas em duas matrizes de julgamento, uma contendo os dados qualitativos e outra os quantitativos, tendo sido utilizado como parâmetro a matriz elaborada para o Programa Nacional de Controle da Dengue, elaborada por Figueiró e Cazarin (2010). Estas matrizes reforçam o produto final da avaliação do Programa estudado, de modo a consolidar o resultado da pesquisa, contribuindo para subsidiar o processo de tomada de decisão que pode ser alavancado a partir daí.

Assim, com base nas respectivas pontuações dos critérios emitidas a partir das entrevistas aos usuários e dos indicadores produzidos pelas equipes, foi possível classificar o grau de implantação do PMM no município estudado. Utilizou-se como parâmetros de desempenho as seguintes classificações: de 66,6% a 100% - implantação satisfatória ou plena; de 33,3% a 66,6% - implantação parcial, média; e de 1% a 33,3% - implantação incipiente (ALVES et al., 2010).

## ***CAPÍTULO 5***

---

### **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

*Com o fim de criar condições de estabilidade e bem estar, necessárias às relações pacíficas e amistosas entre as Nações, baseadas no respeito ao princípio da igualdade de direitos e da autodeterminação dos povos, as Nações Unidas favorecerão: níveis mais altos de vida, trabalho efetivo e condições de progresso e desenvolvimento econômico e social; a solução dos problemas internacionais econômicos, sociais, de saúde e conexos; a cooperação internacional, de caráter cultural e educacional; o respeito universal e efetivo raça, sexo, língua ou religião.*

*(Artigo 55 do Capítulo IX da Carta da ONU)*

Os resultados da pesquisa apresentados neste capítulo serão expostos no formato de dois artigos científicos elaborados segundo as normas dos periódicos selecionados para submetê-los.

Os temas abordados nos artigos contemplam os objetivos propostos no estudo, possibilitando avaliar o impacto do Programa Mais Médicos para a Estratégia de Saúde da Família no município de Jequié-BA.

Sendo assim, o primeiro artigo, *Avaliação do Programa Mais Médicos: avanços e desafios para a atenção básica*, responde aos seguintes objetivos específicos: Analisar indicadores de saúde produzidos na Estratégia de Saúde da Família entre os anos de 2011 a 2016, no município de Jequié-Ba; e Identificar os desafios enfrentados pelo PMM para sua efetivação junto à atenção básica.

O segundo artigo, intitulado *O Programa Mais Médicos sob o olhar dos usuários: uma pesquisa avaliativa* atende ao seguinte objetivo específico: Investigar a opinião da comunidade acerca do Programa.

## 5.1 MANUSCRITO 01: AVANÇOS E DESAFIOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA A ATENÇÃO BÁSICA

O manuscrito foi submetido à Revista Panamericana de Salud Publica.

## AVANÇOS E DESAFIOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA A ATENÇÃO BÁSICA

### ADVANCES AND CHALLENGES OF THE BRAZIL'S MORE DOCTORS PROGRAM THE PRIMARY CARE

Priscila Meira Mascarenhas Padre<sup>1</sup>

Ismar Eduardo Martins Filho<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Departamento de Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Campus Universitário de Jequié-BA Brasil.

<sup>2</sup>Professor do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Departamento de Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Campus Universitário de Jequié-BA Brasil.

#### RESUMO

**Objetivos:** analisar os indicadores de saúde produzidos na estratégia de saúde da família de 2011 a 2016, comparando o antes e depois da implantação do Programa Mais Médicos; e identificar os desafios enfrentados pelo Programa para sua efetivação.

**Métodos:** pesquisa avaliativa, do tipo análise dos efeitos. Realizou-se entrevista semiestruturada com 30 usuários da estratégia de saúde da família e levantamento dos indicadores de saúde de um município do interior baiano através dos sistemas de informação em saúde com recorte temporal de seis anos (2011 a 2016). Os dados das entrevistas foram analisados com base na técnica de análise de conteúdo temática e foi realizada análise estatística por meio do software *Statistical Package for the Social Sciences* para os indicadores em saúde.

**Resultados:** a avaliação do referido Programa foi positiva, pois produziu mudanças significativas na assistência em saúde, reduzindo as desigualdades de acesso à atenção

primária com ampliação do número de atendimentos aos diversos grupos populacionais; além de possibilitar o estabelecimento de vínculo entre o profissional médico e os usuários.

**Conclusão:** apesar dos avanços advindos do Programa Mais Médicos, ainda existem entraves que precisam ser superados na atenção básica, como a melhoria dos investimentos que assegurem maior acessibilidade e resolutividade ao serviço.

**Palavras-chaves:** medicina de família e comunidade; integralidade em saúde; serviços de saúde

## **ABSTRACT**

**Objective:** to analyze the health indicators produced in the family health strategy from 2011 to 2016, comparing before and after the implementation of the *Mais Médicos* Program; to identify the challenges faced by the Program for its implementation.

**Method:** evaluative research, of the analysis of effects type. A semi-structured interview was conducted with 30 users of the family health strategy and survey of the health indicators of a city in the interior of Bahia through health information systems with a six-year time cut. Data from the interviews were analyzed based on the thematic content analysis technique and statistical analysis was performed using Statistical Software Package for the Social Sciences for health indicators.

**Results:** the evaluation of this Program was positive, as it produced significant changes in health care, reducing the inequalities in access to primary health care, with an increase in the number of care provided to different population groups; besides enabling the establishment of a link between the medical professional and the users.

**Conclusion:** despite the advances made by the *Mais Médicos* Program, there are still obstacles that must be overcome in primary care, such as the improvement of investments that ensure greater accessibility and resolution to the service.

**Keywords:** family and community medicine; integrality in health; health services



Os países que adotam sistemas de saúde de caráter universal têm a Atenção Primária à Saúde (APS) como base constitutiva e prioritária nas agendas das políticas de saúde. No contexto brasileiro, a APS configura-se como um dos centros do debate sobre os desafios para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), ao apresentar-se como reorientadora do modelo de atenção e constituir-se como a porta de entrada preferencial do sistema, de modo a ordenar o acesso com equidade, além de garantir universalidade, com qualidade e em tempo oportuno (1).

Nessa direção, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modo prioritário de organização da Atenção Básica (AB), porém sua cobertura apresentou crescimento mínimo nos últimos anos, em grande parte decorrente da dificuldade dos gestores municipais em atrair e fixar médicos nas equipes de saúde da família (eSF) (2).

Estudos demonstram que enquanto as capitais das 27 unidades da federação possuem 55,24% dos registros de médicos, todos os municípios (excluindo-se as capitais) reúnem 44,76% destes profissionais. As capitais detêm uma razão de 4,84 por 1.000 habitantes, taxa que no interior diminui bruscamente para 1,23 médico por 1.000 moradores. O Brasil possui uma média de 2,1 médicos por 1.000 habitantes estando abaixo da taxa recomendada pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) – (3,2 médicos por 1.000 habitantes) (3).

Nessa perspectiva, em 22 de outubro de 2013, foi criado o Programa Mais Médicos (PMM) pela Lei Federal nº 12.871, possuindo três eixos prioritários: provimento de médicos brasileiros e estrangeiros em municípios com áreas de vulnerabilidade; investimentos em unidades básicas de saúde; e mais vagas e cursos de medicina baseados em diretrizes curriculares revisadas (4). Ressalta-se que o primeiro eixo possui caráter emergencial para

atender o problema imediato da carência de médicos, enquanto se aguardam os efeitos das medidas estruturantes.

Diante do exposto, a relevância do estudo está direcionada ao fato de que o PMM é uma importante política pública de provimento de recursos humanos para a área da saúde e de reformulação da formação e do trabalho médico no país, e para tanto, avaliar o impacto produzido pelo mesmo e as repercussões daí advindas, certamente contribuirá para o fortalecimento da APS e conseqüentemente para o SUS.

Desse modo, o estudo possui como objetivos analisar os indicadores de saúde produzidos na ESF de 2011 a 2016, comparando o antes e depois da implantação do PMM; e identificar os desafios enfrentados pelo Programa para sua efetivação.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, resultado de uma dissertação de mestrado, tendo como base teórica a avaliação em saúde, pois se dedica a analisar uma política pública, conformando-se como uma pesquisa avaliativa, do tipo análise dos efeitos. Este tipo de pesquisa busca verificar a eficácia da intervenção em relação à solução ou não dos problemas que constituíram alvo da mesma (5).

A pesquisa envolveu 11 eSF do município de Jequié-BA, contemplando todas as equipes que possuíam o profissional médico vinculado através do PMM, de modo a permitir a avaliação do referido Programa para a ESF do município.

### **Coleta de dados**

Os dados primários (qualitativos) foram coletados a partir de entrevista semiestruturada que teve como participantes 30 usuários cadastrados nas referidas equipes, sendo maiores de 18 anos e que estivessem presentes na unidade no momento da visita do pesquisador. A entrevista foi guiada por um roteiro com apoio de um gravador e mediante

assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os participantes foram identificados no texto pela letra “E” de Entrevistado, acompanhada do número da entrevista, como exemplo: E1, E2, E3.

Os dados secundários (quantitativos), por sua vez, foram coletados junto à secretaria municipal de saúde, através do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS), com dados do Boletim de Produção Ambulatorial consolidado (BPA-c). Esta coleta contemplou recorte temporal de 2011 a 2016, sendo assim definido com o intuito de abranger um período anterior à implantação do Programa (2011 a 2013) e um posterior (2014 a 2016), para possibilitar a avaliação do impacto gerado pelo mesmo.

O projeto de pesquisa foi encaminhado para análise e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), sob CAAE 58813016.4.0000.0055 e parecer nº 1.770.394/ 2016.

### **Análise dos dados**

Os dados primários foram analisados de acordo com a análise de conteúdo temática. Os dados secundários foram categorizados, compilados e tabulados no programa Excel, e analisados estatisticamente por meio do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) - versão 21.0, sendo realizada análise descritiva das variáveis utilizando frequências absoluta e relativa e apresentadas sob a forma de gráficos de barras e de linhas.

Além disso, a fim de realizar a triangulação dos dados, foi utilizada a matriz de julgamento, elaborada para verificar se determinado programa está sendo implantado conforme previsto, incluindo seu mérito (6).

## **RESULTADOS**

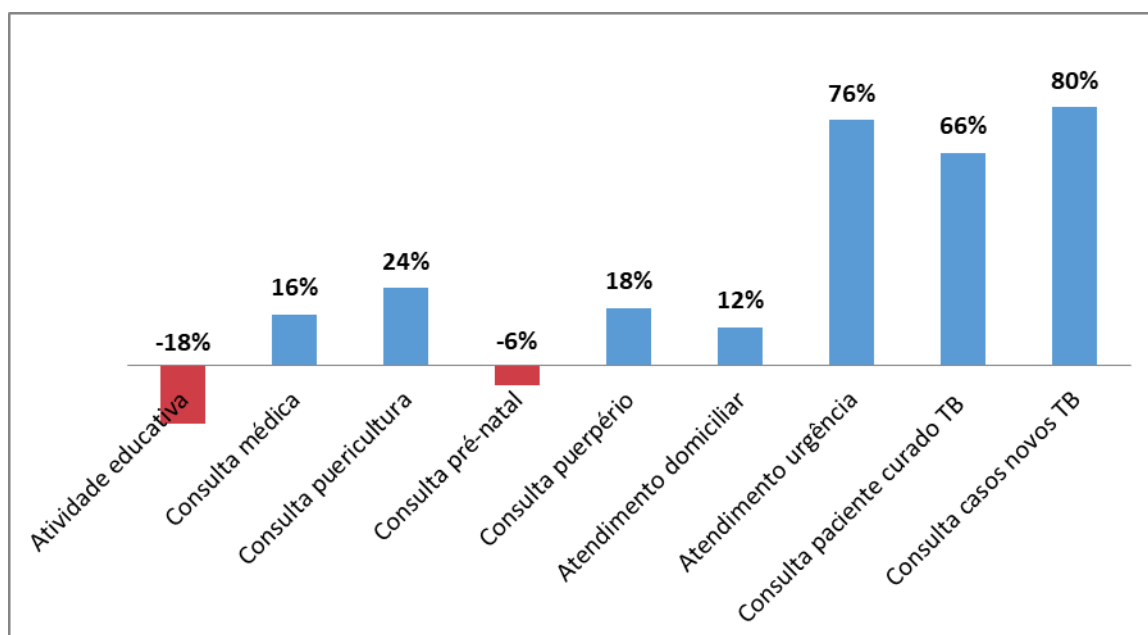
Da técnica de análise de conteúdo emergiram as seguintes categorias e subcategorias: *organização do serviço* (ausência de mudanças no serviço, falta de informação acerca da

organização do serviço, e melhoria da atenção oferecida na unidade); *importância da equipe de saúde completa* (resolutividade na atenção à saúde, trabalho em equipe, e ênfase no profissional médico); e *acesso ao serviço* (dificuldade de acesso à consulta médica, dificuldade de acesso a exames/ procedimentos/medicamentos, dificuldades relacionadas à gestão municipal em saúde, e facilidade de acesso à consulta médica).

Os indicadores de saúde extraídos do SIA-SUS foram: número de atividades educativas, de consultas médicas, de consultas de puericultura, de consultas de pré-natal, de consultas de puerpério, de atendimentos domiciliar, de atendimentos de urgência, de consultas ao paciente curado de tuberculose, e de consultas com identificação de casos novos de tuberculose. Estes foram selecionados por se referirem especificamente à produção médica.

No gráfico 01, apresentado a seguir, pode ser evidenciado o incremento ocorrido após o PMM, sendo verificado, no entanto, que houve um decréscimo em dois dos indicadores analisados (atividade educativa e consulta de pré-natal).

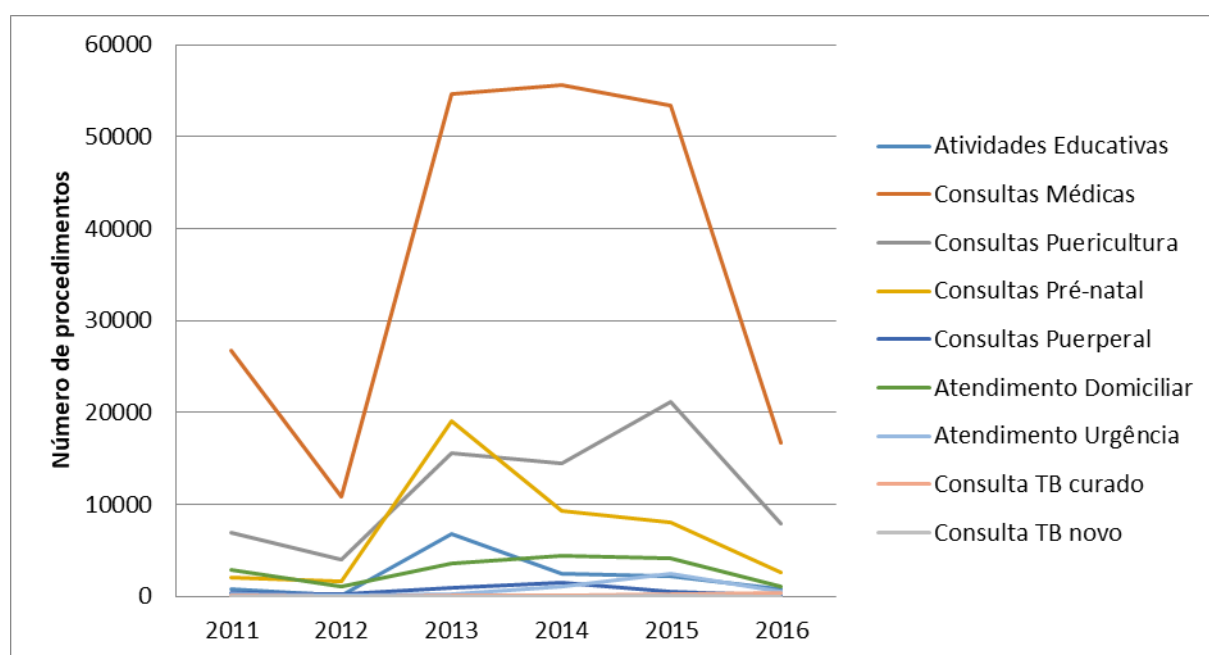
**Gráfico 01** – Evolução dos indicadores de saúde após o PMM. Jequié-BA, 2018.



Fonte: Dados da pesquisa

O gráfico 02, trazido abaixo, aborda os mesmos indicadores, porém apresentando a variação ao longo dos seis anos do estudo.

**Gráfico 02** – Distribuição dos indicadores de saúde entre os anos de 2011 a 2016. Jequié-BA, 2018.



Fonte: Dados da pesquisa

A matriz de julgamento, por sua vez, exposta a seguir no Quadro 01 (7, 8, 9), trata também da análise dos indicadores referidos acima, porém com uma abordagem própria da pesquisa avaliativa. Os valores são referentes ao ano de 2015, sendo que a escolha deste ano ocorreu devido a maior completude dos dados, além de ser o ano mais recente com dados disponíveis no Tabnet. A população estimada para base de cálculos foi de 161.528 habitantes (10).

Foi utilizado como parâmetro a matriz elaborada para o Programa Nacional de Controle da Dengue, em que para cada critério/indicador são apresentados os seguintes elementos: pontuação máxima esperada; descrição do valor ou ponto de corte; valor

observado; valor atribuído; julgamento segundo o valor atribuído. Aqui o julgamento adotado se deu em três estratos: de 66,6% a 100%, classificado como implantação satisfatória ou plena; de 33,3% a 66,6%, implantação parcial, média; e de 1% a < 33,3%, implantação incipiente (11).

**Quadro 01** – Matriz de julgamento do Programa Mais Médicos a partir dos indicadores. Jequié-BA, 2018.

<b>Crítérios/indicadores de processo</b>	<b>Padrão</b>	<b>Valor máximo esperado = 75 pontos</b>	<b>Descrição do valor ou ponto de corte</b>	<b>Observado</b>	<b>Valor alcançado (atribuído a partir do observado) = 65 pontos</b>	<b>Julgamento de acordo com o valor atribuído</b>
Atividade Educativa (AE) <sup>a</sup>	1 grupo/ quinzena (22 por ano (1 mês de férias) X 11 equipes de estudo = <b>242 atividades/ano*</b> )	10	<b>10 pontos</b> se o nº de AE for = ou > 90% do parâmetro esperado de <b>242</b> <b>0 pontos</b> < que 90%	Verificou-se o valor > 90% ( <b>909%</b> )	<b>10 pontos (2200 AE)</b>	Total de pontos do valor atribuídos/ pontuação máxima x 100 = 65/ 75 x 100 = <b>86,6%</b>
Consulta Médica (CM) <sup>a</sup>	84/ semana (84 x 48 sem (1 mês de férias) = 4032 por ano x 11 = <b>44352/ano*</b> )	10	<b>10 pontos</b> se o nº de CM for = ou > 90% do parâmetro de <b>44352</b> <b>0 pontos</b> < que 90%	Verificou-se o valor > 90% ( <b>120%</b> )	<b>10 pontos (53457 CM)</b>	
Consulta de Puericultura (CP) <sup>b</sup>	7 cons./ ano para RN < 2,5 kg (7 x 101 em 2015 = 707) 3 cons./ ano para RN > 2,5kg (3 x 902 em 2015 = 2706) 2 cons./ ano para crianças de 12 a 24 meses (2 x 14332 em 2015 = 28664) <b>Total</b> = 32077/ 32 unidades básicas do município x 11 = <b>11026/ano*</b>	10	<b>10 pontos</b> se o nº de CP for = ou > 90% do parâmetro de <b>11026</b> <b>0 pontos</b> < que 90%	Verificou-se o valor > 90% ( <b>192%</b> )	<b>10 pontos (21162 CP)</b>	
Consulta Pré-Natal (CPN) <sup>b</sup>	3 cons. médicas/ gestante/ ano (3 x 5722 em 2015 = 17166 por ano / 32 unidades do município x 11 = <b>5900/ano*</b> )	10	<b>10 pontos</b> se o nº de CPN for = ou > 90% do parâmetro de <b>5900</b> <b>0 pontos</b> < que 90%	Verificou-se o valor > 90% ( <b>136%</b> )	<b>10 pontos (8037 CPN)</b>	
Consulta Puerperal (CPu) <sup>b</sup>	1 cons. puerperal/ gestante/ ano (1x 5722 em 2015 / 32 unidades do município x 11 = <b>1967/ano*</b> )	05	<b>5 pontos</b> se o nº de CPu for = ou > 90% do parâmetro de <b>1967</b> <b>0 pontos</b> < que 90%	Verificou-se o valor < 50% ( <b>29%</b> )	<b>0 pontos (575 CPu)</b>	

Atendimento Domiciliar (AD)*	04/ semana (4 x 48 sem (1 mês de férias) = 192 por ano x 11 equipes = <b>2112 por ano</b> )	10	<b>10 pontos</b> se o número de atendimento domiciliar realizado for = ou > 90% do parâmetro esperado de <b>2112</b> <b>0 pontos</b> < que 90%	Verificou-se o valor > 90% <b>(195%)</b>	<b>10 pontos (4125 AD)</b>	<b>Implantação satisfatória ou plena</b>
Atendimento Domiciliar (AD) <sup>a</sup>	04/ semana (4 x 48 sem (1 mês de férias) = 192 por ano x 11 = <b>2112/ano</b> )	10	<b>10 pontos</b> se o n° de AD for = ou > 90% do parâmetro de <b>2112</b> <b>0 pontos</b> < que 90%	Verificou-se o valor > 90% <b>(195%)</b>	<b>10 pontos (4125 AD)</b>	
Atendimento de Urgência (AU) <sup>c</sup>	10/semana (12% do total de 84 consultas médicas previstas) (10 x 48 sem (1 mês de férias) = 480 x 11 = <b>5280/ano</b> )	05	<b>5 pontos</b> se o n° de AU for = ou > 90% do parâmetro de <b>5280</b> <b>0 pontos</b> < que 90%	Verificou-se o valor < 50% <b>(46%)</b>	<b>0 pontos (2445 AU)</b>	
Consulta paciente curado tuberculose (CPTB) <sup>b</sup>	1 a 2 cons./ano às pessoas com tuberculose (0,01% da população geral) a depender do esquema de tratamento (2 x 16 (0,01% da população de 2015) = 32/ 32 unidades x 11 = <b>11/ ano</b> )	10	<b>10 pontos</b> se o n° de CPTB for = ou > 90% do parâmetro de <b>11</b> <b>0 pontos</b> < que 90%	Verificou-se o valor > 90% <b>(2582%)</b>	<b>10 pontos (284 CPTB)</b>	

<sup>a</sup> Calculado a partir de parâmetros disponíveis em Ribeiro et al. (7);

<sup>b</sup> Calculado a partir de valores referenciais disponíveis em Brasil (8);

<sup>c</sup> Calculado a partir de parâmetros disponíveis em Brasil (9).

Fonte: Elaboração própria com base no exemplo obtido em FIGUEIRÓ; CAZARIN (11).



## DISCUSSÃO

O aumento observado na produção após o PMM a partir do gráfico 01 pode estar associado à adição do profissional médico à equipe de saúde. Levantamentos apontam que no Brasil entre agosto de 2013 e janeiro de 2016, a cobertura estimada da população atendida por eSF passou de 55,75% para 63,85%, o que representa um aumento de 14,4% (12).

De acordo com o relatório de auditoria do Tribunal de Contas da União de 2014, que estudou uma amostra de municípios comparando dois períodos (antes e depois da chegada do PMM), houve crescimento de 33% na média mensal de consultas nos municípios beneficiados pelo PMM, valor superior aos 14% de incremento nos municípios que não receberam médicos vinculados ao Programa. O mesmo relatório constatou também um aumento de 32% nas visitas domiciliares (13).

Com relação ao número de atividades educativas, em que houve um decréscimo, pode-se atribuir a um subregistro das informações, bem como às deficiências identificadas neste quesito. Pesquisas revelam que ainda são poucas as ações de promoção e prevenção à saúde, o que pode diminuir a efetividade no manejo de agravos e doenças, pois além de possibilitarem à vinculação dos usuários à AB, são estratégicas para produzir a autonomia dos sujeitos (14).

No que diz respeito ao número de consultas de pré-natal não ter aumentado, pode ser explicado possivelmente por um registro inadequado no sistema de informação do município em estudo, pois no ano de 2013 foi observado que em apenas uma eSF houve o registro de 10.629 consultas de pré-natal, destas, 10.272 em um único mês (agosto/ 2013), sendo que no mês anterior (julho/ 2013) foram registrados 87 consultas e no mês posterior (setembro/ 2013) apenas 59. Assim, a soma das consultas de pré-natal nos anos anteriores ao Programa foi maior que a dos anos posteriores, não sendo este um adequado indicador que possa contribuir para a avaliação do impacto gerado pelo PMM no referido município.

Vale ressaltar que o registro inadequado das informações é um entrave para o planejamento e organização dos serviços de saúde, bem como para a realização de trabalhos de pesquisa (15).

O gráfico 02 evidencia que houve um aumento geral nos indicadores a partir do ano de 2013, com declínio em 2016. A que se colocar que em 2012 foi grande a subnotificação, com ausência de registros em diversos meses deste ano. Em 2013 é observado um aumento dos indicadores, o que pode ser atribuído ao retorno da alimentação do sistema, além da implantação do Programa nas equipes em estudo.

Entretanto, em 2016 ocorreu uma queda dos indicadores, devendo ser ressaltado que este ano foi marcado pela crise política instaurada no país, com o *impeachment* da Presidente da República, o estabelecimento de um novo governo, associada à crise econômica dos Estados. Fatores que certamente têm contribuído para a fragilização do SUS como um todo (16).

A partir da matriz (Quadro 01) pode-se observar que os valores de atividade educativa, puericultura, pré-natal e atendimento domiciliar estão muito acima da média, o que pode ser atribuído tanto ao fato da quantidade de atendimentos nestas categorias se referirem a profissionais de nível superior (médico e enfermeiro), haja vista que não existe uma ficha de registro específica apenas para o médico; quanto à existência do PMM, o que é ratificado pelo gráfico 01.

Observa-se também que o número de consultas médicas apresentou um valor acima do esperado, o que certamente é um reflexo da introdução do PMM, posto que as equipes de saúde passaram a contar com médico de forma contínua e assídua.

Pode ser verificado ainda que o município precisa avançar no atendimento puerperal e de urgência, pois os mesmos estão abaixo do recomendado. Ressalta-se, entretanto, que houve

um acréscimo no número de atendimentos de urgência em 2015, apontando avanços nesse sentido, tal como pode ser evidenciado também no gráfico 02.

Sobre o atendimento de urgência na AB, pesquisa realizada em Santa Maria/RS evidenciou que em razão da oferta restrita de serviços neste nível de atenção, leva o público excedente a procurar atendimento em locais que concentrem maior possibilidade de portas de entrada, sendo os pronto-atendimentos e emergências hospitalares os serviços que possuem o perfil de atender às demandas de forma mais ágil e concentrada (17).

E quanto ao acompanhamento puerperal, a baixa produção pode estar associada a uma cultura de que após o parto não é mais necessário procurar a unidade de saúde. Sobre este assunto, estudos revelam que são frequentes as queixas dos profissionais de saúde, de evasão das mulheres dos serviços após o nascimento do bebê, dificultando a realização do puerpério (18).

No que diz respeito ao elevado número de consultas a pacientes curados de tuberculose, pode ser explicado em virtude de o município possuir um elevado número de casos de tuberculose, o que é corroborado no alto número de casos novos, associado ao fato do registro de tais atendimentos serem também de enfermagem.

Levantamentos mostram que o Brasil está entre os 22 países com maior incidência de tuberculose e é o 17º em número de casos. A Bahia é o terceiro estado brasileiro em número absoluto de casos e o décimo entre os maiores coeficientes de incidência da doença no país. Atualmente, existem 181 municípios prioritários no Brasil, dos quais 11 estão localizados na Bahia, estando o município do estudo entre eles (19).

Quanto à análise das entrevistas, a primeira categoria surgida trata da *organização do serviço*, em que os usuários das eSF destacaram a ausência de mudança com a chegada do médico vinculado ao PMM, conforme apresentado a seguir.

Sem mudanças (E3).

Ah, a mesma coisa (E2).

Tal fato pode ser explicado em parte pela entrevista ter sido realizada em 2017, logo após um ano em que houve uma baixa nos investimentos do governo federal decorrente da crise instaurada no país em 2016, tal como verificado no gráfico 02.

Por outro lado, é trazido o contraponto de que as mudanças podem não ter sido sentidas pois o PMM possuiria apenas ações baseadas em um determinismo farmacológico e cirúrgico, ao atender o indivíduo doente, alcançando apenas uma parcela da população (4).

Ressalta-se ainda a falta de informação acerca da organização do serviço por parte dos usuários, o que parece gerar descontentamento.

Agora eu só acho que é um pouco desorganizado porque a gente vem aqui é de um jeito, quando é amanhã já é de outro (E11).

Porque aqui é um pouco desorganizado, não seguem ordem de chegada, fazem uma muvuca [sic] na frente, não chega pra fazer uma fila (E24).

As falas apontam dificuldades em acessar o serviço por questões simples de serem resolvidas, que demandam apenas reorganização do processo de trabalho. Um estudo realizado em um centro de saúde no Rio de Janeiro corrobora com o encontrado na presente pesquisa, indicando que a organização do serviço recebeu uma avaliação ruim pelo fato de boa parte dos usuários entrevistados não encontrarem facilidade em marcar consulta e não considerarem satisfatório o apoio do pessoal da unidade de saúde (20).

Os usuários evidenciaram a melhoria na atenção oferecida na unidade com a vinda do PMM.

Eu acho bom, quando eu preciso eles atendem, o que eu preciso fazer, eu faço (E25).

Porque essa que tá hoje é prestativa, ela escuta a gente direitinho e os outros não, não perguntava nem o que tinha, escrevia e pronto (E12).

Outros estudos também referem a ocorrência de melhorias no atendimento advindo do PMM, a exemplo do realizado no período de 2011 a 2014, em 12 municípios da região do Vale do Ribeira/SP, que evidenciou um aumento do número de consultas na população adulta e idosa, e uma queda brusca em internações por outras causas. Isso reflete maior acesso à APS com melhor acolhimento à demanda espontânea e maior resolutividade (21). O que é corroborado pelo gráfico 01.

A respeito da *importância da equipe de saúde completa*, segunda categoria emanada, as falas mostram que os entrevistados valorizam a presença da equipe completa, uma vez que torna o atendimento mais resolutivo.

A equipe completa é importante pra não ficar saindo pra fora (E3).

Porque quando tá faltando você volta pra casa sem atendimento. E tudo completo você vai ter uma saúde de qualidade, aí não vai precisar ir pra hospital (E27).

Os usuários reconhecem ainda que o trabalho em equipe contribui para a melhoria da assistência.

É importante pra ter um bom atendimento (E8).

É importante porque cada um tem sua função, nunca fica um trabalho bem feito se tiver só um pra fazer as funções que são de vários (E22).

E é também observado que os usuários dão maior ênfase ao trabalho do médico.

Porque é tanta doença, aí tendo os médicos é melhor pra saúde (E6).

Tanto o médico como o paciente sai satisfeito (E7).

Assim, fica evidenciado que os participantes da pesquisa compreendem que cada profissional tem uma função diferente e que todas elas são importantes para o resultado final do trabalho. No entanto, observa-se a focalização no médico, seja pelo fato de o mesmo ser o disparador dos processos de saúde ou simplesmente pela visão biomédica arraigada na sociedade.

Estudo mostra que a potencialidade do trabalho em equipe integrado amplia sua capacidade de cuidado e de resolução dos problemas de saúde, visto que consegue tornar os dispositivos de atenção existentes mais acessíveis. Em contrapartida, o projeto assistencial da medicina biomédica que coloca o saber não médico como algo periférico, só contribui para o distanciamento do estabelecimento do verdadeiro trabalho em equipe (22).

Em relação ao *acesso ao serviço* (terceira categoria) os relatos mostram diversos tipos de dificuldades para acessar o serviço de saúde, sendo as principais relacionadas às consultas médicas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, o que se constitui em um grande desafio na busca da integralidade da atenção.

No que concerne à dificuldade de acesso à consulta médica, os usuários referiram que:

Às vezes assim a gente vem, e se não tiver marcado e tiver sentindo alguma coisa, é mais um pouco difícil passar pelo médico (E5).

Tipo assim, meu filho tá doente na segunda, aí eu venho aqui pra passar na outra semana, se já tá doente [...] aí a gente vai pro hospital, quando chega lá reclama porque a gente não passou pelo posto (E9).

Ressalta-se que a priorização de ações programadas, fortalecida pelo pensamento preventivista ou promocionista, induz ao atendimento voltado aos grupos de risco, sendo deixado pouco espaço nas agendas destinado às queixas/sofrimentos dos usuários, muitos dos quais são assistidos em pronto-atendimentos ou emergências hospitalares (23).

Os participantes referiram ainda dificuldade de acesso a exames, procedimentos e medicamentos:

É fazer a marcação de exames, o médico dá a requisição e às vezes é uma cota só, aí fica uma dificuldade para marcar (E21).

Aqui é ruim demais pra marcar exame de laboratório, ultrassom mesmo é difícil de achar aqui (E23)

É remédio, toda vez que passa um remédio não tem na casa, tem pessoas que não tem condições de comprar (E6).

Em relação às dificuldades relacionadas à gestão municipal em saúde, foi ressaltado pelo entrevistado 18 que [...] elas aqui não são culpadas, os culpados é as pessoas que dirige [sic], a prefeitura (E18).

É observado que esta problemática também é sinalizada em outros estudos, a exemplo do realizado em uma região do estado de Goiás ao evidenciar que a gestão municipal do SUS, na maioria das vezes está nas mãos de pessoas com conhecimento incipiente no que se refere à concepção do SUS e instrumentos básicos de gestão (24).

Quanto à dificuldade para marcação de consultas e exames de atenção secundária, os achados encontrados corroboram com uma pesquisa realizada na região metropolitana de Belo Horizonte, apontando que isto se deve à grande demanda por atendimento especializado, que foi associada a pouca resolutividade dos médicos da APS, à falta de especialistas e dificuldades na regulação do sistema de saúde municipal (25).

A facilidade de acesso à consulta médica foi destacada pelos usuários.

Hoje tem mais facilidade, antes a gente chegava e era difícil pras meninas passar (E27).

Antes não conseguia e agora deu uma melhorada no número de vagas (E2).

Estas falas confirmam o exposto no gráfico 01, em que se pôde observar que houve um incremento de 16 % no número de consultas médicas após o PMM, sendo também corroborado com o trazido na matriz de avaliação (Quadro 01).

Estudos apontam que o Programa provisionou 14.462 médicos em 3.785 municípios até julho de 2014, sendo que o número de municípios com escassez desses profissionais na APS passou de 1.200 em março de 2013, para 558 em setembro de 2014 (redução de 53,5%) (26).

Assim sendo, os resultados encontrados no presente estudo revelaram que o PMM produziu uma melhoria dos indicadores ao longo dos anos do estudo, o que foi ratificado pelas falas dos usuários. Dessa forma, este Programa mostrou-se como uma ferramenta potencializadora para a APS, transpondo barreiras rumo ao fortalecimento da mesma com a inserção do médico de forma efetiva junto à equipe de saúde.

No entanto, foi observado também que o PMM ainda precisa avançar em alguns aspectos, fazendo-se necessárias modificações que contemplem mudanças organizacionais, estruturais, e até conceituais que envolvem a AB, passando pela questão do seu financiamento.

Desse modo, a pesquisa se mostrou relevante, uma vez que alcançou os objetivos a que se propôs, debatendo acerca de um tema extremamente relevante para a estruturação do sistema de saúde brasileiro, sendo de grande valia estudos que possam contribuir para seu aprimoramento. O estudo teve como limitações a ausência de alguns dados no sistema de informação, bem como a inconsistência de alguns deles.

## REFERÊNCIAS

1. Engstrom EM, Carvalho LC, Romano VF, Castro AAC. O supervisor e as estratégias educacionais dos encontros locais regionais no Programa Mais Médicos do Brasil: reflexões acerca de concepções e práticas. *Tempus Actas Saúde Colet.* 2016; 10(1): 241-252.
2. Pinto HA, Oliveira FP, Santana JSS, Santos FOS, Araujo SQ, Figueiredo AM. Programa Más Médicos: evaluación de la implantación del eje de Provisión de 2013 a 2015. *Interface (Botucatu).* 2017; 21(Supl.1): 1087-1101.
3. Scheffer M, Cassenote A, Poz MRD, Matijasevitch A, Castilho EA, Oliveira RA, Nunes MPT, Boulos M, Barata RCB, Pereira JCR, Filho BL, Bahia L. *Demografia Médica no Brasil 2015.* Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. São Paulo: Conselho Federal de Medicina; 2015.



4. Ribeiro RC. Programa Mais Médicos - um equívoco conceitual. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015; 20 (2): 421-424.
5. Champagne F, Conrandiopoulos AO, Brousselle A, Hartz Z, Denis J. L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et methods. In: Brousselle A, Champagne F, Conrandiopoulos AO, Hartz Z. *L'évaluation: concepts et methods*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montreal; 2009. p. 35-56.
6. Alves CKA, Natal S, Felisberto E, Samico I. Interpretação e Análise das informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: SAMICO, I. et al. (Orgs.). *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p.89-107.
7. Ribeiro CLM, Kunitake CST, Junior CS, Albuquerque EP, Sartori LC, Souza MT, Nunes MMP, Medeiros MR, Gonçalves, RC. *Unidade básica de saúde – Diretrizes operacionais*. 1. ed. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde; 2015.
8. Brasil. Portaria Interministerial nº 1101, de 12 de junho de 2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
9. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. *Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa da população de Jequié-BA. 2015. Disponível em: <http://cidades.ibge.ov.br/xtrags/perfil.php?codmun=291800> Acessado em 20 de outubro de 2015.
11. Figueiró AC, Cazarin G. Justificando as conclusões. Texto de apoio ao Módulo 5. In: SAMICO, I. et al. (Orgs.). *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: Medbook; 2010. p. 95-98.
12. Brasil. Departamento de Atenção Básica [Internet]. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php) Acessado em 29 de março de 2016.
13. Tribunal de Contas da União (TCU). Auditoria operacional: Programa Mais Médicos e Projeto Mais Médicos para o Brasil; avaliação da eficácia do programa. TC nº 005.391/2014-8. [Internet] Brasília, DF: Tribunal de Contas da União; 2015.

14. Venâncio SI, Rosa TEC, Bersusa AAS. Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da linha de cuidado em uma região de saúde do estado de São Paulo. *Physis*. 2016, 26 (1): 113-135.
15. Lima EEC, Queiroz BL, Sawyer DO. Método de estimação de grau de cobertura em pequenas áreas: uma aplicação nas microrregiões mineiras. *Cad. saúde colet*. 2014, 22 (4): 409-418.
16. Barros MED, Piola SF. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC. *Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento*. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde; OPAS/OMS no Brasil; 2016. p. 101-138.
17. Freire AB, Fernandes DL, Moro JS, Kneipp MM, Cardoso CM, Lima SBS. Serviços de urgência e emergência: quais os motivos que levam o usuário aos pronto-atendimentos? *Saúde (Sta Maria)*. 2015, 41 (1): 195-200.
18. Alves MCOM, Rodrigues EOMA. Análise da adesão ao atendimento gravídico puerperal das mulheres de uma unidade básica de saúde. *Revista Recien*. 2017, 7 (20): 91-104.
19. Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP) da Bahia. *Boletim Epidemiológico da Tuberculose – Bahia*, 2011. [homepage on the Internet]. Disponível em: [http://www.suvisa.ba.gov.br/sites/default/files/Boletim%20TB%20dez2011\\_0\\_0](http://www.suvisa.ba.gov.br/sites/default/files/Boletim%20TB%20dez2011_0_0). Pdf Acessado em 24 de maio de 2012.
20. Brandão ALRBS, Giovanella L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2013, 18 (1): 103-114.
21. Silva BP, Stockmann D, Lúcio DS, Henna E, Rocha MCF, Junqueira FM. Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos? *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2016, 21 (9): 2899-2906.
22. Pereira AR, Rivera UF, Artmann E. O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes. *Interface – Comunic., Saúde, Educ*. 2013, 17 (45), 327-340.

23. Thiede M, Akweongo P, McIntyre D. Explorando as dimensões do acesso. In: MCINTYRE, D.; MOONEY, G. Aspectos econômicos da equidade em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 137-161.
24. Santos EAM, Cavalcante JRC, Lima MMS, Borges CJ, Leite GR, Pelazza BB, Maia LG. Nas mãos de quem está a gestão do SUS? Percepções dos gestores municipais sobre gerenciamento. Saúde (Sta Maria). 2017, 43 (2): 26-36.
25. Viegas APB, Carmo RF, Luz ZMP. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. Saúde Soc. 2015, 24 (1): 100-112.
26. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. Dados Estatísticos sobre o impacto do Programa Mais Médicos no cenário de escassez de médicos em atenção primária no Brasil. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG; 2015.

## 5.2 MANUSCRITO 02: PROGRAMA MAIS MÉDICOS SOB O OLHAR DOS USUÁRIOS: UMA PESQUISA AVALIATIVA

O manuscrito foi submetido à Physis: Revista de Saúde Coletiva.

**PROGRAMA MAIS MÉDICOS SOB O OLHAR DOS USUÁRIOS: UMA PESQUISA  
AVALIATIVA**

***MAIS MÉDICOS* PROGRAM UNDER THE USER'S LOOK: AN EVALUATING  
RESEARCH**

Priscila Meira Mascarenhas Padre

Mestranda em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Departamento de Saúde.

Endereço: Rua das Margaridas, 311. Residencial Pindorama, bairro São Judas Tadeu, CEP 45200-171, Jequié, BA, Brasil.

E-mail: priscila.meira@yahoo.com.br

Ismar Eduardo Martins Filho

Doutor em Odontologia Legal. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Departamento de Saúde.

E-mail: iemfilho@uesb.edu.br

O Programa Mais Médicos (PMM) surge em 2013 como medida para enfrentar a ausência de médico na atenção básica. Gerou polêmicas na sociedade diante da abertura do mercado brasileiro para profissionais estrangeiros, com desaprovação por parte da categoria médica, mas com aparente aceitação popular. Assim, este estudo objetivou avaliar a implantação do PMM a partir da opinião dos usuários. Trata-se de uma pesquisa avaliativa realizada em 11 equipes de saúde da família em um município no interior da Bahia, que possuíam médicos vinculados pelo Programa, tendo a participação de 30 usuários. Realizou-se entrevista semiestruturada e os dados foram analisados de acordo com a técnica de análise de conteúdo temática. Foi também construída uma matriz de julgamento de modo a apontar o mérito alcançado pelo PMM. Os resultados revelaram que a implantação do Programa foi satisfatória, havendo forte aprovação popular em torno dele, mesmo existindo um conhecimento superficial acerca do mesmo, ou até um desconhecimento total. Foi evidenciado ainda que não seria necessário a vinda de médicos estrangeiros para o país, uma vez que fossem realizados os devidos ajustes na base jurídico-operacional do Programa de modo a atrair e fixar o médico brasileiro.

**Palavras-chaves:** Direito à saúde; políticas públicas; atenção primária à saúde

**Abstract**

The *Mais Médicos* Program (MMP) appears in 2013 as a measure to face the absence of doctors in primary care. It generated controversy in the society before the opening of the Brazilian market for foreign professionals, with disapproval by the medical category, but with apparent popular acceptance. Thus, this study aimed to evaluate the implementation of the MMP from the opinion of the users. This is an evaluative research performed in 11 family health teams in a city in the interior of Bahia, that had doctors bound by Program, with the participation of 30 users. A semi-structured interview was conducted and the data were analyzed according to the thematic content analysis technique. A judgment matrix was also constructed in order to point out the merit achieved by the MMP. The results revealed that the implementation of the Program was satisfactory, with a strong popular approval around, even if there was a superficial knowledge about it, or even a total lack of knowledge. It was also evidenced that it would not be necessary for foreign doctors to come to the country, once the necessary legal adjustments were made in order of the Program to attract and fix the Brazilian doctor.

**Keywords:** Right to health; public policies; primary health care

**INTRODUÇÃO**

Criado em julho de 2013 pelo governo federal, o Programa Mais Médicos (PMM) surgiu com o objetivo de resolver os problemas relacionados à assistência médica na Atenção Primária à Saúde (APS), na perspectiva de enfrentar a enorme disparidade da relação de médicos por mil habitantes entre os estados do país e, além da questão distributiva, a escassez na oferta de médicos. Dessa forma, foram adotadas ações de curto prazo com o provimento emergencial de médicos para as áreas mais vulneráveis, e de médio e longo prazos com a expansão das faculdades de medicina no país e ampliação do número de vagas nos cursos de residência, além de investimentos em infraestrutura das unidades de saúde (CARRYL; ROSSATO; PRADOS, 2016).

Estudos mostraram que a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e a sociedade apresentavam como um dos graves problemas da saúde no Brasil, o déficit de cobertura médica, a desigual distribuição desses profissionais no território nacional, com alta concentração nas capitais e regiões metropolitanas, em especial nas regiões Sudeste e Sul, e com perfil de busca pela especialização profissional, o que indica escassez de médicos com atuação voltada para a APS (CERQUEIRA; ALVES, 2016).

Desse modo, o PMM se apresenta como uma política pública formulada no intuito de privilegiar o atendimento aos cidadãos menos favorecidos, em que os médicos participantes do Programa são incumbidos de desenvolver suas atividades em lugares remotos,

considerados de difícil acesso, bem como em municípios populosos com baixa renda per capita (BRASIL, 2013a). Nessa perspectiva, este Programa representaria um avanço significativo na pauta de assuntos que compõem a agenda política do SUS ao colocar em prática uma tentativa de solucionar a insuficiência de profissionais médicos na rede básica em âmbito nacional.

O PMM teria assim como finalidade diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS; fortalecer a prestação de serviços na APS; aprimorar a formação médica no país e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS; fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço; promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais de saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; aperfeiçoar médicos nas políticas públicas de saúde do país e na organização e funcionamento do SUS; e estimular a realização de pesquisas aplicadas no SUS (PADILHA; OLIVA; BELCHIOR, 2013).

Para a fixação dos médicos nas regiões vulneráveis, o PMM estabelece como critério essencial a seguinte ordem de prioridade de acesso à participação: ao profissional formado em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado no Brasil, devendo possuir inscrição no órgão de classe; em seguida, o acesso pelo brasileiro, com formação em instituição de educação superior estrangeira, com habilitação para exercício da medicina na forma da lei do respectivo país; e, por fim, em caráter residual de acesso, o estrangeiro formado em instituição estrangeira, com habilitação para exercício da medicina na forma da lei do respectivo país (BRASIL, 2013b).

Assim, as vagas oferecidas pelo Ministério da Saúde para atuação na atenção básica não preenchidas por médicos brasileiros seriam disponibilizadas para os estrangeiros devidamente inscritos no Programa. Os editais que regulam o PMM foram abertos a médicos estrangeiros que atuassem em países com proporção de profissionais por mil habitantes maiores que a do Brasil, ou seja maior que 1,8. O foco do governo federal eram países como Espanha, Portugal e Cuba, devido à formação qualificada na APS e similaridade da língua (BRASIL, 2014).

No entanto, desde o anúncio do PMM, vários foram os debates envolvendo diferentes sujeitos sociais e matizes ideológicas, com confronto mais acirrado entre os representantes do governo, e sua base de sustentação no congresso nacional e as corporações médicas,

sobretudo o Conselho Federal de Medicina. Assim, o Programa repercutiu nas entidades médicas, no governo, na mídia e sociedade, gerando muitos embates (MORAIS et al., 2014).

Um desses enfrentamentos está no questionamento de que o termo de cooperação técnica firmado pelo Brasil e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) para intercambiar profissionais, não pode ser considerado como um convênio, pois dispensa determinados mecanismos de controle, principalmente chamamento público para eleição da melhor proposta ao programa de governo, e a desvinculação do poder público perante as obrigações cíveis e trabalhistas da entidade convenente. Além disso, a aquisição de produtos e a contratação de serviços com recursos da União transferidos a entidades privadas sem fins lucrativos, sem observar os princípios da impessoalidade, moralidade e economicidade, sendo necessária, no mínimo, a realização de cotação prévia de preços no mercado antes da celebração do contrato (DI JORGE, 2013).

Outros aspectos são trazidos por Cerqueira e Alves (2016), referindo que o cumprimento de princípios constitucionais do SUS da universalidade, isonomia na cobertura médica e ordenação de recursos humanos em saúde não podem suplantam a violação aos princípios igualmente constitucionais dos direitos sociais do trabalho e do concurso público. Assim sendo, não se pode acentuar o grau de um princípio constitucional em detrimento de outro, conforme valores essenciais à sociedade em dado tempo e conjuntura.

Desse modo, de um lado a referida política pública seria produtora da melhoria da assistência prestada à população, uma vez que soluciona um problema histórico vivenciado no cotidiano dos serviços, que é a carência do médico nas áreas mais remotas do país; mas por outro, não estaria juridicamente respaldada, segundo colocam alguns setores da sociedade, em virtude da forma de ingresso ocorrer sem a devida concorrência tal como preconizado pela lei e a forma de contratação ser ilegal (sem vínculos empregatícios).

Diante do exposto, o estudo do referido tema é de extrema relevância, pois contribui para avaliar o PMM sob o ponto de vista dos usuários assistidos, de modo a compreender quais as implicações advindas do mesmo no cotidiano dos serviços de saúde, expondo pontos fortes e debilidades que precisam ser enfrentadas. Tendo como objetivo conhecer a opinião dos usuários sobre o PMM e avaliar a implantação do PMM a partir da opinião dos mesmos.

## PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, com desenho de avaliação dos efeitos, resultado de uma dissertação de mestrado. Foi realizada em 11 equipes de saúde da família (eSF), distribuídas em nove unidades de saúde, em um município no interior da Bahia.

É classificado como pesquisa de avaliação por se dedicar a analisar uma política pública, sendo entendida como a tentativa de se estabelecer uma relação de causalidade entre um programa e um resultado, visando compará-lo a um padrão ou aquilo que é tido como ideal/ referência (CRUZ, 2015).

O processo de seleção se deu por aquelas equipes que possuíam médicos vinculados através do PMM. A coleta de dados ocorreu em maio e junho de 2017, contando com a participação de 30 usuários adscritos nas referidas eSF, selecionados segundo critérios de inclusão: ter idade maior ou igual a 18 anos, estarem presentes na unidade de saúde aguardando atendimento no momento da visita do pesquisador e aceitarem participar do estudo.

Realizou-se entrevista semiestruturada, orientada por um roteiro previamente elaborado, que foi submetido a teste piloto em uma eSF de um município vizinho. A entrevista teve o apoio de um gravador, sendo precedida da assinatura dos informantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto de pesquisa foi encaminhado para análise e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob CAAE 58813016.4.0000.0055 e protocolo nº 1.770.394/ 2016.

Os informantes foram identificados no texto pela letra “E” de Entrevistado, acompanhada do número da entrevista, como exemplo: E1, E2, E3. Os dados foram analisados de acordo com a técnica de análise de conteúdo temática.

As etapas desta técnica proposta por Bardin (2011) são organizadas em três fases. A primeira fase, pré-análise, é desenvolvida para sistematizar as ideias iniciais. A exploração do material, segunda fase, consiste na construção das operações de codificação, considerando-se os recortes dos textos em unidades de registros. E a terceira fase compreende o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, consiste em captar os conteúdos manifestos e latentes contidos em todo o material coletado.

Assim, emergiram da técnica de análise de conteúdo as seguintes categorias e subcategorias: *entendimento sobre o PMM* (desconhecimento, aumento na quantidade de profissionais médicos, e médicos provenientes de outros países); *opinião acerca do PMM* (facilita o acesso à consulta médica, aumento da oferta de médicos no Brasil, estabelecimento



de vínculo entre profissional e usuário, priorizar a contratação de médicos brasileiros, aumento de custos para o Brasil, e não aprovação); e *atendimento do profissional médico* (atende bem, facilidade na comunicação, dificuldade na comunicação, e preferência pelo profissional anterior).

Foi também construída uma matriz de julgamento, utilizada no campo da avaliação em saúde como forma de expressar a lógica causal de uma intervenção, traduzindo como seus componentes contribuem na produção dos efeitos, favorecendo sínteses em forma de juízos de valor (ALVES et al., 2010). Esta matriz foi adaptada a partir da elaborada por Figueiró e Cazarin (2010) para o Programa de Controle Nacional da Dengue, sendo elencados os critérios/ indicadores de processo a partir das falas emanadas das entrevistas realizadas.

Cada dimensão desta recebe uma classificação (exemplo: satisfatório, insatisfatório, adequado, inadequado) a partir da avaliação referida pelos usuários, para cada classificação há um valor atribuído, que após a soma em todas as dimensões de análise gera uma pontuação final que definirá o julgamento do programa a partir do ponto de vista dos entrevistados. Assim, o procedimento possibilitará a classificação do grau de implantação do PMM, sendo incipiente se o valor final alcançado for  $\leq 33,3\%$ ; parcial ou média, se estiver entre  $33,3\%$  e  $66,6\%$ ; e satisfatória ou plena, se for maior que  $66,6\%$  (ALVES et al., 2010).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Após o estudo das falas surgiram sete critérios que foram analisados na matriz (Quadro 01): atendimento resolutivo; oferta dos serviços organizada; garantia de acesso ao serviço de saúde; melhoria do atendimento após a implantação do programa; conhecimento dos usuários acerca do PMM; aprovação do PMM pelos usuários; e equipe de saúde completa, que geraram uma avaliação de acordo com o parâmetros estabelecidos na matriz, e produziram um julgamento final de que a Implantação do PMM no município em estudo foi satisfatória ou plena.

**Quadro 01** – Matriz de julgamento do Programa Mais Médicos a partir das entrevistas. Jequié-BA, 2018.

<b>Crítérios/indicadores de processo</b>	<b>Padrão</b>	<b>Valor máximo esperado= 1800 pontos<sup>1</sup></b>	<b>Descrição do valor ou ponto de corte</b>	<b>Observado</b>	<b>Valor alcançado (atribuído a partir do observado) = 1246 pontos<sup>1</sup></b>	<b>Julgamento de acordo com o valor atribuído<sup>2</sup></b>
Atendimento resolutivo	Satisfatório Precisa melhorar Insatisfatório	10 x 30 = 300	<b>10 pontos</b> se os usuários referirem atendimento satisfatório <b>5 pontos</b> se precisa melhorar <b>2 pontos</b> se insatisfatório	Verificou-se o valor > 50% e < 90% ( <b>71,3%</b> )	<b>214</b>	Total de pontos do valor atribuídos/ pontuação máxima x 100 = 1246/ 1800 x 100 = <b>69,2 %</b> <b>Implantação satisfatória ou plena</b>
Oferta dos serviços organizada	Adequado Inadequado Não sabe	10 x 30 = 300	<b>10 pontos</b> se os usuários referirem que a oferta está adequada <b>5 pontos</b> se inadequada <b>2 pontos</b> se não sabe	Verificou-se o valor > 50% e < 90% ( <b>75,6%</b> )	<b>227</b>	
Garantia de acesso ao serviço de saúde	Facilidade Dificuldade	5 x 30 = 150	<b>5 pontos</b> se os usuários referirem ter facilidade de acessar o serviço <b>0 pontos</b> se dificuldade	Verificou-se o valor < 50% ( <b>13,3%</b> )	<b>20</b>	
Melhoria do atendimento após a implantação do programa	Com mudança Sem mudança Não sabe opinar	10 x 30 = 300	<b>10 pontos</b> se os usuários referirem alguma mudança após o PMM <b>5 pontos</b> se sem mudança <b>2 pontos</b> se não sabe	Verificou-se o valor > 50% e < 90% ( <b>74,6%</b> )	<b>224</b>	
Conhecimento dos usuários acerca do PMM	Algum conhecimento Sem conhecimento	5 x 30 = 150	<b>5 pontos</b> se os usuários referirem possuir algum conhecimento <b>0 pontos</b> se sem conhecimento	Verificou-se o valor > 50% e < 90% ( <b>60%</b> )	<b>90</b>	
Aprovação do PMM pelos usuários	Favorável Desfavorável Não opinou	10 x 30 = 300	<b>10 pontos</b> se os usuários aprovarem o PMM <b>5 pontos</b> se não aprovar <b>2 pontos</b> se não opinar	Verificou-se o valor > 50% e < 90% ( <b>57%</b> )	<b>171</b>	
Equipe de saúde completa	É importante Não é importante	10 x 30 = 300	<b>10 pontos</b> se os usuários referirem ser importante a equipe completa <b>0 pontos</b> se não é importante	Verificou-se o valor > 90% ( <b>100%</b> )	<b>300</b>	

<sup>1</sup>Valores referentes a soma de 30 entrevistas. / <sup>2</sup>Referência de valores de Julgamento em três estratos (ALVES e col, 2010).

Fonte: Elaboração própria com base no exemplo obtido em FIGUEIRÓ; CAZARIN, 2010.

A análise dos dados evidencia que apesar da implantação ter sido classificada como satisfatória ou plena, ainda existe um desconhecimento relevante por parte da comunidade acerca do Programa, visto que apenas 60% dos entrevistados referiram ter algum conhecimento sobre o mesmo, conhecimento este incipiente na maioria das falas, o que se deve a pouca divulgação junto à comunidade.

As entrevistas evidenciaram o entendimento dos usuários sobre o PMM, com destaque para o desconhecimento do referido programa, conforme relatos a seguir.

Não, nunca ouvi falar (E1).

Não, já ouvi falar, mas não prestei atenção não (E14).

Tal fato revela que os usuários, apesar de sentirem melhorias na assistência recebida, não detêm informação a respeito do Programa, não possuindo assim conhecimento sobre o mesmo ou detendo um conhecimento incipiente.

Os usuários destacaram ainda que o PMM propicia o aumento na quantidade de profissionais médicos.

Já, que vai ter mais médico pras pessoas (E3).

Já ouvi, só ouço falar do programa mais médico pra trazer mais médico pra cidade, pros postos, essas coisas (E5).

Diante do exposto, faz-se necessário uma maior divulgação acerca do PMM, já que a comunicação em saúde possui uma abordagem multifacetada e multidisciplinar para alcançar diferentes públicos e compartilhar informações com o objetivo de influenciar, engajar e prover suporte a indivíduos, comunidades, profissionais de saúde, gestores, políticos para defender, introduzir, adotar ou sustentar um comportamento, prática ou política culminando na melhoria dos resultados de saúde (SCHIAVO, 2007).

Os usuários entendem ainda que o PMM está associado à ideia de médicos provenientes de outros países, o que ratifica superficialidade do conhecimento detido pelos participantes do estudo.

Sei, que vem os médicos de fora atender (E4).

Já, já ouvi falar desses médicos que vieram de fora pra aqui pro Brasil (E13).

Já, que os médicos que tava vindo de fora que tava em falta de médico, pra melhorar o atendimento (E25).

Uma pesquisa realizada na Paraíba corrobora com os achados do presente estudo, posto que demonstrou que os usuários tinham total desconhecimento sobre a origem, a

formulação e os objetivos do PMM, demonstrando que apesar de ao beneficiário interessar ser bem atendido, a desinformação dos mesmos fragiliza o controle social das políticas públicas, na medida em que impossibilita a cobrança das responsabilidades e dos papéis previamente definidos (SOUSA; OLIVEIRA SILVA, 2015).

Desse modo, o fato de a comunicação ocorrer muitas vezes de forma pré-ordenada e com pautas decisórias já estabelecidas, com baixíssimos níveis de reflexividade perante os membros da comunidade atingidos pelas decisões tomadas e executadas, leva a absoluta falta de controle social do exercício do poder político. Não se devendo usar o argumento de que a complexidade da administração pública dificulta a participação social, uma vez que tal retórica inviabiliza a compreensão de suas práticas, sendo-lhe vedado o alcance dos níveis de discussão e deliberação sobre a concepção daquelas ações e políticas (LEAL, 2013).

Nesse contexto, os veículos de comunicação de massa, como o jornal impresso, televisão, internet, dentre outros, consistem em importantes meios de divulgação de informações de saúde para parcelas significativas da população (MORAIS et al., 2014). Desse modo, fica evidente que uma maior divulgação acerca do PMM trará contribuições para seu fortalecimento, na medida em que o empoderamento do sujeito foco das ações permitirá a realização de debates, esclarecimento de dúvidas, aperfeiçoamento de falhas, acarretando assim na efetivação do mesmo enquanto uma política de Estado e não de governo.

A partir da matriz de avaliação (Quadro 1) pode ser observado ainda que 100% dos usuários consideram importante a equipe de saúde estar completa; e que somente 13,3% dos mesmos encontram facilidade para acessar o serviço de saúde, relatando dificuldades relacionadas à falta de cirurgião-dentista, medicamento e exames complementares, não sendo a ausência do médico um problema por eles referido, o que mostra que somente a presença deste profissional não soluciona todos os problemas da atenção básica. Tendo sido verificado ainda, que apesar disso, a oferta dos serviços oferecidos está bem organizada, o que foi referido por 75,6% dos participantes da pesquisa.

Sobre esta questão, a análise das entrevistas ora trabalhada também ratifica com o que foi verificado na matriz, ao evidenciar a opinião dos usuários acerca do PMM.

Observa-se uma opinião positiva acerca do Programa com ênfase na facilidade de acesso à consulta médica.

Quanto mais médico, melhor pra atender a população, a população não fica tão carente, no posto não fica lotação e nem vai pros pronto socorro que é

carente também, fazendo aglomeração, e acaba sendo prejudicial, se prejudica mais do que estava antes (E7).

Eu achei bom, porque é mais médico e a gente tem mais atendimento, não é só um só pra área toda, igual agora tem dois médicos pra uma área e pra outra (E10).

Antes não conseguia marcar, tinha a dificuldade de conseguir médico, e agora melhorou bastante (E13).

Estas falas retratam que os entrevistados mostram-se satisfeitos ao encontrar o atendimento no momento em que precisam, e que compreendem que a porta de entrada preferencial para resolução de seus problemas de saúde é a unidade básica de saúde, pois não precisam se deslocar até os serviços de urgência-emergência, muitas vezes distantes de seu domicílio, além de não contribuírem para a superlotação deste tipo de serviço.

Uma pesquisa realizada em três comunidades quilombolas, duas no Rio Grande do Norte e uma no Pará, revelou que as mudanças mais destacadas pelos usuários se relacionam à frequência semanal dos médicos nas unidades de saúde, a maior facilidade no agendamento das consultas, o aumento de visitas domiciliares e as características diferenciadas da prática clínica. Para os usuários, há uma maior organização dos agendamentos e o atendimento dispensado nas consultas é diferente dos anteriormente realizados por outros médicos (PEREIRA; SILVA; SANTOS, 2015).

Levantamentos mostram que após três anos de seu início, habitantes de mais de 700 pequenas cidades brasileiras contavam com um médico residente em seu território, não precisando se deslocar para outro município em busca de atendimento médico ou pagar por serviços particulares. Até dezembro de 2015, foram recrutados 12.446 médicos, no mesmo período, estavam ativos 11.404 profissionais médicos, atendendo à demanda do Ministério da Saúde (OPAS, 2015).

Assim, fica evidente que o Programa proporcionou uma melhoria no acesso ao profissional médico em decorrência do aumento do número de profissionais atuantes na estratégia de saúde da família, paralelo ao cumprimento da carga horária pelo mesmo, sendo que os médicos participantes desenvolvem suas atividades em carga horária semanal de 40 horas, destas, 32 horas são de atividades de integração ensino-serviço, inseridos nas eSF, e oito horas são dedicadas às atividades específicas do curso de especialização (SOUZA; PAULETTE, 2015).

Os usuários destacaram ainda o aumento da oferta de médicos no Brasil, conforme representado nas falas seguintes.

Pra mim é bom, quanto mais médicos pra nós, melhor, porque aqui não temos médico, no Brasil todo, de uma forma geral (E12).

Os médicos que tava [sic] vindo de fora pra melhorar o atendimento (E25).

Diante do exposto, fica evidenciado que existe uma satisfação e uma aceitação dos usuários em relação aos profissionais estrangeiros, sendo outra área com resultados de grande relevância para a avaliação do PMM, inclusive em decorrência das dúvidas levantadas em torno das diferenças existentes na cultura e na linguagem dos profissionais estrangeiros.

Resultados do relatório do Tribunal de Contas da União (2014) constam que dentre os 264 pacientes entrevistados, 57% e 32% relataram não ter dificuldade e ter tido um pouco de dificuldade, respectivamente, para entender o que o médico intercambista falava.

Um fator que pode estar contribuindo para minimizar as diferenças existentes entre os países pode-se atribuir ao fato de que para se candidatar a uma vaga no Programa, os médicos estrangeiros devem ser especialistas em Medicina Geral Integral, com 10 anos de experiência profissional, mínimo dois anos de trabalho em outro país e conhecimento básico do português. E uma vez no Programa, os médicos realizam o módulo de acolhimento, abordando temas sobre o funcionamento do SUS, protocolos da atenção básica e língua portuguesa, com duração de três semanas e carga horária mínima de 120 horas. Ao iniciarem suas atividades, os médicos participariam do curso de especialização em saúde familiar e comunitária, com acompanhamento de tutores e supervisores (MOLINA; TASCA; SUÁREZ, 2016).

No que concerne ao estabelecimento de vínculo entre profissional e usuário pode-se verificar a opinião dos usuários a partir dos relatos que se seguem.

Mudou o atendimento, porque agora todos os dias tem médico, antes às vezes faltava, entrava um, saía outro, os que vinham não demoravam nada, e ele não, tá permanecendo (E15).

Eu achei interessante porque doutor falou que ele mesmo é desses médicos, que vieram, e assim, os médicos daqui já não tinha mais nem tanta vontade de trabalhar, ele já veio mais interessado do que os que já tavam aqui, a verdade foi essa, os outros que passaram por aqui não tinham tanta vontade assim de trabalhar, nem olhava direito pros pacientes (E27).

Estes achados encontram apoio na matriz de julgamento (Quadro 1), em que é constatado uma melhoria no atendimento após a implantação do Programa, referida por 74,6% dos entrevistados.

Resultados de uma pesquisa realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais, que ouviu 14.000 pessoas em 700 municípios, mostrou que 94% dos entrevistados estavam satisfeitos ou muito satisfeitos com o PMM, o que pode ser reflexo da facilidade em estabelecer vínculo com os profissionais ligados ao Programa. Esse resultado coincide com os de outras pesquisas e estudos de caso em andamento (ABRASCO, 2016).

Um estudo de campo realizado em municípios pobres das cinco regiões do Brasil também revelou efeitos positivos do Programa. Nesta pesquisa, observou-se junto a 263 usuários do SUS estudados, alto grau de satisfação nas dimensões tempo de espera para agendar a consulta e atendimento durante a consulta. A maioria relatou que sua privacidade foi respeitada, que os médicos ouviram com atenção suas queixas, deram as informações necessárias, explicaram de forma clara o tratamento e que eles compreenderam as orientações dadas. No caso de médicos intercambistas, a língua espanhola não foi impedimento para a comunicação (SANTOS; COSTAS; GIRARDI, 2015).

Outra pesquisa envolvendo 32 municípios de todas as regiões do Brasil, sendo: 14 no Norte, 12 no Nordeste, três no Sudeste, dois no Centro-Oeste e um no Sul também evidenciou que houve uma satisfação elevada por parte dos usuários, mais especificamente no que concerne ao atendimento médico e à relação médico-paciente, sendo que a grande maioria dos usuários (98,1%) considerou que o médico ouviu atentamente todas as suas queixas e 95,8% dos participantes expressaram que receberam todas as informações necessárias (COMES, 2016).

Priorizar a contratação de médicos brasileiros foi outro aspecto levantado pelos usuários do estudo.

Eu acho que é um absurdo, porque não contrata aqui do Brasil mesmo, e eles trazem de fora, sendo que aqui tem médico capacitado pra atender as pessoas (E11).

O ingresso de profissionais estrangeiros no país se deu por meio do Projeto de Cooperação da OPAS/OMS (PCMM), implicando grande mobilização de recursos humanos e financeiros submetidos a uma permanente negociação e coordenação entre as partes envolvidas – nação, estados, municípios, organizações da comunidade e de cooperação internacional – a fim de se alcançar o êxito dessa intervenção sanitária de grande escala,

destinada a fortalecer a estratégia de saúde da família e o SUS. Assim, a OPAS gerenciaria recursos financeiros de um Estado-Membro, Brasil, para mobilizar profissionais da saúde de Cuba (MOLINA; TASCA; SUÁREZ, 2016).

No entanto, há a alegação de que estes médicos atuam no país somente com um número de registro autorizado pelo governo, sem a devida aprovação do conselho de medicina, já que não é exigido que eles façam a prova para revalidação do diploma, o que a Associação Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina alegam ser uma medida que retira dos conselhos a competência para avaliar a qualidade profissional do médico intercambista (SILVA; SANTOS, 2015).

Por outro lado, ressalta-se que a vinda de médicos estrangeiros para o Brasil foi uma medida emergencial adotada pelo governo tendo em vista o suprimento da demanda do mercado, não sendo uma medida para ocupar o lugar dos médicos brasileiros, mas de ocupar as vagas por eles não preenchidas. Apesar disso, a chegada dos estrangeiros gerou um grande desconforto entre a classe médica, sendo que alguns conselhos de medicina se posicionaram contra, alegando que esta medida seria paliativa, ineficaz e abriria margem para atuação de profissionais cuja formação não foi endossada pelos órgãos competentes no Brasil (SREMIN; JAVORSKI, 2013).

Entretanto, um estudo realizado na Paraíba mostrou que a preocupação da classe médica e de outros organismos nacionais com relação à formação dos médicos estrangeiros não possui fundamento, pois além de terem uma formação profissional rigorosa, os médicos cubanos passaram por processos seletivos e preparatórios antes de serem enviados aos locais de trabalho (SOUSA; OLIVEIRA SILVA, 2015).

Vale ser ressaltado, no entanto, que é preciso haver o enfrentamento de algumas questões controversas do PMM, a exemplo dos direitos sociais dos trabalhadores, pois haveria uma violação aos direitos trabalhistas ao não reconhecer o vínculo empregatício e assim não garantir direitos como férias, 13º salário, FGTS, entre outros (SILVA; SANTOS, 2015). O que certamente são fatores que não atraem os médicos brasileiros a se inserirem no PMM.

No que diz respeito ao aumento de custos para o Brasil surgiu a fala apresentada a seguir.

Acho que isso tem um custo maior pro Brasil, ainda mais nessa crise que tá agora (E11).

Tal colocação não encontrou subsídios na literatura especializada, devendo ser ressaltado que a necessidade de melhorar o acesso aos serviços e cuidado em saúde se torna



uma condição indispensável, devendo ser adotadas medidas para melhor distribuir os profissionais e serviços, em especial os médicos no âmbito da atenção básica, já que sua maior concentração se dá em grandes centros urbanos, com déficits nas regiões afastadas, marcadas por diferentes vulnerabilidades (COLLAR; NETO; FERLA, 2015).

Assim, diante desta realidade, foi adotada por muitos países a estratégia de atrair profissionais de saúde estrangeiros para atender prioritariamente as áreas consideradas de maior vulnerabilidade, não sendo esta medida exclusiva do Brasil. A exemplo do governo australiano, cujo déficit de médicos em seu território era uma realidade na qual a média para cada mil habitantes nos centros urbanos era de 1,8 enquanto que nas comunidades rurais e pequenas cidades era de 0,9, em 1991 (VISCOMI; LARKINS; GUPTA, 2013).

A não aprovação do PMM é referida por uma parcela dos entrevistados, tendo sido apontado a partir da matriz de avaliação que muitos usuários não aprovaram o PMM por acharem desnecessário trazer médicos estrangeiros para o país e que o mesmo não foi expresso na prática tal como prometido pelo governo, alcançando um valor de aprovação de apenas 57%, tal como pode ser visualizado nas falas que se seguem.

Pelo que ouvi falar parecia que era mil maravilhas, mas na realidade não é nada daquilo, por aqui onde a gente mora não foi aquela coisa toda [...] o médico, aquele carinho com o paciente, o atendimento sendo rápido, e aqui nada disso aconteceu, não sei nos outros postos (E16).

É complicado, eu achei muito ruim, eu não gostei dessa ideia não (E19).

Esta pode estar relacionada a fatores que vão para além do Programa, próprios da organização da APS e da rede de serviços de saúde como um todo, o que dificulta a acessibilidade ao serviço, conforme exposto na matriz (Quadro 1) e relatado anteriormente. Comes et al. (2016) colocam que as sugestões para melhorar a responsividade do PMM, tais como adequação da infraestrutura, maior disponibilidade de medicamentos, mais profissionais inseridos no mesmo, mais especialistas, mais apoio de transporte para acesso às comunidades rurais e remotas, devem ser levadas em consideração pelos gestores federais e municipais do SUS de modo a contribuir para a garantia do acesso e do direito constitucional à saúde.

A insatisfação pode estar relacionada também com o tempo de espera, relativo ao agendamento de consulta especializada e realização de consulta na unidade, o que evidencia dificuldades relacionadas à organização do serviço de saúde e à garantia de acesso a atenção especializada em tempo oportuno e resolutivo. Esse tipo de insatisfação refere-se a um dos

principais entraves da atenção básica, que deve ser a porta de entrada para uma rede de serviços resolutivos de acesso universal (SANTIAGO et al., 2013).

No entanto, mesmo diante destes contrapontos ora apresentados, observa-se que houve uma aprovação do PMM pela maior parte da comunidade assistida, o que também foi verificado em várias pesquisas, como por exemplo a realizada pelo Datafolha em agosto de 2013, que mostrou que 54% da população entrevistada o aprovou, sendo que a região Nordeste concentrou o maior percentual de aprovação (MORAIS et al., 2014). Em outra, realizada por Pereira, Silva e Santos (2015), em comunidades quilombolas, constatou-se que o PMM contribuiu não só para uma melhor viabilização das ações de APS nos territórios, mas também demonstrou que é viável a fixação de médicos nas equipes de saúde, mesmo em áreas mais distantes e vulneráveis. Desmistificando assim o modelo largamente adotado voltado somente ao atendimento individual, e de uma equipe de saúde que conta com a presença esporádica e rotativa do profissional médico.

As falas dos usuários destacaram ainda o atendimento do profissional médico que também é avaliado na matriz de julgamento, sendo classificado como resolutivo por boa parcela dos usuários (71,3%).

Destarte que, Thiede, Akweongo e McIntyre (2014) colocam que a aceitabilidade relaciona-se aos fatores subjetivos, culturais e sociais que influenciam a avaliação dos indivíduos sobre os serviços de saúde, que sofrem influência de fatores como idade, sexo, etnia, linguagem, crenças, cultura e condição socioeconômica. A aceitabilidade diz respeito às expectativas dos usuários sobre a organização do serviço, aceitação quanto ao cuidado prestado, ao respeito no atendimento, na escuta às suas queixas, com sua compreensão das explicações médicas sobre seu estado de saúde e na possibilidade de discussão das alternativas de cuidado.

Desse modo, as falas dos usuários revelaram opiniões diversas acerca do atendimento recebido do médico. A seguir são apresentados alguns relatos muito positivos de melhorias na maneira em que foram acolhidos e orientados.

Ele é educado, muito legal, antes tinha médico que a gente tinha medo até de conversar (E13).

Chega no horário, conversa, tem aquela coisa de conversar, o outro não, às vezes nem conversava, perguntava o que tinha, passava receita e pronto. Esse tem o cuidado de chegar no horário, conversar, atender a gente (E16).

O atendimento dele é bem melhor do que o médico de antes, as consultas da gente são mais esclarecidas. Ele é muito atencioso, as consultas são demoradas, tem mais paciência de conversar com a gente (E27).

As falas mostram que a comunidade assistida percebeu uma mudança significativa no atendimento recebido. A satisfação com o trabalho dos profissionais é um importante resultado para a estratégia de saúde da família que tem no trabalho dos profissionais e na sua relação com a população o elemento primordial de sua legitimação na organização do sistema de saúde, resultado semelhante aos encontrados por Santiago et al. (2013), que evidenciaram o trabalho dos profissionais como um componente bem avaliado pelos usuários.

Sobre a facilidade na comunicação, algumas falas mostram que também houve uma boa mudança nesse sentido.

Essa é melhor que a outra que tava [sic], porque a outra a gente não entendia direito, não entendia a forma dela falar, que ela era de fora, e essa agora não, a gente entende tudo (E6).

Enfatizando que a comunicação em saúde não é somente uma estratégia para prover indivíduos e coletividade de informações, mas uma ferramenta fundamental para desenvolver ações de educação em saúde por compartilhar conhecimentos e práticas que podem contribuir para melhorar a condição de vida, representando um aspecto fundamental para o acolhimento. Tal fato corrobora com o encontrado em estudo realizado por Bezerra et al. (2014), em que perceber a importância do processo de comunicação na assistência à saúde traz benefícios para os profissionais e para os usuários, em razão de promover uma interação e conseqüentemente uma maior participação da clientela assistida nas ações e desta forma, nos alcance de metas estabelecidas.

Porém, alguns entrevistados referiram que não conseguiram compreender bem a fala daqueles médicos que eram de outro país, fazendo referência ao profissional que tinham anteriormente na unidade de saúde.

Mas na minha opinião é que eu tenho dificuldade de falar com esse povo, às vezes eu até demoro de vir aqui por esse motivo, que às vezes fala e a gente fica o tempo todo ali pra entender (E19).

Só que ela tem uma dificuldade maior pra falar, porque ela é cubana, a outra eu entendia mais (E29).

No entanto, percebe-se que a comunicação em si não foi um problema relevante encontrado na presente pesquisa, pois foi um fator referido por apenas dois dos entrevistados.

Pesquisa realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais identificou algo semelhante ao aqui referido, que quando indagados sobre dificuldades de comunicação, a maioria dos entrevistados (87%) responderam que não tiveram nenhuma dificuldade, e somente para uma pequena parte (3%), ela foi importante. Esses números comparados na mesma pesquisa com médicos brasileiros não participantes do Programa, grupo utilizado como controle, resultou em 95% e 2% respectivamente (PINTO et al., 2017).

Na literatura encontra-se bem definida a relação entre comunicação médico-paciente e qualidade de atenção, sendo que uma boa comunicação determina uma atenção médica mais humanizada e aporta maior qualidade ao serviço. Algumas pesquisas abordaram a importância dos aspectos comunicacionais na aderência aos tratamentos (BIANCA BARLLETA; DE SOUZA GENNARI; CIPOLOTTI, 2012).

Assim sendo, fica claro que entre os entrevistados os médicos foram bem aceitos, trazendo mudanças práticas com melhoria no atendimento, sendo sentida pela maioria da população aqui representada.

Diante do exposto, fica evidente que a matriz apresentada corroborou o encontrado nas falas, endossando que o Programa possui um bom grau de implantação no município, possuindo, no entanto alguns entraves que precisam ser vencidos para que se consolide como uma política pública.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esta pesquisa permitiu observar que apesar de haver um desconhecimento acerca do PMM por parte da clientela assistida, há uma forte aprovação popular em torno do mesmo, pois a melhoria da assistência é sentida no cotidiano dos serviços de saúde. Assim, fica claro que para a população o que importa é a resolutividade de seus problemas de saúde, que a porta de entrada o receba e o acolha, sendo a partir daí estabelecido vínculo, de modo a tornar a atenção básica sua referência para os demais níveis da atenção.

No entanto, vale ser colocado que é preciso haver uma melhor divulgação em torno do assunto, haja vista que se trata de uma política pública que merece ser conhecida e discutida pela população, pois somente apropriando a mesma acerca de um determinado tema é que a torna apta para acompanhar, avaliar e fiscalizar se o proposto está sendo cumprido. Desse modo, ter conhecimento é fundamental para que exista o controle social, sendo este um direito e um dever de todo cidadão.

Outra questão verificada foi que existem algumas discordâncias em torno do PMM, sendo estas referidas por uma pequena parcela dos entrevistados, a exemplo da abertura do mercado brasileiro para os médicos estrangeiros, sendo colocado que este espaço deve ser ocupado por médicos brasileiros, o que requer uma série de adequações em sua base jurídico-operacional a fim de possibilitar o estabelecimento das garantias trabalhistas, para então atrair e fixar os mesmos.

Fator também encontrado foi que apesar da ampla aprovação, esta não foi unânime, sendo colocada algumas vezes a ausência de mudanças após a implantação do PMM, muitas das quais relacionadas às debilidades encontradas na atenção básica, mostrando a necessidade de maiores investimentos na área a fim de permitir que a mesma realize seu papel de resolver 80% da demanda dos problemas de saúde da população tal como preconizado pela Política Nacional da Atenção Básica.

Desse modo, o presente estudo tratou de um tema extremamente relevante ao abordar uma política de saúde criada para enfrentar a carência de profissionais médicos na APS, que se caracteriza como um grave problema na saúde pública, visto que fragilizava a mesma como porta de entrada preferencial ao sistema de saúde. Assim sendo, a pesquisa alcançou o objetivo proposto, pois investigou a opinião da comunidade acerca do assunto em questão, avaliando a implantação do PMM no município, que alcançou uma classificação satisfatória.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). **Avaliação de Política Pública**: o Programa Mais Médicos. Plataforma de Conhecimentos Programa Mais Médicos. Disponível em: < [http://pesquisa.bvsalud.org/pmm/resource/pt/pesq\\_pmm-95#>](http://pesquisa.bvsalud.org/pmm/resource/pt/pesq_pmm-95#>). Acesso em: 20 mai. 2016.

ALVES, C. K. A. et al. Interpretação e Análise das informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: SAMICO, I. et al. (Orgs.). **Avaliação em saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. SP: Edições 70, 2011.

BIANCA BARLETTA, J.; DE SOUZA GENNARI, M.; CIPOLOTTI, R. A perspectiva cognitivo-comportamental dos aspectos psicossociais que interferem na qualidade da relação médico-paciente. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v.17, n.3, p.396-413, 2012.

BEZERRA, I. M. P. et al. Comunicação no Processo Educativo Desenvolvido pelos Enfermeiros: As Tecnologias de Saúde em Análise. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.5, n.3, p.42-48, 2014.

BRASIL. Lei n.º 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 República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 23 out. 2013a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial GM/MS/MEC nº 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. **Diário Oficial da União**. Brasília, 09 jul 2013b.

\_\_\_\_\_. **Informe Mais Médicos**. Ministério da Saúde. [citado 2014 abr. 10] 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/setembro/27/2013-08-21-informe-mais-medicos.pdf>>. Acesso em: 07 jun 2017.

CARRYL, J.; ROSSATO, L.; PRADOS, R. M. N. Programa Mais Médicos. **Revista Diálogos Interdisciplinares**, Mato Grosso do Sul, v. 5, n. 2, p. 01-08, 2016.

CERQUEIRA, J. P.; ALVES, S. M. C. A Constitucionalidade do Projeto Mais Médicos para o Brasil. **Cuadernos Iberoamericanos de Derecho Sanitario**, Brasília, v.5, n.2, p. 91-107, 2016.

COLLAR, J. M.; NETO, J. B. A.; FERLA, A. A. Formulação e impacto do Programa Mais Médicos na atenção e cuidado em saúde: contribuições iniciais e análise comparativa. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v.1, n. 2, p. 43-56, 2015.

COMES, Y. et al. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n.9, p. 2749-2759, 2016.

CRUZ, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de Saúde: Contribuições para o Debate. In: MATTOS, R.A; BAPTISTA, T.W.F.(Orgs.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.

DI JORGE, F. M. Estudo jurídico do programa mais médicos. **Acta JUS**, Paraná, v.1, n.1, p.24-34, 2013.

FIGUEIRÓ, A. C., CAZARIN, G. Justificando as conclusões. Texto de apoio ao Módulo 5. In: SAMICO, I. et al. (Orgs.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

LEAL, R. G. **Patologias corruptivas nas relações entre Estado, administração pública e sociedade: causas consequências e tratamentos**. Santa Cruz do Sul: Ed. Unisc, 2013.

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

MORAIS, I. et al. Jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o programa mais médicos? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p.112-120, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Segundo Informe Técnico Monitoramento do TC 80 Projeto Mais Médicos Ano 2015**. Brasília: OPAS; 2015.  
[Documento interno]

PADILHA, A. R. S.; OLIVA, A. M.; BELCHIOR, M. A. **Exposição de Motivos Interministerial n.º 24-2013/MS-MEC-MP vinculada à Lei Federal n.º 12.871/2013**. Brasília: 2013. 8 p. (Exposição de Motivos Interministerial).

PEREIRA, L. L.; SILVA, H. P.; SANTOS, L. M. P. Projeto mais médicos para o brasil: estudo de caso em comunidades quilombolas. **Revista da ABPN**, Goiânia, v. 7, n. 16, p.28-51, 2015.

PINTO, H. A. et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, supl.1, p.1087-1101, 2017.

SANTIAGO, R. F. et al. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção do usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 35-44, 2013.

SANTOS, L. M. P.; COSTAS, A. M.; GIRARDI, S. N. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3547-3552, 2015.

SCHIAVO, R. **Health Communication: from theory to practice**, San Francisco, Jossey-Bass, 2007.

SCREMIN, L.; JAVORSKI, E. **O enquadramento das notícias sobre os estrangeiros do programa mais médicos**. In: 9º Ciclo de Debates sobre Jornalismo. Anais. UniBrasil. 2013

SILVA, S. M.; SANTOS, L. M. P. Estudo das Ações Diretas de Inconstitucionalidade do Programa Mais Médicos. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v.4, n.1, p.68-82, 2015.

SOUSA, D.; OLIVEIRA SILVA, R. J. O Programa Mais Médico na Perspectiva dos Atores Sociais Responsáveis por sua Implantação e dos Beneficiários no Município de Boqueirão, PB. **REUNIR: Revista de Administração, Contabilidade e Sustentabilidade**, Campina Grande, v. 5, n. 3, p.59-75, 2015.

SOUZA, B. P. A.; PAULETTE, A. C. Projeto Mais Médicos para o Brasil em Pernambuco: uma abordagem inicial. **Tempus, actas de saúde coletiva**, Brasília, v. 9, n.4, p. 11-34, 2015.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU). **Auditoria operacional: Programa Mais Médicos e Projeto Mais Médicos para o Brasil; avaliação da eficácia do programa**. TC nº 005.391/2014-8.

THIEDE, M; AKWEONGO, P.; MCINTYRE, D. Explorando as dimensões do acesso. In: MCINTYRE, D.; MOONEY, G. **Aspectos econômicos da equidade em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 137-162, 2014.

VISCOMI, M.; LARKINS, S.; GUPTA, T. Recruitment and retention of general practitioners in rural Canada and Australia: a review of the literature. **Canadian Journal of Rural Medicine**, v. 18, n.1, p.13-23, 2013.



## ***CAPÍTULO 6***

---

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

*A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade [...] Sendo um dos direitos fundamentais de todo o homem gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social”*  
(Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde)

O presente estudo se debruçou sobre o PMM buscando compreendê-lo em todas as suas nuances, uma vez que o mesmo surgiu como uma proposta inovadora do Governo Federal para tentar sanar um problema que se arrastava há décadas na saúde pública brasileira, que é a falta de médicos nas USF. Assim, este Programa foi criado para fortalecer a APS mais especificamente a Estratégia de Saúde da Família, apontando um caminho a ser percorrido no enfrentamento das dificuldades em torno do profissional médico, tanto de sua presença, quanto de sua permanência na composição da equipe de saúde, alcançando em curto prazo populações em áreas remotas e vulneráveis.

Assim, o Programa garantiria a formação de equipes de saúde completas na AB levando a uma assistência à saúde com maior qualidade, tendo em vista seu caráter multidisciplinar, além de possibilitar um aumento na resolutividade das questões de saúde, com estabelecimento de diagnóstico, tratamento e acompanhamento transversal do cuidado.

Como ponto forte da pesquisa pode-se apontar a realização de entrevistas junto à clientela atendida por médicos vinculados ao PMM, apreendendo a partir daí qual a opinião que ela possui sobre o mesmo, de modo a perceber se houve melhorias sentidas no cotidiano dos serviços de saúde. Como ponto fraco, nota-se a existência da subnotificação dos indicadores produzidos, havendo ausência de dados em muitos meses de vários anos a que o estudo buscou averiguar.

No município em estudo, foi verificado que houve avanço no eixo “Projeto Mais Médicos para o Brasil”, com a ocupação de vagas disponíveis, que há muito não haviam sido preenchidas, trazendo mudanças práticas no cotidiano de vida de pessoas até então desassistidas. No entanto, não foram observadas mudanças significativas oriundas dos outros eixos, do investimento na infraestrutura da rede de serviços básicos de saúde, e da regulação da formação médica no país, o que pode ser explicado por este conjunto de medidas estruturantes se projetarem em médio e longo prazos.

O manuscrito 1 revelou que de um modo geral, o PMM trouxe avanços para a ESF do município de Jequié-BA, havendo uma melhoria dos indicadores de saúde que apontam positivamente sobre o processo de saúde-doença da população, bem como reflete sobre toda a rede de serviços oferecidos. No entanto, foi evidenciado que ainda existem entraves que precisam ser superados na AB, como a melhoria dos investimentos que assegurem maior acessibilidade e resolutividade ao serviço.

Desse modo, deve ser aqui ressaltado, que apesar da ausência de médicos na composição da equipe de saúde ter sido um problema crônico na AB, se faz necessário

garantir investimentos suficientes para sustentar a sua funcionalidade tal como preconizado pela legislação, de modo a evitar que a mesma esteja enfadada à falência. Assim, para que se alcance a resolutividade de 80% dos problemas de saúde da população na atenção primária, é fundamental haver os devidos repasses financeiros que possam dar o aporte para seu funcionamento, não sendo somente a presença do médico na equipe de saúde que garantirá sua efetividade.

Outro aspecto, trazido pelo manuscrito 2, que precisa ser colocado é que apesar de haver uma aprovação por parte dos usuários, evidenciado pela satisfação por eles expressa, há um grande desconhecimento dessa clientela acerca do que vem a ser o PMM, sendo que muitos não sabem do que se trata e aqueles que referiram deter algum conhecimento, o sabiam de forma superficial e incompleta. Tal fato demonstra a necessidade de esclarecimento da população assistida a respeito do Programa, devendo ser realizado uma maior divulgação sobre o que ele preconiza, para que a mesma possa ser esclarecida e assim possa exercer seu direito de controle social.

Uma questão também abordada no manuscrito 2 é que foi sinalizado por muitos usuários que no Brasil há médicos suficientes para atender à demanda dos serviços de saúde, não sendo necessária a vinda de profissionais estrangeiros para realizar esta tarefa. Para tanto, seria imperativo que houvesse uma adesão maior por parte dos brasileiros ao Programa, o que pode não estar ocorrendo ainda a contento, mesmo com o aumento da adesão dos médicos brasileiros ao longo dos últimos três anos, pela fragilidade da forma de contratação.

Este certamente é o ponto nevrálgico do PMM, uma vez que a forma de contratação é vista como ilegal por parte dos juristas e da categoria médica, haja vista que não são assegurados todos os benefícios que foram conquistados pelos brasileiros ao longo da história de luta pelas causas trabalhistas. Assim, a contratação deve ser revista, de modo a tornar-se legítima, deixando de estar à margem da legislação. A que se colocar ainda que a criação de uma carreira no SUS também se configura como uma maneira de atrair e fixar médicos brasileiros na ESF.

Há ainda questionamentos em torno da validação do diploma dos médicos estrangeiros, uma vez que o Governo Federal permite que esses profissionais atuem no território nacional sem a realização prévia de uma prova feita pelo Conselho Federal de Medicina, emitindo apenas o Registro Único (RU), o que é desaprovado pela categoria médica, pois não estaria sendo comprovado os conhecimentos que estes profissionais

possuem. No entanto, não se sabe se neste nível a discordância é lógica ou se dá meramente por questões de domínio de poder.

Por fim, também é apontado que a regulação do processo de formação dos médicos deve se dar com responsabilidade, não devendo ser realizado a abertura de cursos de forma indiscriminada, nem estimulando a abertura de cursos de medicina em universidades privadas, às custas da urgência em alcançar as metas traçadas pelo Programa. Tal processo deve ocorrer com o devido acompanhamento da qualidade do ensino.

Diante do exposto, este estudo alcançou os objetivos a que se propôs, avaliando o impacto do Programa Mais Médicos para a ESF no referido município, levando em conta os indicadores de saúde produzidos nos serviços, os desafios a serem enfrentados pelo Programa, e o olhar dos usuários assistidos. Desse modo, observou-se que foi produzido impacto positivo sobre o sistema de saúde, sendo necessário que ele avance em suas bases jurídico-operacionais para que se torne uma política de Estado e não de governo.

## *REFERÊNCIAS*

---

ANTUNES, R.B.R. Os dias que abalaram o Brasil: as rebeliões de junho, julho de 2013. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v.18, n. esp., p.41-47, 2014.

ALMEIDA, C.; BÁSCOLO, E. Use of research results in policy decision-making, formulation and implementation: a review of the literature. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, supl, p. S7-S19, 2006.

ALVES, C.K.A. et al. Interpretação e análise das informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: SAMICO I, FELISBERTO E, FIGUEIRÓ A.C., FRIAS P.G. (Orgs). **Avaliação em Saúde: Bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook; p. 89-107, 2010.

ANDRADE, F.R.; NARVAI, P. C. Inquéritos populacionais como instrumentos de gestão e os modelos de atenção à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. suppl. 3, p. 154-160, 2013.

ANGELI, L. S.; CASOTTI, C.A.; CHAVES, S.C.L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 221-232, 2013.

ARANTES, L.J; SHIMIZU, H.E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p.1499-1509, 2016.

ARREAZA, A.L.V.; MORAES, J.C. Contribuição teórico-conceitual para a pesquisa avaliativa no contexto de vigilância da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2627-2638, 2010.

BARBIANI, R. et al. A produção científica sobre acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil: avanços, limites e desafios. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 855-868, 2014.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v.7, n.3, p.401-412, 2002.

BLOG CADÊ O MÉDICO. **NP promove petição eletrônica por mais médicos no SUS**. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://cadeomedico.blogspot.com.br/p/peticao.html>>. Acesso em: 06 nov. 2017.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.602, de 9 de julho de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Mais Médicos**: orientações sobre a organização da Atenção Básica do Brasil [recurso eletrônico] /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos**: mais saúde para os brasileiros/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Resolução nº 01 da Coordenação Nacional do Projeto Mais Médicos para o Brasil, de 02 de outubro de 2015. **Metodologia de autorização da quantidade de vagas para cada município do Projeto Mais Médicos para o Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº 02, de 15 de janeiro de 2015. **Adesão de médicos aos programas de provisão de médicos do Ministério da Saúde** – Projeto Mais Médicos para o Brasil e Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. **Portaria GM 2436/2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Participação de brasileiros no Programa Mais Médicos aumenta 44%. **Programa Mais Médicos- Governo Federal**. 2017b. Disponível em:<<http://maismedicos.gov.br/noticias/257-participacao-de-brasileiros-no-programa-mais-medicos-aumenta-44>>. Acesso em: 07 de nov. 2017.

CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Consulta de Estabelecimentos do município de Jequié-BA**. 2015. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Lista\\_Tot\\_Equipes.asp](http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp)>. Acesso em: 13 out. 2015.

CAMPOS, G.W.S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 1865-1874, 2007.

\_\_\_\_\_. Saúde, o SUS e o programa “Mais Médicos”. **Revista do Médico Residente**, v. 15, n. 2, p. 1-4, 2013.

CAMPOS, G.W.S; PEREIRA, N.J. A atenção primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2655-2663, 2016.

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

CASTRO, A.L.B.; MACHADO, C.V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693-705, 2010.

CEBES - CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. **Mais Médicos atende demanda e cobre todos os distritos sanitários indígenas**. 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2014/09/mais-medicos-atende-demanda-e-cobretodos-os-distritos-sanitarios-indigenas/>>. Acesso em: 13 out. 2015.

CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA; CREMESP - CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades**. São Paulo: CFM, CREMESP; v.1, 2011.

CYRINO, E.G. et al. O Programa Mais Médicos e a formação no e para o SUS: por que a mudança? **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n.1, p. 05- 06, 2015.

COLLAR, J.M.; NETO, J.B.A.; FERLA, A.A. Formulação e impacto do Programa Mais Médicos na atenção e cuidado em saúde: contribuições iniciais e análise comparativa. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v.1, n. 2, p. 43-56, 2015.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz; p. 29-47, 1997.

CRUZ, M.M.; REIS, A.C. Monitoramento e avaliação como uma das funções gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS). In: GODIM, R. et al. (Orgs.). **Qualificação Gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/ ENSP, p. 415-426, 2011.

DI JORGE, F.M. Estudo jurídico do Programa Mais Médicos. **Acta JUS – Periódico de Direito**, Maringá, v.1, n.1, p.24-34, 2013.

DONABEDIAN, A. **The criteria and standards of quality**. Ann Arbor, Mich. Health Administration Press (Series: Explorations in Quality Assessment and Monitoring, v. 2, 1982.

DUBOIS, C.A.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. Histórico da avaliação. In: BROUSSELLE, A. et al. (Orgs.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 19- 39, 2011.

FAUSTO, M. C. R. 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. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p.13-33, 2014.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553-563, 2006.



FIGUEIRÓ, A.C., CAZARIN, G. Justificando as conclusões. Texto de apoio ao Módulo 5. In: SAMICO, I. et al. (Orgs.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, p.95-98, 2010.

FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P.G.; NAVARRO, L.M. Avaliação em Saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO I. et al. (Orgs.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, p. 1-13. 2010.

GONÇALVES, C.R. et al. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.38, n.100, p. 26-34, 2014.

GUBA, E.; LINCOLN, Y.S. The coming of age of evaluation. In: **Fourth generation evaluation**. Newbury Park: Sage, p. 21-49, 1989.

HARTZ, Z.M.A. Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationale over fast food and surmesure over readymade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 229-259, 1999.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativa da população de Jequié-BA**. 2015. Disponível em:<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=291800>>. Acesso em: 20 out. 2015.

MALTA, D.C. et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016.

MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T.W.F. (Orgs.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.

MATUMOTO, S. et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 9-24, 2005.

MINAYO, M.C.S. et al. (Orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NATAL, S. et al. **Avaliação formativa do componente fortalecimento técnico das secretarias de Estado de saúde em monitoramento e avaliação**. Relatório executivo. Análise preliminar dos casos. ENSP/ IMIP/ MS-SAS-DAB. In press, 2006.

NEVES, C.A.B. Do provimento para a produção do encontro no SUS: de que médicos precisamos? Qual saúde desejamos? (Réplica). **Interface - Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v.17, n.47, p. 933-5, 2013.

OECD - ORGANIZAÇÃO DE COOPERAÇÃO E DE DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO. **Health at a Glance 2011**: OECD Indicators, OECD Publishing, 2011.

OLIVEIRA, F.P. et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface - Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 623-634, 2015.

PAIM, J.S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol MZA, Almeida Filho N, organizadores. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Rio de Janeiro: MEDSI, p.567-86, 2003.

\_\_\_\_\_. Modelos de atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**, Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 547-573, 2008.

PATTON, M.Q. **Utilization focused evaluation: the news century text**. Thousand Oaks: Sage, 1997.

REMOR, L.C. et al. Indicadores de saúde como apoio à gestão do sistema único de saúde. **Inter Science Place**, Revista Científica Internacional, v.3, n.15, p. 157-175, 2010.

SAMICO, I. et al. Abordagens metodológicas na avaliação em saúde. In: SAMICO I, FELISBERTO E, FIGUEIRÓ A.C., FRIAS P.G. (Orgs). **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**, Rio de Janeiro: Medbook, p. 15-28, 2010.

SANTOS, L.M.P.; COSTA, A.M.; GIRARDI, S.N. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3547-3552, 2015.

SILVA, E.; LINS, G.A.; CASTRO, E.M.N.V. Historicidade e olhares sobre o processo saúde-doença: uma nova percepção. **Revista Sustinere**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 171-186, 2016.

SOUSA, D.; SILVA, R.J.O. O Programa Mais Médico na Perspectiva dos Atores Sociais Responsáveis por sua Implantação e dos Beneficiários no Município de Boqueirão, PB. **Reunir: Revista de Administração, Contabilidade e Sustentabilidade**, Campina Grande, v. 5, n. 3, p.59-75, 2015.

TEIXEIRA, C. F. et al. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 7, n. 2, p.7-28, 1998.

TEIXEIRA, C.F.S. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n.65, p. 257-277, 2003.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M.; FORMIGLI, V.L.A. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V. (Orgs.). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA, p. 15-39, 2005.

WORTHEN, B.R.; SANDERS, J.R.; FITZPATRICK, J.L. **Avaliação de programas – concepções e práticas**. São Paulo: Editora Gente, 2004.

## *APÊNDICES*

---

**APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

- 1) Como você avalia os serviços prestados pela unidade de saúde a qual está vinculado?
- 2) Na sua opinião, quais são as dificuldades encontradas no atendimento oferecido pela unidade de saúde?
- 3) Você percebeu alguma mudança no atendimento após a chegada do médico atual na unidade? Se sim, qual mudança?
- 4) Você sabe o que é o Programa Mais Médico? Se sim, o que acha a respeito dele?
- 5) Qual a importância que você atribui ao fato de contar com equipe de saúde da família completa?

**APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

## UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA

Prezado (a) Senhor (a),

Eu, Prof. Dr. Ismar Eduardo Martins Filho, juntamente com a discente do programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Priscila Meira Mascarenhas Padre, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, campus de Jequié, estamos realizando a pesquisa: **“Avaliação do Impacto do Programa Mais Médicos para a Estratégia de Saúde da Família”**. Para tanto, convidamos o (a) senhor (a) para participar da nossa pesquisa, que surgiu como uma forma de sinalizar a importância da Estratégia de Saúde da Família como reorientadora da Atenção Básica; e de compreender os obstáculos para seu avanço relacionado muitas vezes à ausência do profissional médico. A pesquisa tem como objetivo geral: avaliar o impacto do Programa Mais Médicos para a Estratégia de Saúde da Família no município de Jequié-BA. O estudo tem como cenário as Unidades de Saúde do município de Jequié que contam com médico do Programa e a Secretaria Municipal de Saúde. Como instrumento para a coleta de dados será utilizado uma entrevista com usuários cadastrados nas equipes de saúde da família selecionadas, e o levantamento de indicadores de saúde, referente ao período de julho 2012 a julho 2016. No que diz respeito aos riscos, pode surgir um desconforto ao responder o questionário, o que será minimizado pela garantia de total privacidade, ficando assegurado que as respostas serão confidenciais e que o questionário não será identificado pelo nome, preservando o anonimato do participante da pesquisa. Dessa forma, será prezado pelo sigilo e participação voluntária, podendo-se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo e/ou penalidades para o (a) senhor (a) ou sua família. Quanto aos benefícios, a pesquisa permitirá uma melhor compreensão dos serviços de saúde da atenção primária, tendo em vista a avaliação de sua resolutividade diante da população assistida, bem como a qualidade desses serviços sob o ponto de vista dos usuários. Assim, poder-se-á somar esforços e possibilitar uma orientação acerca da destinação correta do dinheiro público investido em saúde, com vistas a aumentar a eficiência e efetividade do setor. Somente o pesquisador responsável e colaboradores terão acesso a essas informações. Se qualquer relatório ou publicações resultar deste trabalho, a identificação do (a) senhor (a) não será revelada. Garantimos estar disponíveis para atender quaisquer dúvidas e/ou solicitação para

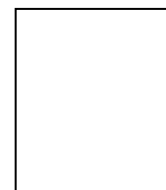
esclarecimento adicional que seja solicitado durante o decorrer da pesquisa. Poderá entrar em contato com Ismar Eduardo Martins Filho e Priscila Meira Mascarenhas Padre no endereço da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Av. José Moreira Sobrinho, S/N – Jequiezinho/ Jequié-Bahia - CEP: 45206-190, na Sala de Coordenação do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem e Saúde (PPGES) ou pelo telefone (73) 3528-9600 ou pelos emails: iemfilho@uesb.edu.br e priscila.meira@yahoo.com.br. Ou ainda pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UESB- Instância local de controle social em pesquisa que visa à proteção dos direitos e a dignidade dos participantes. Este que se localiza na UESB, no CAP, 1º andar, Sala do CEP/ UESB. Av. José Moreira Sobrinho, s/n – Jequiezinho, Jequié-Bahia, CEP: 45206-510. Ou pelo telefone: (73) 3528-9727 ou pelo e-mail: cepuesb.jq@gmail.com ou cepjq@uesb.edu.br.

Se o (a) senhor (a) aceita participar livremente deste estudo, por favor, assine este termo de consentimento em duas vias. Agradeço sua atenção!

Assinatura do (a) Participante: \_\_\_\_\_

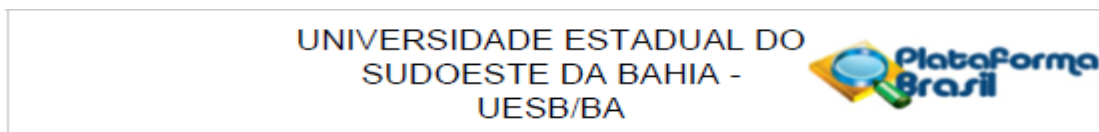
Assinatura do Pesquisador Responsável: \_\_\_\_\_ Polegar direito

Jequié-BA, data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.



***ANEXOS***

---

**ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UESB****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

**Pesquisador:** Ismar Eduardo Martins Filho

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 58813016.4.0000.0055

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.770.394

**Apresentação do Projeto:**

Reapresentação de projeto de pesquisa, no qual os pesquisadores propõem-se a desenvolver um estudo de abordagem quali-quantitativa, sendo que os participantes serão lideranças da comunidade residentes em áreas de cobertura da Estratégia Saúde da Família, naquelas equipes que têm o profissional médico vinculado ao PMM, além do "...levantamento de dados junto à Secretaria Municipal de Saúde referente aos indicadores de saúde produzidos pelas equipes selecionadas, nos últimos quatro anos (de julho de 2012 a julho de 2016), através do do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)/ Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) e do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS), com dados do Boletim de Produção Ambulatorial consolidado (BPA-c)".

**Objetivo da Pesquisa:**

Primário:

Avaliar o impacto do Programa Mais Médicos para a Estratégia de Saúde da Família no município de Jequié -BA.

Secundários:

Analisar indicadores de saúde produzidos na Estratégia de Saúde da Família nos últimos quatro

Analisar indicadores de saúde produzidos na Estratégia de Saúde da Família nos últimos quatro anos no município de Jequié-BA; Investigar a opinião da comunidade acerca do Programa.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos e benefícios foram descritos na primeira apresentação do projeto e estão de acordo com o proposto pela Res. 466/2012.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**



O projeto é relevante e viável. Conforme justificado pelos pesquisadores, "Os resultados advindos da pesquisa contribuirão para o fortalecimento da atenção primária em saúde, visto que se debruça a estudar um nó crítico para o avanço da Estratégia de Saúde da Família, de modo a apontar se práticas inovadoras, como o Programa Mais Médicos".

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

Todos os termos foram apresentados. As adequações e correções no TCLE foram feitas.

**Recomendações:**

Não há.

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

As correções solicitadas no parecer anterior (nº1.709.91, de 29/08/2016), referentes ao TCLE, foram atendidas.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Em reunião do dia 06/10/2016 a plenária aprovou o parecer do relator.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_769089.pdf	05/09/2016 23:30:09		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	05/09/2016 23:29:47	Ismar Eduardo Martins Filho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	05/09/2016 23:27:56	Ismar Eduardo Martins Filho	Aceito
Outros	termo.doc	15/08/2016 12:07:46	Ismar Eduardo Martins Filho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	documento_orientacao.pdf	04/08/2016 22:14:16	Ismar Eduardo Martins Filho	Aceito
Declaração de	documento_participacao.pdf	04/08/2016	Ismar Eduardo	Aceito
Pesquisadores	documento_participacao.pdf	22:13:57	Martins Filho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	documento_coleta.pdf	04/08/2016 22:13:26	Ismar Eduardo Martins Filho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	documento_resolucao466.pdf	04/08/2016 22:13:04	Ismar Eduardo Martins Filho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	documento_encaminhamento.pdf	04/08/2016 22:11:47	Ismar Eduardo Martins Filho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao.pdf	04/08/2016 22:09:02	Ismar Eduardo Martins Filho	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	04/08/2016 22:07:53	Ismar Eduardo Martins Filho	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JEQUIE, 06 de Outubro de 2016

---

**Assinado por:**  
**Ana Angélica Leal Barbosa**  
 (Coordenador)

**ANEXO B: OFÍCIO DO SECRETÁRIO DE SAÚDE PARA COORDENADORES DAS UNIDADES AUTORIZANDO A COLETA**



ESTADO DA BAHIA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE JEQUIÉ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



OFÍCIO. 623/17

Jequié 05 de maio de 2017

DO SERVIÇO/SETOR: GABINETE/ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PARA: OS COORDENADORES DAS USF ONDE ATUAM PROFISSIONAIS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Prezados (as) Senhores (as),

Cumprimento cordialmente vossa senhoria, ao tempo em venho por meio deste informar acerca do projeto de pesquisa realizado pela enfermeira Priscila Meira Mascarenhas Padre, intitulado: Avaliação do Programa Mais Médicos para Estratégia de Saúde as Família, onde a coleta de dados será através dos usuários do SUS em cada unidade de saúde em que atua o profissional médico do Programa Mais Médicos. Ciente da atenção e compreensão, agradecemos desde já.

Atenciosamente,

  
HASSAN ANDRADE IOSSEF  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Hassan Andrade Iossef  
Secretário Municipal de Saúde  
Prefeitura Municipal de Jequié  
Decreto nº: 17.555