

# Atenção Básica à Saúde e o Programa Mais Médicos em Minas Gerais

Um estudo de casos múltiplos



Série Estudos de Caso Sobre o Programa Mais Médicos – 5



Organização Pan-Americana da Saúde

# **Atenção Básica à Saúde e o Programa Mais Médicos em Minas Gerais**

---

Um estudo de casos múltiplos

Série Estudos de Caso Sobre o  
Programa Mais Médicos – 5

Brasília – DF

© 2017 Organização Pan-Americana da Saúde, 2017. Todos os direitos reservados.

Elaboração, distribuição e informações:

Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil

Setor de Embaixadas Norte, lote 19.

CEP: 70.800-400 – Brasília, DF – Brasil.

E-mail: comunicacaoopasbrasil@paho.org

Internet: [www.paho.org/bra](http://www.paho.org/bra)

Equipe da Organização Pan-Americana da Saúde

Coordenador Geral:

Renato Tasca

Coordenadores:

Glauco José de Souza Oliveira

Julio Suarez

Colaboradores:

Elisandréa Sguario Kemper

Carolina Novaes Carvalho

Equipe de Pesquisadores:

Raphael Augusto Teixeira de Aguiar

Jullien Dábini Lacerda de Almeida

Essa publicação foi financiada por recursos financeiros do Termo de Cooperação nº 80, firmado entre a Organização Pan-Americana da Saúde e o Ministério da Saúde do Brasil.

Projeto gráfico, diagramação e revisão gramatical:

All Type Assessoria Editorial Ltda

Impresso no Brasil/*Printed in Brazil*

---

Organização Pan-Americana da Saúde

Atenção Básica à Saúde e o Programa Mais Médicos em Minas Gerais. Um estudo de casos múltiplos. Brasília, DF: OPAS, 2017.

123 p.: il. (Série Estudos de Caso Sobre o Programa Mais Médicos 5)

ISBN: 978-85-7967-121-0

1. Estudos de Casos 2. Atenção Primária à Saúde 3. Saúde 4. Publicações Seriadas I. Título II. Organização Pan-Americana da Saúde.

---

# Sumário

---

<b>Apresentação</b> . . . . .	<b>1, 3 e 5</b>
-------------------------------	-----------------

---

<b>1. Introdução</b> . . . . .	<b>7</b>
--------------------------------	----------

---

<b>2. Notas Metodológicas</b> . . . . .	<b>9</b>
Marco conceitual . . . . .	9
Seleção de casos . . . . .	10
Unidade de análise . . . . .	10
Variáveis de estudo . . . . .	11

---

<b>3. Resultados</b> . . . . .	<b>21</b>
Barão de Cocais . . . . .	21
Juatuba . . . . .	41
Conceição das Alagoas . . . . .	65
Belo Horizonte . . . . .	85

---

<b>6. Meta-análise dos resultados</b> . . . . .	<b>105</b>
Categoria analítica: Mudanças no processo de trabalho assistencial da equipe e da unidade de saúde: organização da demanda espontânea . . . . .	105

---

<b>7. Conclusões</b> . . . . .	<b>117</b>
--------------------------------	------------

---

<b>Referências bibliográficas</b> . . . . .	<b>119</b>
---------------------------------------------	------------

---

<b>Anexos</b> . . . . .	<b>121</b>
Anexo 1. Roteiro de entrevista semiestruturada de usuários . . . . .	121
Anexo 2. Roteiro de entrevista semiestruturada de Profissionais de saúde . . . . .	122
Anexo 3. Roteiro de entrevista semiestruturada de gestores (gerentes de unidade, coordenadores de AB e secretários municipais) . . . . .	123



## Apresentação

Em quase três décadas de existência, o Sistema Único de Saúde (SUS) provou ser uma das mais importantes políticas sociais da América Latina. A universalização do direito à saúde, apesar dos inúmeros desafios enfrentados, é um dos mais preciosos recursos para diminuir os efeitos da pobreza e de outros determinantes sociais da saúde, igualmente nefastos e presentes no atual contexto brasileiro.

Entre tantos outros, um desafio específico persiste: a antiga e conhecida escassez de profissionais de saúde em nossas unidades de atenção básica, tanto em longínquos rincões como em zonas urbanas densamente habitadas. Esse problema, embora conhecido e estudado por muitos anos, mostra-se resiliente e multifatorial, e é experimentado, em algum grau, por diversos países – mesmo por nações ricas, ao contrário do que pode apregoar o senso comum. Esse desafio ocorre comumente, embora não de forma exclusiva, em áreas de baixa densidade demográfica ou condições geográficas desafiadoras – condições largamente presentes no território brasileiro.

Estender o cuidado em atenção primária a toda a população brasileira é uma condição imperativa para a melhoria de diversos indicadores de saúde e, mais do que isso, para a própria consolidação do SUS. E é exatamente esse o desafio do Programa Mais Médicos: contribuir para a tão desejada universalização da atenção primária no país, a partir de diferentes medidas que visam a atacar o problema em diversos *fronts* de batalha: na expansão da formação e da residência médica de qualidade, na melhoria da infraestrutura básica e também na garantia de provimento emergencial, uma vez que tais medidas demandarão algum tempo para apresentar resultados.

O Programa Mais Médicos é o componente responsável por essa ação, que se viabiliza mediante incentivos para que tanto médicos brasileiros como estrangeiros possam se estabelecer e atuar em municípios e unidades de saúde afetados pela escassez desse tipo de profissional. No entanto, os ganhos ao sistema de saúde vão além da simples presença dos médicos no território em que atuam. Eles trazem consigo saberes, atitudes e tecnologias úteis aos diferentes contextos assistenciais. Tais elementos se difundem pelas equipes de saúde, passando a ser reconhecidos – e demandados – por usuários como um fator que agrega qualidade aos serviços prestados.

O presente estudo tem, por objetivo, identificar possíveis inovações operacionais e/ou conceituais que tais saberes e práticas possam ter trazido para a atenção primária no estado de Minas Gerais. Para tanto, a equipe de pesquisa esteve em

quatro diferentes municípios do estado, onde foi estudado um caso específico de interação de médicos estrangeiros com a equipe de saúde e com usuários e, de forma geral, com a própria atenção básica estabelecida em cada um desses locais.

Esperamos que este estudo possa contribuir com o ainda incipiente conhecimento sobre o Programa Mais Médicos, bem como sobre seus benefícios que se situam além do simples provimento. Como todo estudo de caráter científico, espera-se também que novas questões sejam trazidas à tona para estudos futuros.

**Joaquín Molina**

Representante da OPAS/OMS no Brasil

## Apresentação

O trabalho desenvolvido no Estado de Minas Gerais nos municípios elencados nesta pesquisa reflete a aceitação pelos gestores municipais do Programa Mais Médicos para o Brasil que supriu a escassez dos profissionais médicos nos municípios prioritários mineiros.

São em torno de 1.400 profissionais do programa alocados nos municípios do estado, destes, 950 médicos cooperados, os quais contribuem para qualificar a assistência médica e as ações de promoção e prevenção à saúde.

É fato que as ações desenvolvidas pelos médicos cooperados nos municípios contemplados estão sendo satisfatórias e bem aceitas pelas comunidades, o que pode ser observado nos resultados apresentados nesta pesquisa nos seguintes municípios: Belo Horizonte, Barão de Cocais, Conceição das Alagoas e Juatuba. E, ainda, a participação dos profissionais médicos no processo de trabalho das equipes de saúde da família.

Apesar de os dados da pesquisa serem referentes aos quatro (04) municípios, no estado de Minas Gerais são várias experiências exitosas advindas da introdução dos profissionais nas equipes, que podem ser consultadas também no site e em revista publicada em 2015 para o Congresso do CONASEMS.

A riqueza de informações contidas nesse trabalho de certa forma contribui para que os gestores, equipes e população percebam que a estabilidade, assiduidade e o comprometimento com o trabalho melhoram o acesso aos serviços prestados no SUS e têm um impacto significativo nos indicadores de saúde.

Percebe-se também que no processo de trabalho da equipe, a fixação do profissional médico, principalmente no cumprimento de sua jornada integral, possibilitou a organização do trabalho, impactando positivamente no atendimento da demanda espontânea e programada, visitas domiciliares, educação em saúde dentre outras. Tais fatores aumentam a satisfação do usuário em relação aos serviços prestados pelo sistema.

Manifestamos nossos sinceros agradecimentos a OPAS pela oportunidade de publicizar esse estudo, aos pesquisadores pela excelência do trabalho realizado e aos gestores e profissionais dos municípios, os quais colaboraram com empenho e dedicação para a realização e sucesso desta pesquisa.

**Kátia Barbalho Diniz Costa**  
Presidente COSEMS/MG



Dra. Natácha

Você é especial!

## Apresentação

O Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), componente emergencial do Programa Mais Médicos, é responsável pelo provimento emergencial de profissionais médicos para a atenção primária brasileira. Realizado a partir da adesão de profissionais brasileiros e estrangeiros, esse provimento se mostrou importante por buscar minimizar a escassez de médicos em nossa atenção primária a curto prazo, uma vez que as demais ações que compõem o Programa Mais Médicos – como o incentivo à criação de novas escolas de Medicina e a universalização da residência médica com a expansão de vagas em Medicina de Família e Comunidade – demandarão mais tempo para apresentar resultados.

É razoável supor que, ao recebermos profissionais de outros países, eles possam trazer consigo saberes, atitudes e tecnologias úteis aos nossos diferentes contextos assistenciais. É possível, inclusive, que tais elementos possam se difundir por nossas equipes de saúde, passando a ser conhecidos – e demandados – por usuários.

O presente estudo é uma pesquisa exploratória e investigativa, realizada por meio de estudo de casos múltiplos com coletas trianguladas de diferentes tipos de dados. Tem por objetivo identificar possíveis inovações operacionais e/ou conceituais que tais saberes e práticas possam ter trazido para a atenção primária no Estado de Minas Gerais. Para tanto, a equipe de pesquisa esteve em quatro diferentes municípios do estado. Em cada uma dessas cidades foi estudado um caso específico de interação de médicos estrangeiros com a equipe de saúde, usuários e, de uma forma geral, com a própria atenção básica estabelecida em cada um desses locais.

A primeira parte do trabalho apresenta uma breve introdução, objetivando contextualizar a pesquisa. Em seguida, são apresentados a justificativa do estudo, seus objetivos e sua metodologia. Os resultados são apresentados, a seguir, de forma separada para cada um dos municípios. Ao final, há uma meta-análise dos resultados, realizada separadamente por categoria analítica, e uma seção dedicada às conclusões da equipe.

Foi possível demonstrar melhoras no acesso e na satisfação do usuário após a chegada dos profissionais do Programa Mais Médicos. Observou-se também um leve aumento no número de visitas domiciliares por profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros), no ano subsequente à chegada dos profissionais médicos, embora tenham sido identificadas limitações devido a problemas de disponibilidade de veículo para o transporte dos(as) profissionais médicos(as).

Constatou-se também aumento do vínculo com a comunidade na maioria dos casos estudados e uma maior adesão a ações educacionais em saúde. Em dois casos, foi constatado o uso de técnica específica para favorecer a interação com o usuário. Em um caso, foi constatada uma postura ativa do profissional com o objetivo de sistematizar melhor o cuidado a uma casa de recuperação de usuários de drogas na área adscrita da unidade correspondente. Também em um caso houve relatos de melhoria da percepção de união da equipe a partir de atitudes tomadas pelo profissional do programa.

Esperamos que este estudo possa contribuir com o ainda incipiente conhecimento sobre o Programa Mais Médicos, bem como sobre os seus benefícios que se situam além do simples provimento. Como todo estudo de caráter científico, espera-se também que novas questões sejam trazidas à tona para estudo futuro.

### **Equipe de pesquisa**

# 1. Introdução

O Programa Mais Médicos (PMM), instituído por lei em outubro de 2013<sup>1</sup>, tem como um de seus objetivos diminuir a carência de profissionais médicos em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS), de forma a reduzir as desigualdades regionais na área e a fortalecer a prestação dos serviços de atenção básica em saúde no País (BRASIL, 2013).

Para cumprir esse objetivo, o Programa é dividido em três dimensões: a primeira se encarrega de regulamentar a abertura de novas escolas de Medicina. A segunda contém diretrizes para o funcionamento dos cursos existentes e também prevê a universalização das vagas de residência médica no País, tornando obrigatório o curso de um ou dois anos de residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) para que programas de residência em outras especialidades sejam acessados. A terceira dimensão – conhecida como *Provisão Emergencial* ou *Programa Mais Médicos para o Brasil* – prevê a oferta de vagas na atenção básica, em regiões prioritárias para o SUS, para médicos brasileiros e estrangeiros formados no País ou no exterior, possuidores de diploma revalidado ou com habilitação para o exercício da Medicina em outro País.

Conquanto as duas primeiras dimensões necessitem de tempo para se desenvolver, a terceira dimensão tem um caráter mais emergencial. Iniciada há cerca de dois anos (agosto de 2013)<sup>2</sup>, o Programa Mais Médicos para o Brasil contava, em junho de 2015, com 18.240 profissionais (BRASIL, 2015).

O provimento emergencial proporcionou, ao longo desse tempo, números significativos: o crescimento do número de médicos no País entre 2012 e 2015, computando-se o Programa Mais Médicos para o Brasil, foi de 12,7%. Quando se excluem os profissionais vinculados ao programa, o aumento do número de médicos passa a ser de apenas 3,2%, e se registram perdas de profissionais em números absolutos no Acre e em Roraima (BRASIL, 2015). Observa-se também, nos municípios que contam com profissionais do provimento emergencial, um crescimento no número de médicos em tempo equivalente a 40 horas ambulatoriais (*Full-Time Equivalent* – FTE) superior ao observado no restante do País (11,6% nos primeiros, contra 2,9% nos municípios que não contam com o programa). Esse resultado indica que não há apenas mais profissionais na atenção básica: eles também estão ficando mais tempo nas unidades de saúde.

---

1 Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013.

2 <http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2013/08/primeiros-estrangeiros-do-mais-medicos-de-sembarcam-no-brasil.html>

Naturalmente, o êxito do provimento emergencial não se deverá somente ao aumento da quantidade de profissionais e do número de horas trabalhadas: esses são apenas pré-requisitos que, espera-se, contribuirão para um fortalecimento progressivo e continuado da Atenção Básica no Brasil. Entretanto, devido à complexidade das relações e à natureza do processo de trabalho nesse âmbito do cuidado, pode-se dizer que o sucesso do Programa Mais Médicos para o Brasil só será completo se o aumento do número de profissionais for acompanhado por aumento no acesso ao cuidado, por melhorias no processo de trabalho das equipes de saúde da família, por ações adequadas de diagnóstico e planejamento, pela consolidação de vínculos entre a equipe e a comunidade e pelo desenvolvimento de ações educativas para a população (e de educação permanente para os profissionais).

O presente projeto buscou estudar e difundir boas práticas que possam aumentar a qualidade do cuidado no tocante ao aumento do acesso e ao vínculo, ao planejamento do cuidado, à reorganização do processo de trabalho e à educação na saúde – tanto no âmbito do programa Mais Médicos para o Brasil como para atenção básica em geral. Trata-se de um estudo de casos múltiplos em quatro cidades do estado de Minas Gerais, previamente selecionadas pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS/MG) a partir de experiências publicadas em veículo de divulgação próprio daquela instituição. A partir do estudo minucioso de dados sanitários, documentos institucionais e informações fornecidas por profissionais das equipes de saúde da família, usuários e gerentes de unidades, buscou-se: a) descrever o contexto sócio-sanitário dos municípios onde estão as unidades básicas de saúde indicadas como casos; b) descrever o processo de trabalho de cada equipe estudada; c) detectar as mudanças nesse processo decorrentes do seu trabalho; d) difundir estratégias e práticas que tenham conduzido a resultados desejados.

## 2. Notas Metodológicas

### Marco conceitual

---

Trata-se de uma pesquisa exploratória, investigativa, por meio de estudo de casos múltiplos.

Esse método de pesquisa empírica busca coletar dados relevantes acerca do objeto de estudo para que se alcance um conhecimento mais amplo sobre o mesmo, além de se dissiparem dúvidas, esclarecerem questões pertinentes e subsidiarem ações posteriores (CHIZZOTTI, 2006).

São mais utilizados, portanto, em situações nas quais os limites entre o fenômeno estudado e seus contextos não estão bem definidos – ou seja, quando um ou mais contextos dados parecem exercer influências sobre um fenômeno, mas não há como controlar suas variáveis ou eventos separadamente para que se descubram experimentalmente as relações entre si (KEEN e PACKWOOD, 2005; YIN, 2005).

Essa condição é usualmente observada em fenômenos sociais complexos, e se aplica ao objeto de estudo deste trabalho porque se pretende analisar múltiplas interações entre sujeitos em um ambiente de trabalho, assim como as mudanças delas advindas, em contextos não necessariamente semelhantes entre si ou conhecidos em sua totalidade.

O estudo de caso desenvolvido aqui tem caráter exploratório – ou seja, visa ao conhecimento de uma situação ou fenômeno que não se encontra descrito de forma suficiente na literatura, de forma a subsidiar a elaboração de hipóteses para futuras investigações e/ou o delineamento de novos objetos de estudo (BRUYNE, HERMAN *et al.*, 1977; GIL, 2008; MINAYO, 2008). No caso específico, espera-se que, além de contribuir com eventuais estudos futuros, a presente pesquisa exploratória possa difundir, entre os profissionais da atenção básica em geral e do Programa Mais Médicos para o Brasil em particular, práticas e estratégias que tenham se mostrado eficazes em algum grau, ainda que em contextos específicos.

Embora não de forma exclusiva, o estudo de caso utiliza estratégias de pesquisa qualitativa para mapear, descrever e analisar contextos, relações e percepções associados em uma situação, fenômeno ou evento (MINAYO, 2008). Para que

isso ocorra, deve-se organizar uma busca intensiva de dados sobre um evento, situação ou processo, de forma a se estudá-lo e compreendê-lo mais profundamente (BRUYNE, HERMAN *et al.*, 1977; CHIZZOTTI, 2006).

## **Seleção de casos**

---

Os *casos* escolhidos estão presentes em quatro municípios do estado de Minas Gerais, previamente selecionadas pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS/MG) a partir de experiências publicadas em veículo de divulgação próprio daquela instituição<sup>3</sup>. São eles:

1. Belo Horizonte;
2. Barão de Cocais;
3. Conceição das Alagoas;
4. Juatuba.

Justifica-se a livre escolha por parte do COSEMS/MG por ser essa uma instituição conformada pelas próprias gestões municipais de saúde do estado. Por esse motivo, infere-se que o COSEMS possui informações e parâmetros de comparação suficientes para indicar casos que possuam um mínimo de estratégias e práticas relevantes para um estudo mais aprofundado, de acordo com os objetivos da presente pesquisa.

## **Unidade de análise**

---

A *unidade de análise* escolhida é a unidade de saúde básica na qual se encontram os participantes do Programa Mais Médicos para o Brasil nos municípios selecionados.

---

3 [http://www.cosemsg.org.br/arquivos/revistas/revista\\_congresso\\_2015\\_conasems](http://www.cosemsg.org.br/arquivos/revistas/revista_congresso_2015_conasems)

## Variáveis de estudo

---

Optou-se, no presente estudo, pelas seguintes variáveis de estudo ou categorias analíticas:

1. Mudanças no processo de trabalho assistencial da equipe e da unidade de saúde;
2. Mudanças nos processos de gestão da equipe e da unidade de saúde;
3. Melhorias de vínculo e acesso.

Essas variáveis serão explicadas a seguir. Na sequência, serão detalhados os dados que foram analisados, bem como os métodos de coleta utilizados para colhê-los. É importante ressaltar aqui que a divisão entre processo de trabalho *assistencial* e processo de *gestão* ocorreu meramente para fins de organização da coleta e análise de dados:

*Mudanças no processo de trabalho assistencial da equipe e da unidade de saúde:* para se entender essa variável, foram investigadas quaisquer alterações na rotina de trabalho relacionada à prestação do cuidado – sejam elas relacionadas à promoção de saúde, à prevenção da doença, ao tratamento ou à reabilitação – tanto da equipe como da unidade de saúde, que possam ter sido desencadeadas pelo trabalho do profissional de provimento emergencial. Também foram estudados, quando disponíveis, dados sanitários da unidade ou do município que possam sugerir eventuais melhorias na prestação do cuidado no âmbito da atenção básica a partir da reorganização do trabalho ocorrida com a chegada do profissional. Essa variável é composta pelas seguintes subvariáveis:

- Organização da demanda espontânea;
- Organização da atenção programada;
- Organização das visitas domiciliares;
- Organização de ações de educação em saúde.

*Mudanças nos processos de gestão da equipe e da unidade de saúde:* aqui foram investigadas as alterações na rotina de trabalho relacionadas à organização e à qualidade do cuidado prestado, bem como do aprimoramento profissional e pessoal, que possam ter sido desencadeadas pelo trabalho do profissional de provimento emergencial. As subvariáveis de análise foram as seguintes:

- Organização ou aprimoramento de ações de diagnóstico sanitário e de planejamento das ações de saúde;
- Organização ou aprimoramento das ações de educação permanente dos profissionais de saúde;

- Organização ou aprimoramento de processos comunicacionais entre os profissionais de saúde.

*Melhorias de vínculo, acesso e qualidade do cuidado:* essa variável visa ao entendimento das possíveis alterações ocorridas no âmbito do vínculo firmado entre a equipe de saúde da família ou a unidade básica e os usuários, bem como eventuais mudanças no acesso ao cuidado na unidade. O objetivo aqui é constatar a incorporação, no modelo de atenção, dos valores e princípios da Atenção Primária à Saúde (STARFIELD, 2002).

Foram observados, principalmente:

- Variações no volume de ações ofertadas pela unidade (consultas de demanda espontânea e atenção programada, visitas domiciliares, grupos educativos, ações especiais), pelo Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS);
- Percepções de mudanças no vínculo e no acesso por parte de usuários, profissionais da atenção básica e gestores;
- Indicadores de qualidade da atenção básica: alterações nas taxas de mortalidade materno-infantil e internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAPS), também obtidos pelo SIA-SUS e por avaliação externa realizada pelo Programa de Melhoria da Qualidade e do Acesso em Atenção Básica (PMAQ).

Ao fim do trabalho, devido aos resultados encontrados, achou-se por bem redividir esse eixo nas seguintes categorias de análise: Acesso aos serviços, fixação do profissional médico, vínculo com a comunidade, humanização e satisfação e qualidade do cuidado. O significado dessas categorias, assim como de todas as outras, encontra-se detalhado na análise final dos resultados (seção 6).

*Dados a serem analisados e métodos de coleta:* O presente estudo foi baseado em uma *triangulação de métodos*, de forma a garantir uma maior confiabilidade das análises produzidas. A matriz abaixo busca sistematizar os métodos de coleta de dados de acordo com as variáveis de estudo. Na sequência, serão detalhados os dados obtidos a partir de cada método de coleta:

Variáveis de análise		Dados utilizados e métodos de coleta			
Variáveis gerais	Subvariáveis	Análise de dados	Análise documental	Entrevistas	Observação direta
Contexto sócio-sanitário	Aspectos gerais	Contexto geral e indicadores sociais segundo IBGE; perfil social e demográfico segundo DATASUS e SIAB/eSUS; estrutura do sistema de saúde segundo CNES e DATASUS	Contrato Organizativo da ação Pública (COAP) se disponível	—	infraestrutura física, tecnológica e disponibilidade de recursos na unidade de saúde, incluindo medicamentos (Fotos)
	Demografia				
	Epidemiologia				
	Serviços de saúde				
Mudanças no processo de trabalho assistencial:	Demanda espontânea	—	Protocolos adotados para classificação de risco e/ou gestão da agenda	Profissionais de saúde: organização da agenda, acolhimento, classificação de risco; mudanças percebidas	—
	Atenção programada	—	Protocolos adotados para estratificação de risco/atenção programada	Profissionais de saúde: organização da atenção programada; articulação com NASF; mudanças percebidas	—
	Visitas domiciliares	—	Protocolos adotados para agendamento de visita domiciliar	Profissionais de saúde: organização da agenda de visita domiciliar; articulação com NASF; mudanças percebidas	—
	Educação na saúde	—	Documentação de participação da equipe ações educativas: material instrucional elaborado, lista de presenças	Profissionais de saúde, gestores e usuários: descrição e avaliação das ações educativas; articulação com NASF; mudanças percebidas	Grupos e outras ações educativas quando possível: número de presentes, interesse e participação, estruturação do grupo, participação de NASF e outros membros da equipe.
Mudanças no processo de gestão:	Diagnóstico e planejamento	—	Atas de reunião de equipe, planos de trabalho, matrizes de planejamento; protocolos elaborados pela equipe	Profissionais de saúde e gestores: uso de indicadores para tomada de decisão, realização de diagnósticos situacionais, definição de prioridades, planejamento, programação e avaliação das ações de saúde; mudanças percebidas	Reunião de equipe: uso de indicadores para tomada de decisão, realização de diagnósticos situacionais, definição de prioridades, planejamento, programação e avaliação das ações de saúde; mudanças percebidas
	Educação permanente	—	Documentação de participação da equipe em processos de educação permanente	Profissionais de saúde e gestores: relatos de participação em processos de educação permanente (internos e externos) e avaliação dos mesmos; mudanças percebidas	—
	Processos comunicacionais e interpessoais	—	Instrumentos de troca de comunicação entre membros da equipe (livros de registro, sistema de mural ou bilhetes etc)	Profissionais de saúde e gestores: estratégias de comunicação utilizadas; mudanças percebidas no âmbito das relações interpessoais da equipe.	—

Variáveis de análise		Dados utilizados e métodos de coleta			
Variáveis gerais	Subvariáveis	Análise de dados	Análise documental	Entrevistas	Observação direta
Melhorias de vínculo, acesso e qualidade do cuidado	Produção ambulatorial	Alterações no volume de consultas realizadas (demanda espontânea e atenção programada), visitas domiciliares, grupos educativos e ações especiais segundo SIAB/eSUS	Alterações no volume de encontros de grupos educativos e ações especiais segundo registros da equipe	–	–
	Percepções de alterações	–	Eventuais alterações na Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), na lista de exames disponíveis, nas leis municipais e em normas municipais de saúde por iniciativa da equipe	Profissionais de saúde, gestores e usuários: mudanças percebidas na frequência e na qualidade do cuidado, vínculo e acesso	–
	Indicadores de qualidade da atenção básica	Alterações nas taxas de mortalidade materno-infantil e internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAPS), na cobertura vacinal, no número de gestantes e de portadores de tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial e diabetes acompanhados, avaliação externa realizada pelo Programa de Melhoria da Qualidade e do Acesso em Atenção Básica (PMAQ).	–	Profissionais de saúde, gestores e usuários: mudanças percebidas na melhoria da saúde da área adscrita em geral	–

## **Análise de dados sociais e sanitários**

Para essa análise, foram utilizadas fontes de dados públicas ou restritas que contenham:

- Dados gerais do contexto geográfico, histórico, político e cultural do município e da área de abrangência da unidade de saúde (Ex.: IBGE)
- Indicadores sociais (Índice de Desenvolvimento Humano, coeficiente de Gini, prevalência da pobreza, escolaridade e eventuais índices de vulnerabilidade utilizados para classificação de risco sanitário) (Ex.: IBGE);
- Cumprimento dos objetivos do Milênio no município (Ex.: Site ODM)
- Informações demográficas (Ex.: IBGE; SIAB ou eSUS/AB);
- Situação epidemiológica do Município, destacando-se principais causas de morte, doenças prevalentes e fatores de risco conhecidos (Ex.: DATASUS; SIAB ou eSUS/AB);
- Descrição do Sistema municipal de saúde e a Rede de Atenção. Estrutura, organização, regionalização (macro e micro regiões), Plano Municipal de Saúde, coberturas público e privada, etc (Ex.: CNES, DATASUS, sites oficiais);
- Oferta de serviços. Distribuição territorial, oferta segundo níveis de complexidade, carteira de serviços da AB e da Rede de Atenção à Saúde (RAS), saúde suplementar, etc (Ex.: CNES, DATASUS, sites oficiais);
- Diversificação e distribuição da força de trabalho em saúde (Ex.: CNES);
- Produção de serviços da AB e da Rede. Consultas médicas, atendimentos de enfermeira, atividades familiares e comunitárias, etc (Ex.: SIAB ou eSUS/AB);
- Alterações nas taxas de mortalidade materno-infantil e internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAPS), na cobertura vacinal, no número de gestantes e de portadores de tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial e diabetes acompanhados (Ex.: SIAB ou eSUS/AB);
- Avaliação externa da unidade de saúde realizada pelo Programa de Melhoria da Qualidade e do Acesso em Atenção Básica, caso realizada (Ex.: consulta direta ao site do PMAQ).

É importante ressaltar que a análise desses dados secundários específicos possui algumas limitações: em primeiro lugar, os dados do SIA-SUS não são encontrados de forma desagregada por unidade de saúde, e sim por município – embora todos os municípios estudados possuam outros profissionais também vinculados ao Programa Mais Médicos para o Brasil.

Outra limitação se refere às notas de avaliação do PMAQ. Buscou-se comparar, inicialmente, as notas do primeiro e do segundo ciclo de avaliações desse programa. O primeiro ciclo ocorreu em 2012 – portanto, antes da chegada dos médicos intercambistas – e o segundo ciclo ocorreu mais recentemente,

não havendo ainda dados disponíveis para consulta pública. Por esse motivo, os pesquisadores solicitaram as notas de avaliação das dimensões IV (Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho) e V (Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do Usuário) de ambos os ciclos diretamente à coordenação do PMAQ em Minas Gerais, sediada no Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais (NESCON/UFMG), tendo sido prontamente atendidos.

Entretanto, ao conversar com a equipe responsável, os pesquisadores descobriram que o trabalho de campo do segundo ciclo ocorreu mais cedo do que se imaginava (entre o final de 2013 e o início de 2014, embora os dados ainda não tenham se tornado públicos no ano de 2016). Por esse motivo, o valor da comparação entre o primeiro e o segundo ciclos diminuiu significativamente, uma vez que não houve tempo hábil para se implementarem mudanças efetivas entre a chegada dos intercambistas e o trabalho de campo do segundo ciclo. Espera-se que a realização e divulgação do terceiro ciclo, previsto para 2017, possa trazer elementos mais concretos para futuras pesquisas nesse âmbito.

## Entrevistas

Foram entrevistados os principais atores da atenção básica no âmbito da unidade de saúde e do município, a saber: usuários, profissionais da atenção básica lotados nas unidades estudadas, coordenadores de atenção básica, profissionais de referência técnica, membros de NASF e secretários municipais de saúde.

As entrevistas foram semiestruturadas – ou seja, não contaram com um rol fixo de perguntas (apenas uma ou duas perguntas iniciais e perguntas posteriores direcionadas visando completar as variáveis de análise nas falas de cada categoria de entrevistados). Os anexos 1, 2 e 3 contêm os roteiros de entrevista utilizados.

O objetivo central das entrevistas foi reconstituir a descrição do processo de trabalho atual e levantar as alterações percebidas pelos entrevistados a partir da chegada do profissional do Programa Mais Médicos para o Brasil, bem como conhecer as opiniões de usuários, profissionais de saúde e gestores envolvidos e/ou beneficiados de alguma forma com o programa.

A Tabela 1 mostra a quantidade de pessoas entrevistadas em cada município e por categoria (profissão, cargo ou usuário):

**Tabela 1. N° de entrevistados por categoria e por município**

Entrevistado/ Município	Juatuba	Barão de Cocais	Conceição das Alagoas	Belo Horizonte	Total
Médico	1	1	1	1	4
Enfermeiro	2	1	2	1	6
ACS	1	3	3	1	8
Téc. de enfermagem	0	1	1	1	3
Ref. técnica	1	0	1	0	2
Gestores	1	2	2	1	6
Usuário	3	5	4	1	13
NASF	0	0	1	0	1
Total	9	13	15	6	43

Fonte: NVivo

As entrevistas foram transcritas por pessoa com experiência prévia em transcrição de entrevistas, e em seguida codificadas e analisadas pelo pesquisador que coordena a pesquisa por meio do *software* NVivo 10.

Todos os cuidados relativos aos procedimentos éticos padrões foram observados. O projeto se encontra registrado na Plataforma Brasil e cópias de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), devidamente aprovado pelo Comitê de Ética da UFMG, foram assinadas pelo respondente, ficando cada um com uma cópia ou foto do mesmo.

### Observação direta

A observação direta ocorreu durante a visita às unidades selecionadas. Buscou-se agendar as entrevistas em dias de realização de reuniões de equipe ou grupos educativos.

Em uma unidade, devido ao fato de o enfermeiro haver assumido a sua posição há alguns dias antes da visita, não houve o grupo educativo que seria observado. Alguns usuários, entretanto, foram à unidade para renovar receitas médicas e foi possível entrevistar alguns deles.

Em outra unidade, observou-se uma reunião da equipe de saúde da família, e na terceira unidade foi observado um grupo educativo sobre atividade física.

Em uma unidade, não foi possível realizar observação direta no dia do trabalho de campo devido ao fato de haver uma paralisação parcial de funcionários, o

que sobrecarregou a única equipe que se encontrava completa. Essa paralisação ocorreu após um funcionário da unidade ter sido agredido fisicamente por um usuário.

Nas unidades de saúde foram também observadas e registradas, por meio de fotografias, as condições de infraestrutura física, tecnológica e disponibilidade de recursos na unidade de saúde, incluindo medicamentos.

Nas observações de ações educacionais, foram observados:

- Número de usuários presentes;
- Impressões do pesquisador acerca do interesse e da participação dos presentes;
- Descrição das atividades realizadas;
- Participação de integrantes do NASF e outros membros da equipe.

Nas observações de reuniões de equipe, as observações versaram sobre:

- Uso de indicadores para tomada de decisão;
- Discussão sobre diagnóstico situacional existente ou em formulação;
- Processo de definição de prioridades;
- Planejamento, programação e avaliação das ações de saúde;
- Impressões do pesquisador acerca do entrosamento da equipe.

### **Análise documental**

A coleta de documentos ocorreu sobretudo por meio de fotografias tiradas com o uso de celulares dos pesquisadores, sempre quando estavam disponíveis quaisquer documentos institucionais de interesse produzidos pela secretaria municipal, pela unidade básica ou pela equipe de saúde. São exemplos de documentos analisados: protocolos e linhas-guia adotados pela equipe ou por elas desenvolvidos, atas de reuniões, registros escritos mantidos pela unidade ou pela equipe (atas de reuniões, comunicações escritas, listas de presença de reuniões e ações educativas) e quaisquer memorandos ou outros documentos oficiais que forem oferecidos ao pesquisador.

### **Validação do construto**

A validação do construto em um estudo de caso, segundo YIN (2005), é assegurada por meio de três estratégias: a) a utilização de fontes múltiplas de evidência;

b) o estabelecimento do encadeamento de evidências; c) a revisão do rascunho do relatório do estudo de caso por informantes-chave.

Segundo esse autor, a confiabilidade também deve ser buscada por: a) utilização de protocolo de estudo de caso; b) desenvolvimento de banco de dados para o estudo de caso.

O presente estudo buscou adotar todos os procedimentos acima, uma vez que: a) utilizou múltiplas fontes de evidência, como descrito anteriormente; b) buscou o diálogo entre essas múltiplas fontes e o encadeamento das evidências encontradas de forma a facilitar a leitura final do estudo de caso; c) teve o seu relatório final submetido à análise de profissionais indicados pela OPAS; d) foi conduzido com base em um protocolo reconhecido: o livro *Estudo de caso: planejamento e métodos*, de YIN (2005); e) contou com um banco de dados montado no software NVivo, no qual estão disponíveis todas as evidências encontradas.

### **Análise dos resultados**

As evidências obtidas foram organizadas de acordo com sua natureza em um único banco de dados independentemente de sua natureza ou fonte, uma vez que foram todas transcritas ou digitalizadas. Após a organização de todo o material e da transcrição das entrevistas, estas foram codificadas de acordo com as variáveis e subvariáveis de estudo.

Uma primeira exploração flutuante do material foi realizada buscando-se associar e destacar, por meio do uso de recursos específicos do *software* NVivo, as possíveis relações entre as evidências encontradas, bem como a sua provável natureza (coincidências, divergências, associações indiretas, relações de causa ou efeito).

Para facilitar a análise, foram definidos três *sets* de categorias: um contendo *descrições ou informações importantes* sobre a população adscrita, a unidade e a rotina e agenda dos profissionais entrevistados; outro contendo as categorias analíticas em si; e um terceiro contendo o que se denominou “*ações narrativas*” – em outras palavras, juízos de valor emitidos pelo entrevistado (elogios, críticas, percepções de mudança, atribuição de mudança a um ator específico (profissional médico do programa, equipe, gestão ou programa Mais Médicos) e menção a problemas.

A análise em si consistiu na descrição e no aprofundamento das relações percebidas em cada variável de análise de forma empírica, buscando-se levantar possíveis explicações para as associações encontradas. Buscou-se, primeiramente

te, cruzar a codificação das categorias analíticas com a das ações narrativas, de forma a construir uma matriz destacando as interseções de codificação entre os dois *sets* – o que tornou possível identificar rapidamente trechos das entrevistas sobre uma determinada categoria que apresentavam um determinado juízo de valor, seja ele neutro, positivo ou negativo. Dessa forma, descreveu-se o contexto de cada caso, as percepções de melhorias no processo de trabalho, no vínculo, no acesso e na qualidade do cuidado e as estratégias e práticas que mais contribuíram para essas mudanças.



do Milênio das Nações Unidas, segundo a qual a mortalidade infantil no País deve estar abaixo de 17,9 óbitos por mil em 2015.

No Brasil, a esperança de vida ao nascer foi de 73,9 anos, em 2010; de 68,6 anos, em 2000; e de 64,7 anos em 1991. A longevidade para os municípios da pesquisa demonstram maior esperança de vida ao nascer do que a média brasileira para o ano de 2010.

### **Informações de saúde – Serviços de saúde**

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), via DATASUS, há 37 estabelecimentos cadastrados em Barão de Cocais. O município possui, credenciadas pelo Ministério da Saúde (MS), dez equipes de Saúde de Família (ESF) para o período considerado, 2013 a 2016.

### **Descrição da rotina**

O município de Barão de Cocais conta com dez Unidades de Saúde da Família. Atualmente o Centro de Saúde estudado no presente trabalho está passando por momento de transição para uma unidade do tipo 2 – que irá incorporar mais uma equipe de saúde – e mudará de local, para uma estrutura própria. O atendimento é feito de 8h às 17h.

O Centro de Saúde, segundo informações colhidas em entrevistas e nos dados secundários previamente mostrados, possui 100% de cobertura da área de abrangência. O maior avanço gerencial considerado é a descentralização da imunização, e o maior desafio é a valorização da Atenção Primária e a redução da quantidade de atendimentos na Atenção Secundária do município.

O Centro de Saúde estudado conta com o apoio do NASF (assim como as demais unidades de saúde do município). No entanto, segundo os relatos, os profissionais presentes com mais frequência são o(a) nutricionista, o(a) psicólogo(a) e o(a) fonoaudiólogo(a).

Segundo um dos profissionais entrevistados, um dos maiores problemas de saúde da área são as doenças respiratórias e condições associadas ao uso de drogas.

Houve na unidade um processo de capacitação pontual, que foi realizado em função do surto de dengue, conduzido pelo(a) enfermeiro(a) da unidade junto aos demais profissionais. Já no âmbito do município é realizada periodicamente uma capacitação por meio da Gerência Regional de Saúde (GRS) do município

de Itabira. Há relatos de atividades de capacitação realizadas para todas as unidades.

No momento da pesquisa, a rotina dos ACS's incluía, além das atividades inerentes ao seu trabalho, um revezamento na recepção para treinamento da nova recepcionista. De modo geral, fazem atendimento no período da manhã, e à tarde (pelo menos uma vez por semana) lançam os dados coletados no sistema e-SUS, ou realizam o revezamento na atividade de recepção. Realizam também outras atividades, como a coleta de materiais necessários para a unidade, atividades de correio, entrega de documentos na secretaria de saúde, entre outros. Em média, visitam diariamente pelo menos dez casas na sua microárea.

A rotina das técnicas de enfermagem, de um modo geral, inclui demandas de avaliação junto à enfermeira, e em seguida atuam em vacinação e curativos.

A médica da unidade atende em média 20 pessoas no turno da manhã e 20 no turno da tarde, incluindo ações programadas e demanda espontânea.

A atenção programada segue a programação a seguir:

- Segunda-feira – Hipertenso e Diabéticos (manhã) e acolhimento (tarde);
- Terça-feira – Acolhimento (manhã) e Visita Domiciliar e Puericultura (alternando quinzenalmente à tarde);
- Quarta-feira – Acolhimento (manhã) e Saúde mental (tarde);
- Quinta-feira – Acolhimento (manhã) e Pré Natal (tarde);
- Sexta-feira – *Day Off*.

Uma reunião de Equipe ocorre quinzenalmente, às quartas-feiras. São realizados o planejamento da unidade e discussão de casos, entre outras atividades. A equipe teve a oportunidade de observar uma dessas reuniões.

Outros grupos da unidade são: Grupo de Canto, Grupo dos Amigos da Balança – Quinzenal, Comitê da Dengue e o Grupo de Artesanato que atualmente não é mais realizado.

**Figura 2. Participação dos pesquisadores, em observação direta, na Reunião de Equipe do Centro de Saúde**



### **Resultado das categorias analíticas**

Categoria analítica: Mudanças no processo de trabalho assistencial da equipe e da unidade de saúde

#### *Organização da demanda espontânea*

Segundo as entrevistas colhidas em Barão de Cocais, não há percepção de aumento de volume de consultas de demanda espontânea. Alguns dos entrevistados que fizeram essa declaração, porém, levantam hipóteses para esse fato: uma se deve ao fato de o cooperado ficar em tempo integral na unidade e realizar a consulta de forma mais minuciosa e demorada:

*Eu acho que mudou é porque tem médico o dia inteiro, ela fica o dia todo (...). E... Eu acho isso ela faz mais visitas (...), atender mais consulta até que não, tinha médico que atendia mais. Ou a mesma quantidade, só que atendia rápido e ia embora, então os pacientes que chegavam depois, a gente não tinha como encaixar (E03).*

Uma característica do cooperado citada em entrevista é a prestatividade em atender a pacientes que chegam ao final do turno, sem agendamento – o que compensaria o maior tempo gasto na consulta:

*Ela segue o protocolo, então se a gente coloca, vai ser tantas agendadas e tantas vai ser de urgência, ela segue aquilo ali e tem a facilidade de negociar né, a enfermeira “Ó tem mais um” né, consegue encaixar mais um que chega na emergência. Então ela tem essa, essa característica, essa facilidade de negociação (S01).*

Levantou-se também uma possível concorrência entre o hospital municipal e a Unidade básica, uma vez que, do ponto de vista do usuário, pode ser mais prático – embora mais demorado – buscar atendimento em instituição hospitalar. Isso ocorreria mesmo em casos sem gravidade, para os quais o ideal seria ir à unidade. Isso porque já se sai do hospital com o medicamento prescrito, ao contrário do centro de saúde – no qual a regra é pegar a receita e aviá-la no centro da cidade.

*Porque sabem por exemplo, um infecção urinária, eles sabem que se eles vierem aqui eles vão pegar receita, vão pegar o exame, eles vão ter que marcar e buscar o medicamento lá na farmácia no centro. No hospital não eles já vão fazer o exame na hora e vão ganhar medicamento na hora (E03).*

Ainda assim, ao se analisarem os dados do SIA-SUS, é possível constatar que o procedimento de maior acréscimo recente de volume, em número absoluto, é justamente a administração de medicamentos na atenção básica, que passou de 404, em 2013, a 687 em 2015.

É possível que esse aumento se deva ao aumento no número geral de consultas médicas, uma vez que esse número não se deve apenas à demanda espontânea. De fato, observa-se que o número geral de consultas médicas na unidade aumentou significativamente nos dois anos seguintes após a chegada do profissional cooperado. Observa-se, entretanto, que esse aumento havia começado no ano anterior, mantendo o mesmo ritmo após o início de seu trabalho e sem interromper o crescimento. Observa-se também, que procedimentos como atendimento de urgência na atenção básica e inalação/nebulização diminuíram entre 2013 e 2014, enquanto a drenagem de abscesso experimentou um aumento de 20 vezes (de apenas um, em 2013, para 20, em 2014).

Segundo as notas do PMAQ, o item *acolhimento à demanda espontânea* na unidade de saúde estudada recebeu o conceito *desempenho muito acima da média* nos dois ciclos – o primeiro tendo ocorrido antes da vinda do cooperado, em

2012, e o segundo logo após a sua chegada. Esses indicadores mostram que a demanda espontânea já se encontrava bem organizada anteriormente.

#### *Organização da atenção programada*

Há várias menções, nas entrevistas, de melhorias na atenção programada atribuídas ao cooperado, em todos os ciclos de vida. Os pesquisadores receberam algumas das respostas abaixo ao perguntarem sobre as principais mudanças causadas por sua presença:

Sobre puericultura:

*É em relação principalmente às crianças, ela tem feito a puericultura, o acompanhamento assim toda, de 15 em 15 dias toda terça-feira a tarde, tem o acompanhamento de crianças, né?! Que ela faz a puericultura de crianças de, de 0 a 9 anos que ela faz esse acompanhamento (A04).*

Ao ser perguntada se anteriormente a puericultura estava sendo realizada nos mesmos moldes, a entrevistada respondeu:

*Não estava tendo não, nós tínhamos a intenção de fazer, mas é... começou mesmo foi com [o cooperado].*

Sobre saúde da mulher:

*A gente tinha é... uma baixa do número de citopatológicos né, com ela lá presente né, é... a questão assim, de ter diminuído mesmo é, a com a estabilidade dela na, na unidade, é... as mulheres passaram a aderir mais, né? (C02).*

Sobre condições crônicas:

*[O cooperado] tem encontrado muitos assim é... diabéticos que não estavam sendo diagnosticados, não tinha (sic) sido diagnosticados, encontrou muitos (A04).*

*Essa questão assim da, da permanência mesmo do profissional na unidade que, a gente vê né, ela acompanhando os hipertensos, diabéticos, as crianças... a gente vê que o número de internações, né, diminui, (...) a gente trabalha melhor com prevenção, com a promoção, com a reabilitação, né? (C02).*

Sobre saúde mental:

*Os remédios controlado (sic), né, que tem que ter receita, ela faz, ela é mais exigente em questão dos controlados, que antes não [havia tanto controle] (...). (A02).*

Sobre o uso de protocolos:

*Ela tem uma facilidade e interesse em acompanhar protocolos né, então sempre ela se mostra muito interessada (...). Ela segue o protocolo com uma maior facilidade, e com maior empenho, a gente vê que a formação dela foi essa (S01).*

Uma pessoa entrevistada atribuiu a melhoria da atenção programada também a um treinamento visando à organização da equipe de acordo com o plano diretor, há cerca de quatro anos antes da entrevista:

*Melhorou, depois que a gente fez o, o treinamento do plano diretor, aí a gente aprendeu a organizar né. Então a gente montou a organização em cima do plano diretor (...). E veio de encontro [o cooperado] ser boa, da gente organizar e ela cumprir, né? (...). Às vezes se fosse um outro mais rebelde não iria querer cumprir daquela forma, mas aí a gente se organizou de acordo com o plano diretor (E03)*

Outra pessoa entrevistada alega que o próprio PMAQ bem como o desejo do município de se sair bem nessa avaliação ajudaram a produzir mudanças na atenção programada:

*O que que acontece na verdade, isso foi tudo depois que veio PMAQ e a gente se organizou né?! Porque então a gente trabalhava, atendia, tinha o saúde mental, não tinha puericultura, porque até então não existia PMAQ (S02).*

*A única coisa que mudou foi a puericultura por causa do PMAQ, que pra gente né, ter notas boas, não porque a gente não fazia, realmente a gente fazia, mas faltava tempo porque era muita demanda (S02).*

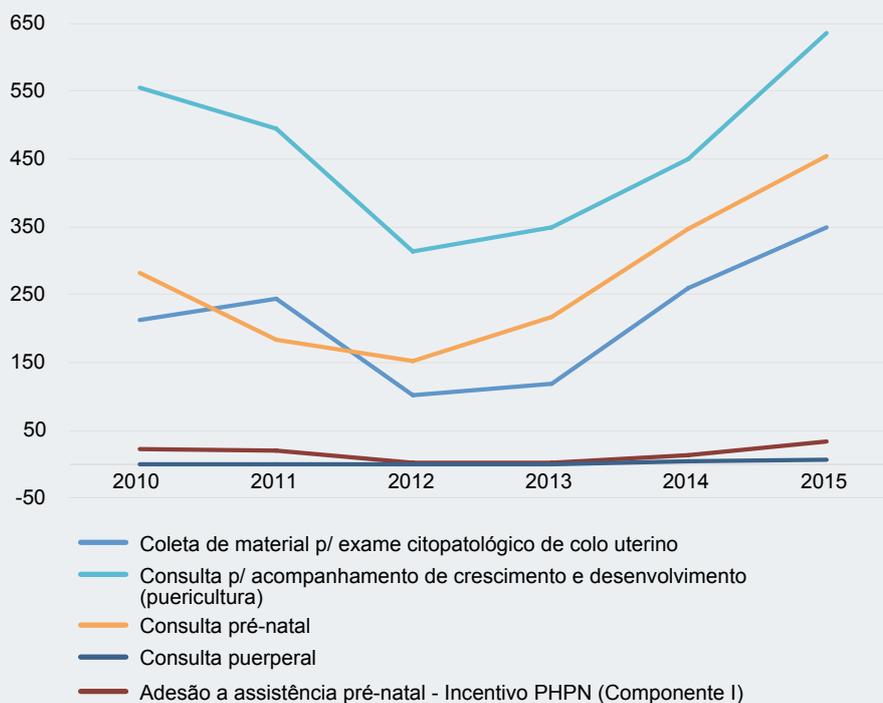
Essas falas mostram que o PMAQ pode ter um papel indutor de mudanças na atenção básica. De fato, os dados do SIA-SUS referentes a indicadores de atenção programada mostram declínio de todos eles entre 2011 e 2012, ano do primeiro ciclo do PMAQ. Esses indicadores passaram a melhorar entre 2012 e 2013 (ano de chegada do cooperado). A partir desse ano, houve uma aceleração na tendência de crescimento de todos os indicadores estudados.

Esses dados corroboram com os achados das entrevistas, mostrando um aumento sustentado da coleta de exame citopatológico de colo uterino, de consultas de puericultura, de consultas e adesão à assistência pré-natal e de consultas puerperais.

Outro fator provavelmente relevante para o sucesso da atenção programática na unidade é a longevidade da enfermeira, que lá está há dez anos.

O Gráfico 1, a seguir, mostra os procedimentos relacionados à Atenção Programada.

**Gráfico 1. Procedimentos relacionados à Atenção Programada – C.S. Aimée Cançado Couto, Barão de Cocais (2010 a 2015)**



Ressalta-se que as notas do PMAQ para os componentes de atenção programada do centro de saúde estudado já eram, em grande parte, acima da média em momento anterior à chegada do cooperado: *desempenho muito acima da média* em prevenção de câncer de colo de útero e mama no primeiro ciclo.

### Organização das visitas domiciliares

Uma pessoa entrevistada relata aumento do número de visitas domiciliares a partir da vinda da médica cooperada:

*Eu acho que é, em relação a outros médicos o [cooperado] aumentou, porque a maioria dos médicos não gosta muito de fazer visita, então só ia mesmo em caso graves e acamados. Ela não, ela tem perfil pra ir pra rua, ela faz visita. E ela atende, faz muita visita (E03).*

Entretanto, assim como entrevistados de Juatuba, uma pessoa entrevistada em Barão de Cocais também relatou a falta de veículo como um fator limitante.

*Ô cada médico é diferente, né, tem médico que vai a pé, que não liga né, médico muitos médicos iam a pé, se faltar o carro não tem visita, por questão dela entendeu? (...) Com ela é mais difícil, nós até brinca (sic) com ela assim: “Ah só porque você é filha única, você tá acostumada a todo mundo né, paparicar” Se não tiver ela não vai (A02).*

Outra pessoa, ao ser entrevistada, declarou não ver diferença nesse quesito:

*Não... né, realiza, todos realizam da mesma forma eu acredito que todos os profissionais tem uma certa resistência a... a visita domiciliar (...) Então eles tentam, restringem o máximo das visitas domiciliar (...) (S01)*

*Não, visita domiciliar não é só acamado, não é só pro idoso né?! A gente tem portadores de necessidades especiais, tem outros públicos que também dependem de uma visita domiciliar né, tanto quanto, né então, mas eu acredito que é uma característica geral (...) (S01)*

Em relação à avaliação do PMAQ para o Centro de Saúde estudado, no primeiro e segundo ciclo as notas permaneceram com o *desempenho acima da média*. Nota-se que não há nele registros de aumento de visitas domiciliares realizadas por profissionais de nível superior.

### Organização de ações de educação em saúde

Há relatos de melhora no trabalho com os grupos após a chegada da cooperada, notadamente a partir de sua participação direta nos grupos:

*Eles têm o hábito de perguntar “Essa reunião vai ser com quem?” Se falar que é com a médica, lota! É igual nós tivemos dificuldade aqui pra fazer a reunião com homens, aí fizemos sobre o câncer de próstata então lotou*

*de homens e eles adoraram a reunião, porque o homem pra procurar a unidade é mais difícil, né, principalmente pra grupos. Então foi muito bom mesmo, esse grupo que teve (A04).*

*Eu acho (...) [que a mudança em relação aos profissionais anteriores] é as informações, igual um participa, aí vem o outro, as informações que ela vem trazendo ela vem trazendo novidades ela faz assim, ela uma, um grupo dinâmico entendeu? Ela não vem e só fala, fala, fala (...). Porque se for só chegar e falar, falar, falar fica cansativo as pessoas não gostam de participar (A04).*

*Eu vejo uma facilidade também em trabalho em grupos, né?! Em ter essa visão né, de da sequência, de seguir, seguir o cuidado, não só durante a consulta, mas depois se preocupar com o paciente no acompanhamento. (...) Eu vejo essa qualidade no trabalho dela (S01).*

*Uai menino, às vezes a gente vem na reunião aqui são muito bons sabe?! E as palestra são muito boas, então eu pelo menos não tenho nada a reclamar não, das palestras, que a pessoa precisa de vim pra saber né? (...) Gosto das palestras, é muito bom né? (U08).*

Entretanto, vários entrevistados se referiram a um médico anterior da unidade como um profissional que soube motivar os grupos de formas que não se repetiram novamente:

Uma estratégia identificada era a vinculação de receita à participação em grupos:

*Igual o Dr. (...) fazia assim ó, mulher que não vinha no grupo, não tem o medicamento, tipo assim, lógico que ele ia dar, mas o grupo aumentava, principalmente saúde mental, principalmente quando era dia da reunião das mulheres (...). Ter um motivo pra sair de casa, pra vir né, conversar, que era uma coisa assim, que elas vinham, lotava o grupo, sabe? (A02).*

Outras experiências relatadas em relação a esse profissional incluem a criação de uma comissão local de saúde e uma horta comunitária, cultivada pelos usuários e pelos agentes comunitários de saúde. A horta acabou após a saída desse profissional.

*Eu acho que [a horta acabou] (...) porque o [Dr.] saiu, porque ele pegava no pé, sabe, então assim as pessoas gostava (sic) muito dele, a população gostava dele, porque ele era muito dedicado, não que os outros médicos não sejam, porque ele ficou mais tempo aqui né, então assim, ele fazia questão de ter os grupos de participar dos grupos, (A02).*

*Agora, aí o quando o [Dr] foi embora o grupo ficou parado, quando veio (...) o psicólogo, ele também toca violão, aí gente trouxe pra ele a ideia, vamos voltar com o grupo, aí ele falou “vamos voltar” aí ele animou, mas o pessoal não aderiu tanto (...). Mas eu acho que é pelo profissional mesmo, que o [Dr] conseguia prender mais gente. (A03).*

Categoria analítica: Mudanças nos processos de gestão da equipe e da unidade de saúde

*Organização ou aprimoramento de ações de diagnóstico sanitário e de planejamento das ações de saúde*

Há uma percepção de que a unidade está mais avançada do que outras do mesmo município em relação ao uso da informação para planejamento de atividades. Esse avanço é creditado em parte ao perfil e interesse da profissional cooperada, e em parte à enfermeira da unidade, que lá trabalha há mais de dez anos:

*Tem algumas unidades que elas têm mais essa característica de, de levantamento de dados (...). Mas não são todos né?! O PSF (...) onde a [cooperada] está é um deles que tem essa característica, eu acho que por causa da [cooperada], mas também por causa da enfermeira que ela é uma enfermeira que já tem muitos anos da estratégia e ela tem uma visão da importância do planejamento (S01).*

*Ela [a cooperada] se preocupa com as metas, antes era só enfermeira que preocupava, ela não, ela quer ver números, ela quer ver dados né?! Ela quer analisar junto, antes era só eu que analisava, então agora não, ela questiona os dados que eu que eu consolido, e esse compromisso com as visitas, com a comunidade, ela chama atenção e, do paciente, se o paciente não tá comprometido, né? (E03).*

*Então ela [a cooperada], ela sabe qual que é a morbidade, a mortalidade, ela conhece esse histórico do, do território dela, né (...). Mas os PSF cada um saber da sua característica, a gente vê que alguns ainda tem essa dificuldade, de ter essa né, esse perfil epidemiológico bem levantado, bem conhecido (S01).*

*Eu acho que ela tem uma noção, maior assim, de trabalhar com comunidade. Não com o individual. Ela trabalha mais pensando na comunidade (E03).*

Há uma reunião quinzenal na unidade, durante a qual a equipe discute casos específicos de usuários, problemas percebidos e suas possíveis soluções – uma espécie de sessão mista de planejamento e de educação permanente:

*[A gente] discute tudo, problema do paciente, as meninas traz (sic) problema da área as vezes, tem alguma coisa que não tá funcionando: um tipo de marcação, um tipo de alguma coisa que aconteceu na semana que não deu certo, que não funcionou, que alguém não gostou, então a gente discute tudo tudo que é problema, a gente discute na reunião não tem nada que fica pra trás não porque a gente reúne muito (T01).*

A origem dessa reunião e sua constância, entretanto, são atribuídas à enfermeira da unidade:

*Mais foi com a enfermeira [atual] (...), né, porque [com] outras enfermeiras não tinha (sic) reunião direto assim, não porque tem até unidade que nem tem reunião, quase não tem reuniões, e aqui não, a gente de 15 em 15 dias têm reunião (T01).*

*É da [enfermeira], porque quando a [cooperada] chegou já tinha isso, isso aí é da enfermeira (T01).*

A equipe de pesquisa teve a oportunidade de realizar uma observação direta de uma dessas reuniões no dia de trabalho de campo. Ela ocorreu à tarde, com a presença de oito profissionais da unidade (uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde). Foi explicado à equipe que a reunião ocorria de 15 em 15 dias, e que costumavam discutir mais “casos administrativos” durante a mesma. Também foi explicado que aquele não era o dia convencional da reunião, que fora antecipada para que a equipe pudesse assisti-la. Foram observadas:

a. Discussões sobre a dengue:

Foram trocadas informações sobre o trabalho de vigilância dos agentes de endemias, que haviam acabado de realizar vistorias em todas as microáreas do território adscrito à unidade. Também foi constatada a persistência de fatores de risco para a multiplicação do vetor. Foi também comunicado o número de casos confirmados até aquele momento.

b. Aplicação de vacinas anti-influenza:

Havia sido realizado um levantamento de quantas pessoas com indicação para tomar a vacina foram efetivamente vacinadas, e quantas se recusaram em cada

área. O grupo concluiu que deveria continuar com ações de esclarecimento à população sobre a necessidade de se vacinarem as pessoas com indicação de fazê-lo.

Uma ACS ponderou que a profissional cooperada deveria participar ativamente dessas ações, uma vez que, segundo ela, o profissional médico é ouvido com mais atenção do que os Agentes Comunitários de Saúde.

A médica cooperada informou haver estudado o boletim epidemiológico brasileiro, notando que muitos casos de influenza se complicaram, e que a proporção de casos respiratórios naquele momento relacionados à influenza era de 78,5%.

A equipe decidiu que, devido à disponibilidade de poucas doses da vacina em estoque, buscariam convencer apenas os usuários que não a tomaram e que se encontravam em grupo de risco. Cada ACS levanta quais usuários irá procurar para convencê-los e justifica essa escolha.

Nos momentos finais da reunião, a médica cooperada verificou se a equipe sabia informar corretamente aos usuários os cuidados básicos para se evitar a influenza. Os presentes responderam corretamente (evitar contato físico ao cumprimentar, lavar as mãos, evitar aglomerações). Outras instruções sobre prevenção foram explicadas pela cooperada, que também reforçou a necessidade de que todos eles fossem vacinados, o que ainda não havia ocorrido.

#### c. Discussão sobre o Zika Vírus:

A equipe discutiu rapidamente suas preocupações sobre o Zika Vírus, levantando a necessidade de se reforçar o assunto durante ações de planejamento familiar.

#### *Organização ou aprimoramento das ações de educação permanente dos profissionais de saúde*

A secretaria de gestão nega a existência de um projeto de educação permanente para o município, embora haja estímulo e apoio logístico/financeiro para a realização de capacitações profissionais:

As entrevistas relatam a existência de iniciativas de capacitação profissional promovidas pela secretaria municipal de saúde, mensais e com assuntos pontuais previamente definidos:

*Olha, a gente não tem efetivada no município, não tem, né, nenhuma estratégia de Educação Permanente (...). A gente incentiva o estudo (...), por exemplo o COSEMS, ele disponibiliza muitos cursos, então a gente incenti-*

*va, a gente divulga né, e incentiva que eles façam esses cursos (...). [A] Escola de Saúde Pública, às vezes até a UFMG mesmo, coloca alguns cursos, o que a gente faz é divulgar para os profissionais (...), o município [fornece] transporte, pagamento de diária, isso tudo o município, né, ele investe dessa forma (...) Agora, assim, alguma ação de educação permanente, instituída pelo próprio município, não tem (S01).*

Apesar disso, são descritos alguns processos de capacitação locais:

*Sempre tem alguns cursos sim, é igual teve a o última, o último foi de do NASF né, do NASF com o PSF... teve um dia que (...) [foi para] aprender a lidar com (...) problema de saúde mental, com droga, com usuário de álcool, sempre tem esses cursos, sempre tem essas reciclagens (A02).*

Também foram relatados encontros periódicos da equipe para discussão de assuntos a partir das necessidades do serviço. Como já foi dito anteriormente, as reuniões quinzenais da equipe possuem um papel misto de planejamento e educação permanente:

*Sempre quando tá acontecendo é... igual teve muito índice de dengue, a enfermeira (...), sempre ela reúne a gente, marca um dia de treinamento pra gente pra tá passando é... explicando pra gente, pra ter é... a gente saber como é falar na área (A04).*

*[A cooperada] participa também, a gente tava tendo é... sempre treinamento na, na reunião, na própria reunião de equipe tava tendo um treinamento (A04).*

*Na verdade quando tem alguma dúvida a gente pede à [enfermeira], mas é só aqui mesmo (...). Se a gente tem alguma dúvida aí a gente pede pra ela fazer, né, tipo uma palestrazinha orientando melhor pra gente ficar mais capacitado (T01).*

Entretanto, a profissional cooperada nega realização de processos de educação permanente para os profissionais da unidade. Embora ela afirme possuir competência e vontade para realizá-los, ela relata impossibilidade de fazê-lo devido à agenda cheia:

*Minha carga horária é apertada para isto, neste momento. Que é uma coisa que no puedo, por que, há vontade, e a capacidade existe. De fato todo médico incorporado ao Programa Mais Médicos cubano, que é meu caso, pode, tem categoria docente, tanto científica como docente para poder de-*

*envolver curso de Educação Permanente. Mas no existe um planejamento de tempo na agenda para isso, e portanto, no é feito ainda (M02).*

#### *Organização ou aprimoramento de processos comunicacionais e interpessoais entre os profissionais de saúde*

Não houve relatos de aprimoramento da comunicação ou da relação entre os profissionais da equipe.

Categoria analítica: Melhorias de vínculo, acesso e qualidade do cuidado

#### *Acesso aos serviços*

Não houve relato de mudanças no acesso à unidade em comparação com épocas passadas. Alguns usuários relatam atendimento sem espera excessiva:

*Não, não espera tanto tempo não (U04).*

*Não, espero não, é, não tem hora marcada aqui mas é a minha consulta era 10... 10:30 (...). Já fui atendido agora (U08).*

Essa percepção, entretanto, não foi consensual entre os usuários entrevistados:

*Ah, tem dia que vai mais de meia hora, uma hora ou mais (U06).*

*O que tá atrapalhando muito aqui mesmo é a falta de médico, tinha que ter, porque aqui a população é muito grande atende essa região todinha aqui dos bairros, é um dos maiores bairros que tem e abrange esse lugar. Então se eles atendem 12, 13 consultas aqui, e o resto?*

*Ó, eles vem mais pra consulta, mas espera o mesmo tempo (...) [que esperavam com] outros médicos (A02).*

Um fato positivo, entretanto, é visto na assiduidade da profissional e na sua permanência por mais tempo na unidade. Uma pessoa entrevistada, ligada à gestão municipal, afirmou que o número de reclamações sobre a unidade diminuiu:

*É questão também da assiduidade, porque a [cooperada], nesses três anos que ela tá aqui, semana passada é que ela veio aqui apresentar o primeiro dia dela de atestado, entendeu? (...) [A] questão assim de reclamações diminuiu, né, na Unidade Básica de Saúde (C02).*

*Eu acho que mudou é porque tem médico o dia inteiro, ela fica o dia todo, e ela faz mais visitas né? (E03).*

*Eu acho isso, ela faz mais visitas (...), atender mais consulta até que não, tinha médico que atendia mais. Ou a mesma quantidade, só que atendia rápido e ia embora, então os pacientes que chegavam depois, a gente não tinha como encaixar (E03).*

### *Fixação de profissional médico*

A unidade experimentou uma grande rotatividade entre os profissionais médicos antes da chegada da profissional cooperada. Uma entrevistada contou haver trabalhado com nove profissionais médicos durante os dez anos em que esteve à frente da unidade:

*Primeiro ficou um que ficou três anos, aí teve um ano que ficou sem, não conseguia fixar, aí nesse ano vieram quatro, cinco, aí depois veio uma outra que ficou dois anos (...). Aí depois, quando ela foi embora (...), aí não conseguia fixar outra vez (E03).*

A principal causa levantada para esse problema é a existência constante de alternativas de emprego para o médico, tanto no próprio município como em outros, bem como o intuito de passar em provas de residência médica:

*Eles vêm enquanto não passa (sic) na residência, ou então consegue outra proposta (...) melhor. Tem uns que não tinham mesmo perfil pra PSF, preferiu (sic) pegar plantão nos hospital (sic), e foi (sic) pro hospital dar plantão (...). Teve um que passou no Exército, foi embora pro Exército, né?! E ele tinha perfil (...) bom, se ele não passasse ele ia ficar... (E03).*

*Nesse período que ficou pouco tempo com muitos médicos, aí eles atendiam e iam embora. Agora quando era médico da família mesmo, aí ficava mais (E03).*

Havia também a prática do *day-off*, pela qual o profissional tira um dia da semana para estudar ou realizar alguma especialização. Apesar de ser esse o objetivo do *day-off*, na prática alguns profissionais aproveitavam para trabalhar em outro lugar ou realizar especializações alheias à natureza do trabalho em atenção básica.

*Tinha uma coisa que me incomodou muito, tinha o day-off e a primeira vez que eu vi isso eu já me arrepiei, porque eu nunca concordei com isso (...). Aqui (...) tinha esse day-off (...) e nem era pra poder estudar, ninguém estava fazendo estratégia da saúde da família, ninguém tava estudando. E*

*(...) cada um era por um motivo diferente, um era pra trabalhar no consultório particular, o outro era pra poder fazer um curso de uma especialidade que não justificava (...) [pela] Estratégia da Saúde da Família, por exemplo uma folga pra poder fazer dermatologia... (S02).*

A rotatividade, segundo algumas entrevistas, diminuiu recentemente.

*Hoje o profissional tá mais, tem mais tempo que tá aqui, a fixação tá bem melhor, né, então alguns casos esporádicos de profissionais que realmente são problemáticos né, que tem um histórico de rotatividade grande na região né, que cada, a cada 6 meses ele tá numa cidade, ele faz um processo seletivo ele passa mas ele fica rodando né, então isso aí é uma característica mais isso é muito esporádico, a maioria tem é mais de 4 anos que tá aqui, que tá com uma boa né, identidade com o município (S02).*

Essa diminuição está relacionada, nas falas, a uma iniciativa da secretária municipal de saúde de instalar relógios de ponto e de passar a cobrar mais a presença do profissional médico. A secretaria também passou a contratar profissionais pelo número efetivo de horas que trabalham:

*Antigamente não tinha médico, não tinha que bater ponto, né. Então eles terminavam e iam embora. Hoje em dia o médico tem que bater ponto, então ele tem que cumprir o horário, né? Então uma coisa boa é isso, não só pelos médicos, pra todos postos. Porque eles têm que bater ponto, então eles têm que ficar o dia inteiro (E03).*

*Tem unidade que tem médico que não pode ficar oito horas, [então] ele fica seis horas, né? E aí eles entram em acordo, equivale o salário pra seis horas, eles não ganham [o correspondente a] oito horas, mas não faz (sic) oito horas, né? (E03).*

*Agora a gente tá querendo pegar mais, mais firme pra que todos façam 40 horas e seja cortado o ponto, porque antes chegava (sic), dava (sic) uma justificativa, a gente acabava aceitando, até mesmo pela dificuldade de cobrar do profissional e depois ele ir embora e a gente ficar sem ele né? A gente já tá com duas unidades sem, não pode dar ao luxo de ficar com mais um [uma], né? (S02).*

Também o *day-off* passou a ser negociado pela secretaria municipal de saúde:

*Nós começamos a ter uma conversa pra poder interromper né, esse day-off, e a gente tá conseguindo né, ir reduzindo isso aos poucos, o que era oito horas virou quatro, só pra quem comprovasse... (S02).*

O Programa Mais Médicos também é visto como um fator de diminuição desse problema:

*A minha avaliação é favorável ao programa, eu acho que ele é muito bem vindo e acho que (...) ele veio pra acrescentar e pra sanar um problema que realmente (...) existe (S01).*

*Olha, o primeiro (...) logro que (...) [houve foi a] introdución dos médicos do programa [na unidade], e (...) acho que começou a modificar tudo de saúde, com alguma modéstia, mas com essa estabelecida en la assistência médica (M02).*

#### Vínculo com a comunidade

Há uma percepção de estabelecimento de vínculo entre a profissional cooperada e a comunidade:

*Eu acho que o vínculo é forte (...). Esse compromisso e envolvimento com a comunidade dela é muito bom (E03).*

*É realmente uma relação muito boa, a participação dos grupos (...) é feita (...). Por que quando a participação da equipe de trabalho não é boa, o grupo operativo não funciona (M02).*

*Eu vejo que está melhorando, né, a comunidade está começando a entender que o ponto deles, que a referência deles, é la né, é na Estratégia de Saúde da Família (...). A gente tá fazendo agora o trabalho de orientar: “Olha, isso aqui, é la na estratégia de saúde da família, você volta no PSF que é lá que você vai resolver” (S01).*

Em relação às notas do PMAQ, as ações relacionadas a vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado tiveram *desempenho acima da média*.

#### Humanização

As falas denotam um atendimento humanizado por parte da profissional cooperada:

*Acho que ela é uma pessoa muito carismática, (...) ela envolve com o paciente, não é aquele médico que nem olha o paciente... pega, examina o paciente todinho muito bem. Que tem médico que você chega no consultório a receita tá pronta. Ela não é assim, então (...) acho que melhorou, melhorou bastante, foi bom (T01).*

*Ela conversa muito com o paciente, então pro atendimento ser bom, ela precisa conversar bastante mesmo, ela explica tudo direitinho, ela quer saber tudo sobre aquele paciente, mesmo se ela, se ela o paciente que ela não conhece, quando é um paciente que ela já conhece já sabe a história aí é mais rápido, mas pra um novo paciente... (A04).*

*[A cooperada] se compromete muito com o paciente, (...) trata o paciente né, porque às vezes o médico tem muita separação com o paciente também (A04).*

### Satisfação e qualidade do cuidado

De uma forma geral, os usuários se dizem satisfeitos com os serviços da unidade de saúde:

*Pra mim não tem o que reclamar não (U07).*

*Muito bom. Muito bom. Muito (...). Todo mundo só comenta coisas boas (U04).*

*Pra mim até hoje [tem sido] muito bom né, tenho nada a reclamar não (...). As vezes que eu vim aqui e marquei a consulta, fui bem atendido (U08).*

Alguns relatos associam a melhora na qualidade do cuidado com o trabalho da profissional intercambista:

*Acho que o atendimento da médica agora melhorou muito [o serviço], né? (A02).*

*Eu acho que ela ajuda [a unidade] pelo comprometimento dela com o serviço, ela é séria né, até pelo perfil, eu acho (E03).*

*E o que melhorou muito pra mim, questão mesmo de reclamação mesmo, porque as reclamações elas vem na secretaria mesmo né, então diminuiu muito né, eu tenho que ser sincera, eu tenho que relatar isso aí (C02).*

*A gente coloca as propostas e ela segue, e às vezes outros médicos não tinha (sic) isso. A gente queria implantar uma agenda, queria implantar uma organização, e eles não seguiam porque tinha pressa pra ir embora (E03).*



**UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
DE SAMAMBAIA**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JUATUBA

Secretaria  
de Saúde

Ministério da  
Saúde

## Juatuba

### Caracterização do município

**Figura 2. Mapa de situação do município de Juatuba**



O povoado de Juatuba, posteriormente transformado em distrito do município de Mateus Leme, atingiu o *status* de município em 1997. Juatuba está localizada na mesorregião metropolitana de Belo Horizonte, na microrregião também denominada como Belo Horizonte. Possui extensão territorial de 97,48 km<sup>2</sup> e densidade demográfica de 227,95hab/km<sup>2</sup>.

### Aspectos gerais

Segundo o Censo do IBGE (2010) a população do município corresponde a 22.202 habitantes, e sua estimativa para o ano de 2015 é de 25.087 habitantes, dos quais 11.217 serão do sexo masculino. A população urbana é composta por 21.827 habitantes, e a população rural, por 375 habitantes.

Para o município de Juatuba, o IDHM em 2010 foi de 0,717 – considerado alto. O valor do rendimento nominal mediano mensal *per capita* dos domicílios permanentes da zona rural é de R\$ 610,00, e o da zona urbana é de R\$ 416,67. Já o rendimento domiciliar por situação de domicílio é de R\$ 2.482,22 reais para a zona rural e R\$ 1.682,68 para a zona urbana. O índice de GINI foi de 0,47 em 2010, sendo esse índice, para o Brasil, de 0,608 no mesmo ano. O percentual de pobreza no ano de 2010, foi de 36,07%. O Estado de Minas Gerais, no mesmo período, teve a prevalência de pobreza de 28,85%. A mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano de idade) no município de Juatuba

passou de 29,6 por mil nascidos vivos, em 2000, para 13,9 por mil nascidos vivos em 2010. No Estado de Minas Gerais, a taxa era de 27,8, em 2000, passando a 15,1, em 2010. Entre 2000 e 2010, a taxa de mortalidade infantil no País caiu de 30,6 por mil nascidos vivos para 16,7 por mil nascidos vivos. A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). No município de Juatuba passou de 69,87 anos em 2000, para 75,94 anos em 2010. No Brasil, a esperança de vida ao nascer era de 64,7 anos em 1991; 68,6 anos, em 2000; e 73,9 anos em 2010. A longevidade para o município de Juatuba em 2010 demonstra maior esperança de vida ao nascer do que o Brasil no mesmo ano.

### **Informações de saúde – epidemiológicas e morbidade**

As informações de saúde do município, referente a dados epidemiológicos e morbidades, foram coletadas do DATASUS. Para o município de Juatuba, a menor causa de internação dos residentes do município no ano de 2014 e 2015 foi aquele resultante de problemas descritos no Capítulo VII da CID (doenças do ouvido). As maiores causas de internação – excetuando-se Gravidez, Parto e Puerpério – são por lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, seguidas por algumas doenças infecciosas e parasitárias. Para Agravos e Notificações de Dengue, o município de Juatuba teve apenas 26 notificações para os anos de 2011 e 2012.

### **Informações de saúde – Serviços de saúde**

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), via DATASUS, no município de Juatuba há 33 estabelecimentos cadastrados no CNES. As equipes cadastradas na mesma base de dados, para a competência de fevereiro a março de 2016, são as seguintes:

O município possui, credenciadas pelo Ministério da Saúde (MS), nove equipes de Saúde de Família (ESF) para o período considerado (2013 a 2016). Havia duas equipes cadastradas no sistema em janeiro de 2013 e seis equipes nos meses de janeiro subsequentes, entre 2014 e 2016.

A análise documental da produção ambulatorial por dados secundários disponíveis em ambientes de livre acesso à informação foi feita através do DATASUS. No município de Juatuba, o subgrupo de procedimento mais realizado foi o de assistência farmacêutica para todo o período entre 2013 e 2015.

### Descrição da rotina da Unidade Básica de Saúde

O Centro de Saúde estudado em Juatuba, segundo informações colhidas em entrevistas e nos dados secundários apresentados acima, possui 100% de cobertura da área de abrangência. Todavia, relata-se que o maior desafio consiste na incorporação, no dia-a-dia da unidade, de mais atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças. O Centro de Saúde conta com o apoio do NASF (assim como as demais unidades de saúde do município) e possui também referência técnica para os médicos. O município possui sete médicos do PMM, sendo dois cubanos e cinco brasileiros. O matriciamento é feito periodicamente em reuniões mensais com todos os profissionais da unidade. O funcionamento do Centro de Saúde é de 7h às 16h. O acolhimento é feito por toda a equipe (“*desde a recepção, na sala de espera, até o atendimento com os profissionais*”) em horário integral. Em média, dois terços (2/3) da agenda são ocupados com atendimentos programados, e um terço consiste em demanda espontânea e a triagem de enfermagem. A agenda da unidade, nas quartas feiras, segue uma dinâmica com grupos específicos:

- 1ª semana do mês: Atendimento à Casa de Recuperação
- 2ª semana do mês: Grupo de Psicotrópicos
- 3ª semana do mês: Diabéticos e Hipertensos – Acompanhamento semestral em consultas para avaliação do quadro clínico, evolução, nova avaliação e troca de receita.
- 4ª semana – Gestantes

A visita domiciliar dos profissionais médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, juntamente com o ACS's de cada microárea, é realizada às segundas, sendo cada semana em uma microárea de saúde da unidade. A agenda de pré-natal

Código	Descrição	Total
01	Posto de Saúde	9
02	Centro de Saúde/Unidade Básica	1
22	Consultório Isolado	9
36	Clínica/Centro de Especialidade	6
39	Unidade de apoio diagnose e terapia (SADT isolado)	2
50	Unidade de Vigilância em Saúde	1
68	Secretaria de Saúde	1
73	Pronto Atendimento	1
77	Serviço de atenção domiciliar isolado (Home Care)	1
80	Laboratório de saúde pública	1
81	Central de regulação do acesso	1
<b>Total</b>		<b>33</b>

Fonte: CNES, s/d

e puericultura é estabelecida para toda quinta-feira, de manhã e à tarde, respectivamente. Atividades relacionadas à Saúde da Mulher e do Trabalhador são realizadas mensalmente, no sábado. Assim, uma vez ao mês a unidade é aberta para atendimento de 8 às 12h nesse dia, assim como nas demais unidades do município.

### Resultado das categorias analíticas

Categoria analítica: Mudanças no processo de trabalho assistencial da equipe e da unidade de saúde:

#### *Organização da demanda espontânea*

Segundo as entrevistas colhidas, são atendidos cerca de quinze usuários por dia como demanda espontânea. Houve uma percepção de aumento desse tipo de atendimento logo após a chegada do médico cooperado, devido ao fato de haver um novo profissional na unidade:

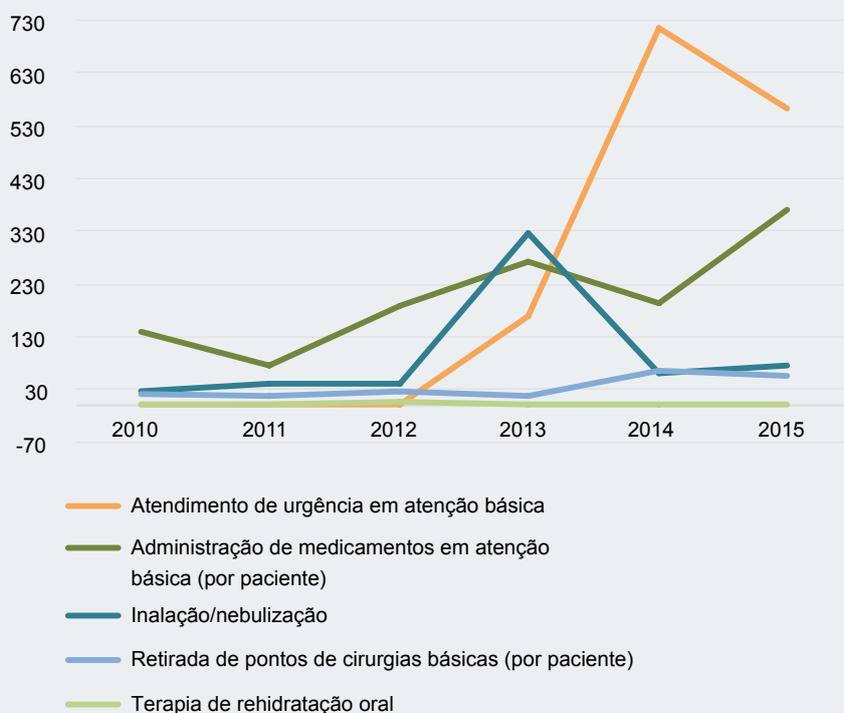
*No primeiro momento, houve um aumento significativo dessa demanda, né... que quando, né... a gente fez uma análise assim: o pessoal teve uma notícia de que o profissional que tá lá hoje é diferente, é melhor, que o pessoal tá gostando... então a demanda aumentou (C01).*

Entretanto, há uma percepção de diminuição ao longo do tempo dessa demanda espontânea devido a uma melhor organização da mesma:

*É, eu acho que o volume né, de demanda espontânea, pelo fato de ter organizado e estruturado melhor né, pelas características de competência mesmo dele no trabalho... no dia a dia a demanda espontânea, tirando agora essa época estacional de dengue, deu uma diminuída nesse sentido. Ele acompanha muito bem os grupos de risco, então, querendo ou não, isso reflete (C01).*

Essa fala é corroborada por alguns indicadores de demanda espontânea presentes no Gráfico 9. Como o cooperado iniciou suas atividades ao final do ano de 2013, a série histórica até aquele ano reflete o cenário prévio à sua chegada. Nota-se um aumento de 4,18 vezes no atendimento de urgências na unidade entre 2013 e 2014, havendo um declínio dessa curva entre 2014 e 2015 – último ano completo da série histórica disponível no SIA-SUS até o fechamento do presente estudo.

**Gráfico 2. Procedimentos relacionados à demanda espontânea na UBS estudada em Juatuba – 2010 a 2015**



Fonte: SIA-SUS

Nota-se também um aumento de outras ações, como retirada de pontos de cirurgias básicas por paciente (de 19 pacientes em 2013 para 66 em 2014). Os motivos desse aumento podem ser encontrados no relato do próprio cooperado:

*E a gente até tentou, logrou, não 100%, mas logrou uns 80%... desceu muito aqui na área, tratar, fazer sutura, retirar ponto... tratar muita coisa, pra evitar, hum... a movimentação dessa pessoa, os gastos de pegar ônibus e tal... e evitar as filas superlotadas nos hospitais (M01).*

Por outro lado, houve uma diminuição de ações como inalação/nebulização (de 325 procedimentos em 2013 para 59 em 2014), o que pode indicar aumento da racionalidade em sua indicação e/ou melhora da prevenção de asma<sup>4</sup>. Outra explicação seria o aumento de dificuldades repentinas ao acesso a esse proce-

<sup>4</sup> Para inferir essas hipóteses, seria útil comparar esse dado com a diminuição da internação por asma (Internação por condição sensível à Atenção Primária). Infelizmente, Juatuba é o único dos municípios pesquisados que não tem disponível esse indicador para análise no SIA-SUS

dimento, embora essa hipótese seja menos provável se cotejadas com os outros indicadores de acesso aqui demonstrados.

Por fim, a administração de medicamentos na atenção básica por paciente experimentou um declínio no primeiro ano de trabalho do cooperado (de 272 em 2013 para 193 em 2014 – número que praticamente dobrou em 2015 (370 administrações).

Na Tabela 2 podem ser encontrados os números de todos os procedimentos realizados na unidade Samambaia relacionados à demanda espontânea na atenção básica.

**Tabela 2. Número de procedimentos relacionados à demanda espontânea na unidade estudada em Juatuba, MG**

Procedimentos relacionados à demanda espontânea	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Atendimento de urgência em atenção básica	0	0	0	171	716	565
Atendimento de urgência em atenção básica c/ remoção	0	0	7	1	0	0
Administração de medicamentos em atenção básica (por paciente)	140	74	191	272	193	370
Inalação/nebulização	27	43	42	325	59	77
Lavagem gástrica	0	0	0	0	0	1
Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)	21	18	25	19	66	55
Sondagem gástrica	0	0	0	1	0	0
Terapia de rehidratação oral	0	0	6	0	0	0
Curativo grau I c/ou s/debridamento	561	213	254	416	486	118

As avaliações do PMAQ (primeiro e segundo ciclos – 2012 ao início de 2014) avaliaram a Unidade Básica de Saúde no quesito *demanda espontânea* como desempenho mediano ou um pouco abaixo da média. Entretanto, embora ainda não tenha ocorrido um terceiro ciclo de avaliação, é possível notar, pelos dados do SIA-SUS mostrados acima, uma melhora em alguns indicadores entre os anos de 2013 e 2014. Vale ressaltar que ocorreram, naquele primeiro ano, tanto a última avaliação do PMAQ como também a chegada do médico cooperado na unidade.

### *Organização da atenção programada*

Em relação à atenção programada na unidade estudada em Juatuba, chama a atenção inicialmente o fato de a mesma sofrer, há algum tempo, uma rotatividade de enfermeiros, o que parece prejudicar o seu andamento. Também foram relatadas ausência temporárias de técnicos de enfermagem.

O enfermeiro entrevistado primeiramente havia acabado de assumir sua função na unidade, fato levou os pesquisadores a entrevistarem também a enfermeira anterior, que se encontrava em outra unidade. Algumas dificuldades foram levantadas por ela, principalmente no que dizia respeito à estratificação de risco para qualificação da atenção aos portadores de hipertensão arterial e diabetes:

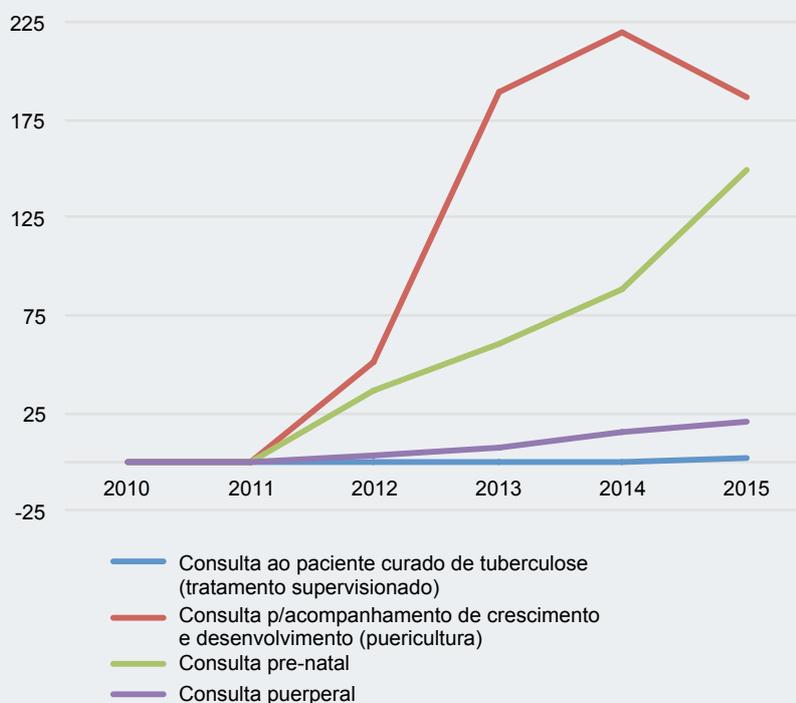
*Olha, no final do ano passado, nós tivemos um treinamento né, sobre estratificação de risco. E a gente... aí a gente estipulou uma agenda, num dia da semana específico para atender esses pacientes (...). Eu comecei a fazer um trabalho com o [cooperado], (...) [mas] eu fiquei com o problema de técnico de enfermagem, então eu estava sendo sobrecarregada por falta de um outro funcionário (...), e quando eu consegui a técnica, aí eu fiquei 30 dias com ela... aí eu fui transferida de posto. Então eu ia começar a trabalhar mais com esses pacientes, aí só que não deu tempo... (E02).*

Apesar disso, os dados do SIA-SUS mostram aumentos consistentes de consultas de pré-natal e puerperais, embora esses crescimentos tenham se iniciado no ano anterior ao da chegada do cooperado à unidade. Também houve um aumento no número de consultas de puericultura em seu primeiro ano de trabalho, embora ele tenha sido mais expressivo no anterior, e tenha diminuído entre os anos de 2014 e 2015 (vide Gráfico 3).

Em relação à avaliação do PMAQ dos subcomponentes relacionados à atenção programada, observa-se um desempenho mediano ou abaixo da média para os itens *Saúde da mulher e da criança* e *Condições crônicas (obesidade, tuberculose e hanseníase)*. Esses dados corroboram as dificuldades levantadas nas entrevistas, e também mostram que os expressivos aumentos de consultas de atenção programada entre os anos de 2012 e 2014 não se traduziram em boas notas do PMAQ naquele período – talvez mais por fatores ligados à qualidade do atendimento e ao vínculo do que pelo número de consultas propriamente dito.

Vale dizer que não foi feita a avaliação do ciclo 1, uma vez que a unidade só aderiu ao PMAQ a tempo de passar pela avaliação do ciclo 2.

**Gráfico 3. Procedimentos relacionados à atenção programada na UBS de Samambaia (Juatuba) – 2010 a 2015**



Fonte: SIA-SUS

### Organização das visitas domiciliares

Algumas falas presentes nas entrevistas se referem ao médico cooperado como um profissional presente nas visitas domiciliares:

*E assim, bem próximo né... fazendo questão de fazer visita domiciliar (...). Nós nunca colhemos esse relato oficialmente, mas, nas nossas percepções externas, a gente vê que teve uma diferença sim... de ter mais esse cuidado com o usuário (C01).*

*Quando eu entrei na unidade, eles estavam trabalhando bem mais, porque o [cooperado] já chegou a ir várias vezes na casa. Eu nunca tinha ido na casa não, mas o [cooperado] já foi lá várias vezes, sabe? Acompanhar e atender a casa, ir lá e fazer uma palestra para todos de uma vez; porque não iam todos lá (...)* (E02)

Ao ser perguntado se o médico fazia visitas em seu domicílio, um usuário respondeu:

*Ih, já foi, vai sempre (...). Ele vai, de vez em quando ele vai, uma vez por semana... tem vezes que ele pode ir duas, ele vai (U01).*

É importante observar que, como se vai falar na próxima categoria analítica, o médico cooperado dessa unidade “descobriu” uma casa de reabilitação para usuários de drogas, passando a visitá-la com alguma frequência, bem como a atender os seus moradores em uma tarde específica por semana.

*Já, ele já foi lá umas... calma, eu não vou contar porque foi várias vezes (U03)*

Entretanto, ao ser perguntada se a frequência e o volume de visitas havia aumentado, uma entrevistada ligada à gestão municipal ressaltou que esses indicadores possuem um fator limitante: a disponibilidade de veículo para realizar as visitas:

*Devido à localidade depender (a maior parte das visitas) de veículo, não foi possível aumentar tanto, devido à nossa disponibilidade de carro, que é só um dia... mas acho que eles conseguem fazer mais (CO2).*

Em relação à avaliação do PMAQ, a nota para a Unidade de Saúde estudada em Juatuba foi a máxima possível no segundo ciclo, com *desempenho muito acima da média*.

#### *Organização de ações de educação em saúde*

De forma geral, os entrevistados relatam bons resultados com grupos educativos, que contam frequentemente com a participação de outros profissionais – particularmente do NASF:

*A gente conseguiu uns retornos muito bons com a relação de grupo e tudo (...), a gente organizou os grupos das equipes... (...) foi uma adesão muito boa... com a participação do pessoal do NASF né, que acontece muito. É, veio psicólogo, (...) às vezes em cada mês vem um profissional diferente... a psicóloga, a nutricionista... aí assim, encaixando dentro de cada caso (A01).*

A presença do médico nos grupos é considerada um fator estratégico para o seu sucesso, devido à percepção de que o usuário dá mais atenção ao grupo quando esse profissional está presente:

*Porque, quando o médico vai pra dentro do grupo, querendo ou não, a atenção aumenta demais, da população. O interesse pelo grupo é diferente. A gente tem o NASF, um trabalho muito bom do NASF, mas, infelizmente, na minha opinião, a população até hoje gosta de médico. (R01).*

A unidade estudada possui, segundo uma pessoa entrevistada, uma facilidade a mais que as outras unidades do município: uma população menor, o que evita uma sobrecarga excessiva e permite espaço na agenda para a realização de ações de educação em saúde para usuários:

*Outras unidades não conseguem fazer assim devido ao fluxo ser maior, que nós temos unidades além da questão social, econômica e financeira que acaba influenciando, temos a questão populacional. Lá é uma das nossas menores equipes, então eles conseguem se organizar de uma forma mais redonda (C01).*

Entretanto, um fator dificultador, levantado para o trabalho com grupos de usuário, é a resistência dos mesmos a esse tipo de abordagem, embora haja um sentimento de melhora ao longo do tempo:

*Olha, no início, pra ser bem sincera, eles são resistentes; depois que eles adequaram, bem melhor. Acho que perde tempo, né, essa questão de conscientizar, assim, a prevenção, é meio burocrática. De início eles começam a achar que perde um tempo escutando uma palestra e tudo. Depois que, realmente aquele paciente que é interessado e tem um desejo de mudança, ele se adequa bem (A01).*

*Às vezes tem as resistências né, mas não é no geral, melhorou muito (A01)*

Algumas dificuldades são relatadas durante a tentativa de se formarem alguns grupos, contudo sem uma reflexão específica sobre elas:

*Agora mais recente nós estávamos tentando organizar o grupo de adolescentes. Tinha uns adolescentes aqui dispersos, aqui na observação do posto, o pessoal do NASF e tudo, mas ainda não conseguiu organizar esse grupo não, mas é uma coisa que tá mais ou menos proposta... porque o adolescente tá solto aí (A01).*

A rotatividade do profissional enfermeiro, característica dessa unidade, também é citada como fator dificultador:

*Deu uma caidinha por último agora em umas trocas de enfermeiro, nesse último período agora. Mas assim, é uma coisa que tá levando (A01).*

O cooperado da unidade de Samambaia se distingue, como já mencionado anteriormente, por seu trabalho junto a uma casa de recuperação para usuários de drogas, iniciado com a antiga enfermeira da equipe:

*A Casa de Recuperação foi um ganho também, depois que o [cooperado] começou a trabalhar no Samambaia, porque a Casa de recuperação nunca foi assistida, assim, nunca foi acompanhada de perto (...). Aí o [cooperado] (...) incluiu a Casa de Recuperação nas visitas né, domiciliares... e ele acompanha, prepara uma agenda, fica lá e atende todo mundo que precisar... (R01)*

*Eu acho que porque, como eles não tinham convênio nem nada, eu acho que eles começaram a procurar muito lá o posto.... aí eu acho que a demanda estava muito grande, todo dia eles estavam indo... aí assim, eles não tinham carro, então eles andavam uma distância bem longe (...) Aí, eu acho que para ficar mais fácil até para eles, eles especificaram um dia, para facilitar pra eles, também. Eu acho, porque quando eu entrei já tinha esse trabalho sendo feito já há mais tempo, entendeu? (E02).*

*Quando a gente chegou, a vida da saúde aqui na área era muito complicada; tinha muito pessoal doente (...). Então, quando eu cheguei, a fila (além da consulta marcada), o acolhimento era superlotado. Então, sem a programação feita, o acolhimento deixava a fila muito complicada. Aí, a gente encontrou essa (...) casa de recuperação (...). Mas (...) como as pessoas não são só do município, (...) eles não têm acesso, porque tem que ter um cartão do município (M01).*

O próximo passo foi contatar o pastor responsável pela instituição (uma vez que ela era ligada à sua igreja) e, sem seguida, mobilizar a equipe de saúde da família:

*Eu chamei o representante, chamei o pastor... e eu falei com o enfermeiro... falei ó: a gente tem grupos de psicotrópicos, de hipertensos, de diabéticos. Lá nessa Casa, ninguém fez uma pesquisa, ninguém tem um estudo feito, ninguém sabe o que está acontecendo lá dentro (...). Aí eles vão chegar aqui descompensado, vai chegar hipertenso, vai chegar morrendo... e a gente tem que ter uma noção de quem tá morando lá dentro. E o primeiro passo foi trazer o grupo, o maior possível deles, pra fazer uma palestra, e orientar eles (...) (M01).*

O trabalho iniciou-se com uma palestra de duas horas, e acabou evoluindo para mais palestras e também um atendimento especial aos usuários, que estavam em constante renovação:

*Aí a gente melhorou a situação, mas aí começaram a chegar outras pessoas também pra casa (...). Aí eu falei com o pastor se ele não se incomodava... eu, uma quarta-feira à tarde dar uma consulta lá. A minha enfermeira na época, ela... ajudou com o carro. O carro era dela, ela deu pra gente e quarta-feira a gente ficava lá; mínimo 10, 15 pessoas... a gente dormia lá (M01).*

Como já havia sido mencionado, um problema constante para o desenvolvimento das ações de educação em saúde é a rotatividade dos enfermeiros nessa unidade:

*Aí a enfermeira foi embora... aí ficou mais complicado, não deu pra ficar lá (M01).*

No dia da visita da equipe à unidade, estava prevista uma sessão em grupo conduzida pelo cooperado e pelo enfermeiro, que seria objeto de uma observação participante. Entretanto, devido ao fato de o novo enfermeiro haver assumido suas funções na semana anterior, não foi possível a realização do grupo. Mesmo assim, vários usuários se encontravam no local e aguardavam por renovação de receitas. Um deles foi entrevistado pela equipe.

Categoria analítica: Mudanças nos processos de gestão da equipe e da unidade de saúde

*Organização ou aprimoramento de ações de diagnóstico sanitário e de planejamento das ações de saúde*

Apesar de a população adscrita à unidade estudada não ser muito grande (cerca de 1.900 pessoas), percebem-se dificuldades em se manter um trabalho orientado por ações de diagnóstico e planejamento. Ao ser perguntado sobre a existência de atividades de diagnóstico e planejamento na unidade, um enfermeiro recém-chegado à unidade respondeu:

*Não sei te informar isso. É, isso eu não sei (E01).*

Outra pessoa, ao ser perguntada sobre a mesma questão, respondeu que a falta de outro profissional (a técnica de enfermagem) sobrecarregava sua agenda, impedindo-a de avançar nesse área de trabalho:

*Eu entrei em junho e fiquei dois meses com técnico e fiquei sem a técnica de enfermagem... Então (...) o meu trabalho tava sobrecarregando (...), eu não tinha muito tempo de ficar (...) planejando as coisas, porque eu tinha que fazer o básico do básico (...). Quando eu consegui uma técnica de enfermagem (...) aí eles me mudaram de posto (E02).*

Nota-se também nessa fala um segundo empecilho: a rotatividade do profissional enfermeiro, já citada anteriormente.

*Organização ou aprimoramento das ações de educação permanente dos profissionais de saúde*

É possível observar, pelas entrevistas, que os processos de educação profissional existentes são basicamente aqueles ofertados pelas gestões municipal e estadual, havendo pouco espaço para iniciativas próprias da equipe para reflexão acerca de seu processo de trabalho. Em outras palavras, há mais processos de educação continuada do que de educação permanente.

Algumas iniciativas de capacitação profissional foram ofertadas durante a vigência do PEP (Programa de Educação Permanente, de origem estadual):

*De vez em quando eles abrem algumas vagas, mas não é pra todo mundo, e eu fiz estratificação de risco ano passado.*

*Atualização de hanseníase, de tuberculose, de diretrizes né... teve em 2015, 2014 (...), não lembro de foi final de 2014 ou 2015... a linha guia né, de hipertensão e diabetes e doença renal crônica... essas coisas né... essa é a nossa educação permanente (R01).*

Após a extinção do PEP, o município resolveu continuar com atividades periódicas:

*A gente participava do PEP [Programa de Educação Permanente] né, anteriormente. E com a suspensão do PEP, a (...), nossa referência técnica (...) continuou com as atividades (...). No início mensalmente, né. Depois passou pra bimestral ou quando a cidade faz uma reunião antes (C01).*

*A gente até em 2014, primeiro semestre, nós tínhamos o PEP, né. Funcionava (...) Quando o PEP acabou (...) a gente manteve as reuniões clínicas. Até certo ponto, é uma educação permanente porque a gente sempre discute algum ponto, revê algumas diretrizes, alguma coisa que mudou, traz casos clínicos... então assim, é um bom momento pra gente ter um aprofundamento, tirar essas dúvidas da pediatria, nos fluxos, nos protocolos... (R01).*

Apesar disso, há uma sensação de que o município não está mais no patamar em que já esteve no passado:

*Na verdade já teve um pouco melhor... nós tivemos treinamento uma semana seguida em 2014... 2013. Uma semana muito boa mesmo, agora a gente tem uma reunião periódica mais espaçada (A01).*

*Na questão da capacitação, hoje a gente vê uma necessidade maior de investimento (...). Nós precisamos de investir um pouco mais na capacitação dos profissionais... nós já estamos com uma programação no próximo mês, de... todo ano né, nós fazemos algumas capacitações, além né, para além dos encontros mensais (...) Iniciando lá com os agentes comunitários de saúde, os técnicos de enfermagem, os enfermeiros... precisa de melhorar um pouco mais essa capacitação continuada (C01).*

Há também uma visão da gestão municipal de que a educação permanente não é um processo que surge espontaneamente na equipe da unidade Samambaia:

*Se a gente não tomar iniciativa, a equipe tem pouca iniciativa nesse sentido (C01).*

Apesar disso, o médico da equipe relata tentativas de discutir alguns assuntos semanalmente – referentes a problemas atuais ou iminentes – e também um esforço para atualizar o seu colega, enfermeiro recém-chegado à unidade, sobre os problemas ali encontrados:

*Semanalmente, a gente tenta, que agora o [Enfermeiro] é novo, e aí eu passei pra elas pra gente botar um tema, pra gente estudar ele e semana que vem a gente vai falar. E como eu sou o mais velho, nesse caso sou eu, eu tenho que passar pra ela (...) e pra ele a coisa mais básica e mais frequente no bairro. Criança com febre, tem muita poeira aqui, infelizmente (...). Muita poeira, bronquite... Amanhã [o enfermeiro] já vai trazer aqui pra mim, um efeito colateral do Berotec. Porque a partir de hoje, com o frio que vem, vai chegar muita criança com crise de asma, com muita infecção respiratória, muita bronquite (...). (M01).*

#### *Organização ou aprimoramento de processos comunicacionais e interpessoais entre os profissionais de saúde*

Várias entrevistas apontam um bom relacionamento do médico cooperado com os colegas de equipe:

*O [cooperado], nossa, é bem tranquilo. Muito fácil, acessível ele (...). Não tem barreiras, pra gente chegar nele. Tranquilo, o acesso é fácil. Você chega ali (...) e ele na hora atende. “Ô doutor, Isso isso e aquilo, vamos conversar, vamo ver o que que é isso” (E01).*

*Ele sempre teve um trabalho, um diálogo muito bom com a equipe, sabe. Então assim, no dia que eu cheguei, ele me ligou no telefone e falou “Ó, estou super ansioso pra te conhecer e tal. (...)” e veio e conversou comigo, conversou com a equipe, sabe. Muito aberto, assim... eu sentia muita liberdade de perguntar sobre um paciente... ele sempre me ajudou muito. E assim, a gente tá sempre aprendendo né. Eu gostei muito de trabalhar [com ele] (E02).*

*Muito aberto, muito esclarecido assim com todo mundo. Muito... Explica mesmo e sabe, muito bom trabalhar com ele, muito bom (E01).*

Algumas falas apontam até mesmo uma influência do cooperado na união da equipe e na mudança de postura de alguns profissionais:

*Foi muito positivo, porque eles têm uma forma de acolhimento muito diferenciada, muito humanizada né... e acho que isso possibilitou até uma mudança nos demais colegas de trabalho (...) porque a fama correu muito rápido: “o médico lá da unidade, ele é humanizado (C01).*

*A equipe (...) hoje também... muito boa, muito unida mesmo, mas assim... por mérito também do [cooperado], porque (...) assim, ele conseguiu unir a equipe e os pacientes (E01).*

*Da própria equipe teve um movimento de mudança. A própria equipe mudou né, no momento que um dos líderes têm um trabalho diferenciado, um carisma, um olhar diferenciado... eles também se adaptaram a isso e gostaram muito. E assim, nós mudamos de um profissional que veio com uma formação tradicional (...) pra um profissional que é mais aberto ao diálogo, mais aberto à discussão de casos, mais aberto a visitas domiciliares. Então assim, toda a equipe mudou, né, ele veio com um trabalho positivo que estava acontecendo (C01).*

*Ao meu ver esse foi o ponto que foi assim, gritante né, de melhoria do dia a dia do trabalho da equipe. Quando a gente tá junto com um médico experiente, né...? (R01).*

O profissional cooperado relata conversas com diferentes profissionais da unidade de saúde para melhoria do processo de trabalho e do cuidado com os usuários:

*A gente tentou mudar isso com a técnica de enfermagem, a gente falou com a técnica de enfermagem que é a primeira pessoa que faz o acolhimento.*

*Com a moça que está na recepção, que é a primeira que faz o acolhimento pra pessoa entrar no sistema (M01).*

Além disso, em relação à comunicação com os colegas de equipe, o cooperado relata a criação de um grupo de *WhatsApp* da equipe de forma a estreitar os laços de comunicação, sobretudo visando à difusão de informações básicas para agilizar o cuidado com determinados usuários:

*A gente também criou um grupo no telefone, no WhatsApp, e em casa eu tô deitado e a gente manda uma mensagem. A gente tá aqui, naquele horário, até quatro horas não [pode] incomodar até amanhã. Porque já é uma orientação do médico, era uma lei, “ô, por quatro horas você não me incomoda não” (...). Quando você acorda, e você tem essa informação no telefone, você chega preparado no posto: “ô, fulano melhorou, fulano continuou ruim?”, (...). O paciente é atendido em menos de 24 horas se ele não melhorou... se ficou pior, se desidratou, se o tratamento que a gente mandou não foi o ideal, ele tem a oportunidade de voltar aqui (...). Antes de chegar no posto a gente já sabe o que espera a gente (...). Então, isso não acontecia também não (M01).*

Categoria analítica: Melhorias de vínculo, acesso e qualidade do cuidado

#### Acesso aos serviços

Há uma satisfação com o acesso aos serviços da unidade básica expressada por alguns entrevistados, sobretudo usuários:

*Eu não costumo ficar muito tempo esperando não, atende rápido (...) no máximo, 10 minutos né, mas atende rápido. Agora como tem muita gente né, que a gente chega aqui umas 9 horas, aí demora um pouco. Mas quando a gente chega de manhã atende rápido, né... não é demorado (U03).*

Segundo um usuário, o acesso atual é melhor do que o de antes:

*Eu tô achando que agora tá bem mais fácil (...), tá bem mais fácil. De primeira era mais difícil. De primeira a gente chegava aqui, se tivesse 10 pessoas na frente, eles atendiam com aquela calma e tudo... e depois dava a hora deles almoçarem, a gente tinha que esperar (U01).*

Diferentes explicações dialogam entre si nas falas dos entrevistados. Algumas ressaltam o papel do cooperado na melhoria do acesso:

*Olha, o diferencial na minha opinião, do trabalho do [cooperado], é a acessibilidade, né, da população (R01).*

*Com ele parece que o negócio é mais agilizado, sabe. Não quer dizer que eu tô querendo “puxar saco”... eu gosto é de ser franco, sabe (U01)*

Repete-se, aqui, uma fala do profissional cooperado relativa à demanda espontânea, já transcrita anteriormente:

*E a gente até tentou, logrou, não 100%, mas logrou uns 80%... desceu muito aqui na área, tratar, fazer sutura, retirar ponto... tratar muita coisa, pra evitar, hum... a movimentação dessa pessoa, os gastos de pegar ônibus e tal... e evitar as filas superlotadas nos hospitais (M01).*

O papel da equipe como um todo também é pontuado em algumas falas:

*A gente tenta fazer o mais rápido pra não deixar esperando muito né, porque... é chato também você chegar na unidade e ficar, né? (E01).*

*O pessoal assim, o posto é um lugar bem localizado, mas tem muita gente que mora muito longe. Ai tem uma área, que é a ACS, ela demora, pra chegar na área dela, uma hora de caminhada, só pra chegar pra começar a fazer as visitas. Então assim, o pessoal né (...), “gente, vamo resolver o máximo que a gente puder porque... o pessoal, assim, é um pessoal carente... o pessoal não tem dinheiro pra ficar pagando passagem pra lá e pra cá, entendeu?”. Assim, resolver o máximo que a gente puder (E02).*

Como causa para a melhoria do acesso, também é ressaltada a redivisão de área adscrita, entre 2012 e 2013 (ano de chegada do profissional cooperado):

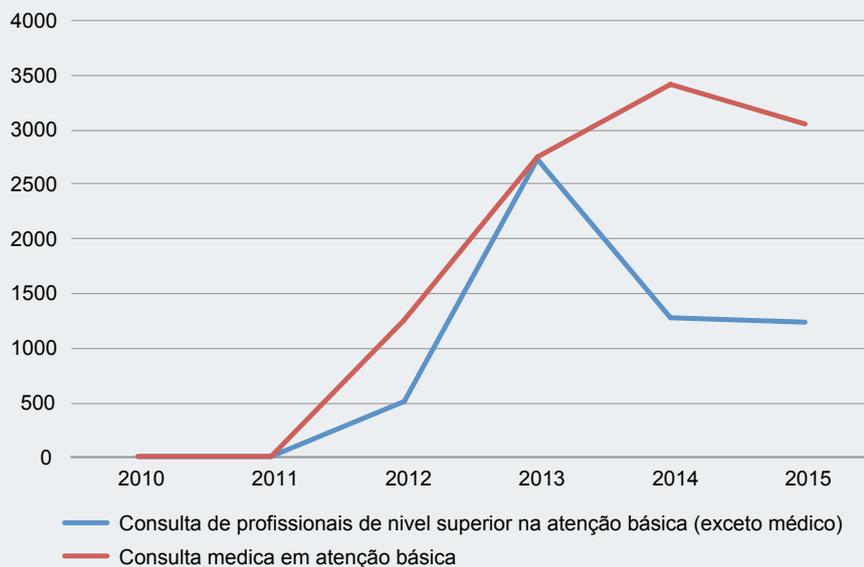
*A equipe de Samambaia era vinculada à equipe de Francelinos... então tinha médico duas vezes na semana na unidade de Samambaia. A população não tinha uma assistência integral (C01).*

*Era uma organização que tinha médico e enfermeiro duas vezes na semana em cada uma das unidades, né... e dividia, um dia era visita... então era muito complicado (C01).*

Observando-se o Gráfico 4, nota-se um aumento de 4,8 vezes no atendimento a urgências na Atenção Básica.

O número de consultas médicas e de outros profissionais na unidade estudada em Juatuba pode ser observado a partir do gráfico a seguir:

**Gráfico 4. Número de consultas médicas e de outros profissionais – na Atenção Básica – UBS Samambaia/Juatuba-MG (2010-2015)**



Fonte: SIA-SUS

Observa-se um aumento sustentado do número de consultas médicas em atenção básica entre 2011 e 2014, havendo uma queda posterior (entre 2014 e 2015).

#### *Fixação de profissional médico*

Em relação a essa categoria, nota-se uma satisfação com as questões de provimento e fixação promovidas pelo Programa Mais Médicos, principalmente quando se compara a situação atual com aquela vivida anteriormente, na qual havia uma dificuldade significativa em fixar esse profissional de saúde:

*Melhorou demais, é... o programa contribuiu em uma parcela importante (...). Então, hoje nós temos oito médicos de programas: sete do mais médicos e um Provabiano. então, querendo ou não, são três bancados pelo município. Isso facilita né, porque melhorou demais... hoje nós temos cobertura de 100% na atenção básica (R01).*

*E há tanto tempo que eu trabalho na secretaria de saúde, a gente sempre vivenciou na região metropolitana um leilão de profissionais médicos, né... então a gente sempre tinha uma discussão na regional da necessidade de uma política mesmo, nacional, para fixação dos profissionais. Então assim,*

*a gente vivia um tempo com um profissional que vinha provisoriamente, e se tivesse uma oferta melhor na cidade vizinha eles iam embora (C01).*

*[Os médicos] ficavam de seis meses a um ano, no máximo, né. E como também não tinha um processo seletivo para fixação desses profissionais, eles não tinham uma motivação muito grande. Além do salário, não tinha uma estabilidade de trabalho, né, o contrato não era um contrato estável. Então isso desmotivava também os profissionais. Então, com a vinda do Mais Médicos, possibilitou também essa continuidade do profissional... (C01).*

Além da fixação em si dos médicos, também foram relatados problemas no cumprimento da carga horária desses profissionais:

*Como tinha esse leilão externo, né, então sempre que uma cidade vizinha tinha benefícios, os profissionais que aqui estavam também queria benefícios, né... então se tinha um day-off em uma cidade próxima, os daqui também queriam um day-off. E, além do day-off, não cumpriam o horário, né... Hoje, eu posso dizer que, de 2013 pra cá, que, sim, os médicos têm cumprido a carga horária (C01).*

O cumprimento da carga horária a partir de 2013 se estende também aos profissionais não vinculados ao programa, embora eles tenham negociado oito horas de estudo para se equipararem aos profissionais cooperados.

Uma vantagem levantada foi a possibilidade de se redividirem as áreas de adscrição das equipes, pois embora a cobertura da atenção básica já fosse de 100%, o número de equipes era menor. Ao se reforçar o número de profissionais na atenção básica, foi possível diminuir o número de famílias cobertas por cada equipe, de forma a possibilitar o acesso e o aumento da qualidade do cuidado.

*Então a gente, com os programas, conseguiu dividir algumas equipes que já estavam no limite né... 3800, 3700... fazer duas equipes menores, então a assistência melhora demais né. A cobertura era de 100% né, mas a sobrecarga de trabalho, o número de população de cada equipe era maior. Então a gente conseguiu se reorganizar nesse sentido (...) e fica bem fácil, bem tranquilo de trabalhar e acompanhar essa população (R01).*

Por fim, o programa é citado como um fator de aumento da oferta de médicos para a atenção básica, o que faz com que a situação atual seja diferente à anterior, na qual o profissional era “buscado no laço”:

*Mas a importância da continuidade do programa para os municípios... é fundamental a manutenção do programa Mais Médicos. Seja ele né com,*

*hoje a gente vê, cresceu muito a procura dos profissionais brasileiros né... tanto formados no exterior, quanto formados no Brasil, interessados em participar do programa... visto que anteriormente a gente não tinha... nós já divulgamos vaga de trabalho em Juatuba no estado de Minas, colocamos faixas no município, e no site do CRM... então nós já vivemos essa fase né, de laçar profissional mesmo, buscar no laço... e que hoje a gente tem uma oferta no mercado né, de brasileiros profissionais... as universidades passaram a investir mais em saúde pública né, o que a gente não tinha anteriormente. Então isso acho que foi muito importante para que a sociedade ficasse mais atenta a esse mercado, que é grande... (C01)*

### Vínculo com a comunidade

O vínculo formado entre o profissional cooperado e a comunidade é considerado bom pelos entrevistados.

*Porque é bom né, a população já criou o vínculo, o município também, do ponto de vista de gestão (R01).*

Algumas entrevistas pontuam o papel do cooperado no estabelecimento desse vínculo com a comunidade:

*Porque o [cooperado], assim, ele conseguiu unir a equipe e os pacientes. Os pacientes, assim, eles gostam muito... de ter a referência do posto, eles procuram o posto e gostam muito do [cooperado] (E02).*

*Sim, no dia a dia [o vínculo] com a população [aumentou], com certeza. O perfil do médico cubano é diferente... é diferente né. Não, sei, acho que a gente encara (...) a medicina preventiva de uma maneira diferente (R01).*

*Eu acho que sim, sim, mudou muito o relacionamento com a pessoa, o relacionamento com o povo, na área da gente. Quando a gente chegou aqui, é... as pessoas nem cumprimentavam a gente. A gente saía do posto, o pessoal abaixava a cabeça. Pra mim isso foi uma coisa muito triste, porque eu ficava na mão, assim... no ar. Ficava com um bom dia no ar, e ninguém olhava pra gente... (M01).*

*Um dia (...) a gente ficou tranquilo, a fila não tinha ninguém, e a criança tava lá fora chutando uma... [bola]. Brasil, futebol, bola, Brasil... O cubano sai lá fora, brinca com a criança, tentando me aproximar da criança... aí um enfermeiro liga pra secretaria e fala até o Doutor jogando bola lá fora, como se fosse uma desonra pro doutor (,,) Achava ruim o meu contato*

*tão próximo com as pessoas. Hoje, daí no posto com dois e meio quase três anos, é tudo diferente... (M01).*

*E a gente desde o início tentou... com certeza, o povo fez um pouquinho de resistência... Mas, já hoje, me respeita... e ele entende a nossa intenção (M01).*

O cooperado cita, em sua fala, o estabelecimento de uma relação de confiança com os usuários residentes da casa de recuperação na área adscrita à unidade Samambaia, citada anteriormente, uma vez que havia o receio de que o sigilo de suas informações fossem quebrados pelos profissionais:

*A gente já notou que a gente, médico mesmo, lutando por essa ética, que a informação não vaze para fora, eles me encontraram nesse médico que o SUS tá realmente precisando... (M01).*

### *Humanização*

Diversas falas apontam para a construção de uma empatia própria, por parte do profissional cooperado, em relação aos usuários atendidos na comunidade:

*Sobre o negócio das consultas, eu achei que melhorou... E sobre o jeito que ele trata a gente. Ele é muito educado. Todos que eu passei foram educados, mas ele... parece que ele tem uma coisa diferente, sabe? (U01).*

*Ah, ele atendeu ela com o maior carinho, com o maior “amor”... (U02).*

*Ô cara... ele é atencioso, ele procura entender... ele trata a ferida de dentro pra fora, né... (U03).*

*Inclusive ele presenteou meu neto com uma porção de roupinhas... porque ele é muito carinhoso com as crianças né... com a gente tudo né! (U02).*

*Acho que o diferencial é do médico mesmo, ele é um médico carinhoso, carismático, muito acessível... a população gosta muito dele... acho que esse é o diferencial (R01).*

*As pessoas com um carinho enorme, que assim, que eu nunca trabalhei na minha vida, que eu nunca tinha visto. E eu tentei acompanhar... a mesma coisa sabe... porque assim, isso é vínculo muito grande com a equipe lá. O posto lá é uma referência, lá no Samambaia... o posto de saúde (E02).*

Algumas entrevistas relatam o uso de uma técnica específica de aproximação entre o profissional e o usuário: para deixar esse mais à vontade, o médico evitava interpor a mesa entre ele e o paciente, sentando-se diretamente ao seu lado durante a consulta:

*Inicialmente ele chegou até a a... o formato da mesa né, ele não sentava de frente; ele sentava ao lado do... então tinha esse trabalho um pouco diferente, E assim, bem próximo né... então, além da fixação né, porque hoje nós temos um profissional na equipe por três anos, [uma melhora] é a questão da humanização do atendimento mesmo, que foi bem diferenciado do que estávamos vivendo anteriormente (C01).*

*O atendimento humanizado, sabe... o carinho que ele tem com a pessoa. Ele virava a mesa, ele não só ficava de frente pro paciente, ele virava... ele coloca a mão, ele abraça, ele põe o chapéu do paciente (...). É aquele calor humano que ele passa, sabe? É aquele carinho que ele tem com os pacientes, muito grande assim... é uma coisa que eu aprendi com ele e tento levar... vou levar pela minha vida toda... o carinho (E02).*

Essas atitudes também foram observadas na casa de recuperação:

*Quando eu chegava aqui, muitas das vezes que eu chegava aqui precisando aqui de um remédio, não tinha como. Os outros já não davam. Ele não, ele já procurou ir lá na casa, pra saber a história de cada um lá dentro... os outros não fez (sic) isso. Porque, pras pessoas aqui fora, lá dentro só tem ladrão... só tem, né, estuprador... (U03).*

Alguns entrevistados atribuem essa postura à formação própria do profissional cubano:

*Mas o profissional cubano, ele trouxe um diferencial pro atendimento, isso é inevitável, indiscutível... né, a gente tem que assumir isso, que eles vieram com um trabalho de humanização talvez muito maior, e isso serviu muito de exemplo para os profissionais brasileiros (C01).*

*Ela estudou em Cuba também, então é uma excelente médica. E não vejo diferença da forma de tratar o paciente do [intercambista], é praticamente a mesma forma. Acaba que, por ser educado na mesma escola, então acaba que tem aquela mesma formação de, né... da forma de tratamento com a pessoa (E01).*

### Satisfação e qualidade do cuidado

As entrevistas demonstram satisfação de gestores e usuários com a qualidade do cuidado:

*É melhor porque o remédio dele é acertado, e ele trata a gente com o maior carinho (U02).*

*Então, querendo ou não, do ponto de vista assistencial com certeza também melhorou né. O acompanhamento da população (R01).*

*É igual um menino que tinha lá na casa lá em tempo de perder o pé, com um buraco no pé... ele tratou a ferida do menino, o menino melhorou, o menino foi embora, né... tá bem... a mãe dele ligou pra nós aqui, ele tá bem (U03).*

*Em relação à equipe de Samambaia, e ao [intercambista] especificamente, a gente tá muito feliz com o trabalho que ele desempenhou. É uma pena que eles estejam indo embora (...) porque é bom né, a população já criou o vínculo, o município também, do ponto de vista de gestão... aí eu brinco né, quando chegam os médicos bons, a gente segura, agarra com unhas e dentes né, porque depois só Deus sabe o que que vem (risos). Então assim (...), a gente tá muito satisfeito com o trabalho deles (R01).*

O município de Juatuba não possui dados de internações por condições sensíveis desde o período de 2010, recorte feito para essa análise do estudo.



## Conceição das Alagoas

### Caracterização do município

**Figura 4. Mapa de situação do município de Conceição das Alagoas**



O município de Conceição das Alagoas está localizado na microrregião de Uberaba, na mesorregião do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba, com extensão territorial de 1.346,95 km<sup>2</sup> e densidade demográfica de 17,12 hab/km<sup>2</sup>.

### Aspectos gerais

Segundo o Censo do IBGE (2010), a população do município corresponde a 23.043 habitantes, e sua estimativa para o ano de 2015 é de 26.018 – dos quais 12.049 habitantes do sexo masculino. A população urbana é de 20.880 habitantes, e a população rural de 2.163 habitantes.

O Índice de Desenvolvimento Humano foi de 0,712 em 2010. O valor do rendimento nominal mediano mensal *per capita* dos domicílios particulares permanentes da zona rural é de R\$ 433,33, e da Zona Urbana é de R\$ 510,00. Já o rendimento domiciliar por situação de domicílio é de R\$ 1.628,14 para a zona rural e R\$ 2.669,62 para a zona urbana. No município de Conceição das Alagoas o Índice de Gini em 2010 era 0,51. No mesmo período, esse índice para todo o Brasil era de 0,608. O percentual de prevalência da pobreza em Conceição das Alagoas, no ano de 2010, foi de 21,09%. O Estado de Minas Gerais, no mesmo período, teve a prevalência de 28,85%.

A mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano de idade) no município de Conceição das Alagoas diminuiu de 24,9 por mil nascidos vivos, em 2000, para 12,8 por mil nascidos vivos. Já no Estado de Minas Gerais, a taxa era de 27,8 em 2000, e de 15,1 em 2010. Entre 2000 e 2010, a taxa de

mortalidade infantil no País caiu de 30,6 por mil nascidos vivos para 16,7 por mil nascidos vivos. Com a taxa observada em 2010, o município cumpriu uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, segundo a qual a mortalidade infantil no País deve estar abaixo de 17,9 óbitos por mil em 2015. A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). No município de Conceição das Alagoas, esse indicador passou de 71,28 em 2000, para 76,72 anos em 2010. No Brasil, a esperança de vida ao nascer é de 73,9 anos, em 2010, de 68,6 anos, em 2000, e de 64,7 anos em 1991. A longevidade para os municípios da pesquisa demonstram maior esperança de vida ao nascer do que o Brasil, para o mesmo ano, de 2010.

### **Informações de saúde – epidemiológicas e morbidade**

As informações de saúde do município, referente a dados epidemiológicos e morbidades foram coletadas do DATASUS. Observou-se que, no período compreendido entre 2014 e 2015, a maior ocorrência de internações de residentes no município de Conceição das Alagoas – excetuando-se gravidez, parto e puerpério – foi por problemas do aparelho digestivo, seguida por lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas. A menor ocorrência foi por malformação congênita, no ano de 2014, e de doenças do ouvido, no ano de 2015. Em relação a agravos e notificações de dengue, o município de Conceição das Alagoas teve 107 notificações registradas nos anos de 2011 e 2012.

### **Informações de saúde – Serviços de saúde**

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), via DATASUS, no município de Belo Horizonte, há 25 estabelecimentos em Conceição das Alagoas cadastrados no CNES. O município possui, credenciadas pelo Ministério da Saúde (MS), sete equipes de Saúde de Família (ESF) para o período considerado (2013 a 2016). Em janeiro de 2013 havia apenas duas cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Em 2014 eram sete equipes cadastradas – número que subiu para oito em janeiro de 2015 e que se manteve em janeiro de 2016.

A análise documental da produção ambulatorial por dados secundários disponíveis em ambientes de livre acesso a informação foi feita através do DATASUS. No município de Conceição das Alagoas, o subgrupo de procedimento mais realizado foi o de assistência farmacêutica para todo o período. Em seguida, os procedimentos mais realizados foram de fisioterapia nos anos de 2013 e 2016, e diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia nos anos de 2014 e 2015. Em

relação aos atendimentos de caráter eletivo e de urgência, nota-se que a maior ocorrência nos municípios é de caráter eletivo para todo o período.

### Descrição da Rotina

De modo geral, a rotina dos ACS's da unidade estudada em Conceição das Alagoas consiste em fazer a visita pela manhã e, à tarde, lançar os dados coletados no sistema eSUS. Os agentes reforçam, durante as visitas, o convite para que as famílias participem dos grupos e/ou atividades promovidas pelo Centro de Saúde.

A Técnica de Enfermagem da Unidade realiza visitas domiciliares, em horários programados, a pacientes que estejam acamados e/ou que necessitem de curativos. Dependendo do caso, essa visita é feita com a participação de outros profissionais do Centro de Saúde. A sua rotina inclui também vacinação, curativos e acompanhamento da médica para as atividades nas quais sua presença seja necessária.

A enfermeira do Centro de Saúde atua como coordenadora e referência técnica da própria unidade de saúde. Sua rotina inclui as atividades administrativas e assistenciais. Atua também junto ao profissional médico(a) em atividades de Educação Continuada para os profissionais do Centro de Saúde.

O Centro de Saúde estudado tem horário de funcionamento compreendido entre as 8h e as 17h e conta com o apoio do NASF do município. Para a demanda espontânea é utilizado o protocolo de Manchester.

A atenção programada segue a rotina a seguir:

- Segunda-feira: Saúde da Criança e Adolescente (manhã) e Saúde da Mulher (tarde).
- Terça-feira: Grupo de Hipertensos e Diabéticos (mensal); Atividade Física (semanal) e Gestantes (quinzenal).
- Quarta-feira: Gestantes (manhã) e Saúde do Homem (tarde).
- Quinta-feira: Visita Domiciliar (manhã) e Saúde do Idoso (tarde).
- Sexta-feira: Reunião de Equipe (tarde) e *day off* da Médica.

Há uma proposta de se manter um novo grupo de Saúde Mental, uma vez que se se considerou necessário ampliar esse tipo de atividade no Centro de Saúde.

## Resultado das Categorias Analíticas

Categoria analítica: Mudanças no processo de trabalho assistencial da equipe e da unidade de saúde

### *Organização da demanda espontânea*

Segundo se apurou nas entrevistas, são disponibilizadas apenas duas vagas de demanda espontânea por turno de atendimento (juntamente com dez vagas de atenção programada). Entretanto, o fato de a profissional cooperada permanecer na unidade durante 32 horas, bem como a sua disposição em atender fora da agenda previamente marcada, contribuem para uma percepção de aumento da quantidade de atendimentos:

*Então cumpre mais horário, então [foi] primeira mudança que eu vi (...) Porque sempre chega alguma coisa e né?! Uma demanda espontânea e a gente tinha que ficar né?! Meio que mentindo “Ah que não tem jeito, ah eu vou mandar pro hospital” E o hospital ficava meio que sobrecarregado [de] coisa (...) da atenção primária (E04).*

*Em relação a aumentar de quantidade pode ter aumentado pouco, mas assim melhorou, a assistência melhorou (...) porque a gente tem um médico aqui o dia todo e organizou o atendimento por ciclo de vida (R02).*

*Só que assim, a [cooperada] é até aberta, chegou um paciente que tá com uma dor, alguma coisa assim, só pra ver (...) se é pra encaminhar pro hospital (...) ela atende, entendeu?! (E04).*

Juntamente com a percepção de aumento da qualidade do atendimento, há também a percepção de aumento da qualidade devido ao maior tempo gasto em cada consulta em relação a médicos anteriores:

*[aumenta o número de consultas de demanda espontânea] Demais, demais porque... e a qualidade da consulta né?! Porque você pensa assim (...), pensa o médico chegar e atender 30... 40 pacientes em duas horas né?! (E04).*

A mesma questão relativa a uma provável “competição” entre a UBS e o hospital que fora levantada em Barão de Cocais aparece também em Conceição das Alagoas:

*Aqui em Conceição era um modelo muito hospitalocentrico (...), a gente tem uma grande quantidade de atendimento no hospital porque o paciente já sai de lá com o medicamento, o exame feito a receita pra pegar na far-*

*mácia. Então pra eles é mais fácil ir no hospital do que vim agendar uma consulta (R02).*

Percebe-se, na unidade Santa Maria – assim como no município, por meio da fala de seus gestores de saúde, uma preocupação em se demarcar o espaço da atenção programada. Esse esforço também se expressa pela proporção de consultas de demanda espontânea X atenção programada disponibilizadas por turno, como se disse anteriormente (duas e dez, respectivamente):

*Chegou (sic) aqui dez vai atender a mais não, é organizado (...). Né, porque senão vira pronto socorro também né?! (R02).*

Entretanto, ao se observarem os números de procedimentos relacionados à demanda espontânea na atenção básica da unidade a partir da chegada da cooperativa, em abril de 2014, percebe-se uma diminuição significativa de atendimentos de urgência e para retirada de pontos. Apenas a administração de medicamentos em atenção básica por paciente aumentou nesse período. Outros procedimentos de demanda espontânea não são encontrados no SIA-SUS (vide Tabela 3):

**Tabela 3. Procedimentos relacionados à demanda espontânea na Unidade de Saúde Santa Maria, para Conceição das Alagoas/MG (2010-2015)**

Procedimentos relacionados à demanda espontânea	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Atendimento de urgência em atenção básica	0	19	107	14	206	88
Administração de medicamentos em atenção básica (por paciente)	59	70	112	113	348	371
Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)	58	78	56	18	118	39

Uma possibilidade para se explicar esse fenômeno pode estar relacionada à preocupação em se “blindar” a atenção programada face à demanda espontânea. Outra possível explicação reside na percepção de que o hospital é uma instalação mais adequada para diagnóstico e tratamento de situações inesperadas. Não há, contudo, dados suficientes para se inferir a insuficiência de demanda espontânea. A tabela abaixo mostra os números usados para a elaboração do gráfico anterior:

Em relação à avaliação do PMAQ, a unidade Santa Maria foi avaliada, no primeiro ciclo, apresentando *desempenho mediano ou um pouco abaixo da média* no item *acolhimento à demanda espontânea*. Essa situação mudou para *desem-*

*penho acima da média no segundo ciclo – ocorrido antes de a cooperada iniciar suas atividades na unidade.*

#### *Organização da atenção programada*

A organização do agendamento das atenções programadas é citada como um diferencial da cooperada em relação a médicos anteriores:

*Eu vejo nessa questão de agendamento (...) que antigamente era assim, marcava tudo no dia era criança mesmo dia, mulher mesmo dia, gestante mesmo dia, o que viesse tava no mesmo dia e eu acho que ficava um pouco bagunçado assim, né?! Porque a gente gosta muito de fazer sala de espera então assim, não tinha nem como fazer naquela época (E04).*

*[A agenda hoje] é bem melhor porque a gente tem os dias de cada coisa, um dia é só hipertenso, um dia só diabéticos, um dia só saúde mental, outro só gestante, um dia só criança, só adolescente, só idoso, então assim fica um, um atendimento mais, né?! Humano, mais eu acho que melhorou assim, eu vejo só melhora, eu não consigo te falar nenhuma dificuldade, só melhoras (E04).*

*Então assim, marca consulta todos os dias da semana, sabe então assim, tem a visita domiciliar tudo assim é bem planejado, cada dia atende um, um ciclo de vida (R02).*

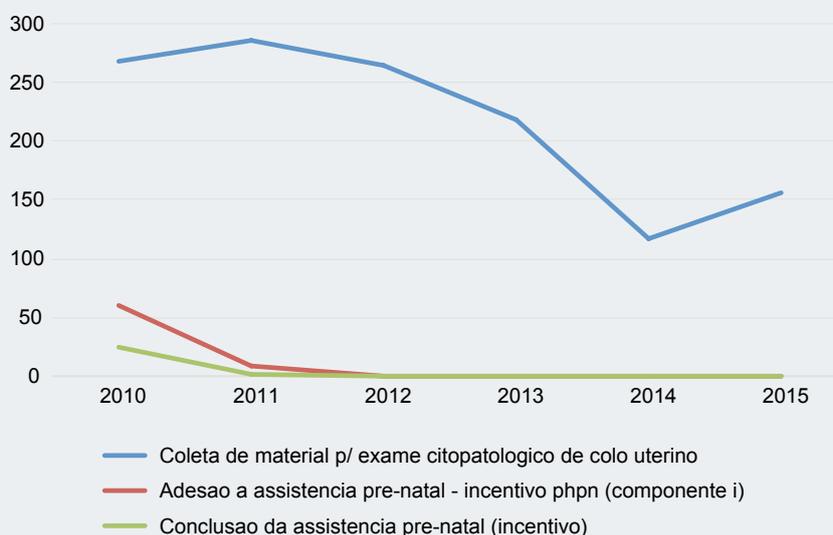
*Então eu acho que nessa questão de agenda melhorou, e de números acho que também melhorou bastante, porque a [cooperada] atende muito, questão de mais ou menos 450/500 consultas mensais [no total] (E04).*

Também foi citada a preocupação da cooperada em evitar que os usuários fiquem sem medicamentos:

*Porque ela não deixa, se ela sabe que o paciente tá sem medicamento mesmo a gente, a gente faz a visita a gente passa ó a receita tal por exemplo, vence amanhã, já me passa se não puder vim na unidade eu levo a receita falo com a doutora né, pra doutora tá fazendo pro...pro paciente não ficar sem medicamento, né? (A07).*

O Gráfico 5 mostra a evolução, ao longo do tempo, dos três indicadores relativos a atenção programada encontrados no SIA-SUS para a unidade estudada. Observa-se que há um declínio geral até 2014 – ano em que a cooperada iniciou os seus trabalhos na unidade. Entre 2014 e 2015, a coleta de preventivo subiu de 117 para 156. Não houve reação por parte dos demais indicadores.

**Gráfico 5. Procedimentos relacionados à atenção programada na UBS estudada em Conceição das Alagoas – 2010 a 2015**



Fonte: SIA-SUS

Em relação ao PMAQ o município evoluiu do primeiro ciclo para o segundo ciclo de avaliação, com nota de *desempenho mediado ou pouco abaixo da média*, para *desempenho muito acima da média*.

#### Organização das visitas domiciliares

É possível constatar, por falas captadas durante as entrevistas, que a profissional cooperada é prestativa acerca da realização de visitas domiciliares:

*A visita domiciliar dela é dia de quinta-feira, mas se eu falar assim “Olha Dra (...), saiu um paciente agora do hospital, o enfermeiro de lá me passou que é isso, isso e isso, precisa disso, disso e disso precisa que você vá lá comigo agora”, “(...) então vamos, depois da consulta eu já vou com você” (E04)*

A mesma entrevistada tece comparações entre a cooperada e a sua antecessora:

*Ela não ia, eu é que tinha que fazer tudo nessa questão, ela odiava fazer visita domiciliar, odiava (...). E aí pra mim (sic) levar ela num paciente eu tinha que assim implorar assim, começar de manhã implorando pra no finalzinho ver se ela queria ir. Então assim eu tinha muita dificuldade (E04).*

Em relação à avaliação do PMAQ, a Unidade de Saúde da Família Santa Maria manteve o mesmo desempenho: *acima da média*, nos dois ciclos.

### *Organização de ações de educação em saúde*

A cooperada foi citada em diferentes falas como alguém que conseguiu evoluir os grupos educativos, principalmente por meio de sua participação direta. Um dos grupos, de atividades físicas, foi objeto de observação direta da equipe de pesquisadores, consistindo em uma atividade dinâmica ocorrida pela manhã, antes de a cooperada iniciar os seus atendimentos. O grupo se exercitava em parte fora da unidade, em parte no vão interior, em espaço contíguo ao da sala de espera.

Segundo uma pessoa entrevistada, tanto o número como a frequência de usuários aumentou após a chegada da cooperada, que costumava participar de todos os grupos, de acordo com os relatos.

Novamente, assim como em entrevistas em Barão de Cocais, a participação do(a) médico(a) foi avaliada como estratégica para a boa evolução dos grupos:

*Ela [médica anterior] não participava, eu que tinha que levar o grupo, né? E aí vinha aquele pingado, gato pingado de três pacientes, não tinha vínculo eles percebia que a equipe não tava boa, acho que é perceptível não é?! O paciente vê né?! “Ah eu vou ficar ouvindo só a enfermeira, vou ficar toda vez só a enfermeira” né, então melhorou demais (E04).*

*Porque ela acha importante ela tá lá, que o paciente vê que até ela tá lá, porque não adianta nada ela falar assim: Ah terça-feira vou te encaminhar (E04).*

*A Dra., ela assim, ela gosta muito dessa parte de prevenção e ela apoia todas as atividades que o NASF faz, ela quer tá presente em todas e alguns médicos não, só queriam atender e ir embora, né?! E ela faz questão de participar (E04).*

*O médico participar junto com a equipe, a credibilidade do grupo é bem maior quando o médico participa (R02).*

*Então ela chega, participa da atividade física, terminou a atividade ela vai atender (R02).*

*Porque se o médico, até o próprio paciente vê isso, o médico tá lá dentro da sala, não tá dando importância pro grupo que tá acontecendo ali de fora, ele vai achar que tem importância? (R02).*

Em relação a avaliação do PMAQ a Unidade de Saúde de Santa Maria teve nota de *desempenho muito acima da média* referente a Práticas Integrativas e Complementares e Promoção da Saúde, no primeiro ciclo e no segundo, e para o Programa de Saúde na Escola no primeiro ciclo com *desempenho mediano um pouco abaixo da média* e no segundo ciclo não possuía esse serviço.

Categoria analítica: Mudanças nos processos de gestão da equipe e da unidade de saúde

*Organização ou aprimoramento de ações de diagnóstico sanitário e de planejamento das ações de saúde*

Um maior uso da informação para diagnóstico de necessidades e planejamento das ações passou a ocorrer a partir de um esforço de pessoa ligada à gestão municipal, como aparece em algumas entrevistas:

*Depois que a [Referência Técnica] entrou (...), a gente não tinha isso certo, a gente fez, confeccionou os mapas, tudo organizadinho assim (E04).*

*As meninas não conheciam, tipo assim, tinha questão da atividade física pra cumprir meta, ninguém sabia na unidade de saúde, entendeu? (R02)*

*Quando (...) entrei aqui eu percebi que era uma falha que acontecia (...), que a gente não tinha dados de nada (...), questão do SIAB eu tinha uma quantidade de gestante, quantidade de hipertenso, diabéticos, tudo. Só que a gente não trabalhava, a gente não utilizava esses dados pra desenvolver alguma coisa, [Aí então] eu tirei, eu mostrei pra eles os relatórios, o que que tá baixo, o que que tá alto, o que que a gente precisa ir atrás eu tirei, eu mostrei pra eles os relatórios, o que que tá baixo, o que que tá alto, o que que a gente precisa ir atrás... (R02).*

Entretanto, há a percepção de que esse esforço ainda não rendeu frutos em sua plenitude, embora algumas ações tenham sido incorporadas no dia-a-dia do trabalho da equipe:

*Só que eu não vou te falar assim, que a gente pega, utiliza todos os dados, não! Isso acho que é uma coisa que a gente pode melhorar muito. Entendeu? (R02)*

*Só que assim a gente utiliza algumas coisas já, não são todas (R02).*

*Só que aí, com o passar do tempo agora, (...) eu não fico reunindo com elas (...). Instituiu como rotina da unidade, entendeu? A questão de SISVAN, de bolsa, de tudo, é rotina. Entendeu? (R02).*

#### *Organização ou aprimoramento das ações de educação permanente dos profissionais de saúde*

Como já havia sido mencionado, há uma reunião periódica na unidade com objetivo de planejamento de ações e também de educação permanente. Nessa reunião, que surgiu anteriormente à chegada da profissional cooperada, os profissionais de saúde tecem perguntas a ela e à enfermeira acerca dos problemas mais comuns, ou preocupantes, vistos em um determinado momento:

*[A reunião] existe, mas assim agora a gente tá tentando documentar mais, ela sempre existiu... (E04).*

*Às vezes não tem um caso específico essa semana mas os agentes quer (sic) saber uma doença nova, uma questão nova aí eu e a [cooperada] traz (sic) algum material pra tá discutindo com eles, explicando. Funciona como um estudo de caso, uma educação permanente (E04).*

*Quando começamos a fazer esse jeito de reunião, é... eu falava: que temas vocês desejam que eu aborde? (...). O que vamos a falar? Ah! Doutora vamos falar sobre tal coisa... Ah! Revisem, revisem la bibliografia, estudem um pouco vão anotando dúvidas, né, que querem (M03).*

*Então, assim, geralmente os temas assim, a gente tem hora que sugere alguns, alguma doença que a gente quer saber, algum caso da área, por exemplo... se eu achar um caso na minha área assim, interessante, eu trago pra unidade aí... (A06).*

*Que aí se a gente tem dúvida em alguma coisa a [enfermeira] tira as dúvidas, a [cooperada]... (A05).*

Embora a reunião já existisse antes, há um relato de melhora no processo de educação permanente devido à maior disponibilidade da cooperada para tirar dúvidas:

*A [Dra. anterior] não explicava pra gente, era muito raro, tinha dia que ela falava que não podia, a [cooperada] não, a gente chega, ela fala: “não, vamo fazer então” (...). Aí ela já vai, já tira todas as dúvidas que a gente tem (A05).*

Esse processo de educação permanente na unidade é estimulado pela gestão municipal. Após a extinção do Programa de Educação Permanente (PEP), de origem estadual, a gestão optou por continuar com algumas de suas ações – notadamente iniciativas de educação continuada:

*Cada unidade faz a sua educação permanente (...), antes a gente fazia uma vez por mês com os agentes comunitários de saúde, com os enfermeiros e com os médicos, que a gente tinha o programa PEP, né, que era realizado em todos os municípios (C03).*

*Mas depois que esse programa parou, a gente não parou (...), a gente deu continuidade com a parceria com o hospital escola, a gente chama um profissional de cada área ou se não um profissional de (...) algum assunto que os médicos queiram que seja abordado (...) (C03).*

#### *Organização ou aprimoramento de processos comunicacionais e interpessoais entre os profissionais de saúde*

Percebe-se, pelas entrevistas, que a equipe possui um bom grau de interação:

*Ótimas, aqui realmente [as relações] são muito ótima (sic), não tem briga não tem implicância sabe? A gente (...) até que [se] dá muito bem (A07).*

*Estaria mentindo [se dissesse] que a gente tá perfeito, mas a gente tenta assim nessa questão de união, a gente é muito assim: um ficou doente, vamos ajudar o outro (E04).*

*Me sinto bem com minha equipe de trabalho, ele significam tudo para mim, junto a mis pacientes (M03).*

*Não tem ninguém de mal de ninguém, e todo mundo funciona bem (E04).*

Segundo alguns relatos, era comum uma certa tensão constante entre profissionais médicos e os outros membros da equipe, que se expressava sobretudo pela inflexibilidade em relação a processos de trabalho próprios destes:

*Alguns médicos é (sic) mais maleável pra gente tá conversando, tentando agilizar uma forma de trabalho que seja mais fácil pra toda equipe, e outros não, outros (...) trabalham daquela forma e não tem como mudar... eles querem que seja daquela forma e assim tem que ser, então acho que o desafio maior de lidar é com os médicos (...) (C03).*

*Não tinha vínculo, eles percebia (sic) que a equipe não tava boa, acho que é perceptível não é? O paciente vê, né? (E04).*

*Porque o médico, se ele determina que o trabalho dele tem que ser daquela forma, infelizmente a gente num tem muito o que fazer... (C03).*

Alguns relatam também falta de vínculos pessoais entre médicos anteriores e os demais membros da equipe. De uma forma geral, as entrevistas mostram melhora nas relações pessoais entre o profissional médico e a equipe após a chegada da cooperada:

*Então você vê assim que (...) não tinha aquela entrosação com o resto da equipe e principalmente com o paciente sabe? Assim, eu percebi [que] mudou muito (R02).*

*[Profissional anterior] não tinha vínculo com os agentes mais, né? (...) mal ia naquele fundo [da unidade]. A [cooperada], a segunda casa (...) dela é lá no fundo (risos) (...) Ela conversa muito com as meninas, então as meninas se sentiram valorizadas. Porque se sentiam muito desvalorizadas, porque (...) [antes] era só ferro: “Ah, vocês não pegaram o prontuário, ah vocês não sabem isso do paciente, ah isso...” Então não tinha vínculo, então acho que o vínculo com a equipe se estabeleceu a partir daí (E04).*

*Ela sensibiliza com aquele problema, ela é uma médica que interage conosco no fundo (...), tudo ela faz... (A06).*

*A [cooperada] tá ok, tem nada que reclamar dela não, todo mundo gosta (A05).*

*Ela é receptiva, a gente vê assim que ela é muito participativa com o restante da equipe, (...) de tudo que acontece aqui dentro da unidade. Não que os outros não seja (sic), sabe? Ela é uma que mais adaptou [a] questão de linguagem [do usuário] (R02).*

A cooperada denota, em sua fala, preocupação em relação à estabilidade e à união da equipe no dia-a-dia:

*Então eu falava, a primeira coisa que vamos fazer, precisamente, [é] identificar que equipe de trabalho, por que nós temos que lograr que (...) [nenhum] membro de equipe se desmembre. Chega uma pessoa importada e isso quebra, há uma ruptura (...) (M03).*

*Então a primeira coisa é o fortalecimento da equipe de trabalho, a estabilidade. E não só no plano laboral (M03).*

*Não gosto que troquem ninguém de minha equipe, não gosto. Não gosto por que isto que dá estabilidade, entendió? (M03).*

*Esse é o trabalho de mi equipe, eu falo para eles: nós temos que ser unidos, e amanhã pode ocorrer qualquer coisa, que todos vamos pagar pelo mesmo. Todos erramos ou todos apresentamos um bom resultado, por que todos somos (...) equipe (M03).*

Categoria analítica: Melhorias de vínculo, acesso e qualidade do cuidado

Acesso aos serviços

Os usuários entrevistados se mostram satisfeitos com os serviços da unidade:

*Não [demora], porque aqui marca né?! E depois chama, atendimento é rapidinho (U10).*

*Toda hora que eu preciso, tá todos, o dentista, o médico... as atendente, as enfermeiras, estão tudo ao meu dispor (U12).*

*[Sou atendida] rápido, na hora (...). Eu chego, peço ela as coisas, na hora (U12).*

*Eu acho que esse PSF aqui merece tudo de bom, por que eles tudo são de primeira qualidade. Não tem limite para você chegar aqui e pedir à [profissional cooperada] (U12).*

Algumas entrevistas comparam a satisfação obtida com o atendimento da cooperativa com aquela relacionada a profissionais anteriores:

*Eu não vou te falar que ela [uma profissional pregressa] não era uma boa médica, ela é uma boa médica. Mas assim, ela não olhava na sua cara, já prescrevia ali o que você tá sentindo e tal. Chegou às dez [horas], ela já entrava na caminhonete e já sumia. [a cooperada] aqui não, senta com a gente, conversa, não tem horário, não tem tanto de ficha. Pode ser 10, pode ser 15, pode ser o máximo que ela puder (U12).*

*Olha, [um profissional pregresso] atendia, (...) chegava umas oito horas, dava onze horas era hora dela já ir embora. Se chegasse paciente passando*

*mal ela passava até dura por eles. A [cooperada] não, se chegar um e tiver passando mal e ela tiver indo embora ela atende, se tiver alguém precisando de receita ela faz, se não tiver medicação ela faz na hora, a porta do jeito que ela atende é fechada, [profissional pregresso] era com porta aberta, é um desrespeito com o paciente, né? (A05).*

A nota do PMAQ em relação ao acesso da Unidade de Saúde de Santa Maria no município de Conceição das Alagoas foi melhor classificada do primeiro para o segundo ciclo, passando de *desempenho mediano ou pouco abaixo da média*, para *desempenho acima da média*.

O número de consultas médicas e de outros profissionais – Unidade de Saúde estudada em Conceição das Alagoas pode ser observado a partir do Gráfico 6.

Observa-se, nesse gráfico, um declínio no número de consultas – tanto médicas como de outros profissionais de nível superior – entre 2012 e 2013, seguido de uma recuperação em ambos os tipos de consulta a partir desse último ano.

#### *Fixação de profissional médico*

Pode-se constatar, por algumas entrevistas, diferenças no tempo de permanência na unidade entre o(a) profissional cooperado(a) e profissionais anteriores:

*[Profissional anterior] atendia nos dois horários [manhã e tarde], mas era aquele tanto “x” (A07).*

*[Profissional anterior] não cumpria horário. Então (...) [ele(a)] vinha, fazia um atendimento assim de trinta pessoas em duas horas e ia embora (E04).*

*[O(a) profissional cooperado(a)] cumpre mais horário, então primeira mudança que eu vi, porque aí já ajuda bastante a gente, né?! Porque sempre chega alguma coisa e né?! (E04).*

*A gente tinha uma dificuldade muito grande [na] questão de cumprimento de horário muito grande. Porque antigamente os médicos viam o PSF como assim (...), um recurso (...) garantido por mês. Então eles trabalhavam no consultório, fazia (sic) o plantão, e sabia (sic) que tinha aquele recurso, aquele salário ali por mês, então (...) na maioria das vezes eles vinham, trabalhavam de sete [da manhã] até uma da tarde e ia(sic) embora, isso era todos (R02).*

Entretanto, essa mudança não parece decorrer somente por parte do(a) profissional cooperado(a): há também um relato de denúncia de profissionais médicos

**Gráfico 6. Número de consultas médicas e de outros profissionais – na Atenção Básica – Unidade de Saúde estudada em Conceição das Alagoas – MG (2010-2015)**



Fonte: SIA-SUS

na unidade estudada e em outras, o que culminou com uma maior observância dessa questão por parte da gestão municipal:

*Então denunciaram, na época era (sic) todos os médicos da unidade que infelizmente não cumpria (sic) o horário, todos os brasileiros. Então quando [o(a) profissional cooperado(a)] já veio, então a secretaria de saúde já conversou com os enfermeiros e (...) a gente já começou a cumprir o horário (E04).*

*Teve até cinco médicos que tiveram processo que aí teve denúncia, cinco médicos pagaram (...) não sei quanto tempo de um salário mínimo por mês devido a isso mesmo, não cumprimento de horário (R02).*

Esse acontecimento acabou por exigir da gestão municipal um maior controle de horários – motivo pelo qual foi instalado um relógio de ponto em cada unidade, cerca de dois anos antes da coleta das entrevistas.

Além do comportamento do profissional cooperado e do controle da gestão municipal, também o Programa Mais Médicos para o Brasil e o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) são citados como fatores

facilitadores para a fixação do profissional médico na unidade e o cumprimento de seu horário:

*A gente já teve três profissionais que fica (sic) um ano só, né? PROVAB é só um ano. E já teve três profissionais, cada um melhor do que o outro (R02).*

*Olha, eu avalio como um, um programa excelente, foi muito bom, muito bom mesmo, nós tínhamos uma grande dificuldade de encontrar os médicos, né?! E eles vieram mesmo pra somar, pra diminuir mesmo essa concorrência que tinha entre os municípios até mesmo em questão de valores, né? Às vezes (...) o médico procurava serviço e quase que rifava né “tal município eu recebo mais tal eu recebo menos” (S02)*

*Hoje a gente vê muito médico procurando serviço, antigamente a gente não via, a gente saia andando atrás de médico, né?! Hoje a gente já vê, direto [alguém] deixa um currículo, que não tá fácil, acho que pra nenhum setor, né?! (R02).*

#### Vínculo com a comunidade

É possível constatar, em vários relatos, um vínculo significativo entre o(a) profissional cooperado(a) e a comunidade:

*O vínculo deles com o paciente é muito maior, eles querem participar da vida mesmo do paciente, não só da anamnese (...), querem saber: “e você tá bem, como que é?” (C03).*

*Eles [outros profissionais] não tinham é ligação (...), não tinham aquele elo de ligação, [de] como participar de um grupo, né? Não tinha aquela entrosção com o resto da equipe e principalmente com o paciente, sabe, assim, eu percebi, mudou muito (R02).*

*O pessoal aqui adora ela (...), a população aceitou ela muito bem (...), você vê o carinho (...) que a população tem com ela, sabe assim, de chegar de abraçar... (R02).*

*[A profissional cooperada] é muito dedicada, muito amiga da gente, muito companheira. A gente vai lá para os fundos sentar, conversar, as outras não, já atendia (sic), já saía (sic) correndo, entrava (sic) no carro (...) e acabou. Ela não tem isso (U12).*

*[O(a) profissional cooperado(a)] é uma pessoa muito especial (...). Eu falo que foi um anjo que Deus trouxe e Deus está levando de volta (...). Porque é uma pessoa que não mede esforços para te ajudar (U12).*

É possível também perceber que, na unidade estudada, um bom vínculo com a comunidade não foi estabelecido apenas pelo(a) cooperado(a), mas por toda a equipe de Saúde da Família. Esse vínculo se manifesta, sobretudo, na participação de praticamente toda a equipe da unidade estudada em alguns grupos – que mantém bons índices de participação, como atestam a observação direta realizada na unidade e as listas de presença às quais a equipe desta pesquisa teve acesso – e também na organização habitual de eventos na comunidade, organizados pela equipe da unidade:

*Eu percebo que aqui é maior o vínculo que (...) os agentes comunitários criam com a família (C03).*

*Todos aqui participam [dos grupos], desde [o(a) profissional cooperado(a)] até a (...) auxiliar de serviços (F01).*

*Elas sempre estão envolvidas em tudo (...), elas fazem decoração [de festas organizadas pela equipe], correm atrás de tudo (...). Elas fazem questão do grupo (F01).*

Percebe-se também que, apesar de diferenças quanto à intensidade e a frequência de algumas ações, todas as unidades organizam alguns eventos para a comunidade, como festas juninas – o que mostra um papel também da gestão municipal em relação à construção de vínculos com a comunidade:

*Esse mês agora a gente tem os “Juninões” da saúde, então todas as unidades fazem o Juninão (R02).*

### *Humanização*

É possível constatar, pelas entrevistas, a criação de uma relação próxima entre o(a) profissional cooperado(a) e os usuários:

*Ela é uma médica assim muito humana (...), com nós (sic), com os pacientes, com todo mundo (A06).*

*Ela é mais envolvida, ela se envolve mais nos problemas do paciente, ela é mais atenciosa... (T02).*

*Ela sensibiliza com aquele problema [do usuário] (...), ela trata eles com muito carinho e muita paciência, explica. Ela é uma ótima médica (A06).*

*Eles [usuários] acham ela muito simples (...), ela vai na casa deles, ela toma água na casa deles, então não tem essa dificuldade, igual tinha antes, né? (E04).*

Assim como em Juatuba, também em Conceição das Alagoas a estratégia de se sentar ao lado do usuário, na mesmo lado da mesa que ele ocupa, é mencionada:

*[Valorizo] a simplicidade né, a proximidade, até porque ela atende é assim, você tem que por a cadeira aqui perto dela (...). E eles [usuários] já assustam, e se eles arrastam a cadeira: “Não, você tem que ficar aqui perto de mim, porque eu quero te ver, quero te conhecer”, né? (E04).*

#### *Satisfação e qualidade do cuidado da equipe*

De uma forma geral, pode-se dizer que há, nos relatos colhidos, um reconhecimento quanto aos cuidados providos pelo(a) profissional cooperado. Alguns relatos relacionam a melhora da satisfação a características do(a) profissional em si:

*Eu adoro muito, assim, o jeito dela de trabalhar, porque ela é muito cuidadora, muito atenciosa também pra população (F01).*

*Melhorou essa questão de (...) reclamação, (...) de visita domiciliar, que isso aqui tinha muito, muito, muito mesmo, eles é [que começaram] (...) a mudar [a situação], eu percebi que dá (sic) mais valor ao trabalho da equipe (R02).*

*É uma pessoa muito maravilhosa e, e todo mundo gosta dela, né?! E eu até hoje eu não, não tenho ouvido reclamação dela se tem alguém por aí que reclama, mas eu não tenho o que reclamar (U11).*

*É uma pessoa que não mede esforços para te ajudar (U12).*

Constatam-se também, nos relatos, menções à satisfação com a equipe como um todo:

*Geralmente eu, nesse PSF (...), eu sou bem recebido (U11).*

*Tudo gosta [dos profissionais]. Porque eles vai (sic) na casa, eles levam o exame, né? Eles marca (sic), né? Leva (sic) receita de remédio, né? (U10).*

Há, também, relatos que atribuem ao Programa Mais Médicos como um todo a satisfação percebida:

*Eu percebo que não só ela, (...) [mas] os outros médicos (...) do Mais Médicos, eu percebo que a atenção deles é maior com o paciente do que os outros que já estão atuando aqui na cidade há mais tempo (...). Parece que eles fazem parte da (...) família, sei lá, eles preocupam mais (C03).*

Em relação à qualidade do cuidado, percebe-se um aumento no tempo gasto com os usuários, uma vez que passou a haver profissional em tempo integral na unidade:

*Aumenta [o volume de atendimento] por que a gente tem (...) profissional o dia todo, né? (...) E [percebo] não só o aumento do número, [mas] da qualidade também (...). Talvez antes [os profissionais anteriores] atendia (sic) muito, mas atendia (sic) num curto período de tempo, o atendimento então, assim, era cinco minutos (R02).*

Também são mencionados indicadores de melhoria em condições de internação sensíveis à atenção básica no município como um todo, embora esses dados não tenham sido explicados ou repassados à equipe responsável pelo estudo:

*Nós tivemos uma diminuição de 3% dos casos de internação que vinham que eram da atenção básica. Nós tivemos um redução na unidade (S02).*

*No Relatório da gestão de 2015 tem a relação de (...) [problemas] que podem ser resolvidas na unidade. Diabéticos e hipertensão teve (sic) uma diminuição de (...) 3%. É, assim, que deveriam ser (...) resolvidas na unidade básica né, e até agora chegam no hospital (R02).*

Para a análise de internações por condições sensíveis, os gráficos abaixo permitem analisar, por série histórica, as internações sensíveis à atenção básica no município de Conceição das Alagoas que experimentaram redução e aumento a partir do ano de 2014.

Observa-se uma redução nas internações por insuficiência cardíaca entre 2014 e 2015, embora tenha havido um aumento no período imediatamente anterior. O último valor encontrado (2015) ainda é superior ao valor de 2013.

Outras condições experimentaram um caminho inverso, apresentando melhora a partir do ano de chegada do(a) profissional do programa, e uma piora no ano seguinte. Todos os indicadores do gráfico abaixo seguem esse padrão, à exceção do indicador *Infecção do rim e do trato urinário*, que experimentou piora constante a partir de 2013:



## Belo Horizonte

### Caracterização do município

**Figura 5. Mapa de situação de Belo Horizonte**



O município de Belo Horizonte, capital mineira, está localizado na microrregião de Belo Horizonte e na mesorregião metropolitana da capital. Sua extensão territorial é de 331,89 km<sup>2</sup> e densidade demográfica de 7.157,32 hab/km<sup>2</sup>.

### Aspectos gerais

Segundo o Censo do IBGE (2010) a população do município corresponde a 2.375.151 habitantes, e sua estimativa para o ano de 2015 é de 2.502.557, destes 12.049 habitantes são do sexo masculino. A população urbana é de 2.375.15 habitantes, e a não consta habitantes na população rural.

O índice para Belo Horizonte no ano de 2010 foi de 0,810. O Brasil possui o IDH (2014) no valor de 0,755, o estado de Minas Gerais em 2010, possui o IDH de 0,731. Considerando a faixa do IDHM entre 0,700 e 0,799, isto é, alto IDHM, e 0,800 e 1, muito alto, o município de Belo Horizonte sobressai com a faixa Muito Alta de IDHM. O valor do rendimento nominal mediano mensal *per capita* dos domicílios particulares permanentes da zona rural não possui dados e da zona urbana é de R\$ 765,00. Já o rendimento domiciliar por situação de domicílio para a zona rural não tem disponível e R\$ 4.647,73 para a zona urbana. Para o estado de Minas Gerais o rendimento nominal mensal *per capita* da população residente (2015) corresponde a R\$1.128,00. Assim, pode-se perceber que os municípios de Conceição das Alagoas, Juatuba e Belo Horizonte possuem valores de renda superiores ao do estado. Barão de Cocais corrobora com essa afirmativa para a população da zona urbana. O município de Belo Horizonte possui o Índice de Gini de 0,60. Para o estado de Minas Gerais, foi 0,563 e para o Brasil

foi de 0,608, no ano de 2010. Assim, os municípios de Barão de Cocais, Juatuba e Conceição das Alagoas, em relação ao estado e ao Brasil, possuem melhor coeficiente e consequentemente menor índice de desigualdade social. Referente ao percentual de pobreza nos municípios no tocante ao trabalho e a renda, no ano de 2010, o município de Belo Horizonte 13,89%.

A mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano de idade) no município de Belo Horizonte passou de 22,8 por mil nascidos vivos, em 2000, para 12,9 por mil nascidos vivos. Já na UF, a taxa era de 15,1, em 2010, e de 27,8 em 2000. Entre 2000 e 2010, a taxa de mortalidade infantil no País caiu de 30,6 por mil nascidos vivos para 16,7 por mil nascidos vivos. Com a taxa observada em 2010, o Brasil, o estado de Minas Gerais e os municípios da presente pesquisa cumprem uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, segundo a qual a mortalidade infantil no País deve estar abaixo de 17,9 óbitos por mil em 2015. A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). No município de Belo Horizonte, passou de 72,03 anos em 2000, para 76,37 anos em 2010. No Brasil, a esperança de vida ao nascer é de 73,9 anos, em 2010, de 68,6 anos, em 2000, e de 64,7 anos em 1991. A longevidade para os municípios da pesquisa demonstram maior esperança de vida ao nascer do que o Brasil, para o mesmo ano, de 2010.

### **Informações de saúde – epidemiológicas e morbidade**

As informações de saúde do município, referente a dados epidemiológicos e morbidades, foram coletadas do DATASUS. Nota-se que não há um padrão de redução e aumento das internações na capital mineira, contudo um impacto possivelmente forte para a redução de causas externas e morbidade e mortalidade do ano de 2014 para o ano de 2015. E um aumento interessante de contatos com os serviços de saúde para o mesmo período. Contudo análises mais aprofundadas serão realizadas no decorrer da pesquisa, juntamente com as atividades *in locu*. Para Agravos e Notificações de Dengue, o município de Belo Horizonte teve 2.271 casos notificados de dengue para o mesmo período, 2011 e 2012. Os dados foram coletados nos anos mais recentes disponibilizados pelo Sistema de Informação do DATASUS<sup>1</sup>.

### **Informações de saúde – serviços de saúde**

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), via DATASUS, no município de Belo Horizonte, há 5.551 estabelecimentos cadastrados no CNES. O município possui credenciados pelo Ministério da Saúde (MS) 500

Estratégias de Saúde de Família (ESF) para o período considerado, 2013 a 2016. Cadastradas no sistema se tem 141 em janeiro de 2013; 150 em janeiro de 2014; 168 em janeiro de 2015 e 175 em janeiro de 2016. E, implantadas oscila entre 141 a 150. A incompatibilidade de algumas das informações acerca do cadastramento e implantação das ESF poderá ser sanada na atividade de campo, através da análise documental. Contudo, é notória o aumento cobertura populacional, dos agentes cadastrado e das unidades ao longo do período de 2013 a 2016. Em Juatuba há 33 estabelecimentos, Barão de Cocais há 37 e Conceição das Alagoas há 25 estabelecimentos cadastrados. As equipes cadastradas na mesma base de dados, para a competência de fevereiro a março de 2016, nos municípios em estudo, são as seguintes:

Ainda de acordo com o CNES, os tipos de estabelecimentos cadastrados nos municípios podem ser observados na Tabela 5.

A análise documental da produção ambulatorial por dados secundários disponíveis em ambientes de livre acesso a informação foi feita através do DATA-SUS. No município de Belo Horizonte, no subgrupo de procedimento, o mais realizado foi o de assistência farmacêutica para todo o período. Em seguida o procedimento mais realizado foi Consultas/acompanhamento/atendimento em 2013,2014; diagnóstico em laboratório clínico em 2015 e 2016. Para essa análise não se levou em consideração o ano de 2016, tendo em vista que os dados correspondem somente à competência de janeiro. O ano de 2013 não possui dados quantitativos de realização de produção ambulatorial na Atenção Básica.

Referente ao caráter de atendimento, para os procedimentos ambulatoriais sobre o atendimento de caráter eletivo e de urgência, nota-se que a maior ocorrência nos municípios é de caráter eletivo para todo o período.

### **Descrição da Rotina**

O Centro de Saúde Vale do Jatobá, dentre os estudos de casos, apresenta rotina diferenciada. Primeiramente porque envolve mais de uma equipe de saúde no Centro de Saúde (existiam seis equipes no momento do trabalho de campo). Além disso, há um acordo diferenciado de carga horária de trabalho entre os profissionais médicos das diferentes equipes.

O funcionamento da unidade é de 7h às 18h. Para tanto, há profissionais médicos que cumprem a carga horária de 32 horas (proposta pelo PMM) no período de aproximadamente 7h às 13h, de segunda a sexta; outros que iniciam a jornada de trabalho no final da manhã e permanecem na unidade até mais tarde e, por fim, os que trabalham regularmente durante a semana e folgam um dia.

Na equipe que foi entrevistada, o profissional do Programa Mais Médicos cumpre carga horária que oscila entre os dias, estando presente na unidade de saúde todos os cinco dias da semana.

**Tabela 4. Tipos de Estabelecimentos de Saúde no município de Belo Horizonte/MG**

Código	Descrição	Total
01	Posto de Saúde	1
02	Centro de Saúde/Unidade Básica	158
04	Policlínica	10
05	Hospital Geral	36
07	Hospital Especializado	26
21	Pronto-Socorro Especializado	1
22	Consultório Isolado	3.556
36	Clínica/Centro de Especialidade	1.122
39	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT isolado)	412
40	Unidade móvel terrestre	19
42	Unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência	37
43	Farmácia	1
50	Unidade de Vigilância em Saúde	10
60	Cooperativa	20
62	Hospital/Dia – Isolado	23
68	Secretaria de Saúde	3
69	Centro de atenção hemoterapia ou hematológica	5
70	Centro de atenção psicossocial	12
73	Pronto-Atendimento	19
74	Polo Academia da Saúde	64
75	Telessaúde	3
76	Central de regulação médica das urgências	1
77	Serviço de atenção domiciliar isolado ( <i>Home Care</i> )	9
80	Laboratório de saúde pública	1
81	Central de regulação do acesso	3
82	Central de notificação, captação e distribuição de órgãos estadual	4
<b>Total</b>		<b>5.549</b>

FONTE: CNES, s/d

Rotineiramente, no período da manhã, a Equipe estudada realiza atendimento de demanda espontânea, a partir das 10h. As consultas programadas também são realizadas pela manhã, em um horário anterior (entre 7h e 10h). Durante a realização das consultas de atenção programada, ocorre também um processo de escuta, denominado na unidade como *Momento com a equipe*.

No período vespertino, a enfermeira atende a demanda programada. Às segundas realiza preventivo, às quintas realiza pré-natal e, às sextas, puericultura.

As visitas domiciliares do médico ocorrem de 15 em 15 dias, período em que há disponibilidade do veículo pela prefeitura. A equipe de enfermagem realiza visitas semanais.

Normalmente às quartas é realizada a reunião da equipe, com periodicidade semanal, reunião de matriciamento com o NASF uma vez por mês e reunião com equipe de saúde mental, também uma vez por mês.

Atualmente a Equipe não tem trabalhado com grupos, nem em ações educativas, com exceção de um grupo de gestantes aos sábados. A proposta é que retome essas atividades ainda no segundo semestre de 2016, com o Grupo de Tabagismo, planejamento familiar e atividades educativas. Isso não tem ocorrido devido a grande demanda de atendimento agudo e crônico.

Outra diferença em relação às demais unidades estudadas é a existência de um profissional médico de apoio, que auxilia todas as equipes quando necessário.

Por fim, uma terceira diferença em relação aos demais municípios: o profissional do Programa Mais Médicos da equipe estudada é um intercambista, e não um cooperado.

O Centro de Saúde e a Equipe estudados, especificamente, têm enfrentado um desafio que explica, em parte, a atual situação de excesso de demanda: um aumento substancial da população a ser atendida. A área de abrangência da equipe teve um aumento de mais de mil pessoas devido à construção de um conjunto habitacional.

## **Resultado das Categorias Analíticas**

**Categoria analítica: Mudanças no processo de trabalho assistencial da equipe e da unidade de saúde**

Os gráficos das categorias analíticas referem-se ao Centro de Saúde Vale do Jatobá, e não somente a uma equipe.

### *Organização da demanda espontânea*

Conforme explicado anteriormente, algumas peculiaridades – como o tamanho da população adscrita e a falta crônica de profissionais – fizeram com que a unidade de saúde estudada na cidade de Belo Horizonte se voltasse naturalmente para o atendimento à demanda espontânea, havendo assim pouco desenvol-

vimento de ações programadas, visitas domiciliares e ações educacionais para usuários.

*Porque antes era assim...os casos agudos eram atendidos o dia todo, né, durante o período que a unidade ficava aberta (...). Aí a gente chamava de agudo, e aí esse paciente vinha e a gente tinha uma escala, cada hora era um médico...era um enfermeiro né? E a gente não tinha controle desse paciente (E05).*

*Havia agenda, mas (...) era utilizada pra agudo (...). Até a agenda que seria pra crônico era pra agudo (G01).*

Cabe ressaltar que, antes da chegada dos profissionais do Programa Mais Médicos, a unidade chegou a ter um único profissional médico para atender 25.000 pessoas. Segundo relatos de entrevistados, após o início do trabalho desses profissionais a unidade teve que absorver uma demanda reprimida excessiva, e também precisou lidar com epidemias severas de arboviroses – notadamente a dengue –, o que acabou por prejudicar a organização da atenção primária na unidade.

*A gente fala que [aqui] é uma mini UPA, aqui nós fazemos tudo... não, não uma Atenção Primária e básica... nós fazemos tudo, urgência, atendemos tudo, então às vezes a gente não (,,) [consegue] dar uma assistência no PSF como tem que ser [segundo] o protocolo (T03).*

*A saúde [da população] tava completamente descontrolada (...), a gente ainda encontra alguns casos assim bem gritantes aqui na unidade, sabe? A gente tá tentando resgatar...mas era...agudo...crônico, agudo agudo... era exclusivamente agudo (G01).*

No final do ano passado, a unidade começou a experimentar uma mudança no processo de trabalho, com o objetivo de melhorar a qualidade do cuidado e focar em outras atividades além da demanda espontânea:

*Depois de (...) um árduo trabalho, a gente conseguiu fazer a mudança do processo de trabalho na unidade...e aí a gente agora tá começando a reverter o quadro... começar a atender a demanda programada...aumentar, né a demanda programada e reduzir a demanda espontânea, e a gente tá conseguindo controlar a população (G01).*

Após essa mudança, a atividade conhecida alhures como *acolhimento* passou a ser denominada *Momento com a equipe*, durante o qual o profissional enfermei-

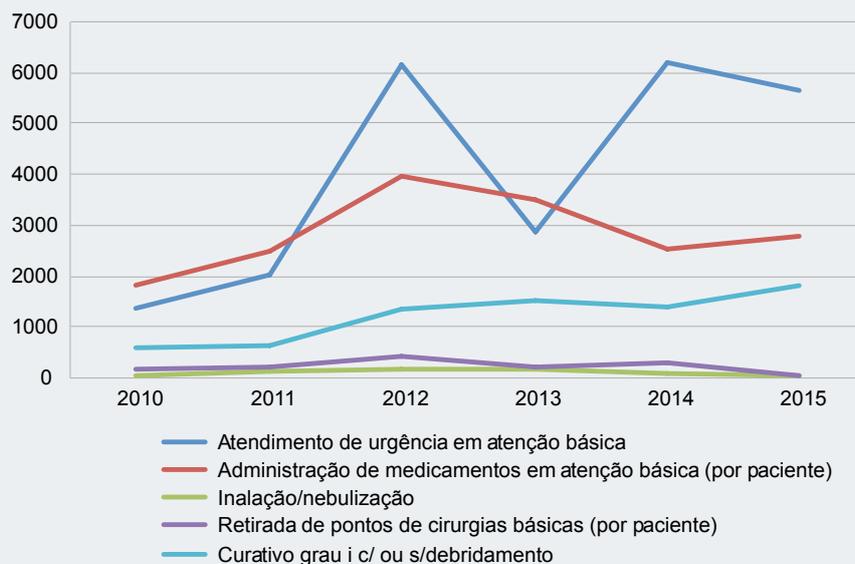
ro da equipe realiza uma escuta dos usuários de sua área adscrita que chegam à unidade, seja para agendar consultas ou para requerer atendimento imediato.

Atualmente são reservadas 12 vagas para demanda espontânea na equipe estudada. O atendimento a essa demanda ocorre sempre a partir das 10 horas da manhã, e são atendidos cerca de dez usuários em média – cerca de 25% dos atendimentos diários da equipe, segundo apurado em entrevistas. Antes desse horário o profissional médico se ocupa com a atenção programada. Como o horário de saída do profissional costuma ser por volta das 13 horas, não há atendimento médico à tarde todos os dias.

Em relação aos procedimentos de demanda espontânea, o Gráfico 9 permite observar a série histórica do ano de 2010 a 2015. Constatam-se picos nos atendimentos de urgência na atenção básica no ano de 2012 e 2014, diminuindo no ano de 2015. Esta é, ainda, a maior variável na categoria de demanda espontânea.

Constitui-se em um desafio interpretar esses dados, ou mesmo relacioná-los àqueles colhidos durante a entrevista, uma vez que essa é a única unidade de saúde analisada neste estudo que não possui apenas uma equipe de saúde da família. De forma geral, as variáveis do gráfico a seguir não apresentam aumento constante e sustentado a partir de 2013, ano de entrada dos profissionais. Observa-se, entretanto, uma oscilação no número de atendimento de urgência em atenção

**Gráfico 9. Procedimentos relacionados à demanda espontânea no Centro de Saúde estudado em Belo Horizonte – 2010 a 2015**



Fonte: SIA-SUS

básica que pode ser explicada pelo fato de, antes da chegada dos profissionais do Programa Mais Médicos, a unidade possuir apenas um profissional médico para cerca de 25 mil pessoas. Esse fato pode ter causado a expressiva redução do número desses procedimentos entre 2012 e 2013, havendo uma recuperação subsequente, provavelmente devido à entrada dos profissionais. Como a unidade padecia de uma falta crônica de profissionais médicos – chegando mesmo ao ponto de já haver funcionado com apenas um único profissional imediatamente antes da chegada dos profissionais do Programa Mais Médicos – é possível constatar sem dificuldades o papel dessa política no provimento desse profissional nessa unidade.

### *Organização da atenção programada*

Conforme explicado no item anterior, a organização da atenção programada na unidade estudada provou-se um desafio: a falta crônica de profissionais médicos, o tamanho excessivo da população adscrita e a ocorrência de epidemias de arboviroses causaram uma elevada pressão assistencial, assim como uma demanda reprimida.

*A saúde [da população] tava completamente descontrolada...completamente descontrolada, a gente ainda encontra alguns casos assim bem gritantes aqui na unidade, sabe? A gente tá tentando resgatar...mas era...agudo... crônico, agudo agudo... era exclusivamente agudo (G01).*

*Pelo menos na minha equipe tô um pouco parado porque a gente pegou a dengue (...) e aí paramos com tudo. Só ficamos por [conta da] dengue (...). Aí (...) [começamos a] nos organizar para ver se fazíamos (...) algum grupo e demais (M04).*

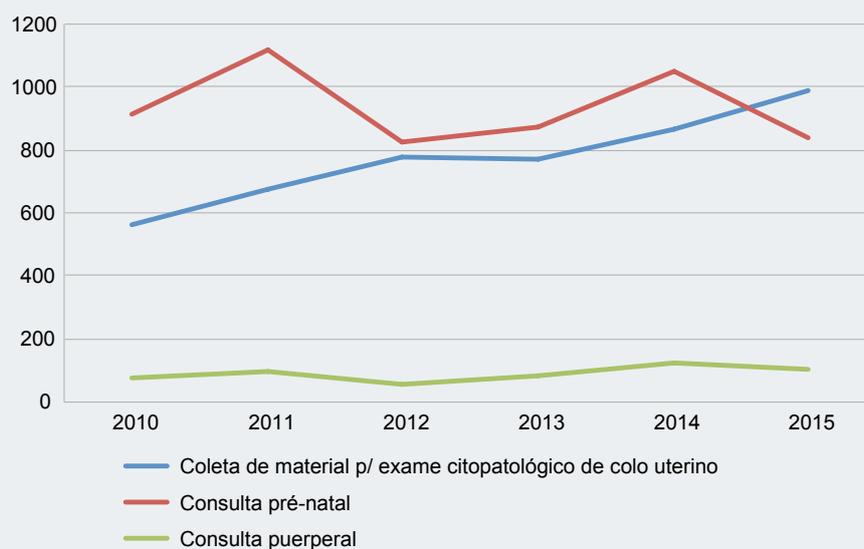
Assim sendo, em momentos de crise, as ações programadas acabavam por se desestruturar. No final do ano de 2015, houve uma proposta de reorganização do processo de trabalho com o objetivo de se garantirem as ações programadas na unidade. No momento da visita da equipe deste estudo à unidade, as ações programadas da equipe estudada ocorriam entre 7h e 10h da manhã – momento a partir do qual se passa a atender a demanda espontânea. Diferentes ações são realizadas a cada dia. No caso específico do profissional de enfermagem, ações programadas também são realizadas às tardes, da seguinte forma: exame preventivo às segundas, pré-natal às quintas e puericultura às sextas.

O profissional médico também gasta cerca de duas ou três horas por semana para renovar receitas de usuários, no dia em que o médico vai à unidade à tarde, ou quando sobra tempo no momento da visita domiciliar.

Em geral, são atendidos cerca de 30 usuários por dia em ações programadas, o que corresponde a cerca de 25% do total de atendimentos diários da equipe.

Em relação aos procedimentos de atenção programada, o Gráfico 10 (a seguir) permite observar a série histórica do ano de 2010 a 2015. Nota-se que até o ano 2014 o procedimento de maior volume era a consulta de pré-natal, porém a partir de 2015, passa a ser a coleta de material para exame citopatológico, uma vez que diminui consideravelmente o montante de consultas e aumenta a coleta. A consulta puerperal possui certa linearidade ao longo dos anos, apresentando o maior índice no ano de 2014. Não há dados sobre puericultura para a unidade no sistema SIA-SUS.

**Gráfico 10. Procedimentos relacionados à Atenção Programada no Centro de Saúde Vale do Jatobá, em Belo Horizonte – 2010 a 2015**



Fonte: SIA-SUS

### *Organização das visitas domiciliares*

As visitas domiciliares são realizadas por diversos profissionais em momentos específicos da semana. O profissional enfermeiro da equipe realiza curativos domiciliares às terças e visitas domiciliares às quartas. O médico as realiza em momentos variáveis.

A população adscrita à equipe estudada é, além de numerosa, mais idosa, o que acarreta uma demanda maior por esse tipo de atividade:

*A demanda é muito grande (...), nós temos muito acamado, muito paciente que... principalmente quando tá internado, volta com escara que nós acompanhamos, são muita coisa pra nós fazer (sic), é um acompanhamento grande, ainda mais eu que fico nos curativo nas domiciliar (sic)... é muita gente (T03)*

Um problema relativo à realização de visitas domiciliares apareceu em diferentes entrevistas: trata-se da falta de transporte para a sua realização, o que limita o número de visitas proporcionais à necessidade e obriga a equipe a priorizar acamados em piores condições.

*Aí quando tem (...) carro pra fazer a visita domiciliar...tudo bonitinho... funciona...então assim... É um trabalho bacana com o que dá pra fazer (A08).*

*Atualmente a gente tá com um processo complicado (...), falta de carro...né? Algumas visitas eu mesma pego as meninas, levo no meu carro e o médico vai no carro dele, pra não deixar o paciente desassistido, né? Aquelas visitas que realmente o paciente não tem como vir...a família não tem como trazer...tá tendo que selecionar bem (G01).*

Em relação às visitas domiciliares, a variável consulta/atendimento domiciliar teve um decréscimo considerável no ano de 2012, em relação aos demais anos da série histórica. E a partir de 2013, uma ascensão considerável que permanece até o último ano da série. Esse comportamento condiz com o relato de que, imediatamente antes da chegada dos profissionais do Mais Médicos à unidade, em 2013, havia apenas um profissional médico para os 25 mil usuários adscritos a ela. O início da atividade desses profissionais explica, assim, a recuperação do volume atendido anteriormente (sem, contudo, superá-lo).

#### *Organização de ações de educação em saúde*

Como também já havia sido mencionado anteriormente, a alta pressão assistencial – causada por uma série de fatores, como a falta crônica de profissionais médicos e o tamanho significativo da população adscrita – prejudicou a realização de outras atividades na atenção primária. Conquanto a atenção programada passou a se recuperar ao final do ano de 2015, segundo entrevistas, as ações de educação em saúde continuam esperando por uma recuperação completa:

*A prioridade aqui no centro de saúde de um tempo pra cá ficou sendo o agudo, aí (...) o trabalho de prevenção acaba que não dá pra fazer (A08).*

*Nós não estamos trabalhando com grupo, a gente tinha um grupo de tabagismo, mas ele é, esse ano nós não conseguimos iniciar o grupo por causa da epidemia de dengue, então tá pra iniciar o grupo de tabagismo (E05).*

*Nós temos uma grande dificuldade de ter uma quantidade de grupo aqui. Quando eu vim pra cá, aí eu levantei o grupo de hipertenso e diabético, nós começamos a fazer um trabalho bacana tal, tal, tal... Depois nós tivemos a epidemia da dengue, aí nós tivemos que parar, interromper (T03).*

*Veza ou outra a gente (...) no geral faz uma campanha com os adolescentes... faz uma campanha com os idosos... faz uma campanha com a mulher, em questão de prevenção, mas a equipe especificamente pra fazer um grupo... a equipe (...) não tem (T03).*

Os constantes problemas relativos à sobrecarga antes da chegada dos profissionais do Programa Mais Médicos levavam a equipe, por vezes, a desmarcar grupos educativos previamente marcados, o que produzia um desestímulo aos usuários em se comprometer novamente:

*Aí no dia do grupo o médico faltava, aí o nosso médico tinha que...eh... ir pro lugar do que faltou no agudo, e aí acabava desmarcando grupo, e aí as pessoas que falavam “aí... eu vim hoje... eu não vou vim amanhã, porque amanhã num vai ter...de novo”... aí acabava que as pessoas ficavam desestimuladas (A08).*

No redesenho do processo de trabalho ao final de 2015, definiu-se que os grupos educativos seriam conduzidos, cada um, por uma equipe – sendo, entretanto, abertos a todos os usuários da unidade.

No momento da visita dos pesquisadores à unidade, apenas um grupo estava em andamento: o de gestantes, realizado em alguns sábados do mês como mecanismo para que alguns profissionais pagassem horas devidas de trabalho. O profissional médico da equipe, no entanto, não participa desse grupo.

*Os grupos às vezes fica (sic) um pouco a desejar. Igual agora sábado, nós vamos ter o grupo de gestante, mas assim, não dá pra dar aquela continuidade durante os nove meses, acompanhar aquela gestante dentro dum grupo (T03).*

Um segundo grupo educativo, para tabagistas, estava previsto para começar no ano de 2016. Esse grupo já havia sido montado em anos anteriores, com duração de seis meses, e é responsabilidade da equipe analisada nesse estudo. Entretanto,

segundo entrevistas, a epidemia de dengue no começo daquele ano trouxe uma sobrecarga excessiva, o que impediu o início desse grupo no ano em questão.

*A gente tinha um grupo de tabagismo, mas ele é, esse ano nós não conseguimos iniciar o grupo por causa da epidemia de dengue, então tá pra iniciar o grupo de tabagismo, mas aí o grupo ele é a população inteira...todas as equipes, entendeu? (...) Tem os profissionais que (...) coordenam o grupo, aí a gente pega todas as equipes (E05).*

*Tá difícil de começar porque... é uma demanda cada vez maior entendeu? A gente tem que fechar a agenda do médico, ele tem que atender só tabagismo, ele tem que ter disponibilidade se esse paciente, se ele tiver alguma reação, ele (...), tem que ser atendido, entendeu? Então tem que ter uma agenda mais disponível e a gente não tá tendo (E05).*

No que concerne a ações de educação em saúde, a série histórica do ano de 2010 a 2015. Nota-se uma ascensão linear a partir do ano de 2013 até o ano de 2015, em relação à prática corporal/atividade física em grupo e abordagem cognitiva comportamental do fumante.

Referente a atividades educativas em grupo, há picos e decréscimos nos últimos anos. Houve uma queda considerável no ano de 2014 para 2015, mas também uma ascensão considerável de 2013 para 2014. Oscilação parecida pode ser vista nos gráficos anteriores, o que condiz com o relato de falta de médicos imediatamente antes da chegada dos profissionais do Programa Mais Médicos.

Categoria analítica: Mudanças nos processos de gestão da equipe e da unidade de saúde

*Organização ou aprimoramento de ações de diagnóstico sanitário e de planejamento das ações de saúde*

Há um relato de estruturação de processos de planejamento e organização do trabalho na unidade, capitaneado pelo(a) gerente da unidade:

*Ela discute com a equipe estrutura, né (...) do quê que vai ser feito, como vai ser feito, e traz de volta pra equipe, pra equipe se organizar (G01).*

Entretanto, outros relatos demonstram que a experiência de planejamento não é constante – provavelmente devido à sobrecarga de trabalho causada pelo tamanho da população adscrita e pelas epidemias de arboviroses:

*A gente fez isso no princípio (...) Agora estamos mais relaxados com isso... sinceramente (M04).*

*Não...sinceramente não... no momento a gente tá dançando conforme a música...porque não tem, não tem como planejar porque a gente planeja e não, não consegue fazer (E05).*

Há uma reunião de equipe que ocorre às quartas-feiras, durante a qual se discutem casos trazidos pelos ACS's, o *status* de buscas ativas, algumas demandas administrativas etc. Não foram relatadas, entretanto, discussões sobre planejamento de ações da equipe.

#### *Organização ou aprimoramento das ações de educação permanente dos profissionais de saúde*

Não há relatos de processos estruturados de educação permanente no âmbito da equipe ou da unidade, embora haja uma intenção de iniciar capacitações pontuais com especialistas médicos:

*Não, não tem...a gente não trabalha com educação continuada (...). [o(a) gerente] já fez uma programação pra gente a partir de agora já começar... tanto com pediatra quanto a ginecologista, pra gente começar com essas né? (...) Tem um projeto pra gente já começar, inclusive ela falou que já fechou a agenda (E05).*

Entretanto, outro relato ressalta que a gerência da unidade acaba por capacitar a equipe de forma dinâmica em questões de planejamento, processo de trabalho e mudanças de protocolos, sem que isso seja necessariamente percebido, pela equipe, como educação permanente:

*[A gerente] é muito boa nisso, eu nem sei se eles conseguem perceber (...),isso como, educação permanente sabe? Porque tá tão intrínseco na equipe, tão... ela faz tão bem que eu realmente não sei se eles consigam perceber como... uma educação permanente...é a equipe, é uma equipe já, bem estruturada, tem mais tempo que eles tão juntos...talvez (G01).*

*A gente senta com a equipe. “Gente, olha, vamos ler (...). Um formulário aqui, ó, pra cada equipe. Discutam na reunião de equipe”. Os enfermeiros normalmente que fazem essa leitura, pegam esse conteúdo. Depois eles levam isso pra discutir na reunião de equipe... então aí eles acabam [se tornando] multiplicadores (G01).*

Não foram observados, contudo, processos de educação permanente a partir dos próprios profissionais da equipe, baseados em suas necessidades.

#### *Organização ou aprimoramento de processos comunicacionais e interpessoais entre os profissionais de saúde*

De forma geral, relata-se que a equipe se dá bem. A maioria de seus membros trabalha juntos há alguns anos, e há uma relação franca e aberta entre eles:

*A gente se dá bem como uma família: tem dia que quebra o pau (...), mas a gente resolve no dia mesmo, tem dia que tá tudo muito bem, que a gente até acha (...) estranho. A gente fala a real, a gente não mascara (A08).*

*De forma geral a gente tem (...) um trabalho assim bem... tem uma sintonia bacana na equipe (E05).*

Em relação à comunicação como parte do processo de trabalho, a equipe usa as reuniões semanais ou, em casos mais urgentes, deixa bilhetes em um quadro destinado à comunicação com os ACS's, que contém o nome de cada um deles.

#### **Categoria analítica: Melhorias de vínculo, acesso e qualidade do cuidado**

##### *Acesso aos serviços*

Apesar dos esforços em aumentar a qualidade da atenção primária por meio da diversificação de ações, a equipe estudada – assim como as demais equipes da unidade – enfrenta um problema: o número excessivo de usuários a ela adscritos, o que impede uma abordagem mais integral e longitudinal. Conforme apurado nas entrevistas, a equipe estudada possui uma população adscrita de cinco mil habitantes (o maior número entre as seis equipes da unidade), excedendo assim o número preconizado pelo Ministério da Saúde (até quatro mil usuários). Uma pessoa entrevistada narrou um aumento brusco de mais de mil usuários após a construção de um conjunto habitacional na área.

*Eu acho que, aqui, a realidade (...) pra quem trabalha aqui também é muito difícil, né? Porque é um posto que atende muitas pessoas, as equipes são muito grandes, né? (U13).*

*Quando chegamos, tinha um médico só no posto de saúde (...), mais de vinte mil usuários (...). E era, assim (...), muitos problemas (...). Não sei como vocês falam aqui... apagar incêndio, né? Era receitas que apareciam, era paciente passando mal... (M04).*

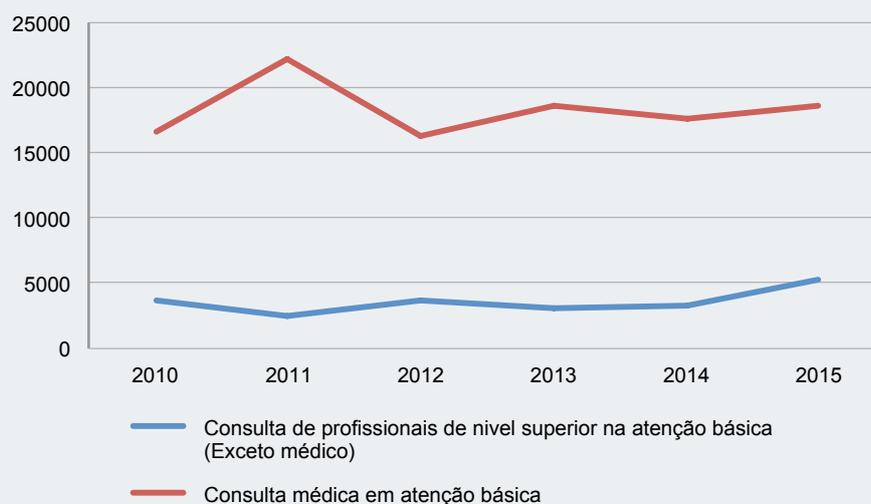
Para sanar esse problema, há um processo de redivisão em tramitação: seriam construídas mais duas unidades de saúde para absorver parte da população atualmente adscrita na unidade estudada. Não há, todavia, uma data estimada para que essa redivisão ocorra.

Outra solução aventada, e já autorizada pelo distrito ao qual a unidade está subordinada, é a criação de uma sétima equipe na unidade. Entretanto, essa solução esbarra na falta de espaço físico na unidade.

*A gente tem que fazer rodízio de salas...porque não tem consultório pra todo mundo, então por esse motivo a gente ainda não tem a sétima equipe (G01).*

No que concerne o acesso aos serviços de saúde, o Gráfico 11 permite observar a série histórica do ano de 2010 a 2015. Nota-se uma ascensão, entre os anos de 2014 e 2015, para as duas variáveis apontadas no gráfico. A queda observada entre 2012 e 2013 para a variável *consulta médica em atenção básica* é condizente com padrões já observados nos gráficos anteriores, devendo-se à existência de apenas um médico para toda a população de 25 mil usuários imediatamente antes da vinda dos profissionais do Programa Mais Médicos. Observa-se, entretanto, que o volume de consultas alcançado em 2011 jamais foi superado.

**Gráfico 11. Acesso aos serviços de saúde no Centro de Saúde Vale do Jatobá, em Belo Horizonte – 2010 a 2015**



Fonte: SIA-SUS

### *Fixação de profissional médico*

Segundo alguns relatos, nos dois anos anteriores à chegada dos profissionais do Programa Mais Médicos, passaram pela equipe estudada cerca de três outros profissionais médicos. Por esse motivo, e devido à falta crônica de médicos vivenciada por toda a unidade, a vinda do intercambista para a equipe estudada foi vista com bons olhos pelos profissionais entrevistados:

*Estabilizou demais a equipe. Porque antes não parava médico, então assim, o contrato fica um ano, aí sai. Porque eles vêm [e] depois se especializam numa área, aí eles num querem mais PSF, saúde da família, aí eles não fica (sic) aqui. Agora quando veio o Mais Médicos, então é três anos garantido (sic) (...). O paciente (...) precisava ter uma continuidade com o médico e não tinha essa continuidade, e com o Mais Médicos eles têm (T03).*

*A gente (...) sabe que ele [intercambista] ia permanecer por mais tempo. Então assim, foi mais fácil trabalhar porque os outros que vinha a gente falava assim: “ah, será por quanto tempo? Um ano, dois anos”? A gente ficava até com medo de abrir a agenda porque não sabia no próximo mês se ia poder contar com o [médico], aí (...) foi diferente, né, porque a gente sabia que ele veio pra ficar (E05).*

### *Vínculo com a comunidade*

A criação de vínculo entre o profissional médico e a comunidade é constatada por diversos relatos. Devido à anterior falta de profissionais, não havia um médico de referência para os usuários, já que eram sempre atendidos por quem estivesse na unidade, em um determinado horário. A vinda de cinco profissionais pelo Programa Mais Médicos possibilitou aos usuários estabelecerem, pela primeira vez em anos, um vínculo com um único profissional médico.

*Porque agora eles conhecem a equipe. Como anteriormente cada dia era um, cada horário era um, né?, num sabiam mesmo...e agora eles sabem quem são (...) [os membros da] equipe (G01).*

*Eu tenho muito boa relação com meus pacientes...não sei se alguém já falou eu mas...eu sei que existe, né? O tempo que fiquei aqui (...). Devo ser um dos médicos que mais ficou na equipe (M04)*

É interessante observar que o usuário passa a fazer questão de ter um profissional médico de referência, mesmo que a organização da unidade por vezes não favoreça esse vínculo:

*Os pacientes (...) preferem ser acompanhados pelo médico da equipe, né, vai criando vínculo, aí ele gosta (...) eles querem: “não, eu tenho um exame pra mostrar pro doutor [intercambista]”, né, eu falo assim, “olha... mas eu não (...) tenho opção de vaga agora pro doutor [intercambista]. Mas aí tem outro médico, pode ser? (...) Mesmo assim eles preferem [o intercambista] (E05).*

Características do próprio profissional do Programa Mais Médicos são citadas como determinantes para a criação do vínculo com a comunidade:

*O médico (...) [que] atende a minha família (...) é uma pessoa tranquila, a gente não teve dificuldade nenhuma com relação ao idioma dele... ele fala bem português, a gente entende tranquilamente (...). É uma pessoa extremamente tranquila, muito preocupado (U13).*

Ressalta-se aqui a reação da comunidade a um boato segundo o qual o intercambista iria deixar o programa Mais Médicos:

*O usuário aceita bem ele...tanto é que saiu um boato de que ele ia sair...a população deu uma alvoroçada aí... “pelo amor de Deus... nós não podemos ficar sem ele”, coisa e tal (A08).*

*O pessoal entrou em desespero quando [ouviu que ele queria] retornar [ao País de origem], esparramou aí que ele ia sair, nossa... os usuários, assim, todo mundo: “não ele não pode sair...ele é muito bom...a gente gosta dele...” aí (...) ele acabou mudando de ideia...eu acho que isso pesou pra ele...entendeu, os usuários falando pra ele pra não sair (E05).*

### *Humanização*

Não houve relatos de técnicas específicas de humanização, como o posicionamento da cadeira do médico ao lado do usuário – relatada em outros municípios analisados neste estudo. As falas que remetem à questão da humanização foram mais gerais, referindo-se aos médicos do programa que se encontram na unidade:

*A população ama, eles são muito, muito muito humanos, num sei se pela realidade, história de vida que eles tiveram (...). São ótimos profissionais, eles (A08).*

*O que eu percebo aqui (...) é que eles são mais receptivos, um pouco mais carinhosos, mais atenciosos...talvez pela falta da família (...). Então é o que eles têm aqui são (...) a unidade e os pacientes, né? Diferentemente da gente que mora aqui, que tem uma vida social, né? Então eles têm um carinho, um apego com esses pacientes (G01).*

### *Satisfação e qualidade do cuidado da equipe*

Devido ao quadro anterior – que apresentava, como já dito, apenas um profissional médico para cerca de 25 mil usuários, não é difícil inferir que algum grau de melhora foi sentido pela população e pelos profissionais da equipe após a chegada de cinco profissionais, o que é demonstrado pelos relatos abaixo:

*Não sei se por essa dificuldade também de ser um médico só pra atender tantas pessoas, porque a equipe era (...) muito grande (...), né? Mas assim, o atendimento não era como que é hoje nem de longe (U13).*

*Hoje a gente já passa direto pelas pessoas da nossa equipe, então conhece (sic) seu histórico familiar, né? Têm seu protocolo na mão, sabe (sic) quais são as suas necessidades, então a gente graças a Deus tem sido muito bem atendido (U13).*

*E assim aos poucos fui, e hoje já...é muito mais organizado... fazemos bem, bem melhor a saúde da família... e já tem pouco paciente que chega passando mal assim. Chega, não vou falar que não, mas... já é muito melhor (M04).*

Um relato de usuário denota satisfação com a qualidade do atendimento pelo médico da equipe estudada:

*Não tem aquela consulta rápida, que cê chegou, ele te atendeu, pronto acabou! Não (...). Ele, cê percebe que a consulta dele é uma consulta de muita qualidade, né? (U13).*

Outros relatos afirmam a existência de queda tanto no número de atestados apresentados por profissionais da unidade como no número de reclamações apresentadas à gerência, embora não tenham sido apresentados registros dessas reclamações:

*Eu acho que melhorou tanto a satisfação dos usuários quanto dos profissionais. Na verdade, a gente teve uma queda, ainda pequena, mas...tivemos uma queda do número de atestados na unidade (...). O desgaste dos profissionais aqui foi, é...quando eu cheguei tava uma coisa horrorosa (G01).*

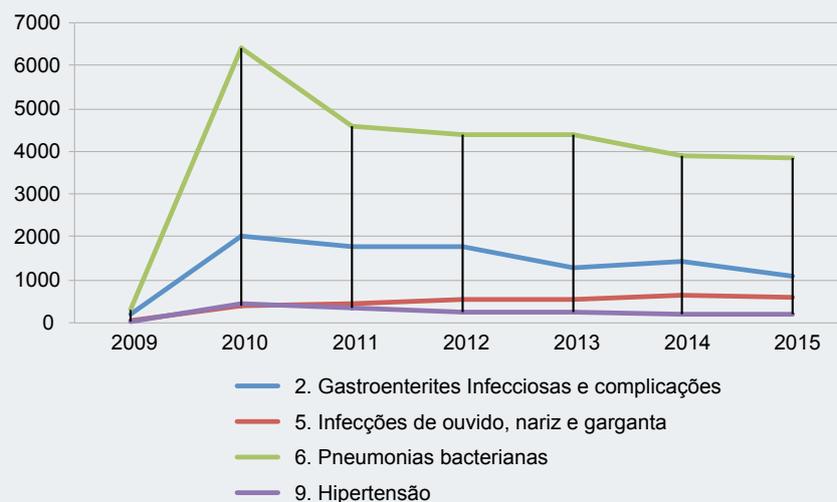
*O volume de reclamações é muito grande. De dezembro pra [cá], né (...), nós não recebemos um elogio (...). Esse ano o número de ouvidorias caiu mais da metade...e em menos de seis meses nós já recebemos quatro elogios pela ouvidoria, que (...) num é um canal comum pra fazer isso (...). (G01).*

*Depois que a gente passou a ter a demanda espontânea por equipe, que cada equipe passou assumir o seu paciente integralmente, diminuiu (sic) muito as reclamações (...), entendeu? Eles pararam de reclamar aqui na gerência, entendeu? (E05).*

Os gráficos a seguir permitem que sejam observadas as internações por condições sensíveis por série histórica do município de Belo Horizonte inteiro, por aumento e redução da quantidade de internações.

Observam-se reduções, ainda que nem sempre significativas, em internações por condições sensíveis à atenção primária, como hipertensão, pneumonias, gastroenterites e infecções de ouvido, nariz e garganta (Gráfico 12):

**Gráfico 12. Distribuição das Internações por condições sensíveis que apresentaram redução a partir de 2014 no município de Belo Horizonte – MG (2009-2015)**

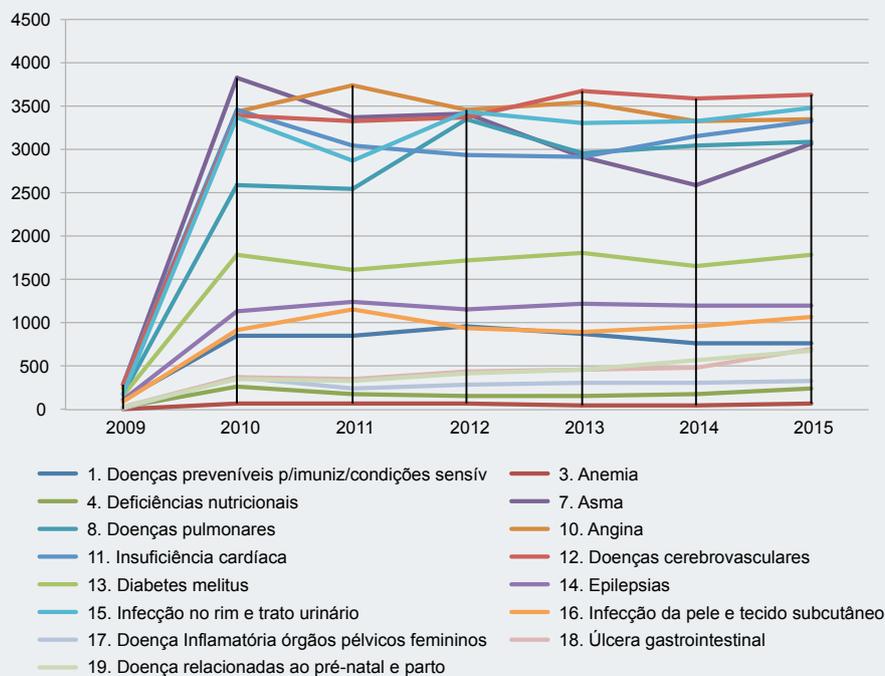


Fonte: SIA-SUS

Por outro lado, observam-se também aumento em internações por condições diversas, incluindo diabetes, angina, insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares e asma, entre outros (Gráfico 13).

Ainda que esses números não permitam inferências diretas em relação ao contexto da unidade, uma vez que tratam dos dados de todo o município de Belo Horizonte, certamente a unidade ainda precisa superar o passivo histórico da falta de profissionais e, por conseguinte, do manejo adequado de condições crônicas importantes:

**Gráfico 13. Distribuição das Internações por condições sensíveis que apresentaram aumento a partir de 2014 no município de Belo Horizonte – MG (2009-2015)**



Fonte: SIA-SUS

## 6. Meta-análise dos resultados

### **Categoria analítica: Mudanças no processo de trabalho assistencial da equipe e da unidade de saúde: organização da demanda espontânea**

---

#### **Organização da demanda espontânea**

Para efeitos deste estudo, entende-se por demanda espontânea o atendimento realizado nas unidades básicas de saúde a pedido do usuário – ou seja, sem que tenha sido programada uma consulta previamente devido a problemas de saúde existentes, vulnerabilidades conhecidas ou riscos específicos do ciclo de vida pelo qual o usuário passa. Segundo essa concepção, são consideradas demandas espontâneas tanto o atendimento após a procura imediata quanto consultas agendadas a pedido dele, após constatação de inexistência de urgência.

Em relação às entrevistas colhidas, observa-se que, embora haja percepção de aumento de volume de consultas de demanda espontânea em um único município, há um discurso comum de *aumento do tempo dispendido* nesse tipo de consulta devido ao fato de os profissionais cumprirem horário integral e, em alguns casos, agirem de forma flexível quando se pede para “encaixar” um usuário ao final do atendimento de um turno. Assim sendo, ainda que esse aumento de tempo não necessariamente se traduza em maior volume de consultas, há um entendimento de que mais tempo está sendo gasto com cada usuário atendido, de forma a se aumentarem as chances de resolução do problema (por haver mais tempo para se realizar uma anamnese e um exame físico adequados), os vínculos com o usuário e a sua satisfação quanto ao cuidado prestado.

Chama a atenção, contudo, o esforço de metade das unidades estudadas em diminuir o número de consultas de demanda espontânea em prol da atenção programada: em uma das unidades, por exemplo, há somente duas vagas de demanda espontânea por turno de trabalho, e em outra, que possui uma população adscrita considerável, há doze vagas diárias. Tal fato contraria um atributo essencial da Atenção Primária à Saúde: a *atenção ao primeiro contato*, descrita por Oliveira & Pereira (2013) como “*acessibilidade e utilização dos serviços de*

*saúde pelos usuários a cada novo problema ou a cada novo episódio de um mesmo problema*<sup>5</sup>.

Um aumento absoluto da demanda espontânea – considerando-se apenas a variável *atendimento de urgências em atenção básica* – foi observado em duas das quatro unidades estudadas, embora em ambos os casos tenha havido uma diminuição no número de atendimentos de urgência ao longo do último ano observado. Uma possível explanação para isso é o Programa Mais Médicos, ao aumentar o acesso à unidade, ter possibilitado atender a uma demanda reprimida, acumulada, que posteriormente pode ter se normalizado. Mais estudos são necessários para se afirmar esse comportamento.

Essa tendência pode ser vista nos dois gráficos abaixo. O primeiro contém os quatro municípios que possuem unidades estudadas nesta pesquisa. No segundo gráfico se extraiu o município de Belo Horizonte devido à diferença de escala entre esse município e os demais, o que torna mais difícil a visualização das tendências nas curvas relativas a eles:

**Gráfico 14. Procedimentos relacionados a atendimento de urgência em atenção básica por demanda espontânea nos municípios estudados, incluído o município de Belo Horizonte, (2010-2015)**



Fonte: SIA-SUS

5 OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, Sept. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 Oct. 2016.

**Gráfico 15. Procedimentos relacionados a atendimento de urgência em atenção básica por demanda espontânea nos municípios estudados, excluído o município de Belo Horizonte, (2010-2015)**



Fonte: SIA-SUS

Observa-se também uma inconsistência no registro desses dados em Juatuba, entre os anos de 2010 a 2012, e Barão de Cocais, entre os anos 2014 e 2015. Também há variações bruscas nos registros anuais de Conceição das Alagoas. Tal inconsistência dificulta inferências a partir de sua comparação com as entrevistas, mas ainda assim é possível perceber a tendência de aumento nessa modalidade de atendimento a partir da chegada dos profissionais do Programa Mais Médicos em três dos municípios analisados, com posterior diminuição desse volume.

É possível concluir, assim, que a maior inovação dos profissionais do Programa Mais Médicos no que concerne à demanda espontânea está no cumprimento integral do horário, que acarreta um tempo maior para as consultas e contribui, portanto, para a resolução do problema, a criação de vínculos e a satisfação do usuário.

#### Organização da atenção programada

A atenção programada tem maior atenção na agenda de todas as equipes estudadas em relação à demanda espontânea. Observou-se em três equipes estudadas menções a melhora em pelo menos uma atenção programada.

Em relação aos dados colhidos no sistema SIA/SUS, observa-se aumento no volume de alguns procedimentos, em maior ou menor grau, em três das quatro unidades analisadas. Em duas delas há aumento de três indicadores para essa categoria. Em outra, há aumento de dois. Na quarta há uma diminuição dos

indicadores registrados (e aumento de um indicador), mas a série histórica para essa unidade está incompleta.

Assim sendo, é possível dizer, a partir dos dados do SIA/SUS e das entrevistas, que de uma forma geral há aumento da oferta de consultas de atenção programada, o que se deve principalmente (mas não exclusivamente) à permanência do profissional médico na unidade.

É necessário ressaltar que as entrevistas demonstraram alguma fragilidade na organização da atenção programada devido a outras causas, como a alta rotatividade do profissional enfermeiro em uma unidade e a excessiva sobrecarga da demanda espontânea em outra. Por outro lado, fatores como uma permanência mais longa do profissional enfermeiro na equipe, assim como o interesse em se aumentar a nota do PMAQ, também se traduzem em melhora da organização dessa modalidade de cuidado na atenção primária.

Conclui-se, em relação a essa categoria analítica, que a permanência por mais tempo do profissional médico na unidade, aliada a fatores como a fixação do profissional de enfermagem e busca de uma melhor avaliação no PMAQ, contribuem positivamente para a organização da atenção programada.

### Organização das visitas domiciliares

Em três das quatro unidades estudadas houve percepção de aumento no número de visitas realizadas, embora em uma delas houvesse uma discordância quanto a esse particular em uma entrevista. Foi mencionada, como fator determinante disso, a disposição do profissional em realizá-las em dois municípios.

Também em três dos quatro municípios, entretanto, foi citado um fator limitante para o aumento dos números referentes a essa modalidade de atendimento: a falta de veículo para realizar o transporte do profissional médico.

Em relação aos dados do SIA/SUS, observam-se padrões diferentes nas três unidades para as quais haviam dados disponíveis. É possível observar, entretanto, aumento no número de visitas domiciliares a partir do ano de chegada dos profissionais médicos em todos os três, embora em dois deles haja redução posterior a partir do ano seguinte. Tal dado, porém, deve ser considerado com restrições, uma vez que não há dados exclusivos para a visita de profissionais médicos: trata-se de dados gerais para a visita por profissionais de nível superior. Pode-se questionar, entretanto, se a chegada desses profissionais não impactou positivamente também no volume de visitas realizadas por profissionais enfermeiros devido a um possível alívio em sua sobrecarga de trabalho.

Conclui-se, assim, que é possível observar algum aumento no número de visitas domiciliares por profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros), no ano subsequente após a chegada dos profissionais médicos. A disponibilidade de veículo, entretanto, permanece como um fator limitante a essa atividade.

#### Organização de ações de educação em saúde

Observa-se que em três das quatro unidades estudadas há relatos de aumento da adesão de usuários (em número e frequência) a grupos educativos a partir da participação direta dos profissionais médicos – considerada, em todas essas unidades, como um fator estratégico para esse resultado.

Assim como na atenção programada, a rotatividade do profissional de enfermagem também é considerado um fator limitante para o avanço nessa modalidade de cuidado. Outro fator restritivo é o número excessivo de usuários na área adscrita à unidade – problema observado na única das quatro equipes de saúde da família que não realizava nenhuma espécie de grupo educativo ou atividade coletiva com usuários.

Há, nessa categoria, uma inovação digna de nota: a sistematização do cuidado, por parte de um profissional do Programa Mais Médicos, a uma casa de recuperação de usuários de drogas que se situa na área adscrita à sua unidade. Embora os usuários frequentassem a unidade via demanda espontânea, o profissional conseguiu – a partir da articulação direta com a administração do estabelecimento e com os próprios usuários – promover um grupo educativo próprio para eles e também realizar visitas mais frequentes ao local.

Conclui-se, assim, que a inovação mais observada em relação à organização de ações de educação em saúde para usuários é a presença do profissional médico nos grupos educativos, ação citada em três das quatro equipes estudadas como estratégica para o aumento da adesão de usuários, tanto em número como em frequência.

#### **Categoria analítica: Mudanças nos processos de gestão da equipe e da unidade de saúde**

##### Organização ou aprimoramento de ações de diagnóstico sanitário e de planejamento das ações de saúde

Observa-se, nas unidades estudadas, uma dificuldade em se trabalhar a partir da análise de dados para fins de diagnóstico e planejamento do trabalho.

Essa dificuldade aparece, em uma unidade, como consequência da rotatividade do profissional enfermeiro e da falta ocasional de profissionais técnicos, e em outra como decorrência do número excessivo de usuários e de epidemias sazonais de arboviroses.

Em uma terceira unidade, há a percepção de melhora nesse quesito devido ao esforço individual de uma pessoa ligada à gestão municipal, embora também se perceba que esse esforço ainda não gerou frutos em sua plenitude.

Na quarta unidade, há uma percepção de avanço em relação a outras unidades, devido principalmente ao perfil e longevidade do profissional enfermeiro na unidade, e também ao perfil do profissional médico do Programa Mais Médicos.

Conclui-se, portanto, que não há percepção de protagonismo dos profissionais médicos no desenvolvimento de ações de diagnóstico e planejamento no âmbito das equipes estudadas, embora fatores como o seu perfil e interação com o profissional enfermeiro, assim como o interesse e a longevidade deste, sejam fatores considerados importantes para esse desenvolvimento. Também o interesse e a dedicação eventuais de uma pessoa específica que participa da gestão municipal foi citado em um caso.

#### Organização ou aprimoramento das ações de educação permanente dos profissionais de saúde

Embora ações de educação continuada tenham sido identificadas em algumas secretarias municipais de saúde dos municípios estudados, as ações de educação permanente propriamente ditas estão ausentes ou ocorrem informalmente, de forma nem sempre bem sistematizada.

Considera-se *Educação Permanente*, para fins deste estudo, como um processo que tem, por objetivo, a transformação do processo de trabalho a partir da reflexão, sistematizada pelos profissionais de saúde, sobre o que está acontecendo no serviço, bem como sobre elementos que precisam ser transformados (RIBEIRO & MOTTA, 1996)<sup>6</sup>.

Faz-se necessária a distinção desse conceito com o de *Educação Continuada*, equivocadamente percebido como seu sinônimo de forma frequente. Esse conceito engloba atividades de ensino após o término do curso de graduação, com finalidades mais restritas de atualização e aquisição de novas informações, ge-

---

6 RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA, J. I. J. Educação Permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, v.12, p. 39-44, jul. 1996.

ralmente por meio de metodologias tradicionais de ensino (RICAS, 1994 APUD RIBEIRO & MOTTA, 1996).

Tendo sido esclarecida essa distinção, observa-se que as gestões municipais de saúde das cidades estudadas promovem, quando tanto, ações de educação continuada, não havendo políticas específicas para a realização de processos reais de educação permanente.

Em três das quatro unidades estudadas são realizadas reuniões periódicas de equipe, nas quais o profissional médico procura responder a dúvidas apresentadas pelos colegas, sem que estejam necessariamente vinculadas a discussões sobre alteração no processo de trabalho, o que caracterizaria de fato a educação permanente.

Segundo as entrevistas, em uma dessas unidades ocorre discussão de assuntos a partir das necessidades do serviço, embora o profissional médico negue a existência de um processo de educação permanente devido à impossibilidade realizado por sobrecarga de trabalho.

Constata-se, assim, a ausência de protagonismo dos profissionais médicos das equipes estudadas em promover processos de educação permanente de acordo com o conceito apresentado, embora haja discussões pontuais de situações e resolução de dúvidas em alguns encontros periódicos.

#### Organização ou aprimoramento de processos comunicacionais e interpessoais entre os profissionais de saúde

As entrevistas formam um quadro geral no qual a boa relação entre o profissional médico e o restante da equipe é a norma, principalmente quando há um esforço deliberado, por parte daquele profissional, de aproximação com os colegas de equipe. Em duas das equipes estudadas, os depoimentos acerca dessa relação foram consensuais e positivos. Em outras duas não foram relatadas relações pessoais de amizade entre o(a) médico(a) e colegas de equipe. Nesses casos, foram relatadas sensações ocasionais de inobservância de costumes e necessidades relativos às tarefas dos colegas entrevistados, embora o panorama geral dessas relações tenha sido positivo.

Foram observadas, em alguns depoimentos, comparações entre a relação interpessoal com os colegas do profissional do Programa Mais Médicos e de profissionais anteriores. Embora tenha sido observada, em uma unidade, uma melhor relação com profissional anterior, nas demais a melhor relação registrada é aquela estabelecida com os profissionais atuais.

Em uma equipe, relatos apontaram a influência do cooperado na união da equipe e na mudança de postura de alguns profissionais.

Conclui-se, em relação a esse quesito, que uma boa relação interpessoal com os colegas de equipe depende da vontade de todas as partes, embora uma postura ativa por parte do profissional médico em se aproximar dos colegas seja importante, bem como o sua compreensão pelo processo de trabalho do outro. Em um caso houve a percepção de melhora geral da união da equipe a partir da ação do(a) profissional do Programa Mais Médicos.

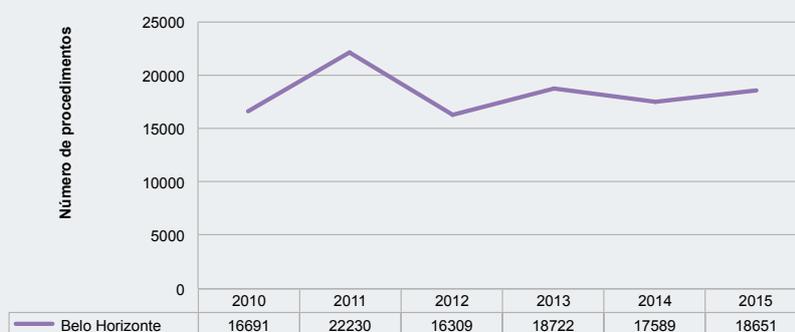
### **Categoria analítica: Melhorias de vínculo, acesso e qualidade do cuidado**

#### **Acesso aos serviços**

É possível observar, nas entrevistas, uma melhoria de percepção do acesso à unidade, tanto por parte de profissionais como de usuários. De treze usuários entrevistados, um único afirmou não perceber diferença no acesso antes e após a chegada do profissional do Programa Mais Médicos.

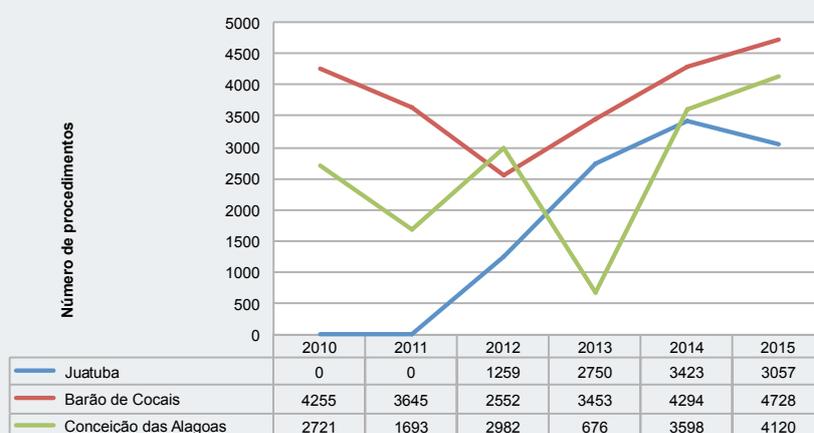
Essa percepção de melhoria do acesso encontra respaldo nos dados coletados no sistema SIA/SUS, como pode ser visto nos gráficos abaixo, que apresentam comparação entre as unidades estudadas em relação ao número de consultas médicas. O primeiro contém apenas dados relativos à cidade de Belo Horizonte. O segundo abrange as demais unidades. A distinção é necessária devido à diferença de escala no número de consultas médicas:

**Gráfico 16. Consulta médica em atenção básica na unidade de saúde estudada em Belo Horizonte (2010-2015)**



Fonte: SIA-SUS

**Gráfico 17. Consulta médica em atenção básica nas unidades de saúde dos municípios de Juatuba, Barão de Cocais e Conceição das Alagoas (2010-2015)**



Fonte: SIA-SUS

Embora a percepção completa de melhoria do acesso seja subjetiva e possa sofrer influência da proporção entre consultas disponibilizadas para demanda espontânea e atenção programada (quando a segunda for priorizada em relação à primeira), observa-se que houve aumento no número de consultas médicas em três das quatro unidades no primeiro ano após a chegada dos profissionais, embora em duas dessas unidades o aumento tenha se iniciado no ano anterior. Em Belo Horizonte, os anos mais recentes (2014 e 2015) mostram um número de atendimento inferior ao do ano de chegada dos profissionais médicos àquela unidade, que por sua vez é superior ao ano anterior (2011), provavelmente devido à existência de apenas um profissional médico para toda a unidade, como relatado em algumas entrevistas.

É necessário dizer que, em duas unidades (Barão de Cocais e Belo Horizonte), há atendimento médico realizado por profissionais de apoio. Chama-se atenção também para o fato de que a série histórica de Juatuba apresenta problemas de registro (nenhuma consulta registrada nos anos de 2011 e 2012).

Um fato positivamente determinante para a melhoria do acesso, segundo as entrevistas, reside na assiduidade do profissional, assim como a sua permanência por mais tempo nas unidades. Em uma unidade, outros dois fatores foram também levantados: uma redivisão da área adscrita, que diminuiu o número de usuários sob a responsabilidade da equipe entre 2012 e 2013 (ano de chegada do(a) profissional cooperado(a)), e o esforço da equipe como um todo para a melhoria do acesso.

### Fixação de profissional médico

Em todos os municípios estudados houve depoimentos atribuindo, ao Programa Mais Médicos, uma melhoria na fixação desses profissionais. Todas as unidades estudadas conviveram, em maior ou menor grau, com a rotatividade crônica, ou mesmo a escassez geral de profissionais, como no caso da cidade de Belo Horizonte. Em todas elas foi possível colher relatos acerca da diminuição do problema, principalmente ao se entrevistarem pessoas ligadas à gestão municipal. Entretanto, outros fatores também foram levantados, como a instalação de relógios de ponto e uma postura mais ativa frente ao problema por parte da gestão municipal. Em dois municípios houve relatos de mudanças na negociação com profissionais não vinculados ao programa, que passaram a ser contratados por horas efetivas trabalhadas, ou ao menos com a mesma carga horária dos profissionais do programa (32 horas semanais na unidade e oito horas para estudo).

Em duas unidades foram relatadas denúncias de profissionais médicos, o que culminou com uma maior observância de cumprimento de horários por parte da gestão municipal.

### Vínculo com a comunidade

Em todas as unidades existe uma percepção de estabelecimento satisfatório de vínculo entre o profissional médico e a comunidade. Em uma das unidades, há a percepção de que um vínculo forte foi estabelecido entre toda a equipe de Saúde da Família e a comunidade.

Características do próprio profissional do Programa Mais Médicos são citadas como determinantes para a criação do vínculo com a comunidade. Em alguns casos, foram aventadas hipóteses de que a relação com a comunidade pode ser mais intensa devido a uma eventual solidão sentida pelos profissionais, uma vez que se encontram longe de casa e sem contatos presenciais com parentes e amigos.

A percepção de vínculo entre médico(a) e comunidade, entretanto, parece estar ligada também ao domínio do idioma português por parte do profissional médico. O profissional que recebeu o maior número de observações negativas a esse respeito parece ser o(a) que menos desenvolveu o vínculo.

Obviamente, esse fato pode se dever a características pessoais. Sugere-se, entretanto, que essa questão seja estudada de forma mais detalhada futuramente.

## Humanização

O principal desafio ao se analisar esse conceito é o seu caráter subjetivo. Assim sendo, quando um entrevistado usa a palavra “humanizado(a)”, dá a ela um sentido próprio que pode não corresponder à definição de quem lhe entrevista.

Faquinello *et all* (2007) consideram um atendimento não humanizado como aquele composto por atitudes que “*valorizam as regras (...), a falta de atenção e a baixa empatia por parte dos profissionais*”<sup>7</sup>. Por conseguinte, é possível considerar um atendimento humanizado como aquele no qual há uma maior empatia (ou capacidade de se colocar no lugar do outro) por parte do profissional médico, uma maior capacidade de escuta do usuário e uma maior flexibilidade em relação a regras e costumes quando houver dúvidas em relação ao seu sentido em um determinado contexto na unidade.

Dito isso, em todos os municípios estudados houve relatos de um atendimento humanizado por parte do(a) profissional do Programa Mais Médicos.

Em dois casos, foram mencionadas uma flexibilidade, por parte do profissional médico, em “encaixar” pacientes de demanda espontânea que compareceram à unidade fora do período habitual, ou ao fim de um turno.

Também em dois casos, foi relatado o uso de uma técnica específica de aproximação entre o profissional e o usuário: para deixá-lo mais à vontade, o médico buscava evitar a interposição da mesa entre ele e o paciente, sentando-se diretamente ao seu lado durante a consulta.

Por fim, cita-se a duração maior das consultas, como averiguado em algumas unidades, como um indicador (não totalmente preciso) de uma capacidade maior de escuta do usuário.

Conclui-se que as maiores inovações objetivamente apresentadas em relação a humanização são a flexibilidade em se atender ocasionalmente a usuários que não respeitaram regras específicas para a entrada na fila da demanda espontânea da unidade e a técnica de se aproximar do usuário sentando-se ao lado dele, em vez de se fazê-lo do lado oposto da mesa. O tempo maior gasto em cada consulta é um indicativo imperfeito de escuta do usuário pelo profissional médico.

---

7 FAQUINELLO, Paula; HIGARASHI, Ieda Harumi; MARCON, Sonia Silva. O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 609-616, Dec. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072007000400004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000400004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 Out. 2016

## Satisfação e qualidade do cuidado

De uma forma geral, tanto profissionais quanto gestores e usuários se declararam satisfeitos com a qualidade do cuidado prestado pelas unidades estudadas. Em apenas duas entrevistas foram registradas discordâncias: uma de usuário e outra de profissional de saúde, em municípios diferentes.

Em todas as unidades foi possível constatar, em pelo menos uma entrevista, reconhecimento quanto aos cuidados providos pelo(a) profissional cooperado(a). Alguns relatos relacionam a melhora da satisfação a características do(a) profissional em si.

Em todos os municípios foram constatadas também, nos relatos, menções à satisfação com a equipe (ou outros profissionais da equipe).

Em relação à qualidade do cuidado, percebeu-se um aumento no tempo gasto com os usuários, o que decorre da presença do profissional em tempo integral na unidade.

Em dois municípios foram citadas quedas no número de reclamações, e em um deles foi citada também uma queda no absenteísmo dos demais profissionais da equipe por problemas de saúde.

Em uma cidade foram mencionados indicadores de melhoria em condições de internação sensíveis à atenção básica no município como um todo, embora esses dados não tenham sido explicados ou repassados a equipe responsável pelo estudo.

Os dados sobre internações por condições sensíveis foram levantados em três dos quatro municípios estudados, embora o seu valor para a presente análise seja prejudicado devido ao fato de não haver dados desagregados por unidades. De uma forma geral, observam-se melhoras em algumas condições e piora em outras, em todos os municípios.

## 7. Conclusões

Os casos estudados no presente estudo demonstram melhoras no acesso e na satisfação do usuário após a chegada dos profissionais do Programa Mais Médicos, sobretudo devido à maior permanência do profissional médico na unidade, ao maior tempo dispendido em consultas médicas em relação a profissionais anteriores e à flexibilidade em atender a usuários de demanda espontânea que chegam após fechadas as consultas disponíveis. Observa-se algum aumento no número de visitas domiciliares por profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros), no ano subsequente após a chegada dos profissionais médicos, embora essa ação seja limitada pela disponibilidade de veículo para o transporte dos profissionais médicos. Constata-se também um aumento do vínculo com a comunidade na maioria dos casos estudados – vínculo esse que aparenta guardar relações com o grau de domínio do idioma português – e uma maior adesão a ações educacionais em saúde, principalmente quando há a participação do profissional médico. Em dois casos foram constatados o uso de técnica específica para favorecer a interação com o usuário. Em um caso, foi constatada uma postura ativa do profissional com o objetivo de sistematizar melhor o cuidado a uma casa de recuperação de usuários de drogas na área adscrita da unidade correspondente. Também em um caso houve relatos de melhoria da percepção de união da equipe a partir de atitudes tomadas pelo profissional do programa. Não se constatou protagonismo isolado na organização de ações de diagnóstico e planejamento, ou de educação permanente em saúde.

# MURAL SOCIAL

## MULHER

## PREVIDÊNCIA SOCIAL DISQUE 135

## PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

...da sem violência é um direito das mulheres

...a mulher  
...combater  
...idade.

**IGUE 80**

**UNIDADE PETRÓPOLIS**

...da sem violência é um direito das mulheres

...da sem violência é um direito das mulheres

## CRAS (Centro de Referência da Assistência Social) UNIDADE PETRÓPOLIS

...da sem violência é um direito das mulheres

...da sem violência é um direito das mulheres

### PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

#### Compromissos dos beneficiários

...da sem violência é um direito das mulheres

## Referências bibliográficas

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

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 128 p

BRUYNE, P. D.; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. D. Os modos de investigação. In: BRUYNE, P. D.; HERMAN, J., et al (Ed.). Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais. Rio de Janeiro: F. Alves, 1977. cap. 8, p.221-245

CHIZZOTTI, A. Estudo de Caso. In: CHIZZOTTI, A. (Ed.). Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais. Petrópolis: Vozes, 2006. cap. 5, p.135-142

D'ALAMA, L. Primeiros estrangeiros do Mais Médicos desembarcam no Brasil. Portal G1, São Paulo, 23 de agosto de 2013. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2013/08/primeiros-estrangeiros-do-mais-medicos-desembarcam-no-brasil.html>>. Acesso em: 18 out. 015.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ª. São Paulo: Atlas, 2008

KEEN, J.; PACKWOOD, T. Usando estudos de caso na pesquisa em serviços e em políticas de saúde. In: POPE, C. e MAYS, N. (Ed.). Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 2.ª Porto Alegre: Artmed, 2005. cap. 6, p.61-69.

LÉVY, Pierre. As tecnologias da inteligência: o futuro do pensamento na era da informática. Tradução de Carlos Irineu da Costa. São Paulo. Ed. 34, 1993

MINAYO, M.C.S. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407p.

ROSCHKE MA. Aprendizagem e Conhecimento Significativo nos Serviços de saúde. In: Haddad JQ, Pineda EB. (Editores). Educación Permanente de Personal de Salud. La Gestión del Trabajo: Aprendizaje en los Servicios de Salud. OPS-OMS: Honduras, 1997. p. 140-161. APUD FARIA, R.M.B. Institucionalização da política de educação permanente para o Sistema Único de Saúde: Brasil, 1997-2006. 2008. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina da USP.

STARFIELD, B. Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p

YIN, R. K. Estudo de Caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 3ª ed. 2005. 212 p.



## Anexos

### **Anexo 1. Roteiro de entrevista semiestruturada de usuários**

---

1. O(a) Sr.(Sra.), ou alguém de sua família, recebeu alguma assistência na unidade de saúde desde a chegada do(a) Dr.(Dra.) \_\_\_\_\_ ?
2. Que cuidado(s) foi(oram) prestado(s)?
3. Na sua opinião, aconteceu alguma mudança na saúde desde a chegada do(a) Dr.(Dra.) \_\_\_\_\_ ? Qual(is)?

#### **Checklist para verificação do aparecimento de categorias:**

- Atendimentos de demanda espontânea: quantidade, descrição, tempo de espera e avaliação final; comparações entre experiências passadas e com o profissional atual
- Atendimentos de atenção programada: quantidade, descrição, tempo de espera e avaliação final; comparações entre experiências passadas e com o profissional atual;
- Visitas domiciliares: quantidade, tempo entre agendamento e realização, descrição e avaliação final; comparações entre experiências passadas e com o profissional atual;
- Participação em ações educativas: quantidade, frequência, adesão, descrição e avaliação final; comparações entre experiências passadas e com o profissional atual;
- Percepção de mudanças no vínculo, no acesso e na qualidade do cuidado em geral.

## **Anexo 2. Roteiro de entrevista semiestruturada de Profissionais de saúde**

---

1. Qual a sua ocupação na equipe de saúde da família? Há quanto tempo você trabalha na unidade?
2. Descreva a sua rotina semanal de trabalho.
3. Na sua opinião, aconteceu alguma mudança no processo de trabalho da equipe desde a chegada do(a) Dr.(Dra.) \_\_\_\_\_? Qual(is)?

### **Checklist para verificação do aparecimento de categorias**

- Atendimentos de demanda espontânea: mudanças no volume e no processo de classificação de risco; avaliação da situação atual;
- Atendimentos de atenção programada: mudanças no volume e na gestão da agenda; existência de estratificação de riscos; avaliação da situação atual;
- Visitas domiciliares: mudanças no volume e na gestão da agenda; processos de priorização de visitas; avaliação da situação atual;
- Participação em ações educativas: mudanças no volume e na frequência; adesão da comunidade; resultados alcançados e desafios a serem superados;
- Existência de processos de diagnóstico, programação, planejamento, avaliação e tomada de decisão por indicadores;
- Existência de processos de educação permanente; comparação com processos anteriores à chegada do profissional; avaliação de efetividade;
- Estratégias e práticas de comunicação com demais membros da equipe (conversas presenciais, reuniões de equipe, uso de *smartphones*, registros escritos etc); mudanças percebidas após a chegada do profissional;
- Percepção de mudanças no vínculo, no acesso e na qualidade do cuidado em geral.

### **Anexo 3. Roteiro de entrevista semiestruturada de gestores (gerentes de unidade, coordenadores de AB e secretários municipais)**

---

1. Qual a sua ocupação e o seu cargo atual? Há quanto tempo o(a) Sr.(Sra.) está nele?
2. Qual é a sua avaliação geral do Programa Mais Médicos no Brasil no município?
3. Que mudanças foram observadas pelo(a) Sr.(Sra.) desde a chegada do(a) Dr.(Dra.) \_\_\_\_\_ ?

#### **Checklist para verificação do aparecimento de categorias**

- Atendimentos de demanda espontânea: mudanças no volume e no processo de classificação de risco; avaliação da situação atual;
- Atendimentos de atenção programada: mudanças no volume e na gestão da agenda; existência de estratificação de riscos; avaliação da situação atual;
- Visitas domiciliares: mudanças no volume e na gestão da agenda; processos de priorização de visitas; avaliação da situação atual;
- Participação em ações educativas: mudanças no volume e na frequência; adesão da comunidade; resultados alcançados e desafios a serem superados;
- Existência de processos de diagnóstico, programação, planejamento, avaliação e tomada de decisão por indicadores;
- Existência de processos de educação permanente; comparação com processos anteriores à chegada do profissional; avaliação de efetividade;
- Percepção de mudanças no vínculo, no acesso e na qualidade do cuidado em geral.





ISBN: 978-85-7967-121-0



9 788579 671210



MINISTÉRIO DA  
**SAÚDE**

