

Implementação do Programa *Mais Médicos* em Curitiba

Experiências inovadoras e
lições aprendidas



Série Estudos de Caso Sobre o
Programa *Mais Médicos* – 1



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
Américas

Organização Pan-Americana da Saúde

Implementação do Programa *Mais Médicos* em Curitiba

**Experiências inovadoras e
lições aprendidas**

**Série Estudos de Caso Sobre o
Programa *Mais Médicos* – 1**

Brasília – DF

© 2015 Organização Pan-Americana da Saúde, 2015. 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

Equipe de Trabalho

Coordenador:

Julio Suarez

Colaboradores:

Ariel Delgado Ramos

Evelina Maria Gracia Chapman

Elisandrea Kemper Sguario

Glauco José de Souza Oliveira

Renato Tasca

Revisores:

Carolina Carvalho

José Antonio Pages

José Emilio Caballero

Joaquín Molina Lesa

Mariela Licha

Julie Issa

Projeto gráfico, diagramação e revisão gramatical:

All Type Assessoria Editorial Ltda

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Organização Pan-Americana da Saúde

Implementação do Programa “Mais Médicos” em Curitiba. Experiências inovadoras e lições aprendidas. Brasília, DF: OPAS, 2015.

68p.: il. (Série Estudos de Caso Sobre o Programa Mais Médicos 1)

ISBN: 978-85-7967-105-0

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

Agradecimentos

A Adriano Massuda (Secretário Municipal de Saúde de Curitiba), a César Monte Serrat Tilton (Superintendente de Gestão da Atenção à Saúde), a Paulo Poli (Superintendente de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba) e a toda a equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, pelo acolhimento, apoio e disponibilidade durante a realização desse estudo;

A Victor Tamayo (Consultor da OPAS/OMS para o Programa *Mais Médicos* no Paraná), pelo apoio logístico e pelos contatos realizados.

Sumário

Agradecimentos	iii
----------------------	-----

1. Apresentação	1
------------------------------	----------

2. Introdução	3
----------------------------	----------

2.1 O Programa <i>Mais Médicos</i> para o Brasil	3
--	---

2.2 Os desafios da avaliação do Programa <i>Mais Médicos</i>	6
--	---

2.3 O Programa <i>Mais Médicos</i> e os Laboratórios de Inovação no Brasil	11
--	----

3. Implementação do Programa <i>Mais Médicos</i> em Curitiba. Experiências inovadoras e lições aprendidas	15
--	-----------

3.1 Antecedentes	15
------------------------	----

3.2 Dados gerais sobre Curitiba	16
---------------------------------------	----

3.3 O Programa <i>Mais Médicos</i> em Curitiba	20
--	----

3.4 Objetivo	22
--------------------	----

3.5 Metodologia	22
-----------------------	----

3.6 Resultados	25
----------------------	----

3.7 Discussão	46
---------------------	----

3.8 Conclusões	51
----------------------	----

4. Comentários dos gestores	55
--	-----------

4.1 A Atenção Primária à Saúde no SUS Curitiba: um breve relato dos avanços e desafios e o papel do Programa <i>Mais Médicos</i>	55
--	----

4.2 Importantes avanços do Programa <i>Mais Médicos</i> retratados no município de Curitiba-PR	60
--	----

Bibliografia consultada	63
--------------------------------------	-----------

Anexos	65
---------------------	-----------

Anexo 1 – Ficha para observação das Unidades de Saúde	65
---	----

Anexo 2 – Guia de apoio às entrevistas e visitas de observação	66
--	----



1. Apresentação

Poucas semanas antes da saída desse livro, participei de mesa-redonda sobre o Programa *Mais Médicos para o Brasil – PMM*, na ocasião de um encontro de gestores municipais de saúde de um grande estado do Brasil. Depois das apresentações, todas muito completas e claras, houve a fatídica sessão de perguntas. Pelo grande número de participantes, só foram aceitas perguntas por escrito. Com sabedoria e respeito das posições de cada um dos palestrantes, o presidente da mesa entregou para cada um de nós meia dúzia de folhetinhos com as perguntas da plateia. Um deles me chamou imediatamente a atenção. A principal diferença entre aquele e os demais folhetinhos era que os outros tinham mais de um parágrafo, escrito com letras bastante pequenas enquanto ele tinha só duas linhas, em letra de imprensa, muito bem legíveis: “Doutor, o senhor não acha que ainda é cedo para afirmar que *Mais Médicos* é um sucesso?”.

No primeiro momento, fiquei intrigado com essa pergunta tão simples e direta, em especial por ser tão difícil respondê-la da mesma forma. *Mais Médicos* é um sucesso? Não, não é por ai, pensei, não vou cair nessa. Termos como “sucesso” ou “fracasso”, respondi, contemplam julgamentos definitivos, radicais e holísticos. Portanto, são muito pouco adequados para definir os resultados sociais e o valor público do Programa *Mais Médicos*. Uma política de longo prazo, complexa e abrangente, que se insere no processo histórico de construção do SUS, não pode ser sintetizada com adjetivos “curtos e grossos”, que definem extremos opostos, como sucesso e fracasso.

Mais Médicos não é uma empresa isolada ou um projeto-piloto. Tampouco, um experimento para validar um método ou uma teoria. *Mais Médicos* não é um tiro no escuro. O Programa está fundamentado em robustas evidências científicas de impacto sobre as condições de saúde da população que dele se beneficiará. Pensando bem, não nem é um programa, mais bem se trata de um conjunto de ações que estão acontecendo em mais de 8.000 diferentes localidades, em mais de 4.000 municípios do Brasil. Em cada uma dessas localidades há um médico do programa atuando na atenção básica, e é nessa sede e exclusivamente em essa sede, que se estabelece um pacto singular entre a equipe de saúde e a população adscrita. Quando esse pacto se cumpre, cria-se um vínculo entre os dois. O cumprimento desse pacto, a criação desse vínculo, é o valor público do *Mais Médicos* e, portanto, só essa dimensão pode medir sucesso ou fracasso.

Em outras palavras, os avanços produzidos pelo PMM precisam ser analisados de acordo com os diferentes e muitos contextos nos quais o Programa se desenvolve, estendendo-se à maior parte do país, englobando realidades diferentes desde todos os pontos de vista.

Ao admitir a concreta impossibilidade de sintetizar um único julgamento para o PMM, admite-se também a necessidade de realizar análises múltiplas, capazes de contemplar de que forma, em diferentes contextos, a chegada do PMM produziu consequências capazes de “fazerem a diferença” para a população. A dimensão local, a singularidade de cada situação, nos proporciona a possibilidade de emitir um julgamento mais verdadeiro que, nesse caso, sim, pode ser definido como sucesso ou fracasso.

Além das habilidades dos médicos e da capacidade deles de se integrarem no entorno, outros fatores de contexto são determinantes para que num dado lugar, para uma dada população, a chegada do PMM faça realmente a diferença. Entre eles, destacamos a capacidade do gestor de usar da melhor forma possível a energia proporcionada pelo Programa para fortalecer o sistema municipal de saúde. Para o gestor, dispor de equipes fortes de atenção básica significa não apenas concretizar um direito humano fundamental, mas representa também uma oportunidade única (em tempos de cortes orçamentários) de introduzir melhorias e avançar no aprimoramento do modelo de atenção, na ampliação da carteira de serviços e no incremento da resolutividade, como o caso de Curitiba, descrito nesse livro.

O que mais chama atenção da experiência de Curitiba são três observações fundamentais. Em primeiro lugar, a criatividade do gestor que aproveitou da melhor maneira possível os recursos do PMM para introduzir mudanças importantes, mesmo considerando que os médicos do Programa que chegaram a Curitiba são apenas 5% do total de médicos na atenção básica.

Em segundo lugar, os resultados obtidos, mesmo sem produzir evidências robustas, mostram tendências de melhoria da satisfação dos usuários e da integralidade, apontando para avanços significativos no modelo de atenção.

Finalmente, a experiência desse livro mostra que o PMM pode fazer a diferença também em contextos socioeconômicos como o de Curitiba, notadamente mais rico e desenvolvido, quando comparado com o resto do país.

Essa experiência foi descrita com uma narrativa positiva, com o propósito de valorizar os conhecimentos por ela originados. Este livro é o primeiro volume de uma série técnica intitulada *Estudos de Caso sobre o PMM*. Esperamos que essa iniciativa, que foi possível graças ao apoio do Ministério da Saúde do Brasil, represente um útil instrumento para todas as pessoas que trabalham para uma Atenção Básica forte, capaz de responder as necessidades da população.

Renato Tasca

Coordenador, Unidade Técnica *Mais Médicos*
OPAS/OMS no Brasil

2. Introdução

2.1 O Programa *Mais Médicos* para o Brasil

O Brasil tem feito progressos rápidos em direção à cobertura universal em saúde da sua população através do Sistema Único de Saúde – SUS. Tem investido substancialmente na expansão do acesso aos cuidados de saúde para todos os cidadãos, uma meta que está implícita na Constituição brasileira e nos princípios orientadores do SUS. A gestão em saúde é descentralizada e os municípios são responsáveis pela maioria dos cuidados primários, bem como por alguns hospitais e outras instalações. Todos os serviços de saúde financiados com recursos públicos, incluindo os medicamentos mais comuns, são universalmente acessíveis e gratuitos para todos os cidadãos, mesmo para os que possuem planos de saúde. Uma importante característica do sistema é o deliberado estabelecimento da atenção primária como um elemento de coordenação da rede de serviços de saúde, o que tem sido construído através do desenvolvimento de uma abordagem baseada na comunidade para prestação de cuidados primários de saúde. Na década de 1990, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, criado no Estado do Ceará e posteriormente expandido para os demais estados do país, foi a primeira iniciativa nacional para expandir os cuidados primários. A evolução do PACS é representada pelo Programa de Saúde da Família – PSF, que produziu uma abordagem mais sólida e interdisciplinar de ditos cuidados, propiciada pela agregação de médicos e odontólogos às equipes de saúde, antes compostas apenas por agentes de saúde e enfermeiros. Posteriormente, um apoio adicional foi introduzido pelo desenvolvimento de equipes multidisciplinares de apoio aos cuidados primários, conhecidos como Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, que possibilitou a disponibilidade de profissionais como ginecologistas, obstetras, geriatras, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, psiquiatras, farmacêuticos, especialistas em educação física, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, especialistas em saúde pública, entre outros.

No entanto, um dos principais limitadores da expansão da cobertura do PSF e, por consequência, da ampliação do acesso da população aos cuidados primários em saúde, tem sido a baixa quantidade de profissionais médicos com formação em Medicina da Família e Comunidade disponíveis para compor as Equipes de Saúde da Família – ESF nas longínquas localidades de um país continental. Nessas localidades, em razão do isolamento geográfico e da baixa densidade demográfica das regiões onde se encontram, frequentemente a atenção primária se estabelece como o único conjunto local de serviços de saúde viável, conectando-se com os

outros equipamentos da rede saúde localizados em outros municípios por meio de um sistema de referência e contrarreferência.

O Programa *Mais Médicos* para o Brasil é uma iniciativa do Governo do Brasil que busca ampliar o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde através das unidades básicas de saúde dos municípios, onde notadamente deve estar a porta de entrada do Sistema Único de Saúde – SUS. Faz parte de um pacto interfederativo de melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde que envolve as três esferas de gestão do SUS. Um dos pilares que sustentam o Programa é o provimento de médicos para as ESF de regiões desassistidas e afetadas por diversos fatores sociais e de formação profissional que dificultaram a procura e a fixação desses profissionais nos municípios nela situados. Além do provimento de profissionais, o Programa prevê melhorias estruturais para a rede de unidades básicas de saúde, com investimento de recursos financeiros para edificações – construção ou ampliação – e aquisição de equipamentos.

O provimento de médicos para os municípios operacionalmente representa uma das parcelas mais robustas do Programa, já que a expansão da cobertura dos serviços de atenção primária foi limitada no tempo pela indisponibilidade de profissionais, requerendo a formação, captação, distribuição e fixação de expressivo número médicos. Segundo o marco legal e a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde do Brasil, tal provimento pode ser dividido em duas fases. A primeira fase é denominada “Provimento Emergencial” e está caracterizada pela captação de profissionais no mercado de trabalho, que ao ingressarem no Programa são incorporados a um processo de formação complementar de pós-graduação, cujo conteúdo é essencialmente composto por temas que aprimoram a prática da Medicina de Família e Comunidade. O objetivo da formação complementar é incorporar à formação dos profissionais os conhecimentos essenciais e necessários à atuação nos municípios a que serão destinados.

Até o presente momento, aproximadamente 18.000 médicos ingressaram no Programa para compor essa fase de provimento. Majoritariamente, são estrangeiros originários de mais de 45 países, com formação acadêmica diversa. Mais de 80% desse contingente profissional é composto por médicos cubanos, que participam do Programa por meio da cooperação técnica entre o Ministério da Saúde do Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde. Além de permitir aos gestores nacionais alcançar com rapidez a quantidade de médicos inicialmente demandada pelos municípios, a presença dos médicos cubanos é um elemento positivo e importante para o aperfeiçoamento da atenção primária no Brasil, já que todos são especialistas em Medicina da Família e Comunidade e possuem longa e reconhecida experiência, adquirida graças ao conteúdo apreendido durante a formação acadêmica e a atuação em outros países. Possuem prioridade para receber os participantes que ingressam nessa fase os municípios geograficamente

mais distantes e de difícil acesso, com dificuldades para fixação de médicos, assim como os que possuem contingentes populacionais com maior vulnerabilidade social e econômica, a exemplo dos que possuem uma parte da sua população em situação de extrema pobreza, comunidades indígenas e quilombolas, de periferias de capitais e grandes cidades.

A segunda fase do provimento de profissionais está diretamente relacionada com o aprimoramento da formação médica por meio da ampliação da oferta de vagas para graduação em medicina e de residência médica, promovendo uma maior inserção de práticas de atenção primária em saúde. Uma ampla discussão tem sido realizada conjuntamente pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação para envolver instituições públicas e privadas de ensino superior e para garantir que a nova oferta de vagas obedeça aos critérios previamente estabelecidos. Até o momento, mais de 5 mil novas vagas de graduação em Medicina foram criadas em universidades públicas e privadas, a maioria em municípios de médio porte, mais próximos das localidades que possuem escassez de médicos. Na prática, se espera que nos próximos anos a demanda de médicos para a atenção primária possa ser atendida pelos egressos dessas vagas, que deverão ter recebido uma formação mais adequada à consolidação da atenção primária em saúde e, por consequência, do SUS.

Glauco Oliveira

Unidade Técnica *Mais Médicos*

OPAS/OMS no Brasil

2.2 Os desafios da avaliação do Programa *Mais Médicos*

Inúmeras e aceras discussões e polêmicas acompanharam os processos de planejamento e implantação do Programa *Mais Médicos* para o Brasil – PMM, devido ao difícil contexto político e social que o Brasil vivenciou nos últimos anos. Esse debate, pela sua contaminação político-partidária, muitas vezes insistiu sobre temas de matriz ideológica, deixando de lado a análise do potencial do PMM como uma experiência extraordinária e – pela escala – inédita nas Américas, um grande exemplo de política nacional de fortalecimento de sistemas de saúde baseados na APS. Da mesma forma, a turbulência que caracterizou a primeira fase do programa fez de maneira que as repercussões ao exterior também fossem monopolizadas pela disputa política.

Passados dois anos do início do PMM, aparece sempre mais evidente o impacto do programa na vida de milhões de brasileiros. Esquecendo as polêmicas, está na hora de olhar para o PMM como uma fonte riquíssima de conhecimentos que podem ajudar os gestores a fortalecer os sistemas de saúde no Brasil ou em outros países das Américas. Muitas nações da América do Sul vivem a mesma situação de desigualdade e de impossibilidade do Estado de proporcionar atenção à saúde digna para populações de difícil acesso, apesar de ter marcos legais sólidos e até disponibilidade de recursos financeiros.

Figura 1. A cadeia de valor do Programa *Mais Médicos*



Com o objetivo de criar uma métrica que fosse suficientemente abrangente para analisar os resultados de um programa com a versatilidade, o tamanho e a complexidade do PMM, construímos a “cadeia do valor do PMM” (Figura 1), que identifica sete áreas a serem observadas, cuja interação é essencial na determinação dos resultados do programa.

Analisar e medir o desempenho do programa em cada uma dessas áreas de resultados apresenta importantes desafios. A seguir, vamos analisar uma a uma.

a. Redução das desigualdades em saúde

Os dados do Ministério da Saúde do Brasil, de julho de 2015, apontam que o eixo de provisão emergencial do PMM conta com a colaboração de mais de 18 mil médicos, beneficiando 63 milhões de pessoas que, antes do programa, não tinham disponibilidade de serviços de atenção médica perto dos seus domicílios. Para 700 municípios, é a primeira vez que um médico reside no território municipal. Sem dúvida, esse resultado representa, *per se*, um extraordinário avanço em termos de cidadania e de garantia de direito à saúde. É um grande passo para os SUS e para o cumprimento dos princípios constitucionais do Brasil, que reconhecem a saúde como direito de todos e dever do Estado.

b. Satisfação e aceitação da população em relação aos profissionais estrangeiros

Essa questão representa outra área de resultado de grande relevância para avaliar o real sucesso do PMM, inclusive pelas dúvidas que alguns levantaram sobre a aceitação da população em relação aos profissionais procedentes de outros países, com idioma, costumes e *modus operandi* diferentes dos utilizados pelos médicos brasileiros. Hoje dispomos de evidências científicas robustas que permitem derrubar esse mito, demonstrando uma elevada satisfação da população usuária com os serviços recebidos apesar das importantes diferenças. Registra-se elevada satisfação dos médicos e dos gestores com o programa, indicando um excelente nível de aceitação por todos os atores diretamente envolvidos. Informações de tipo qualitativo, que emergem de matérias jornalísticas realizadas por vários meios de comunicação, tendem a confirmar essa percepção positiva dos usuários em relação aos médicos estrangeiros do programa.

c. Melhora das condições de saúde da população beneficiária

Essa dimensão representa o tema central dos processos clássicos de avaliação da maioria dos programas e políticas de saúde. No caso do PMM, apesar de algumas dificuldades de ordem metodológica, existem robustas evidências de gestão que indicam que o aumento de cobertura de equipe de saúde da família consegue reduzir a taxa de mortalidade infantil e de internação hospitalar por causas sensíveis à atenção ambulatorial. Existe um elevado número de instituições acadêmicas e centros de pesquisa trabalhando para avaliar o impacto do PMM sobre as condições de saúde da população assistida. Consequentemente, várias teses de mestrado e de doutorado têm o PMM como objeto de estudo. Em nossa opinião, a partir do ano de 2016 começarão a ser produzidos abundantes resultados que permitirão analisar de maneira acurada os frutos obtidos pelo PMM nessa área.

d. Qualidade da atenção primária à saúde e a sua efetividade clínica

O impacto sobre as condições de saúde dos usuários do PMM será condicionado, entre outros fatores, pela qualidade e eficácia das práticas dos médicos do Programa. A Política de Atenção Básica do SUS, dentro da qual está o PMM, interpreta a Atenção Primária à Saúde – APS de maneira totalmente coerente com a visão internacional dessa estratégia. Segundo essa visão, a APS é definida como o primeiro nível de assistência do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade do cuidado, assim como pela coordenação da assistência dentro do próprio sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade do cuidado, assim como pela coordenação da assistência dentro do próprio sistema de saúde, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais. Por tanto, outro grande desafio da avaliação dos resultados do PMM é representado pela melhora da qualidade da Atenção Básica, medida com o emprego de instrumentos validados de análise dos atributos da APS. O instrumento mais conhecido internacionalmente é o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), que foi validado no Brasil.

e. Fortalecimento dos sistemas de saúde e do modelo de atenção centrado nas pessoas

A progressiva implementação do programa está criando nos sistemas municipais de saúde as condições favoráveis (preenchimentos de vazios assistenciais com pessoal médico qualificado) para que os gestores aprimorem e qualifiquem os serviços prestados à população. Assim, alocar médicos em Equipes de Saúde da Família – ESF não melhora apenas o acesso. As experiências de vários gestores

nos ensinam que é possível tirar partido da provisão proporcionada pelo PMM para introduzir melhoramentos na oferta de serviços e na sua organização, melhorando a qualidade e a satisfação do usuário. Portanto, analisar a função do PMM de viabilizador e catalizador de melhorias e inovações dos sistemas municipais e regionais de saúde representa outra importante dimensão que merece ser considerada pela avaliação do impacto do PMM. Esse tipo de avaliação precisa de enfoques metodológicos baseados na análise de *best practices*, e requer o uso de instrumentos de análise qualitativa e de observação participativa. Essa é uma área na qual a OPAS possui experiência e *know-how* muito relevantes.

f. Mudança no paradigma de formação dos médicos

Não podemos esquecer que um dos principais eixos do PMM diz respeito à formação dos médicos, preconizando um aumento muito rápido e considerável do número de médicos no Brasil, com particular atenção aos especialistas em Medicina de Família e Comunidades. O PMM introduz importantes inovações na regulação da profissão médica, assim como promove a mudança do paradigma de formação dos médicos, tanto no nível acadêmico, como no lugar de trabalho. Vamos precisar de bastante tempo (mínimo, uma década) para que os efeitos dessas ações sejam bem compreendidos e avaliados, mas é inquestionável que o PMM vai produzir muitas mudanças no mercado da profissão médica no Brasil, ampliando a disponibilidade de médicos em regiões atualmente subatendidas e aumentando consideravelmente o número de médicos especializados em medicina familiar.

g. Sustentabilidade da intervenção

Por trabalhar com diferentes eixos (infraestrutura, formação, provisão), a eficácia dos resultados do PMM precisa de sincronia e harmonia no processo de implementação. O sucesso das atuais iniciativas de incremento das vagas em faculdades de medicina e a mudança do paradigma de formação, dando espaço central à Atenção Básica, serão determinantes para encontrar os caminhos mais adequados para manter as ações do PMM alinhadas com as reais necessidades do SUS.

Além da dimensão nacional, o desafio de medir a sustentabilidade do PMM é muito importante também para os gestores municipais de saúde, que dependem financeiramente de fundos externos e que possuem espaços de flexibilidade mais reduzidos.

Mesmo sem nenhuma pretensão de construir modelos, a proposta da Cadeia do Valor do PMM pode representar para os gestores uma referência abrangente e flexível, que ajuda a organizar o processo de monitoramento e avaliação dos

resultados do PMM. Conseguir avanços concretos em uma ou mais dessas áreas com o apoio do PMM, significa colocar a cadeia para funcionar e para produzir valor público, com uma melhor atuação da rede de serviços de atenção à saúde.

Renato Tasca

Unidade Técnica *Mais Médicos*

OPAS/OMS no Brasil

2.3 O Programa *Mais Médicos* e os Laboratórios de Inovação no Brasil

O Estudo de Caso da experiência do Programa *Mais Médicos* – PMM no município de Curitiba-PR foi desenvolvido no contexto da estratégia dos Laboratórios de Inovação, com o intuito de sistematizar e compartilhar as inovações que estão sendo desenvolvidas nos serviços de Atenção Primária em Saúde – APS, desencadeadas a partir da introdução dos médicos do PMM nas equipes de saúde.

O ato de alocar médicos nas equipes de APS proporcionado pelo PMM visa ampliar o acesso e a equidade em saúde, bem como contribuir para o fortalecimento da APS. Para além desses objetivos macros, um programa dessa magnitude e complexidade tende a provocar muitas mudanças nos processos de trabalho e na gestão, justificando a realização de estudos e pesquisas que possam subsidiar a tomada de decisão, assim como identificar e compartilhar ferramentas e soluções para poder intervir de forma eficiente nos problemas identificados.

Foi com o intuito de sistematizar e compartilhar os conhecimentos que surgiu a estratégia dos Laboratórios de Inovação no Brasil. Motivado pela dimensão e complexidade do SUS, que pode ser caracterizado como um imenso laboratório, aonde muitas ideias, ferramentas e práticas inovadoras são desenvolvidas a partir da criatividade e iniciativa dos gestores e equipes e que precisam de apoio para sistematização e divulgação.

Dessa forma, desde 2008, os Laboratórios de Inovação vêm se fortalecendo e se constituindo como uma ferramenta potencial para a produção e disseminação de conhecimentos e de evidências, a partir de práticas e experiências locais desenvolvidas no SUS e em outros países. O objetivo é transformar o conhecimento tácito em instrumentos práticos e explícitos, valorizando experiências bem-sucedidas, resgatando e analisando o contexto em que foram desenvolvidas e os resultados positivos que produziram. Visa também transmitir a mensagem aos gestores de que é possível produzir mudanças positivas, mesmo em contextos adversos, valorizando, assim, o esforço e iniciativa dos gestores e equipes de saúde que buscam superar os desafios cotidianos dos serviços de saúde com soluções inovadoras.

Para o gestor, a inovação é fundamental e, além de incorporar a inovação, ele precisa de competências para poder administrar o processo de mudança, visando conter os custos e os tempos, minimizar os riscos e maximizar o impacto produzido. Dessa forma, conhecer outras experiências pode ajudar o gestor nos seus esforços para melhorar os processos e resultados em saúde (BRASIL, 2011).

A receita do “mais do mesmo” não funciona, ou seja, são necessárias mudanças nos instrumentos de gestão e ajustes na incoerência entre a oferta de serviços e as necessidades em saúde, de modo a não aumentar a oferta indiscriminadamente, mas introduzir novas práticas, instrumentos ou maneiras de realizar a atenção à saúde. Em outras palavras, é preciso agregar mudanças que resultem em melhoramento concreto e mensurável, que pode envolver diferentes áreas, como o desempenho, a qualidade, a eficiência e a satisfação dos usuários (BRASIL, 2011).

A estratégia de provimento emergencial de médicos para as equipes de APS do PMM, por si só, já é uma medida inovadora, que prevê resultados positivos na produtividade, na ampliação do acesso, na equidade e na qualidade dos serviços. Com o suporte metodológico do Laboratório de Inovação é possível identificar as boas práticas e inovações desenvolvidas pelas equipes que incorporaram os integrantes do PMM, as quais estão promovendo mudanças positivas na APS do SUS.

Como a metodologia dos laboratórios é flexível, permitindo adaptar-se a diferentes contextos e abordar diversos temas, é possível registrar e compartilhar os resultados positivos e as inovações em saúde a partir da análise descritiva contida nos estudos de caso, contemplando lições aprendidas e recomendações que podem contribuir para ajustes dos processos, programas e políticas estratégicas.

Alguns laboratórios são desenvolvidos de forma empírica, resgatando por meio de estudos de caso os processos envolvidos na produção da inovação e os resultados obtidos, sempre com o intuito de valorizar a boa intenção do gestor e as mudanças positivas obtidas. Outros laboratórios, considerados experimentais, contam com a participação de instituições acadêmicas, as quais buscam produzir evidências de novas soluções por meio de estudos e pesquisas científicas.

Ao longo desses anos, os Laboratórios de Inovação já sistematizaram experiências inovadoras em temas como atenção às condições crônicas, APS, participação e inclusão social, redes de atenção, manejo da obesidade, atenção domiciliar, gestão do trabalho, programas de promoção em saúde na Saúde Suplementar, além de buscar inovações em outros países da Região das Américas nos temas de Participação Social e regulação do setor privado.

De acordo com os referenciais que embasaram a criação e o desenvolvimento dos Laboratórios de Inovação, o conceito utilizado para inovação em saúde é o de introdução e adoção de novos processos, produtos, práticas, programas ou políticas criadas para atender um problema real, que se destina a trazer benefícios significativos para indivíduos, grupos, sociedades ou organizações. Essa definição destaca o valor social da inovação, ou seja, não basta ser novo ou ser somente uma sofisticação tecnológica, mas, sim, deve se considerar os resultados positivos que ela produz para os indivíduos ou coletividade (BRASIL, 2011).

Em suma, os Laboratórios de Inovação se propõem a desenvolver comunidades de inovadores, as quais buscam soluções que promoveram mudanças e que resultaram em melhoria na saúde.

A intenção de abordar o PMM com as ferramentas metodológicas do Laboratório de Inovação é de contribuir para o fortalecimento do Programa no país, em termos de alcance de metas e objetivos propostos, identificando e analisando as experiências bem-sucedidas e compartilhando os conhecimentos produzidos. Criar espaços de intercâmbio de forma colaborativa e solidária, aprofundando a discussão e a reflexão coletiva dentro e fora do país com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS.

Elisandréa Kemper

Unidade Técnica de Serviços de Saúde
OPAS/OMS no Brasil



3. Implementação do Programa *Mais Médicos* em Curitiba. Experiências inovadoras e lições aprendidas

3.1 Antecedentes

A Representação da OPAS/OMS no Brasil e a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba – SMSC pactuaram a realização de um Estudo de Caso – EC sobre a experiência de implementação do Programa *Mais Médicos* – PMM em Curitiba, no intuito de documentar e disseminar as características do processo e seus resultados preliminares.

O PMM é uma iniciativa que requer estudos diversos que possibilitem sua avaliação a partir de diferentes ângulos. Aprender com a implementação dessa experiência é um dos objetivos da OPAS e suas contrapartes no Brasil, nesse caso, especialmente o Ministério da Saúde – MS e a SMS de Curitiba, embora outros atores possam estar interessados nos resultados desse programa.

A OPAS priorizou a realização desse EC, considerando o interesse e a disponibilidade da SMS de Curitiba, a necessidade de desenvolver estudos para documentar a experiência de cooperação com o Programa *Mais Médicos* no Brasil e a possibilidade de testar um modelo metodológico que sirva de estudo-piloto para futuros estudos coordenados pela Organização.

Esse EC se enquadra na Macro Área 3 “Marco para o Monitoramento e a Avaliação do Projeto de Cooperação *Mais Médicos* da OPAS”, de acordo com o previsto no referido documento¹, e corresponde à dimensão de avaliação “Fortalecimento dos sistemas de saúde baseados na APS e modelos centrados nas pessoas”, da Unidade Técnica do projeto *Mais Médicos* da OPAS Brasil, conforme delineado no capítulo introdutório dessa publicação.

1 Marco para o monitoramento e a avaliação do projeto de cooperação *Mais Médicos* da OPAS. OPAS/OMS, 2014

3.2 Dados gerais sobre Curitiba

Curitiba é a capital do estado do Paraná, um dos três estados que compõem a Região Sul do Brasil. Foi fundada em 29 de março de 1693². Situa-se a 945 metros acima do nível do mar, o seu clima é subtropical e os destaques de sua economia são indústria e comércio. No final do século XIX, a cidade recebeu um contingente significativo de imigrantes provenientes de diferentes continentes, sobretudo europeu, que deixaram uma marca visível nos costumes culturais e no cotidiano da cidade. Curitiba é reconhecida internacionalmente por sua gestão urbana, ambiental e de transportes públicos. Em 2010, seu Índice de Desenvolvimento Humano – IDH foi de 0,823, o maior do estado do Paraná e também superior à média nacional de 2013, que era de 0,744³.

Dados do IBGE estimam uma população de 1.864.416⁴ habitantes para Curitiba em 2014, distribuídos em uma área de 435.036 km². A população está envelhecendo e estima-se que o grupo etário dos 60 ou mais atingirá 16% do total até 2020. A expectativa de vida aumentou de 65,5 anos em 1970 para 77 anos em 2010.

Como em outros estados do Brasil, as doenças cardiovasculares e o câncer são as principais causas de morte, e doenças crônicas como hipertensão e diabetes são as mais prevalentes na população e motivo de demanda por atendimento nos serviços de saúde.

O Sistema Municipal de Saúde – SMS de Curitiba apresenta experiências bem-sucedidas na organização e no desenvolvimento do sistema e dos serviços de saúde, com rica trajetória na construção do SUS e na execução de iniciativas baseadas na Estratégia de Atenção Primária à Saúde – APS⁵.

A Secretaria de Saúde descreve, em seu site, a evolução do Sistema Municipal de Saúde a partir de 1963, quando o Departamento de Educação e Recreação Orientada e Saúde⁶ foi criado. Para ilustrar o contexto de implementação do PMM, resumimos a seguir alguns marcos que destacam a evolução da APS no município.

2 <http://www.curitiba.pr.gov.br>.

3 PNUD. <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDH-Global-2013.aspx>.

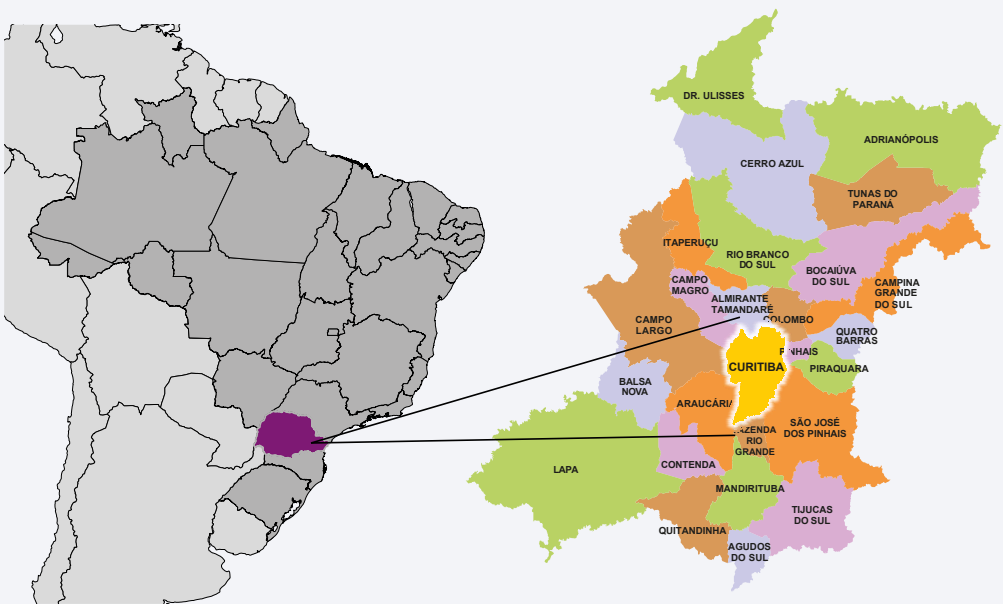
4 IBGE. <http://www.ibge.gov.br>.

5 O conceito de Atenção Primária à Saúde (APS), consagrado na Conferência Internacional de Alma Ata em 1978, abrange três dimensões simultaneamente. Uma de ordem mais geral ou política, que vê a saúde como produto de interação social com toda a sua complexidade, outra, que descreve uma estratégia de saúde baseada em valores e princípios como equidade, universalidade, integralidade, intersetorialidade e participação social, e uma terceira, comumente usada para designar o primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde.

6 <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br>.

A primeira Unidade de Saúde (US) foi inaugurada no bairro Cajuru em 1964. No início dos anos 1970, a rede municipal de saúde contava com 10 US e 13 consultórios odontológicos. O Departamento de Desenvolvimento Social foi criado em 1979, com uma Direção de Saúde adotando o modelo APS, seguindo as recomendações de Alma Ata de 1978.

Figura 1. Localização de Curitiba



CURITIBA – CARACTERÍSTICAS GERAIS

Área	430,9 km²
População	1.751.907 hab. (2010)
Bairros	75
Relevo	Levemente ondulado
Área verde por habitante	51 m²
Extensão Norte-Sul	35 km
Extensão Leste-Oeste	20 km
Altitude média	934,6 m
Latitude	25°25'48" Sul
Longitude	49°16'15" Oeste
Fuso horário	Brasília
Clima	Subtropical úmido
Pluviosidade	1.434 mm/ano
Temp. média no verão	22,5°C
Temp. média no inverno	13°C

Em 1980, inicia-se a implantação de US responsáveis pela atenção em áreas territoriais e população específicas, com a proposta de um modelo de atenção que ressaltava a educação para a saúde, a atenção programada, a vacinação e participação comunitária, desencadeando assim um processo progressivo de ampliação da APS. Em 1993, a rede de saúde era composta por 85 unidades de saúde na APS, cinco delas funcionando com atendimento 24 horas. Em 1995, Curitiba adere ao Programa Saúde da Família – PSF, contando desde o início com equipes de saúde bucal, bem como é construído o Centro Médico Comunitário de Bairro Novo, o primeiro hospital público municipal.

Em 2000, a rede era composta por 104 US na atenção primária, com 90 dessas equipadas com clínicas odontológicas, 37 com PSF e 11 com especialidades. Em 2001, o modelo de atenção foi redirecionado a partir do conceito de sistema integrado de serviços de saúde, buscando a incorporação na rede dos diversos pontos de assistência. Em 2004, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU é implantado e os primeiros Espaços de Saúde nas US, voltados para a educação para a saúde e encontros com a comunidade, são construídos.

O SMS possui, atualmente, 140 serviços próprios, incluindo 109 US na APS, das quais 65 já implementaram o modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF), apoiados por 30 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 2 centros de especialidades. Conta também com 9 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), 12 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, 5 Unidades de Especialidades Médicas, 2 Centros de Especialidades Odontológicas, 2 Hospitais, 1 Laboratório Clínico, 1 Central de Vacinas, 6 Residências Terapêuticas, 1 Centro de Zoonoses e 67 Espaços de Saúde, e realiza contratos com prestadores de clínicas especializadas, hospitais e apoio diagnóstico e terapêutico⁷.

Existem, até o momento, dois modelos de US na APS em Curitiba. Um se refere ao das unidades da Estratégia Saúde da Família – ESF, e o outro, ao modelo tradicional de Unidade Básica de Saúde – UBS. Ambos possuem equipes multidisciplinares, mas diferem na organização do atendimento, no perfil das equipes e na distribuição territorial. No modelo tradicional, os médicos da UBS atendem a população por segmentos, de acordo com sua especialidade, em pediatria, clínica médica e obstetrícia e ginecologia. Nas unidades da ESF, os médicos são especialistas na saúde da família e comunitária, trabalham em tempo integral, atendem as pessoas em todas as fases do seu ciclo de vida e conhecem as famílias da sua comunidade. A Tabela 1 mostra a evolução do quantitativo de médicos que trabalhavam na APS entre 2012 e 2014, conforme sua inserção na UBS ou na ESF. Em 2012, 471 médicos atuavam em UBS com o modelo tradicional e 244 em unidades com modelo ESF. Em 2014, o número de médicos que trabalham em

7 Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Relatório de gestão 2014.

UBS foi de 478, apenas 7 a mais que em 2012, enquanto os médicos que trabalham na ESF subiu para 308, um aumento de 64 profissionais atuando nesse modelo. Ou seja, de cada cinco médicos que trabalham na APS em 2014, dois o fazem na ESF e três na UBS.

Tabela 1 – Médicos na APS de Curitiba de acordo com o Modelo de Atenção

Médicos por tipo de US	Nº	%
Total out/12	715	100%
ESF	244	34%
UBS	471	66%
Total out/14	786	100%
ESF	308	39%
UBS	478	61%

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba – SMSC

As US têm o apoio profissional dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, compostos por nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos e profissionais de educação física, podendo incorporar outras categorias profissionais. Curitiba desenvolveu uma valiosa experiência na implementação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas – MACC. Essa experiência é pormenorizada na publicação do Laboratório de Inovação da OPAS⁸.

Um dos objetivos do Eixo de Atenção à Saúde do Plano de Saúde Municipal de Curitiba é “organizar os modelos de atenção à saúde com foco no acesso, na humanização, na integridade e na resolutividade, adotando a APS como porta de entrada e organizadora do sistema⁹”. As US que têm como modelo a Saúde da Família são, logicamente, as mais adequadas para alcançar essa meta.

A equipe de gestão do SMS está determinada a realizar mudanças nos serviços de saúde e, especificamente, no modelo de atenção, para facilitar o acesso aos serviços e sua capacidade resolutiva, através de modificações no processo de trabalho das equipes de saúde, tendo como ponto inicial as necessidades de saúde da população e o fortalecimento da ligação entre as US e a comunidade. Deseja-se oferecer acesso e qualidade em toda a rede de serviços, solucionar grande parte dos problemas de saúde no ponto de assistência mais próximo ao local de residência e trabalho dos usuários e garantir a continuidade da atenção ao longo

8 Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: a implantação do modelo de atenção às condições crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná. Brasília, DF: OPAS, Conselho Nacional de Saúde, 2013.

9 Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, 2014.

do tempo. Para atingir esse objetivo, a Secretaria investe na expansão da ESF e na ampliação do horário de funcionamento. Nesse sentido, iniciou uma abordagem chamada de “acesso avançado”, tendo como referência experiências internacionais e de outras localidades do Brasil¹⁰. Essa abordagem favorece a resposta à demanda diária das US, evitando listas de espera e o encaminhamento de usuários para outros pontos de assistência da rede. Nesse contexto, as autoridades da Secretaria Municipal de Saúde valorizam altamente a execução do PMM, como catalisador para as mudanças que a Secretaria quer alcançar, o que é facilitado pela natureza do Programa alinhado aos valores e princípios do SUS, da APS e da ESF.

3.3 O Programa *Mais Médicos* em Curitiba

O Programa *Mais Médicos* para o Brasil foi criado pelo Governo Federal em 2013 com a prioridade de reduzir a falta de médicos nas cidades do interior e nas periferias das grandes cidades do país, identificadas como as áreas mais carentes.

Como mostrado no mapa extraído do site do IBGE (Figura 2), em 2009, o estado do Paraná tinha 2,0 médicos por mil habitantes, acima da média nacional para o ano, de 1,84, e apenas superado por Distrito Federal, São Paulo, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Espírito Santo¹¹.

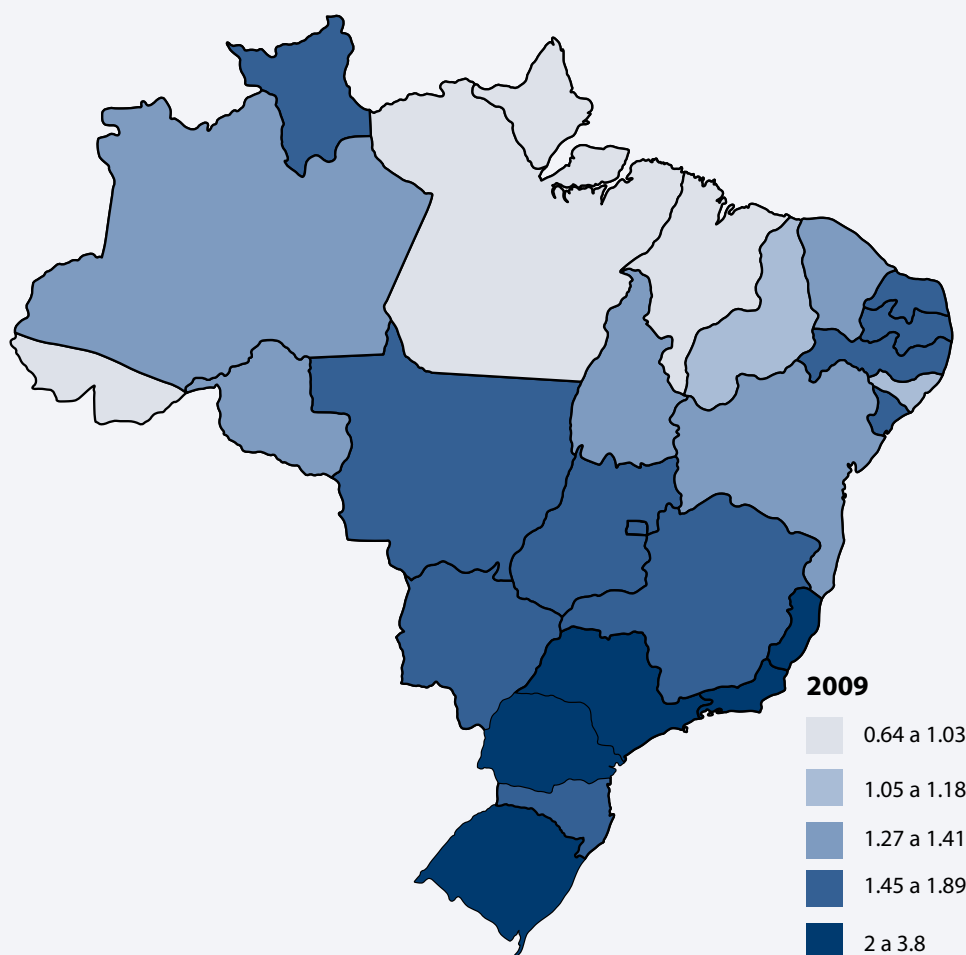
Por sua parte, o estudo “Demografia Médica no Brasil, 2013” reúne várias fontes de dados e chega aos seguintes valores da proporção de médicos por 1.000 habitantes no município de Curitiba: 5,71 de acordo com registros do CFM (nono lugar entre as 27 capitais); 3,24 de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (sétimo lugar); 3,01 conforme registro de médicos contratados (RAIS) do Ministério do Trabalho e Emprego (décimo lugar); e 7,78 de acordo com o registro de médicos ocupados utilizado pela pesquisa de Assistência Médico-Sanitária – AMS do IBGE (sexto lugar)¹².

Independentemente dos diferentes valores, de acordo com as informações acima, em 2013, Curitiba tinha uma densidade de médicos por habitantes acima da média nacional e também acima da maioria das capitais nacionais. No entanto, a Secretaria Municipal de Saúde identificou lacunas na cobertura de grupos populacionais que vivem em áreas remotas e em condições de vida precárias, devido à falta de médicos dispostos a preencher as vagas disponíveis ou à alta rotatividade

10 Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde. SMS de Curitiba, 2014.

11 IBGE. <http://seriesestatisticas.ibge.gov.br>. 2010.

12 Demografia Médica no Brasil, vol. 2. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013.

Figura 2. Brasil. Médicos por mil habitantes 2009

desses profissionais nas US em que atendem essas populações. A falta de médicos impedia a formação e o aperfeiçoamento das equipes de saúde nessas unidades.

De acordo com dados da SMSC, em outubro de 2013, apenas seis médicos do PMM atuavam nos serviços da APS municipal. Em 2014, a dotação cresceu e, para o mesmo mês, havia 42 profissionais do Programa (Tabela 2).

Mesmo com esse incremento, em 2014, os médicos do PMM representaram apenas 5% do total desses profissionais atendendo na APS. Dos 42 médicos do PMM, 35 atuam em US que implementam o modelo da ESF e 7 em US com modelo tradicional. Do total dos médicos do PMM, 31 (73,8%) são cubanos providos por meio de cooperação técnica com a OPAS.

Tabela 2 - Médicos na APS de Curitiba por categorias e anos

Mês/Ano	Categorias	Nº	%
OUT/13	Total	663	100%
	Mais Médicos	6	1%
	Residentes	10	2%
	Outros médicos	647	97%
OUT/14	Total	786	100%
	Mais Médicos	42	5%
	Residentes	12	2%
	Outros médicos	732	93%

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba – SMSC

Uma condição do PMM é a educação permanente dos médicos através da capacitação em serviço, prestada por uma rede de centros de formação coordenada pela Universidade do SUS – UNA-SUS. O processo educativo inclui a supervisão acadêmica das atividades de assistência médica e o incentivo à pesquisa aplicada no SUS. Essa questão é fundamental para a implementação do PMM, e os médicos do programa, quer como mentores, supervisores, gerentes ou gestores, valorizam a sua contribuição.

3.4 Objetivo

Identificar as boas práticas e lições aprendidas com a implementação do PMM no Sistema Municipal de Saúde de Curitiba e documentar sua contribuição à Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família.

3.5 Metodologia

A metodologia do Estudo de Caso é indicada para documentar experiências, como a implementação do PMM em Curitiba – e outras localidades do Brasil –, em que se quer alcançar uma aproximação exploratória ao que aconteceu a partir de uma abordagem predominantemente qualitativa, para identificar práticas inovadoras e aprender com as experiências nos serviços de APS em que o Programa opera¹³. O

¹³ A Escola Nacional de Administração Pública do Brasil – ENAP define os ECs como “... narrativas que apresentam um cenário que reflete a vida real, em que são tomadas as decisões e feitas as conclusões a

estudo explora o que aconteceu no período de intervenção do PMM em Curitiba, de setembro de 2013 até maio de 2015.

O marco referencial para a estruturação do EC e interpretação dos resultados consiste em três pilares: a Estratégia de Atenção Primária à Saúde – APS, a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB do Brasil e a Estratégia de Saúde da Família – ESF do Brasil.

Para estruturar o processo de coleta e análise dos dados, definimos seis dimensões de estudo que caracterizam ou que estão intimamente relacionadas com o modelo de atenção.

As primeiras quatro dimensões correspondem aos atributos essenciais dos serviços de APS segundo a versão brasileira do Manual de Avaliação de Atenção Primária à Saúde – PCATool Brasil¹⁴, baseada no trabalho de Barbara Starfield. São elas:

- **Acesso e primeiro contato.** O acesso é o uso de serviços de saúde como fonte de cuidados a cada novo problema ou novo episódio do mesmo problema de saúde, exceto emergências e urgências médicas reais.
- **Integralidade.** Conjunto de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. São ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam o atendimento integral tanto do ponto de vista de natureza psicossocial do processo saúde-doença, como de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo quando algumas não podem ser oferecidas no âmbito de suas unidades, incluindo os encaminhamentos a especialidades médicas e hospitais, entre outros.
- **Longitudinalidade.** A existência de uma fonte contínua de cuidados, bem como a sua utilização ao longo do tempo. A relação entre as pessoas e as suas fontes de atenção deve ser refletida em uma intensa relação interpessoal que expressa a confiança mútua entre usuários e profissionais de saúde.

partir do contexto apresentado...”. De acordo com Martínez Carazo, os ECs podem ser definidos como “... uma estratégia de pesquisa voltada ao entendimento da dinâmica presente em contextos únicos ... combinando diferentes métodos para a coleta de evidências qualitativas e/ou quantitativas, no intuito de descrever, verificar ou gerar uma teoria...”. Robert K. Yin, estudioso do assunto, observa que “... os ECs são geralmente apropriados quando as perguntas “como” e “por que” são colocadas em circunstâncias em que os investigadores têm pouco controle sobre os eventos e os limites entre o contexto e o fenômeno não são claramente evidentes, justificando assim o uso de múltiplas fontes de evidências... podem ser utilizados como etapas exploratórias nos estudos de fenômenos pouco documentados ou como pesquisas-piloto para orientar a concepção de outros estudos ...”.

14 Manual do instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde: Primary Care Assessment Tool-PCATool-Brasil. Ministério da Saúde, Brasília, 2010

- **Coordenação da atenção.** Pressupõe alguma forma de continuidade dos cuidados pelo mesmo profissional, através do prontuário médico ou ambos, além de conhecer os problemas abordados em outros serviços, e a integração dessa assistência ao cuidado global do paciente. O prestador de serviços de atenção primária deve ser capaz de integrar todos os cuidados que o paciente recebe através da articulação entre os serviços.

Além disso, estudamos mais duas dimensões por considerá-las de interesse no caso do PMM, uma vez que, na maioria dos casos, trata-se de incorporar aos serviços de APS os profissionais provenientes de ambiente cultural e língua nativa diferentes, o que poderia, hipoteticamente, dificultar a comunicação com os usuários e outros membros da equipe de saúde. São elas:

- **Trabalho em equipe.** As equipes multidisciplinares de APS atuam de forma coordenada, analisam conjuntamente os problemas de saúde da população, das famílias e dos usuários sob sua responsabilidade, pactuam ações de saúde a serem realizadas e o programa de trabalho e realizam atividades conjuntas de capacitação em serviço.
- **Satisfação dos usuários¹⁵.** Expressa o grau de aprovação dos usuários da APS em relação a serviços, profissionais e trabalhadores da saúde.

Para obter os dados, realizamos entrevistas com informantes-chave, complementadas por dados de saúde a partir de fontes secundárias e informações coletadas em visitas de observação a três unidades de saúde em que o PMM opera. Os dados de saúde foram fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba – SMSC e pela Representação da Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil – OPAS. As visitas de observação foram realizadas por profissionais da OPAS responsáveis pelos ECs.

Buscou-se, por meio de entrevistas, conhecer as opiniões e experiências das pessoas envolvidas a partir de posicionamentos diferentes na implementação do PMM focada na contribuição dos médicos do Programa para a APS e o modelo de saúde da família. As entrevistas foram iniciadas e todas começaram com a pergunta: “*Você acha que o PMM tem feito alguma diferença na APS e nas US em que você trabalha? Qual é a diferença e como você a explica?*”

15 Essa dimensão foi explorada indiretamente através de entrevistas com gerentes, gestores e profissionais dos serviços. Não houve entrevistas diretas a usuários, uma vez que foi decidido realizar o estudo com economia de tempo e recursos, e que outros estudos em andamento exploram em profundidade essa dimensão, como é o caso da pesquisa IPESP pela Universidade de Brasília.

A seleção de pessoas a serem entrevistadas foi realizada conjuntamente pela OPAS e SMSC, com a premissa de entrevistar as pessoas que lidam com o PMM em diferentes cargos, profissões e perspectivas. Foram no total 24 entrevistados, distribuídos da seguinte forma:

Cargo	Número
Secretário Municipal de Saúde	1
Chefe do Departamento de APS – DAPS da Secretaria	1
Coordenadores das áreas técnicas do DAPS	5
Consultor da OPAS para o PMM no Paraná	1
Gerentes de US	3
Médicos do PMM	4
Tutor do PMM	1
Supervisores do PMM	3
Agentes Comunitários de Saúde	5

Realizamos visitas de observação a três US: Sabará, Salvador Allende e São Miguel. Estas unidades foram selecionadas pela SMSC considerando que nelas atuam os profissionais do PMM e que elas representam diferentes tipos de unidades de APS existentes no município. A primeira opera em uma instalação recém-construída com modelo ESF, a segunda atua em uma instalação antiga, também com modelo de ESF, e a terceira implementa o modelo tradicional de APS.

Durante as visitas, procuramos observar diretamente o estado da infraestrutura física e tecnológica das US, as características do processo de atendimento e o modelo de atenção através do movimento dos usuários, a presença e a atividade de profissionais e trabalhadores da saúde, a disponibilidade de medicamentos na farmácia e registros da atividade assistencial, subsidiados por um guia desenvolvido para esse EC (Anexo 1).

3.6 Resultados

Os resultados são apresentados de acordo com as seis dimensões estudadas, tendo como eixo as informações coletadas nas 24 entrevistas.

É importante considerar que as fronteiras entre essas dimensões seguem uma lógica essencialmente acadêmica para abordar um fenômeno tão complexo, pelo

Dimensões (atributos) essenciais	Dimensões complementares
a. Acesso e primeiro contato b. Integralidade c. Longitudinalidade d. Coordenação da atenção	f. Trabalho em equipe g. Satisfação dos usuários

que as informações classificadas em uma dimensão poderiam ser igualmente classificadas noutra, o que, em última análise, não afeta o desfecho.

Para complementar os resultados de acordo com as dimensões em análise, apresentamos uma síntese das informações obtidas nas três visitas às US que têm profissionais do PMM – duas que trabalham com o modelo da ESF e outra com o modelo tradicional de APS – e os resultados das entrevistas com dois informantes que representam os pontos de vista da gestão municipal por meio dos depoimentos do Secretário de Saúde e do Coordenador da APS do município.

Dimensões

a. Acesso e primeiro contato

Todos os entrevistados disseram que houve um aumento na cobertura da população e melhor acesso à APS como consequência imediata da ocupação de vagas por médicos do PMM. Alguns depoimentos extraídos de entrevistas com gestores de Unidades de Saúde ilustram a afirmação acima¹⁶:

“... Temos, hoje em dia, os mesmos (usuários) que continuam chegando, mas a demanda da população é diferente, todos os dias novas pessoas, novos registros, pessoas que tinham convênios e que, devido à crise econômica, já não têm mais... são hoje nossos usuários, e não apenas para vacinação – porque, anteriormente, vinham apenas para isso –, se consultam, são pacientes da Unidade ...”

“... Não tínhamos anteriormente o mesmo acesso ao médico... passávamos para o assistente e, por sua vez, o assistente passava para o médico, uma “hierarquia”, não é? Agora não, cortamos o auxiliar e vamos direto ao médico ... então é, para nós, muito mais fácil assim do que chegar e falar com uma

¹⁶ Todos os comentários incluídos no texto são transcrições das gravações realizadas nas entrevistas, traduzidas para o espanhol pelos autores.

“...a chegada de Mais Médicos facilitou as mudanças...”

“...a chegada de Mais Médicos facilitou as mudanças...”

A cobertura nominal com a ESF passou de 37,53% da população do município em dezembro de 2012 a 51,16% em dezembro de 2014, o que significa um aumento de 36% (Tabela 3).

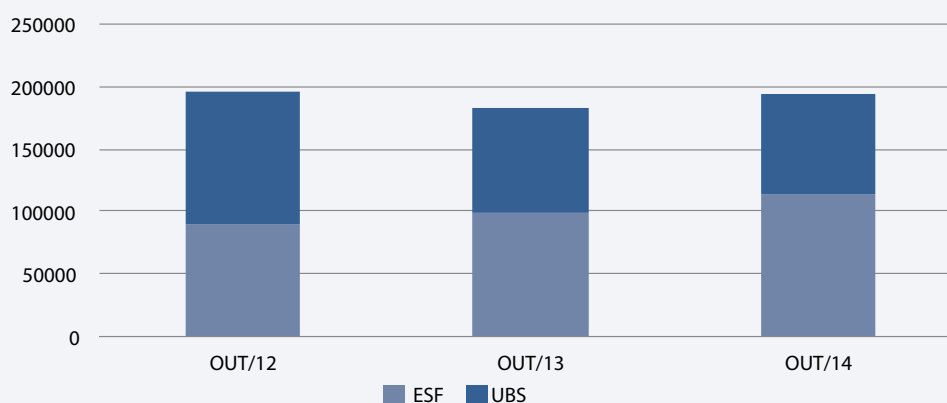
Tabela 3 - População coberta ESF*

Mês/Ano	Número	%	
dez. 12	666.787	37,53	Antes do PMM
jun. 13	729.051	41,03	
dez. 13	834.343	46,96	Com o PMM
dez. 14	908.985	51,16	

* População total de Curitiba: 1.776.761 / IBGE – 2013
Fonte: SMSC

Entre 2012 e 2014, a média de consultas por habitante/ano aumentou de 1,0 em 2012 para 1,13 em 2013 e 1,15 em 2014¹⁷. O Gráfico 1 ilustra a produção de consultas das UBS tradicionais em contraste com as US com o modelo ESF entre 2012 e 2014. Nota-se uma crescente contribuição das unidades com ESF, mesmo quando o número de médicos que atuam na UBS é maior, conforme evidenciado pelos dados da Tabela 1.

Gráfico 1 – Total de consultas por período, ESF x UBS



Fonte: E-saúde/Relatório Perfil Atendimento Médico, em 25/03/2015.

¹⁷ Dados fornecidos pela SMSC a partir das bases do IBGE e SIAB do MS.

O Gráfico 2 mostra a contribuição do PMM para a produção de consultas desde a sua implantação em 2013. Destaca o aumento das consultas do PMM em 2014 (460 consultas / médico / mês) em relação aos residentes (255 consultas / médico / mês) e outras categorias de médicos que trabalham na APS (234 consultas / médico / mês).

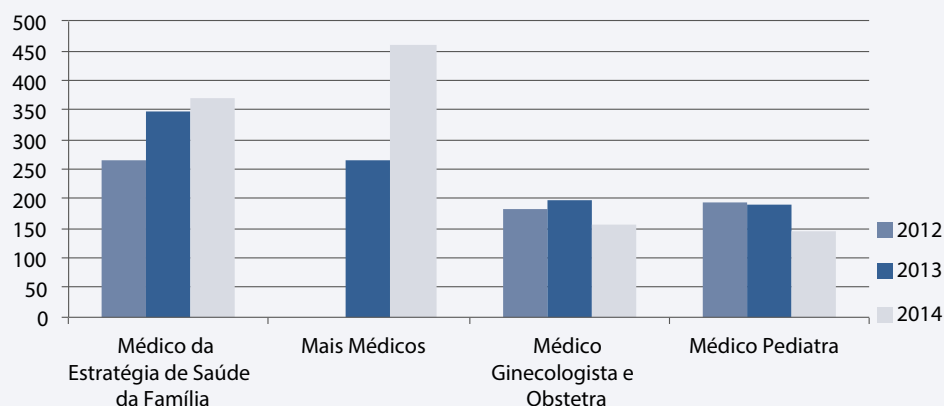
Gráfico 2 – Total de profissionais e proporção consulta/profissional, por mês e grupo profissional



Fonte: E-saúde/Relatório Perfil Atendimento Médico, em 25/03/2015.

Comparando a produção de consultas do PMM com outros médicos da ESF e com pediatras e gineco-obstetras trabalhando nas UBS, entre 2013 e 2014, o número de consultas por médicos da ESF aumentou 6%, no grupo do PMM, 72%, ao passo

Gráfico 3 – Consulta por profissional por ano. 2012-2014, Município de Curitiba



Fonte: E-saúde/Relatório Perfil Atendimento Médico, em 25/03/2015. SMSC, 2015.

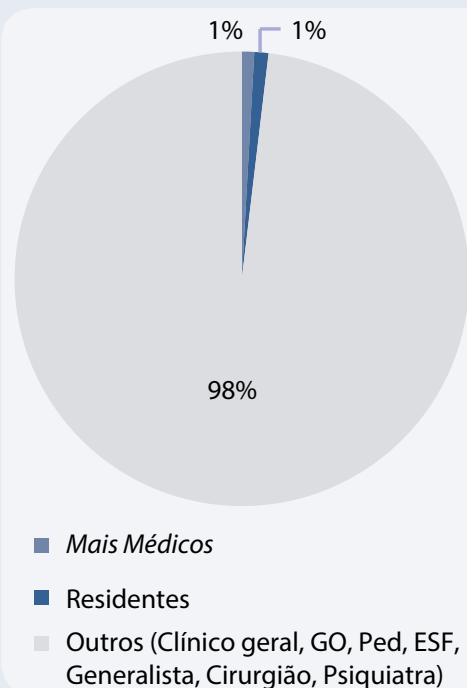
que nos grupos de gineco-obstetras e pediatras o número de consultas caiu 21% e 23%, respectivamente (Gráfico 3).

Os Gráficos 4 e 5 mostram o peso proporcional do PMM na produção de consultas nas US do município de 2013 e 2014, que passou de 1% no primeiro ano em que o PMM representava 1% dos médicos que atuavam na APS, para 10% em 2014, quando eles foram responsáveis por 5%, o que mostra um aumento na produtividade desses profissionais.

Nas observações realizadas nas US, foram constatadas condições físicas adequadas, atitude positiva dos trabalhadores com os colegas do PMM e sinais de atividade assistencial, tanto pelo número de usuários presentes como pela ocupação dos profissionais.

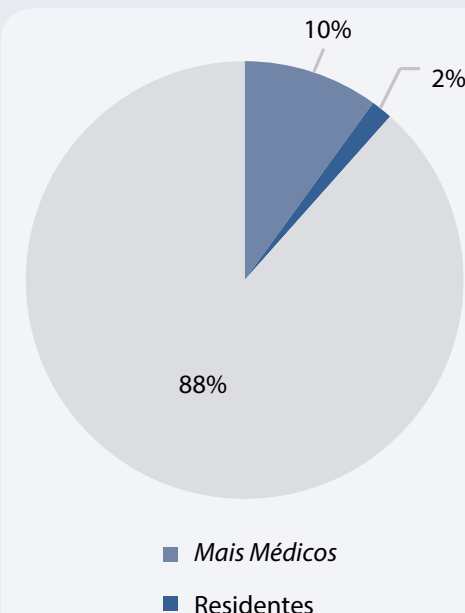
Em síntese, para essa dimensão, há consenso entre os entrevistados de que a chegada do PMM tem melhorado o acesso e a equidade, porque ocuparam os cargos médicos vagos nas US mais necessitadas, aumentaram o número de consultas e ensejaram maior produtividade. O horário de funcionamento de algumas unidades foi ampliado até as 22h00 e o Programa catalisou a implementação do conceito de “acesso avançado” aberto à demanda diária, uma política prioritária da SMSC.

Gráfico 4 – Proporção consultas, ESF x UBS. Curitiba, outubro 2013.



Fonte: E-saúde/Relatório Perfil Atendimento Médico, em 25/03/2015.

Gráfico 5 – Proporção consultas, ESF x UBS. Curitiba, outubro 2014



Fonte: E-saúde/Relatório Perfil Atendimento Médico, em 25/03/2015.

b. Integralidade

Os gestores municipais, os chefes de departamentos da APS, os gerentes de US, o tutor e os supervisores concordaram que o PMM contribui positivamente para a melhoria da integralidade da atenção e a capacidade resolutiva na APS.

Um supervisor do PMM fez a seguinte colocação:

“... Por exemplo, a colocação do DIU. Em minha opinião, aqui em Curitiba, os médicos, pelo menos os que estão sob minha supervisão no PMM, realizam mais esse procedimento que os colegas brasileiros. Porque os médicos brasileiros que colocam o DIU também tem especialização em ginecologia. Os médicos de família também o fazem, aqueles que têm residência em medicina e especialização em medicina de família... mas, uma vez que muitos médicos que estão na APS não têm especialização em medicina de família ou ginecologia, acabam não colocando o DIU... por exemplo, todos os médicos cubanos o fazem...”

Um gestor comentou o seguinte:

“... (sobre) a carteira de serviços, tivemos um aumento gradativo dos serviços oferecidos... ali também aproveitando a possibilidade, o incentivo de recursos para a compra de novos equipamentos (como) o eletrocautério, o eletrocardiógrafo, o espirômetro, a balança digital, ou seja, o leque de serviços foi ampliado...”

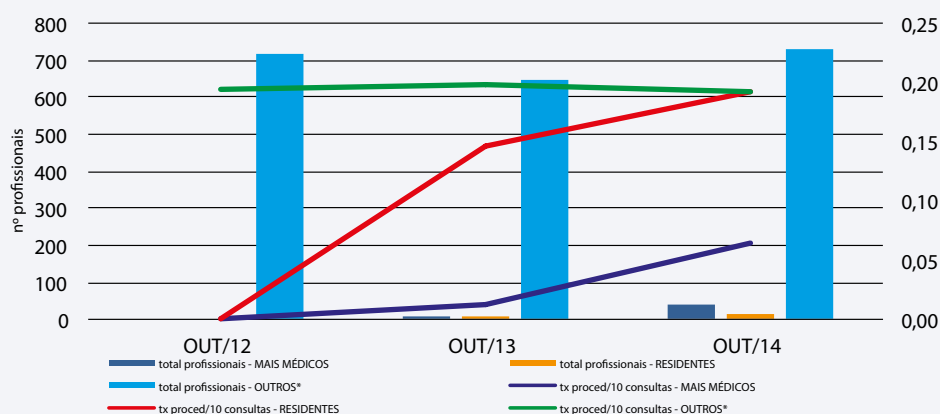
Uma gerente de US disse:

“... Eu tinha 27 mulheres na fila de espera de ginecologia geral para a aplicação do DIU, e hoje não tenho nenhuma...”

Apresentamos a seguir seis gráficos sobre produção de serviços relacionados com a capacidade resolutiva para apreciar a contribuição dos profissionais do PMM. A informação permite comparar a produção dos médicos em geral (93% de todos os médicos que atuam na APS), com os residentes (2% do total) e os médicos do PMM (5% do total).

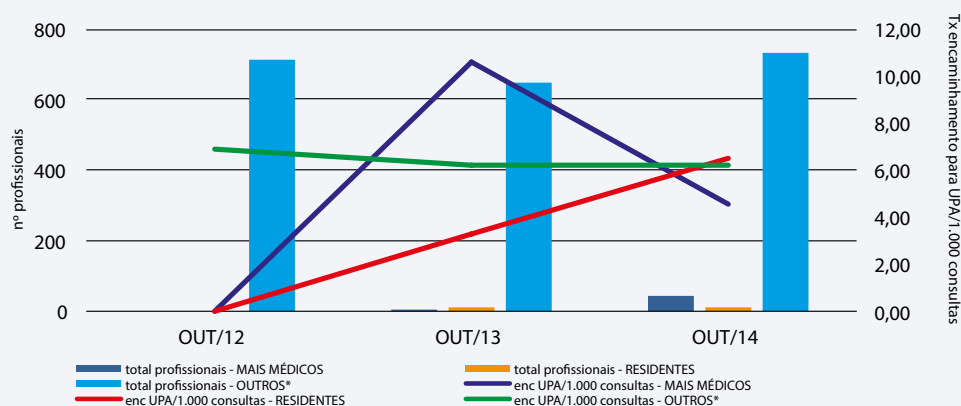
O Gráfico 6 mostra que a contribuição dos profissionais do PMM para ampliar a realização de procedimentos da carteira de serviços da APS está crescendo, embora, até 2014, estivesse inferior à produção de outros médicos que trabalham na APS.

O Gráfico 7 mostra o comportamento de encaminhamentos para as Unidades de Pronto Atendimento – UPA para cada 1.000 consultas. Nota-se que, após aumento

Gráfico 6 – Total de profissionais e taxa de procedimento/10 consultas, por período e grupo profissional

Fonte: E-saúde/Relatório Perfil Atendimento Médico, em 25/03/2015.

*OUTROS - Clínico geral, GO, Ped, ESF, Generalista, Cirurgião, Psiquiatra

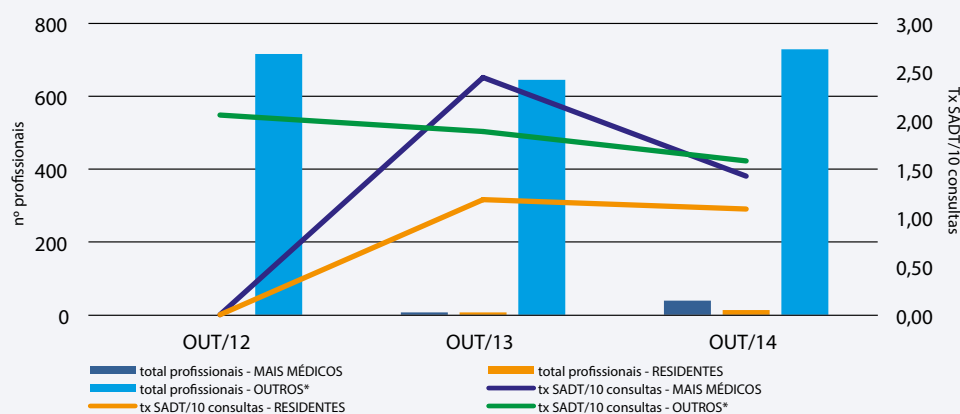
Gráfico 7 – Total de profissionais e encaminhamento para UPA/1.000 consultas, por período e grupo profissional

Fonte: E-saúde/Relatório Perfil Atendimento Médico, em 25/03/2015.

*OUTROS - Clínico geral, GO, Ped, ESF, Generalista, Cirurgião, Psiquiatra

significativo de encaminhamentos pelos profissionais do PMM em 2013 em relação aos seus colegas, em 2014, eles representam a menor taxa de encaminhamentos entre os três grupos. Entre 2013 e 2014, as derivações para as UPAs por 1.000 consultas caíram 57% no grupo do PMM.

O Gráfico 8 mostra o comportamento da solicitação de apoio diagnóstico e terapêutico entre outubro de 2012 e outubro de 2014. Nota-se que, após aumento das solicitações para cada 10 consultas em 2013 no grupo do PMM, um declínio de 44% foi registrado em 2014, alcançando uma taxa menor que a dos colegas que

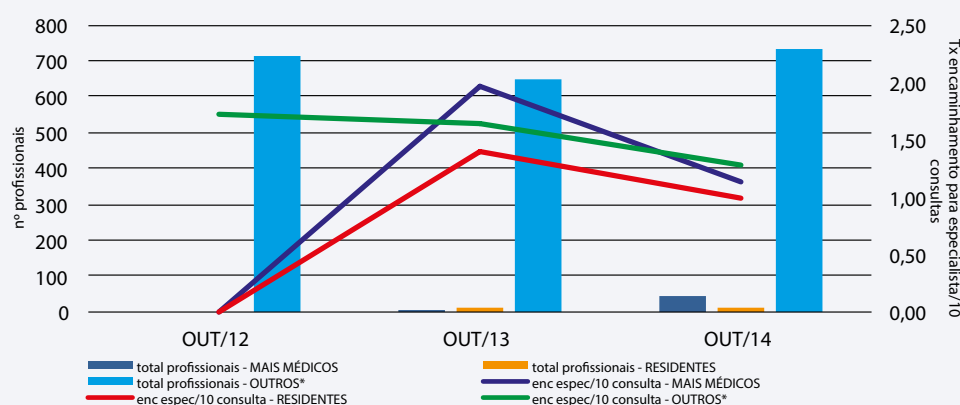
Gráfico 8 – Total de profissionais e taxa de SADT/10 consultas, por período e grupo profissional

Fonte: E-saúde/Relatório Perfil Atendimento Médico, em 25/03/2015.

*OUTROS - Clínico geral, GO, Ped, ESF, Generalista, Cirurgião, Psiquiatra

não integram o Programa, exceto os residentes. O comportamento observado no gráfico anterior sobre encaminhamentos para as UPAs se repete aqui.

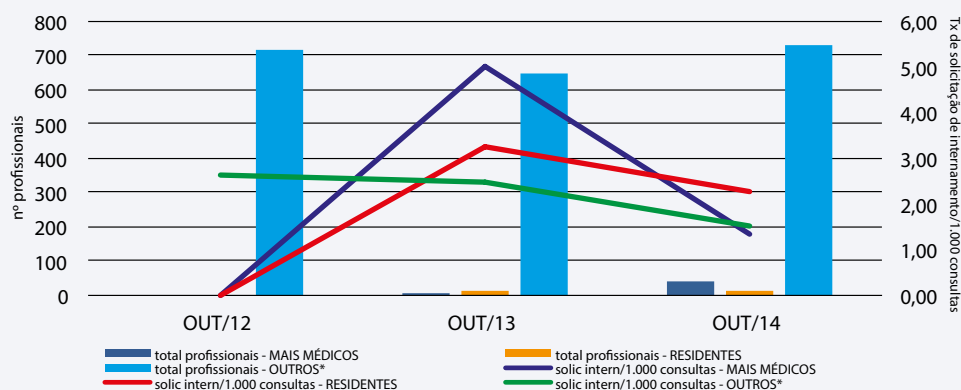
O Gráfico 9 mostra o comportamento de encaminhamentos para especialistas pelos três grupos de médicos. Observa-se, mais uma vez, uma elevação de encaminhamentos pelos profissionais do PMM entre 2013 e 2014, com declínio de 42% até ficar em posição intermediária entre os médicos em geral e os residentes.

Gráfico 9 – Total de profissionais e encaminhamento para especialista/10 consultas, por período e grupo profissional

Fonte: E-saúde/Relatório Perfil Atendimento Médico, em 25/03/2015.

*OUTROS - Clínico geral, GO, Ped, ESF, Generalista, Cirurgião, Psiquiatra

Gráfico 10 – Total de profissionais e taxa de solicitação de internamento/1.000 consultas, por período e grupo profissional



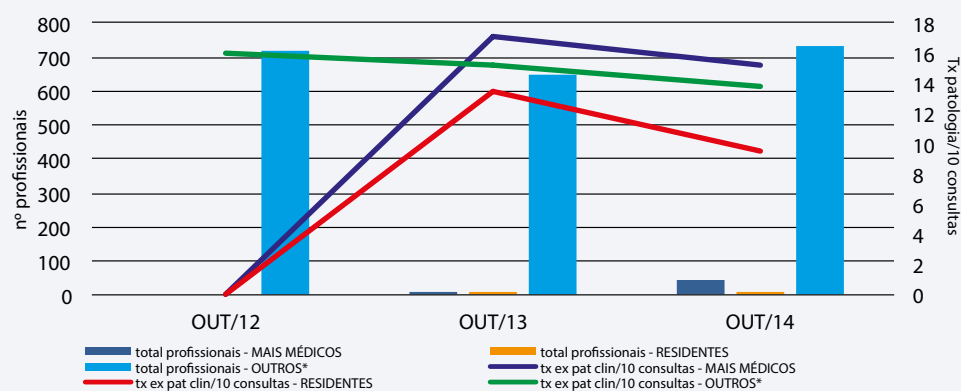
Fonte: E-saúde/Relatório Perfil Atendimento Médico, em 25/03/2015.

*OUTROS - Clínico geral, GO, Ped, ESF, Generalista, Cirurgião, Psiquiatra

O Gráfico 10 mostra o comportamento das solicitações de internações hospitalares por 1.000 consultas, comparando os três grupos. Novamente configura-se um aumento dos pedidos por profissionais do PMM em 2013 e uma queda acentuada de 73% em 2014, até ficarem abaixo dos outros dois grupos.

O Gráfico 11 mostra o comportamento das solicitações de exames de patologia clínica pelos três grupos de médicos. A taxa no grupo de PMM cresce em 2013 e mantém-se elevada em 2014. Em 2014, esse indicador foi de 15,62 exames por cada 10 consultas nas UBS e ESF, e 15,18 nas US com o PMM. Em todas as US, o

Gráfico 11 – Total de profissionais e taxa de exames de patologia clínica/10 consultas, por período e grupo profissional



Fonte: E-saúde/Relatório Perfil Atendimento Médico, em 25/03/2015.

*OUTROS - Clínico geral, GO, Ped, ESF, Generalista, Cirurgião, Psiquiatra

indicador excede o parâmetro preconizado pelo Ministério da Saúde, que é de 3 a 5 exames por 10 consultas¹⁸.

No geral, os resultados evidenciam que, após um primeiro momento em que os profissionais do PMM exigiram mais apoio diagnóstico e tratamento, encaminharam os pacientes para as UPAs e especialistas, solicitaram mais internações hospitalares do que seus colegas na APS em 2013; em 2014, seu comportamento foi semelhante ao de outros médicos que trabalham na APS. Evidenciam uma melhor adaptação aos serviços e apropriação dos protocolos de atenção pelos médicos do Programa e, indiretamente, falam em prol de uma melhor qualidade dos serviços prestados. Resumindo, os resultados indicam um funcionamento cada vez mais resolutivo e qualitativamente melhor pelos profissionais atuantes do PMM, o que subsidia a opinião da maioria dos respondentes.

Outra contribuição do PMM a partir de entrevistas é o posicionamento favorável dos médicos do Programa em relação à implementação do modelo de Saúde da Família e comunitária. Segundo a maioria dos entrevistados, esses médicos impulsionam a execução – e eles mesmos executam – ações de promoção e prevenção, se preocupam com o impacto dos determinantes sociais, abordam a dimensão comunitária no planejamento do trabalho da equipe e realizam visitas em domicílio. O exercício clínico e as consultas de pacientes são parte essencial do trabalho, porém inseridos num modelo integral de atuação.

Por outro lado, durante as visitas, observamos que os médicos não realizam o diagnóstico de saúde comunitário, que é parte substancial do modelo de SF que devem implementar em linha com o posicionamento favorável mencionado no parágrafo anterior. A explicação que recebemos é a escassez de tempo dos profissionais devido ao alto volume de atividades nas US e na comunidade. Nessa seção permanece uma questão que deve ser aprofundada mediante futuros estudos.

c. Longitudinalidade

De acordo com o depoimento de todos os entrevistados, a ligação entre as US e a população de usuários se consolidou com a chegada dos médicos do PMM. A presença contínua do mesmo médico na mesma equipe de saúde de APS é identificada como o fator diferencial, uma vez que, em algumas unidades, ou não havia médico antes ou o médico tinha alta rotatividade, o que afeta negativamente o estabelecimento e a manutenção de fortes vínculos entre as equipes de saúde e os usuários para fazer cumprir a continuidade dos cuidados.

¹⁸ Portaria No. 1101/GM – 12 de junho de 2002.

Ao se referir à chegada de médicos do PMM, uma gerente de US afirmou:

“... Eles foram fundamentais, chegaram para trabalhar oito horas ... permanecem mais tempo na unidade ... o contato com a equipe é um vínculo muito forte ... foi, para nós, muito importante, uma vez que a situação aqui era quase, como posso dizer, caótica por falta de profissionais ... quando não há Saúde da Família, não há vínculo, há uma ligação mais ou menos assim, e com a chegada de médicos cubanos, foi estabelecida uma ligação muito mais forte ...” (entrevistador) entre quem? “... Entre a equipe e o médico ... e a questão de vínculos com a comunidade, também nessa questão dos cuidados ...”

Uma das agentes comunitárias disse:

“... Temos hoje mais retornos também ... porque, muitas vezes, o paciente vinha para a consulta e não sabíamos, de fato, o que havia acontecido aqui na consulta ... temos mais retornos, a médica, por vezes, entra aqui (e diz) fulana veio se consultar hoje e tal, eu lhe indiquei isso, fiz isso ... existe essa troca ... “

Outra agente comunitária afirmou:

“... A unidade não tinha (oferta de) consultas médicas e a demanda aumentou com a chegada dos três médicos, e o melhor é, como se costuma dizer, a conexão, correto?, o acompanhamento da consulta, a continuidade da consulta, a continuidade da atenção ... “

Não dispomos de dados específicos sobre atenção longitudinal para o PMM, pelo que utilizaremos informações gerais sobre atendimento de crianças e adultos na APS como aproximação.

Entre 2012 e 2014, a média de atendimento médico de puericultura de risco cresceu 67,2% e a média de atendimento sem risco 67,4%.

Tabela 4 - Média de atendimentos de puericultura pelo médico – menores de um ano – Período 2012 – 2014

Ano	Risco	Não risco	Proporção de crianças acompanhadas no domicílio
2012	5,8	4,3	96,09%
2013	8,1	6,4	94,09%
2014	9,7	7,2	95,51%

Fonte: eSaúde – relatório concentração de consultas/atendimento para crianças – dados do POA
Fonte: SSMSC

Tabela 5 - Média de atendimento médico para crianças 1 a 2 anos – Período 2012 - 2014

Ano	Risco	Não risco
2012	2,81	2,65
2013	2,86	3,01
2014	3,53	3,21

Fonte: eSaúde - relatório concentração de consultas/atendimento para crianças

Fonte: SMSC

No mesmo período, a média de atendimento para crianças de 1 a 2 anos em risco e sem risco aumentou 25,6% e 21%, respectivamente (Tabela 5). No grupo de 3 a 5 anos, a média cresceu 18% para crianças em risco e 14,5% para crianças sem risco (Tabela 6).

Tabela 6 - Média de atendimento médico para crianças de 3 a 5 anos – Período 2012 - 2014

Ano	Risco	Não risco
2012	2,26	2,20
2013	2,40	2,29
2014	2,67	2,52

Fonte: eSaúde - relatório concentração de consultas/atendimento para crianças

Fonte: SMSC

Em relação ao atendimento para adultos, entre 2012 e 2014, a média de atendimento para hipertensos aumentou em todos os grupos de risco, especialmente os grupos de alto risco e muito alto risco, nos quais foi registrada uma alta de 85% e 59%, respectivamente (Tabela 7). Para o mesmo período, a média de atendimento para diabéticos do tipo II com médio, alto e muito alto risco elevou-se em 46%, 47,7% e 50,7%, respectivamente (Tabela 8).

Tabela 7 - Média de atendimentos para Hipertensos – Período 2012 - 2014

Ano	Baixo Risco	Médio Risco	Alto Risco	Muito alto Risco	Proporção de hipertensos acompanhados no domicílio
2012	1,86	1,92	2,22	2,60	87,43%
2013	2,66	2,69	3,17	3,76	85,80%
2014	3,50	3,33	4,11	4,14	86,25%

Fonte: eSaúde - relatório total inscritos em programa e relatório concentração de consultas/atendimento sobre Hipertenso - dados do POA.

Fonte: SMSC

Tabela 8 - Média de atendimentos para Diabético tipo II

Ano	Baixo Risco	Médio Risco	Alto Risco	Muito alto Risco	Proporção de diabéticos acompanhados no domicílio
2012	2,31	3,12	3,33	87,98%	87,43%
2013	3,03	3,63	4,10	86,84%	85,80%
2014	3,38	4,61	5,02	87,49%	86,25%

Fonte: eSaúde - relatório total inscritos em programa e relatório concentração de consultas/atendimento sobre Diabético - dados do POA.

Fonte: SMSC

Embora não possa afirmar, por falta de discriminação dos dados, o aumento de atendimentos para crianças e adultos na APS entre 2012 e 2014, especialmente no ano passado, pode ter sido beneficiado da contribuição do PMM.

O atendimento em domicílio, tanto para menores de um ano, como para hipertensos e diabéticos, não evidenciou mudanças significativas entre esses anos, como pode ser observado nas Tabelas 5, 7 e 8. Informações contraditórias foram obtidas sobre essa questão nas entrevistas realizadas. Vários entrevistados relataram que houve um aumento de atendimentos em domicílio em equipes com profissionais do PMM. Por outro lado, os médicos entrevistados mencionaram uma alta carga de trabalho nas unidades, que torna difícil dedicar parte suficiente da agenda ao atendimento em domicílio. Um deles afirmou o seguinte:

Entrevistador: Você faz visitas em domicílio? “... Realizo visitas nas horas da tarde, mas nas últimas duas semanas não foi possível fazer isso porque pediram a minha colaboração para realizar consultas, também no período da tarde ...”

Um estudo da OPAS no Brasil, de uma amostra dos médicos cubanos da cooperação técnica, mostrou que, enquanto, em nível nacional, 90,3% dos médicos entrevistados relataram atividades de campo, em Curitiba, apenas 80,3% relataram a realização de visitas em domicílio¹⁹.

Os entrevistados concordam que, por causa de sua formação em Saúde da Família, a experiência prévia de trabalho em APS e sua atitude favorável ao contato com os usuários e a comunidade, os médicos do programa estabelecem relações interpessoais calorosas e fluentes com os usuários, afetando positivamente a continuidade dos cuidados.

¹⁹ OPAS-Brasil 2014. Comunicação pessoal.

Essas declarações dos entrevistados são compatíveis com os resultados preliminares de algumas pesquisas sobre o PMM²⁰.

d. Coordenação da atenção

Esse aspecto parece ser menos sensível à implementação do PMM, isso se explicaria por que a coordenação depende fortemente de fatores além da governabilidade da APS.

Os entrevistados familiarizados com o atendimento médico, tais como os gerentes de US e médicos do PMM, consideram que uma melhor qualidade foi alcançada nas referências médicas para o segundo nível e nas solicitações de exames complementares, ao passo que relatam a falta de contrarreferência de especialistas aos médicos da APS. Outros entrevistados não têm uma opinião formada a respeito ou não se manifestaram.

De acordo com os médicos e o consultor da OPAS que atende o Programa no Paraná, a resposta de cuidados especializados é insuficiente para atender ao aumento da demanda gerada pelo PMM. Da mesma forma, a resposta ao pedido de exames laboratoriais e de imagem é morosa, causando uma perda no senso de oportunidade da atenção, critério compartilhado pelas gerentes de unidades.

Um dos entrevistados se pronunciou sobre o assunto:

“... Creio que temos algumas dificuldades importantes nas referências a cardiologistas, endocrinologistas, ortopedistas, otorrinolaringologistas e neurologistas, porque existem instalações nas outras especialidades ... e nem sempre obtemos uma contrarreferência com as competências adequadas ...”

De acordo com todos os respondentes nas US, observou-se uma melhor coordenação assistencial entre a gerência da unidade e as equipes de saúde em que opera o PMM, há melhor registro das atividades realizadas pelos médicos e maior continuidade do vínculo é alcançada entre usuários, famílias e suas equipes de APS.

Não conseguimos, durante as visitas, evidências para confirmar ou refutar as informações fornecidas pelos inquiridos.

20 Pinto, H. Encuesta de satisfacción a gestores y médicos sobre el Programa *Mais Médicos* para o Brasil. Presentación en la mesa redonda: Resultados del Programa Más médicos para Brasil, Convención Cuba Salud 2015. La Habana, abril 2015.

e. Trabalho em equipe

Os entrevistados nas US afirmam que os médicos do PMM ajudam a unificar e fortalecer o trabalho das equipes de APS. O tutor e os supervisores partilham dessa opinião. Assinalam que, apesar das dificuldades de comunicação na chegada dos médicos por causa do idioma, superadas no momento inicial, essas equipes se integraram rapidamente e mostraram interesse em aprender tanto na esfera cultural como nos conhecimentos técnicos. O tratamento dos médicos em relação aos colegas de equipe é de igualdade, sem distâncias hierárquicas entre o médico e os outros integrantes da equipe, além da distribuição lógica de responsabilidades, o que beneficia a cooperação e o desempenho coletivo. A abertura para o aprendizado e o tratamento horizontal entre profissionais chamou favoravelmente a atenção dos respondentes, que consideram isso como um fator de sucesso para o PMM.

O desenvolvimento de atividades conjuntas de capacitação e reflexão técnica por toda a equipe, incluindo o médico, foi considerado um fator positivo para a coordenação do trabalho e a coesão da equipe. Essas atividades foram facilitadas com a chegada de médicos do PMM, que são muito abertos para aprender e ao trabalho em equipe. Os entrevistados na US de Sabará destacaram que a interação entre médicos e alunos do 5º ano de Medicina favoreceu a criação de um clima de colaboração e discussão em equipe. O intercâmbio entre as diferentes culturas parece ser muito enriquecedor para a experiência do PMM. De acordo com tutor, supervisores, gerentes e médicos do PMM, uma boa relação foi estabelecida com os NASE, o que promove o trabalho em equipe e afeta favoravelmente a eficiência e qualidade do atendimento.

Durante as visitas de observação, foi constatada, nas US com o modelo ESF, a existência dos Espaços Saúde. Trata-se de salas que são usadas para atividades de educação para a saúde e outras ações de promoção e prevenção, e também para reuniões de coordenação das equipes de saúde, atividades docentes e reuniões com representantes da comunidade. Esses espaços podem ser considerados como uma condição favorável para o desempenho de várias dimensões de interesse nesse Estudo de Caso, especialmente acesso, integralidade do atendimento e da oferta de facilidades para o trabalho em equipe e o contato com a comunidade.

f. Satisfação dos usuários

Pelas razões expostas na metodologia, o presente estudo não entrevistou os usuários, pelo que essa dimensão foi explorada indiretamente através dos depoimentos de gestores, gerentes de unidades e trabalhadores, com exceção do presidente do Conselho Distrital de Saúde de Sabará. Esse último foi enfático em elogiar o

PMM e confirmou a satisfação dos usuários com o desempenho dos médicos do Programa. Apreciou especialmente a forte ligação que se desenvolve entre a comunidade e os médicos. Ressaltou a disposição dos médicos para atender consultas fora da agenda e responder às perguntas dos usuários, tanto nos centros de saúde como nos espaços comunitários, a cordialidade de seu tratamento e a abordagem abrangente nas visitas em domicílio como causas de maior satisfação dos usuários.

O tema surgiu espontaneamente em entrevistas como um dos principais fatores de sucesso do PMM. Em entrevista, cinco agentes comunitárias da Unidade de Saúde Salvador Allende expressaram, por unanimidade, que os médicos do Programa estabelecem uma relação humanizada com usuários e comunidade, favorecem o acesso da população à APS e facilitam o vínculo com os usuários ao longo do tempo.

De acordo com todos os respondentes, os elementos com mais destaque entre os usuários foram o tratamento mais humanizado dos médicos, a realização do exame físico completo e sem preconceitos dos pacientes e seu comportamento de proximidade e amigável, o que facilita o acesso e a abordagem direta dos usuários aos médicos para fazer perguntas, realizar consultas sobre questões pessoais e compartilhar preocupações e sugestões. Expressões como “os médicos tocam os pacientes”, “olham nos olhos”, “os ouvem” apareceram várias vezes em entrevistas.

Síntese das informações obtidas nas visitas às unidades de saúde

Unidade de Saúde de Sabará

Essa US opera com o modelo da ESF. Suas instalações foram construídas recentemente e conta com boas instalações físicas e tecnológicas para o trabalho da APS. Está localizada em uma comunidade periférica com população predominantemente de baixa renda. A US tem quatro equipes de ESF, duas delas com médicos do PMM. As outras duas têm médicos brasileiros concursados para trabalhar na ESF.



A gerente da Unidade garante que a chegada do PMM contribuiu para o aumento do número de consultas e para melhorar a resolutividade, consequentemente, a reduzir os encaminhamentos desnecessários a especialistas e centros de atenção

secundária. Também ressalta que o PMM melhorou ou aumentou? o atendimento em domicílio para pacientes idosos acamados e com transtornos psiquiátricos.

Ela destacou a relação positiva dos médicos do Programa com os médicos brasileiros e estudantes do quinto ano de Medicina que realizam as práticas docentes no centro, com os quais discutem os casos clínicos e outros assuntos da situação de saúde e dos serviços. Observa que o trabalho em equipe tem melhorado pelas características dos médicos cubanos da cooperação técnica, que são propensos à troca horizontal com outros profissionais não médicos e à abordagem de equipe aos problemas e soluções.



Citou como qualidade, a capacidade de estabelecer vínculos com os usuários e o 'calor' do seu trato. Ela diz ainda que esse aspecto é destacado pelos pacientes que, após conhecer esses médicos, exigem ser atendidos por eles.

Na entrevista, os médicos cooperantes do PMM salientaram a boa recepção da direção da US e de seus colegas de trabalho no sentido de facilitar a sua adaptação às novas condições de trabalho e cultura local. A abertura para o aprendizado com os outros membros das equipes de saúde foi um fator decisivo. Eles mencionaram que o apoio dos NASF tem sido um elemento muito positivo.

Eles confirmaram que há alta demanda de atendimento, mas essa pode ser tratada com disposição para trabalhar e que as condições de trabalho são ótimas. Por outro lado, indicam que a resposta da atenção especializada e dos serviços no nível secundário é morosa, a contrarreferência ausente e a articulação entre os níveis de cuidados deficiente.

O presidente do Conselho Distrital de Saúde que atende essa US e estava presente no momento da visita, considerou que o PMM ajudou a melhorar o acesso e aumentar o número de consultas pela presença física dos profissionais e por sua atitude diante do trabalho e disponibilidade de tempo. Ressaltou a cordialidade dos médicos e sua capacidade de estabelecer vínculos com os usuários e proporcionar um tratamento humanizado. Deu o exemplo da participação dos médicos da cooperação técnica nas atividades festivas da comunidade, o que facilita sua integração na mesma.



Unidade de Saúde de São Miguel

A gerente dessa unidade que funciona com o modelo de atenção tradicional diz que a chegada de um médico do PMM no centro de saúde fez a diferença. A unidade tem dois clínicos e dois pediatras que trabalham quatro horas por dia para atender a demanda. Embora o modelo da ESF nessa unidade não seja implementado, o médico do Programa assumiu como generalista com carga horária de 8 horas segundo o disposto no PMM. Em pouco tempo, tornaram-se evidentes as diferenças entre o *modus operandi* desse médico e os outros. Havia uma ligação mais forte com a equipe de saúde e a comunidade por meio do melhor aproveitamento do tempo da jornada de trabalho

e uma atitude aberta para com os usuários.

A chegada do médico ensejou a rápida evolução positiva do acesso e do vínculo com a comunidade, bem como o aumento da carteira de serviços. Antes da chegada desse médico, havia 27 mulheres na lista de espera para a aplicação de dispositivos intrauterinos (DIUs), demanda que foi rapidamente suprida pelo profissional do PMM, que reclassificou a lista de espera para consultas especializadas, evitou alguns encaminhamentos para especialistas e melhorou a qualidade dos encaminhamentos, contribuindo assim para a melhor coordenação do atendimento. O próprio médico relata que, ao começar o seu trabalho nessa unidade, se deparou com casos de polifarmácia desnecessária e uma lista de espera em que havia encaminhamentos desnecessários para especialistas e exames complementares. Salienta que realizou um trabalho em conjunto com a gerente da unidade e a enfermeira que permitiu ‘limpar’ a lista de espera e melhorar a qualidade dos encaminhamentos.

Seguindo as orientações da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, esse médico impulsionou ações de promoção e prevenção, do autocuidado da saúde e aumentou o atendimento em domicílio. Um grupo de atividades físicas promovido pela unidade de saúde cresceu de 10 para 50 participantes por meio de seu trabalho com os usuários.

De acordo com a gerente da US, essa atitude impactou positivamente na integração e pertença à unidade de saúde do resto da equipe e no aprimoramento dos processos de trabalho, algo não fornecido por outros médicos, que são vistos como “aves migratórias” por sua alta rotatividade e menor integração na vida e nas atividades do centro de saúde.

Unidade de Saúde Salvador Allende

A US trabalha com o modelo da ESF com cinco equipes de saúde, das quais três têm médicos do PMM. As cinco equipes são responsáveis por 21.000 usuários e todos os médicos trabalham com carga horária de 8 horas, dedicando um dia para visitas em domicílio.

A gerente dessa unidade considera que, como todos trabalham com o modelo da ESF e que todos os médicos são concursados com carga horária de 8 horas, a chegada do PMM fez a diferença pela atitude com os usuários e membros das equipes de saúde. Acredita que, no começo, os médicos estrangeiros do PMM tiveram dificuldades por desconhecer o idioma e algumas doenças com as quais não tinham familiaridade.

Essas dificuldades foram superadas com a familiarização com a língua e o país, mas especialmente pelo interesse e o desejo de aprender com esses médicos. A chegada do PMM melhorou imediatamente o acesso ao estender a capacidade de atendimento, a continuidade dos cuidados ao alcançar uma ligação mais forte entre médicos, equipes e usuários e aprimorou a integralidade ao ampliar o leque de serviços. Na Conferência de Saúde da Unidade²¹, foi ressaltado que o acesso a equipes de saúde que têm profissionais do PMM é mais fácil e que esses são mais simpáticos com os usuários e comunidade, o que fortalece a ligação entre eles.

Essa opinião coincide com a avaliação dos cinco agentes comunitários de saúde entrevistados, que valorizaram a atitude horizontal dos médicos do PMM com os usuários e com eles mesmos. Esses médicos pedem diretamente a opinião dos outros e informam sobre as características dos pacientes que cuidam, bem como consultam sobre os problemas da comunidade e as famílias a seu cargo.

A comunicação é mais ampla entre os membros da equipe, os médicos solicitam o acompanhamento do retorno das consultas quando um paciente faltar e, geralmente, valorizam o trabalho dos agentes comunitários. Relatam que, quando esses médicos vão até uma residência, realizam visita completa à família, perguntam sobre todos e conversam com todos, e não apenas com o paciente. Isso, dizem eles, é novo para eles. Em geral, eles acreditam que a sua atuação é mais humanizada.

Um médico do Programa que trabalha nessa unidade acredita que o acesso e a continuidade do atendimento melhoraram com o trabalho do PMM, que os

21 De acordo com o regulamento do Conselho Municipal de Saúde de Curitiba aprovado em fevereiro de 2015, a “Conferência Local de Saúde” é o espaço para discussões sobre a saúde em nível local, aberto a todas as pessoas e entidades na área de ação da Unidade de Saúde, que tem como principal objetivo avaliar a qualidade dos serviços de saúde e propor diretrizes para a política local de saúde. <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br>.

pacientes crônicos são mais bem controlados e compensados e que os pacientes relatam que o exame físico que eles fazem é mais atencioso e caloroso. Como problema, ele indica que a demanda por atendimento é elevada e que, por vezes, os médicos são muito pressionados, o que impede o cumprimento de todas as tarefas previstas no modelo de saúde da família, como, por exemplo, a realização periódica do diagnóstico de saúde das pessoas sob sua responsabilidade.

Resultados das entrevistas com os gestores

Devido à importância como líderes da SMSC e condutores da gestão municipal de saúde, incluímos a seguir algumas das considerações feitas pelo Secretário Municipal da Saúde e o Coordenador do Departamento Atenção Primária à Saúde durante as entrevistas que nos concederam.

O Secretário Municipal de Saúde definiu o PMM como catalisador das políticas e processos realizados à frente da SMSC para cumprir suas metas de melhorar a atenção à saúde da população mediante o fortalecimento da APS. Ele usou uma metáfora sugestiva ao nomear o PMM como “vitamina” para o Sistema de Saúde. Ele afirmou:

“... Acredito ser possível sintetizar o que tem representado o programa Mais Médicos para Curitiba, como grande catalisador: uma vitamina. Se pensarmos no tamanho da nossa rede, a história, os problemas que havia quando começamos, os desafios que permearam nossos primeiros dias na gestão, as ações descritas no nosso planejamento estratégico, as diretrizes, enfim, Mais Médicos chegou como uma luva e se encaixou, tanto para suprir uma significativa falta de médicos em cargos em que tivemos mais dificuldades de lotar o profissional, como também para nos ajudar no que eu considero ser o mais importante, ou seja, avançar nas mudanças do modelo assistencial que tínhamos aqui na APS e no Sistema de Saúde aqui em Curitiba ...”

Em sua opinião, o PMM está ensejando as mudanças desejadas no modelo de atenção para ampliar o acesso e aumentar a carteira de serviços, melhorando assim a resolutividade e a qualidade do atendimento. Ressalta que as UPAs estão sobrecarregadas devido, entre outros motivos, às limitações do atendimento nas US por causa da falta de agenda dos médicos para dar conta da demanda. Nessa situação, a SMSC está implementando uma nova política que possui três diretrizes. Primeiro, ampliar o horário de funcionamento do atendimento e reorganizar o processo de trabalho nas US para atender à demanda no mesmo dia e fortalecer a APS como porta de entrada para o sistema, sendo responsável pela atenção à população adscrita. Segundo, aumentar o leque de serviços, melhorando a resolutividade e integralidade. Terceiro, regular o acesso ao atendimento especializado,

aprimorando a qualidade da referência e promovendo a contrarreferência. Em conexão com a implementação de mudanças no processo de trabalho e a chegada do PMM declarou:

“... Estávamos num momento de dilema... Eu dizia: “não vamos conseguir isso” quando o Mais Médicos chegar... porque eles vão para unidades onde tínhamos mais dificuldades, e eles vêm com outra cultura, especialmente os cubanos, de uma Atenção Primária mais ampla, com a responsabilidade de cuidar da pessoa e não apenas do programa, que não olha para o “paciente”, que está preocupada com as consequências após o encaminhamento...”

Explica que essa política sofre resistências por exigir maior dedicação dos médicos, que devem otimizar sua programação horária de atendimento e aplicar mais procedimentos na carteira de serviços para a APS, o que significa sair da “zona de conforto”. A atitude favorável dos médicos do PMM em relação ao novo modelo facilita a implementação do acesso ampliado, embora a situação não esteja isenta de conflitos com os médicos que têm outro tipo de contrato.

“... Curitiba é uma cidade que sempre foi conhecida por ser um modelo. Traçamos pessoas de fora e elas começam a fazer mais coisas do que as nossas, que declaravam ser as melhores... isso gera uma tensão interessante, que administramos para que se mantivesse produtiva e, de alguma forma, Mais Médicos nos ajudou a afirmar o nosso modelo ...”

Acredita que a chegada do PMM trouxe mais responsabilidade pelo território e as pessoas a cargo das equipes e unidades, a coordenação do atendimento e a continuidade dos cuidados e do trabalho em equipe. A SMSC trabalha para ampliar as competências dos enfermeiros para realizar procedimentos na APS, aumentar o leque de serviços com a incorporação de novas tecnologias de diagnóstico, tais como, espirômetros, eletrocardiógrafos e pinças para biópsias, entre outras, questões nas quais o PMM deve ser um fator positivo.

O Coordenador do Departamento de Atenção Primária da Secretaria considera que o PMM contribui de várias maneiras para o fortalecimento da APS. Para ele o PMM...ajuda a implementar as mudanças desejadas do modelo de APS quanto à organização do trabalho em uma agenda mais flexível e com maior capacidade decisória sobre o uso do tempo pelo médico, para o melhor atendimento da demanda, respeitando prioridades e objetivos do trabalho da APS. O modelo de APS em Curitiba vem privilegiando o atendimento programado em horários fixos, em vez de um horário de trabalho flexível, que permita uma resposta mais adequada à demanda por serviços e as necessidades das pessoas a seu cargo.

O PMM ajudou a ampliar a carteira de serviços incorporando procedimentos que fornecem maior capacidade de resposta ao primeiro nível de atenção, o que, por sua vez, gera maior eficiência sistêmica pela potencialização dos recursos da APS.

Finalmente, observa que o PMM vem colaborando para evidenciar as contradições do modelo de atenção, o qual, se bem aproveitado, pode ser um fator positivo para ajustar o atendimento às necessidades da população. Referindo-se ao fato de que alguns médicos do PMM coexistem com a comunidade a que servem, menciona o seguinte:

“... Eu vejo isso sob duas dimensões que são bastante importantes. Primeiro, que sabemos dada pela coexistência natural dentro da comunidade, facilitando a integração com a comunidade, que todo mundo sabe, que todo mundo comenta e que tem resultados positivos. Mas há outra, bastante interessante, que é a dimensão da prática clínica, de quanto isso facilita, não é? Ali, na comunidade, na unidade, no cotidiano do sujeito, da relação médico-paciente, do atendimento integral que ele oferece, de quanto isso tem facilitado...”

Considera que o programa ajuda a quebrar a “lógica patrimonialista” dos prestadores de serviços, de modo que eles se posicionem como servidores e não como donos dos serviços, comportamento causado, entre outros fatores, por uma rotina de conforto e na prestação e contratos bem remunerados.

3.7 Discussão

Durante décadas, Curitiba tem desenvolvido o seu Sistema Municipal de Saúde sob orientação da Estratégia de Atenção Primária em Saúde. Desde 1995, vem implementando progressivamente a Estratégia de Saúde da Família – ESF. Os resultados sanitários positivos alcançados pelo Sistema Municipal de Saúde de Curitiba – SMSC têm sido reconhecidos nacional e internacionalmente. Nessa circunstância, o PMM não é um começo, mas uma referência a mais nessa trajetória exitosa. O trabalho dos médicos e equipes de saúde nas 109 unidades de saúde da Atenção Primária em Saúde do município tem contribuído significativamente para melhorar a situação de saúde e a qualidade da atenção muito antes da chegada do PMM, destacando-se as unidades de saúde que implementaram o modelo da ESF. A informação sobre a prestação de serviços na APS, mostrados nos resultados desse estudo, permite apreciar a notável contribuição dos médicos em geral e dos residentes em particular, que trabalham nas unidades de saúde da APS, o que, por sua vez, reflete o bom trabalho dos médicos que fundaram a APS no município, assim como o dos tutores e preceptores dos residentes e médicos

mais jovens. O PMM se insere nessa realidade, integrando-se às equipes de saúde da APS para ajudar a consolidar o bom trabalho dos seus colegas.

Em Curitiba, o PMM visou melhorar o acesso da população de baixa renda do município, residentes em áreas em que a Secretaria da Saúde não conseguia lotar médicos e, em seguida, conseguiu manter sua presença nas unidades responsáveis por essas pessoas carentes de atendimento. A resposta dos entrevistados foi praticamente unânime em afirmar que o PMM contribuiu positivamente para a APS e a atenção à saúde das comunidades cobertas pelas US em que foi implementado.

Nas comunidades que vivem em áreas periféricas com histórica falta de médicos, o impacto do PMM é imediato, melhora o acesso à rede de serviços, o acompanhamento e o relacionamento com os pacientes. Em áreas com “menor falta acumulada” de médicos, como é o caso de Curitiba, o impacto é menos óbvio, mas também melhora o acesso, a satisfação das pessoas e os laços dos serviços com os usuários, de acordo com o relato dos entrevistados.

Como resultado da presença de maior número de médicos na APS, a quantidade de consultas e de cuidados médicos aumentou. A ampliação da porta de entrada aumenta a demanda e a solicitação de exames complementares e consultas com especialistas, criando tensões na rede de serviços. Depoimentos de médicos do Programa entrevistados confirmam a alta demanda de atenção que enfrentam, por vezes, para além do seu horário de trabalho comprometido.

Os dados mostram que, no grupo de profissionais do PMM, a demanda por serviços especializados e a solicitação de testes adicionais, como proporção do total de consultas, eram significativamente maiores do que as de seus homólogos de 2013, mas diminuíram significativamente em 2014, aproximando-se em proporção às das outras categorias de médicos da APS e, em alguns casos, melhorando seu desempenho. Esse comportamento poderia estar associado com a insegurança dos médicos do PMM no início de seu trabalho em 2013, seguido, em 2014, por uma adaptação e integração no ambiente de trabalho e cultural. Em qualquer caso, é necessário interpretar esses dados com cautela, já que, em 2013, o número de médicos do Programa que trabalhavam em Curitiba era exíguo, e esses foram incorporados aos serviços no segundo semestre do ano.

Em resumo, os resultados mostram maior produção de serviços, aumento da produtividade, a necessidade mais elevada de apoio de especialistas e meios de diagnóstico e terapêuticos, mas também maior resolutividade de problemas na APS.

Vários entrevistados mencionaram que os médicos do Programa são mais acessíveis à população para atendimento fora do expediente e que alguns permanecem

na Unidade de Saúde após terem cumprido seu horário programado. Isso permite atender à demanda espontânea e reduzir as listas de espera para consultas, embora essa prática seja uma questão sensível porque pode criar atritos com os médicos que não são do PMM e trabalham com uma agenda menos flexível.

Um estudo com dados de 2008, realizado em Curitiba, publicado em 2013 comparou o desempenho dos atributos da APS entre US com modelo tradicional e US com ESF e identificou um melhor desempenho do modelo ESF no vínculo com os usuários e a integralidade, e desempenho positivo na coordenação do atendimento e a satisfação dos usuários, sem diferenças significativas entre os dois modelos²². Esses resultados estão de acordo com os de outros estudos realizados no Brasil para avaliar a APS e o desempenho da ESF^{23,24}. Nosso estudo confirma essas conclusões quanto à superioridade do modelo da ESF sobre o tradicional, ao passo que destaca a contribuição positiva do PMM para a implementação do modelo de saúde da família, até mesmo naquelas US que trabalham com o modelo tradicional.

Com relação ao modelo de atenção, de acordo com dados fornecidos pela SMSC, entre 2012 e 2014, o número absoluto de consultas na APS aumentou. No mesmo período, conforme dados da SMSC, houve alta do atendimento por demanda espontânea em relação com a atenção agendada. Isso fala em prol de maior recebimento da demanda pelas US, o que fortalece a APS como porta de entrada para o sistema, mas também pode estar limitando o tempo na agenda para o atendimento agendado para pacientes com condições crônicas, cuidados em domicílio e atividades de promoção e prevenção, o que seria um efeito indesejado.

Esse comportamento pode estar relacionado com a nova política de “acesso avançado” a partir da SMSC para resolver a agenda do dia e evitar listas de espera na APS, que inclui o desempenho do PMM. Em síntese, a mudança nas consultas agendadas e por demanda, aparentemente benéfica, por não deixar a demanda espontânea sem atendimento, requer atenção por suas potenciais implicações para o modelo de atenção à saúde da família, uma vez que dar ênfase excessiva ao atendimento por demanda (qual tipo de demanda?), pode reverter-se, em detrimento do tratamento das condições crônicas que exigem ações de promoção,

22 Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8(29):294-303. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)828](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)828).

23 Lima-Costa, MF; Turci, MA; Macinko, J. Estrategia Salud de la Familia en comparación con otras fuentes de atención: indicadores de uso y calidad de los servicios de salud en Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*; 29 (7): 1370-1380, Jul. 2013.

24 Macinko, J, Harris, Matthew. Brazil's Family Health Strategy. Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *NEJM*, 372;23. June 2015.

prevenção e cuidados clínicos agendados. A assistência planejada é um elemento essencial do modelo da APS e saúde da família.

De acordo com as informações coletadas, as variáveis consideradas no estudo apresentaram um desempenho favorável, exceto a coordenação assistencial a qual não conseguimos evidências, confirmando melhorias atribuíveis ao desempenho do Programa.

A igualdade de acesso da população à APS melhorou devido à presença dos médicos nas equipes de saúde em áreas carentes em que a SMS tinha grande dificuldade em completar as equipes com médicos e manter a presença nessas localidades. A presença estável facilita o acesso à atenção médica agendada e espontânea, através de Unidades de Saúde anteriormente carentes ou sujeitas à alta rotatividade dos médicos, enquanto melhora a ligação e a continuidade dos cuidados. A alta rotatividade de profissionais na APS foi designada como obstáculo para o bom desenvolvimento do trabalho pelos gestores municipais entrevistados em estudo sobre a articulação da rede na região metropolitana de Curitiba²⁵.

O PMM melhorou a integralidade ao ampliar a oferta de ações de saúde desde promoção da saúde até cuidados paliativos, conforme previsto na APS. Paralelamente, esses médicos têm aumentado progressivamente a realização de procedimentos clínicos previstos, mas nem sempre realizados na carteira da APS. Os procedimentos exigem competências específicas e motivação, com horário dos médicos geralmente coberto por consultas agendadas e alta demanda espontânea. Incorporar novos procedimentos pode exigir mais dedicação e aproveitamento da jornada de trabalho, o que é difícil de se alcançar se não houver incentivo para fazê-lo ou houver uma motivação especial, como é o caso do PMM.

A continuidade dos cuidados é especialmente facilitada pela permanência do médico na equipe de saúde da APS. Essa fixação permite que um único profissional acompanhe o paciente ao longo do tempo, criando um vínculo forte e uma compreensão mais profunda e abrangente do paciente. O maior grau de conhecimento que os profissionais têm sobre a população a seu cargo e a familiaridade com os problemas de saúde das famílias e usuários atendidos ao longo do tempo são fundamentais para a continuidade dos cuidados. Essa condição não é exclusiva da população servida pelo PMM, mas é fornecida nas equipes de saúde que incorporaram profissionais no Programa pelo mandato de fixar gradativamente profissionais na mesma unidade.

25 Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. Rev. Adm. Pública. Rio de Janeiro, 2013.

Não obtivemos evidências de melhora na coordenação do atendimento atribuíveis ao PMM. O desempenho desse atributo depende de fatores que fogem do escopo do Programa e da governabilidade da APS. O estudo acima mencionado confirma a existência de obstáculos ao bom desempenho da coordenação da atenção fora do âmbito da governabilidade da APS²⁶. Esse estudo indica que a implementação do modelo de ESF não é suficiente para melhorar a articulação em rede, como esperavam alguns operadores. Como tem sido demonstrado por alguns estudos que analisaram os dados do PMAQ, a coordenação entre atenção básica e a atenção especializada é um dos pontos frágeis do SUS, e, aparentemente, somente a implementação do PMM não consegue melhorar essa situação de forma significativa²⁷.

No entanto, elementos integrantes desse atributo, como o sistema de informação, os serviços de Telessaúde e a qualidade de encaminhamentos de pacientes para atenção secundária podem se beneficiar do PMM devido ao maior rigor na coleta de dados, à supervisão dos profissionais e à exigência e vigilância pelos gestores em todos os níveis, incluindo federal. A contrarreferência do segundo nível para a APS parece ser o elemento mais indiferente às ações dos médicos do PMM.

De acordo com os entrevistados, o trabalho das equipes de saúde de APS tem se beneficiado com a chegada dos profissionais do PMM. Após um período inicial de dificuldade de comunicação e decodificação de significados entre os membros das equipes de saúde e os médicos estrangeiros (não é o caso dos médicos brasileiros do Programa), a integração das equipes foi facilitada pela presença de médicos capacitados para a APS e com atitude positiva em relação ao trabalho na APS. Sublinha, nesse caso, a relação horizontal estabelecida pelos médicos com os outros integrantes da equipe, incluindo agentes comunitários de saúde. Esse elemento é altamente valorizado por reduzir distância e hierarquia entre os médicos e outros profissionais, limitando as diferenças às suas competências e responsabilidades na saúde de sua população. O estudo de caso sobre a implementação do modelo de atenção às condições crônicas (MACC) na APS Curitiba chegou a conclusões semelhantes sobre a importância de capacitar as equipes e realização de ações conjuntas de formação para a coesão e o trabalho em equipe²⁸.

Por fim, de acordo com os depoimentos recebidos, a satisfação dos usuários com o PMM é elevada. Vale ressaltar o depoimento do presidente do Conselho de Saúde de Sabará, que enfatizou os benefícios do PMM para a comunidade, a atitude solidária e humana dos médicos designados para equipes e a coexistência

²⁶ Ibid cit. 27.

²⁷ Fausto, MCR; Giovanella, L; Mendonça, MHM; Seidl, H; Gagno, J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. Em: Saúde em Debate, Rio de Janeiro, V. 38, N. Especial, P. 9-12, Out 2014.

²⁸ Ibid p. 5.

com vários desses médicos atendentes que vivem na comunidade e se tornam membros proeminentes da mesma.

Tudo isso beneficia diretamente o vínculo da comunidade com a sua Unidade de Saúde e dos usuários com seu médico e sua equipe assistencial, o que fortalece o acesso à APS como porta de entrada para o sistema e melhora a continuidade dos cuidados.

3.8 Conclusões

O PMM favorece o fortalecimento do modelo de saúde da família pela formação, experiência e disposição para trabalhar dos médicos do PMM na implementação desse modelo.

O Secretário de Saúde de Curitiba utilizou uma metáfora singular para explicar a contribuição do PMM ao defini-lo como “vitamina” administrada ao Sistema Municipal de Saúde. Pensamos que esse termo é ilustrativo do que o PMM tem significado.

Com pouco mais de um ano após o início da sua implementação em Curitiba, o PMM tem a satisfação dos beneficiários, a aprovação dos gestores municipais e gerentes das Unidades de Saúde em que trabalham profissionais do PMM e a aceitação dos outros membros das equipes de saúde que trabalham na APS. Usuários, chefes e colegas são três pilares importantes da aprovação.

No intuito de sintetizarmos os fatores que explicam a contribuição do PMM na APS, três condições nos parecem mais relevantes. Em primeiro lugar, melhorar o acesso e a equidade, pela presença de médicos nas US aonde falta esse profissional, o que, por sua vez, impede a plena execução da ESF.

Em segundo lugar, a competência dos médicos para trabalhar na APS, dada por sua formação em saúde da família e experiência de trabalho anterior nesse campo. Esses médicos conhecem a teoria e dominam a prática do trabalho na APS, tanto na dimensão populacional, como nos cuidados clínicos. Isso fica claramente evidente no contingente de médicos cubanos – em Curitiba 31 dos 42 profissionais que atuam no PMM são cubanos – em que todos são especialistas em medicina de família, têm pelo menos uma experiência internacional anterior e mais de oito anos de atuação profissional.

Em terceiro lugar, a atitude desses médicos em prol de uma relação horizontal com outros membros da equipe de saúde e um tratamento médico mais próximo

e caloroso com os usuários. Essa condição foi muito valorizada por todos os entrevistados e parece fazer muita diferença.

Em síntese, o PMM permitiu à SMSC fixar médicos em cargos com alta rotatividade, com profissionais com formação e experiência em saúde da família, contribuindo para garantir o acesso e a cobertura na APS, por meio do atendimento integral, humanização e, como consequência ganhou a aprovação da população, dos gestores e da equipe de saúde.

Lições Aprendidas

1. Contribuição ao SUS. O PMM favorece a implementação da política de atenção básica e do modelo de atenção da Estratégia Saúde da Família. Assim, o PMM ajuda a realizar os mandatos do SUS em seus valores de universalidade e equidade, mas também no fortalecimento da estratégia principal para atingir esses valores com base na Atenção Primária à Saúde.
2. Modelo de atenção. Tão importante quanto a contribuição para a ampliação do acesso e da cobertura, é o aporte qualitativo à implementação do modelo de saúde da família com profissionais aptos e motivados para fazê-la. Não se trata de mais do mesmo, mas sim agregar valor qualitativo à ampliação do acesso e da cobertura por meio do aumento de procedimentos na APS, a continuidade da atenção e a resolutividade nos serviços de APS.
3. Humanização da atenção. De acordo com os depoimentos, tão importante quanto contar com um médico acessível é que esse profissional os trate como iguais, com calor humano, repeito e dignidade.

Destruindo Mitos

1. O PMM em municípios com boas condições de vida e resultados de saúde. A prioridade do PMM é suprir a falta de serviços de saúde na APS nas regiões mais pobres e remotas do país. Embora esse não seja o caso de Curitiba, como um todo, é possível obter, nesse tipo de município, benefícios do Programa para cobrir áreas carentes, com o valor adicional de oferecer um serviço abrangente e resolutivo.
2. O PMM em regiões metropolitanas. Mesmo com a contribuição de um pequeno número de médicos em relação a todo o município, a implementação do PMM pode fazer a diferença em municípios urbanos e regiões metropolitanas. O caso de Curitiba nos ensina que um gestor competente pode usar o PMM para acelerar e consolidar a transição para uma APS mais acessível, com serviços mais abrangentes e de melhor qualidade.
3. A diversidade cultural não é um problema, mas sim uma vantagem. Considerando a satisfação do usuário e aceitação por parte dos membros das equipes de saúde, o intercâmbio cultural fomentado pelo PMM é uma virtude, e não um obstáculo. Cooperantes, colegas, tutores, supervisores e beneficiários concordam que todos aprendem e ganham nessa prática.
4. Barreiras idiomáticas. O idioma não foi uma barreira, embora tenha, inicialmente, dificultado a comunicação entre os profissionais, as equipes de saúde e os usuários. As limitações de comunicação por causa de competências linguísticas foram mais do que compensadas pela empatia e o tratamento humano dos médicos provenientes da cooperação técnica.
5. Qualidade da atenção com médicos formados no exterior. Após um período inicial de adaptação, o desempenho técnico dos médicos do PMM ficou semelhante aos médicos capacitados no Brasil, o que limita a variabilidade do atendimento, que é um indicador negativo de qualidade.

Temas abertos ao debate

1. Dificuldades na integração entre níveis de atenção. A implementação do PMM não melhora, aparentemente, a integração entre a APS e o atendimento especializado. A experiência de Curitiba mostra que isso não foi ainda alcançado, apesar de ser uma das três prioridades do Secretário de Saúde. No entanto, das informações coletadas nas entrevistas, é possível destacar o potencial que o fortalecimento da APS pode significar para melhorar a integração em rede dos serviços de saúde.
2. Atendimento agendado vs. atendimento por demanda. Como atender a demanda de atendimento diário não agendado e, ao mesmo tempo, o cuidado longitudinal de pacientes com condições crônicas? Como impedir que as pessoas usem outras portas de entrada para o sistema como as UPAs ou os hospitais sem afetar a lógica planejada e programada do modelo de saúde da família?
3. Modelo de Saúde da Família. Como evitar que a ênfase na satisfação da demanda conspire contra a plena implementação do modelo de saúde da família, incluindo o diagnóstico de saúde comunitário, o planejamento e a programação das atividades da APS, as atividades de promoção e prevenção e as ações nos determinantes sociais em nível local?
4. Sustentabilidade. A dedicação no cumprimento da carga horária e a vontade de trabalhar na APS dos médicos da cooperação técnica com a OPAS é um ponto forte do Programa, que representa um desafio, uma vez concluído o projeto de cooperação. Como sustentar em longo prazo o número de médicos em lugares pouco ou nada atraentes para lotar e manter profissionais brasileiros, uma vez concluída a fase dos médicos estrangeiros da cooperação? Será possível sustentar, em médio e longo prazo, a dedicação e motivação pela APS mostradas pelo PMM? Será que a formação dos médicos que ocuparão essas vagas está alinhada com o perfil exigido?



4. Comentários dos gestores

4.1 A Atenção Primária à Saúde no SUS Curitiba: um breve relato dos avanços e desafios e o papel do Programa Mais Médicos

Curitiba aparece ao lado de outros municípios brasileiros, como Porto Alegre – RS e Niterói – RJ, na origem de um modelo de Atenção Primária à Saúde – APS que incorporava o médico generalista (médico de família e comunidade) e atuava com uma equipe multiprofissional vinculada a uma população definida. Essas experiências terminariam inspirando o Ministério da Saúde a criar, no final de 1993, o Programa de Saúde da Família – PSF, mais tarde rebatizado como Estratégia Saúde da Família – ESF.

Personalidades importantes da história da organização do sistema de saúde municipal defenderam esse modelo, como os professores Lysandro Santos Lima e Dante Romanó Junior. Em 1991, o Centro de Saúde Pompéia na Regional do Pinheirinho iniciava um projeto-piloto em Medicina de Família com os médicos, David Claret Bueno e Ana Maria Sant’ana. Ambos seguem atuando na rede curitibana e a eles se somaram outros médicos de família (ou generalistas) que contribuíram e contribuem para o crescimento dentro e fora da cidade de uma forma de organizar os serviços de saúde que colocam a Unidade de Atenção Primária como centro de cuidado e de acompanhamento das principais demandas da população.

Outros dois momentos importantes para a expansão desse modelo foram: em 1993 a vinda de um médico de família e comunidade do Grupo Hospitalar Conceição – GHC, Mário Tavares, que ajudou a implantar a Unidade de Saúde da Família São José e o apoio do Dr. Carlos Grossmann, uma referência nacional para a Medicina de Família e Comunidade – MFC; e em 1995, a consultoria internacional da Universidade de Toronto, por meio de seu Departamento de Medicina Familiar e Comunitária, que realizou um programa de estudos intensivos com profissionais das Unidades Básicas de Saúde – UBS de Curitiba.

Na segunda metade da década de 1990 houve uma expansão na ESF em Curitiba, que acompanhou o enorme crescimento populacional da região sul da cidade. De 1995 a 2001, o número de equipes de saúde da família foi ampliada de 5 para 114. Em 2001, Curitiba sediou o 5º. Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade e contribuiu para o crescimento e solidificação dessa especialidade, o que ocorreu na década seguinte. Médicos e enfermeiros da Secretaria Municipal

de Saúde de Curitiba, como Vera Drehmer, Hamilton Wagner, Eduardo Funchal, João Schneider, dentre outros, organizaram um curso de especialização clínico em Atenção Primária em Saúde, que formará uma geração de profissionais em todo o país.

Naquele momento, as unidades da Estratégia de Saúde da Família eram o principal equipamento de saúde do município, o modelo a ser seguido por outras UBS, aquelas que se responsabilizavam mais fortemente pelo cuidado da população e que ofereciam os serviços mais abrangentes. Num movimento semelhante a outros países onde a APS era mais antiga e consolidada, algumas dessas UBS passaram a funcionar à noite e nos fins de semana, com profissionais da própria APS, para atender a população de uma região ampliada, eram as Unidades de Saúde 24h.

De 2002 a 2012, o SUS Curitiba cresceu muito, assumiu maior responsabilidade sobre o cuidado de problemas de saúde menos comuns e avançou na criação de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, na contratação, avaliação e auditoria de consultas especializadas e de leitos, na criação e aperfeiçoamento de um sistema informatizado e, por fim, na criação e expansão das Unidades de Pronto-Atendimento – UPA, mais próximas do modelo de emergência hospitalar do que do das UBS que atendiam com horário expandido à noite e nos fins de semana.

Ao tempo em que se tornou uma rede mais robusta e complexa, o cuidado com o paciente e suas necessidades, principal fortaleza da APS, pode ter se perdido ou ter diminuído potência. Em 2012, das 109 UBS do município, 55 atuavam com ESF e 54 ainda no modelo tradicional, com pediatras, ginecologistas e clínicos dividindo o cuidado das pessoas em função da faixa etária, gênero ou patologia. A Região Central e a Região Norte da cidade, mais rica, permanecia com esse modelo e com uma certa defesa de que a ESF seria mais adequada para as regiões de maior vulnerabilidade social.

Uma análise do perfil de atendimento das ESF desse período demonstra também que, apesar da expansão de profissionais e de UBS, não houve um aumento na produtividade de consultas médicas ou de enfermeiros. Procedimentos como suturas, pequenas cirurgias, drenagem de abscessos, inserção de DIU, deixaram de ser realizados regularmente em várias UBS. O acesso às consultas tornou-se extremamente burocratizado, com a definição de horários e fluxos específicos para as consultas do dia e vários períodos voltados para programas ou patologias.

De certo modo, a APS passou a responder à própria maneira como se organizava a gestão municipal da saúde, que em vez de olhar para as principais necessidades da população e dividir os serviços de modo a atendê-las por níveis de atenção (APS, atenção especializada e hospitalar), pensava a rede em função de ciclos de

vida e de patologias (saúde da mulher, da gestante, do adolescente, do adulto, da criança, mental, cardiovascular, do idoso, do homem...), que por meio de protocolos definiam os papéis dos níveis de atenção.

Nesse desenho de rede, a APS passou a se ocupar principalmente de alguns grupos prioritários, enquanto as UPAs incharam no atendimento a todo o tipo de pacientes sintomáticos, majoritariamente casos leves. As UPAs em Curitiba se estruturaram também com muitos leitos de observação e vagas de emergência, funcionando como pequenos hospitais, mas sem uma economia de escala adequada para isso. Em 2012, as oito UPAs municipais atenderam em média 30% do número de pacientes atendidos por 109 UBS e representaram um custo mensal que variou entre 1,5 e 2 milhões de reais.

A gestão municipal foi responsabilizada por contratar os serviços secundários e terciários, mas os casos encaminhados pela APS não sofriam uma regulação clínica que ajudasse a diferenciar os casos leves dos graves. Entre 2002 e 2012, os médicos das UBS tradicionais encaminhavam mais de 20% dos pacientes que atendiam, enquanto os médicos da ESF encaminhavam em torno de 18%. A alta taxa de encaminhamentos da APS, associada à quase nula regulação dos casos encaminhados e, por fim, o baixo número de altas dos ambulatórios especializados (mais de 80% das consultas são retornos ou marcações internas), geraram longas filas de espera para a maioria das especialidades.

Esse era o retrato do SUS municipal em 2013, quando assumiu uma nova gestão na saúde. Uma Secretaria Municipal de Saúde com uma estrutura burocrática e uma cultura institucional consolidadas, uma rede robusta de equipamentos, profissionais de saúde com qualificação acima da média nacional, mas um modelo de atenção centrado em patologias ou programas específicos e com as UPAs como protagonistas do atendimento aos sintomas mais comuns, com bom acesso e sem continuidade do cuidado. Além disso, passava por sérias dificuldades econômicas, por possuir, havia muitos anos, despesas acima do orçamento.

O maior desafio da gestão nesses últimos dois anos e meio tem sido o de aproveitar da melhor forma a estrutura existente, debatendo um novo modelo de atenção. Resgatar o papel de ordenação da rede que a Atenção Primária precisa ter. Nesse sentido, ocorreu uma nova onda de expansão da ESF e afirmou-se o objetivo de que todas as UBS assumissem esse modelo. Faz-se uma reforma no modo como as equipes de saúde da família vinham atuando, tendo como eixo os atributos centrais da APS: acesso facilitado, abrangência dos serviços ofertados, vínculo e continuidade do cuidado e a coordenação dos casos encaminhados para outros níveis de atenção.

Nessa proposta, o papel dos médicos de família e dos enfermeiros que atuavam no SUS Curitiba desde os primórdios da rede foi essencial. Muitos desses participaram ativamente dessa retomada e serviram de exemplo para outras UBS, bem como se envolveram na preceptoria da residência de medicina de família e comunidade e da residência multiprofissional em saúde da família, que foram abertas na SMS em parceria com a Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde e com a Faculdade Pequeno Príncipe).

Em relação ao acesso à saúde, as agendas das UBS vêm progressivamente ficando mais abertas às necessidades das pessoas. O horário de 10 unidades foi expandido até às 22 horas, tem-se destacado o papel clínico do enfermeiro e os diretores dos distritos sanitários incluem cada vez mais as UPAs como parte da sua gestão do território.

Para ampliar a oferta de serviços nas UBS foi elaborada uma carteira com uma lista de atividades consideradas essenciais da APS. Equipamentos como eletrocardiograma digital, aparelho de eletrocirurgia, espirômetro digital, punch para biópsia, dentre outros, foram adquiridos para todas as UBS. O resultado é que há um aumento do número de procedimentos nas UBS e uma diminuição no número de encaminhamentos.

A estratégia para lidar com a relação entre a APS e a assistência especializada é a de desenhar uma rede de atenção em que há vários pontos de (tele)regulação, (tele)consultoria e de atendimento presencial. O Telessaúde Neurologia é um exemplo, desde dezembro de 2013 todos os casos encaminhados pelas UBS têm uma resposta rápida de um médico de família e comunidade, que atua em conjunto com neurologistas do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR) para devolvê-los com orientações, solicitar exames (como tomografia computadorizada) ou agendar uma consulta para os casos mais graves. No mesmo sentido foram ampliados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASE, incorporando categorias médicas como pediatria, ginecologia, clínica médica com ênfase em doenças infecciosas ou geriátricas, psiquiatria e foi revisada a atuação das categorias que deles já faziam parte – fisioterapia, nutrição, educação física, psicologia e farmácia. Cada uma dessas categorias é responsável por receber as demandas dos profissionais das UBS na sua área de atuação e por dar um retorno breve de acordo com a situação, com informações, solicitação de exames ou encaminhamento para consulta/atendimento.

Todo esse movimento em apenas dois anos e meio tem se refletido em mudanças nos indicadores de processo e de resultado, geralmente satisfatórios, como a redução na mortalidade infantil em 20%. Mais tempo e estudos serão necessários para fazer uma análise mais ampla.

O Programa *Mais Médicos* – PMM surgiu nesse contexto de mudança e precisa ser entendido e avaliado tendo como base o terreno que apresentamos. A primeira resposta que o PMM trouxe para Curitiba foi a de resolver uma dificuldade persistente nos últimos anos, a de completar o quadro de médicos. Essa escassez se acentuou com a crise financeira já mencionada. A participação mais profunda desses médicos, no entanto, se deu na discussão do modelo de atenção primária. Em Curitiba, o PMM agregou 48 médicos de oito nacionalidades diferentes, que contribuem com a experiência de seus países para questionar padrões de atendimento que vigoravam há mais de 10 anos nas UBS.

Os 30 médicos de Cuba trouxeram na mala a experiência de uma APS sólida, que é centrada no atendimento às principais necessidades da sua população, no tempo oportuno e com uma oferta de serviços ampliada. Esse aporte se soma às discussões feitas pela gestão municipal nos últimos dois anos e à própria origem da APS na cidade, que permanece viva com os profissionais que seguem atuando desde a década de 1980 e 1990.

O PMM como provimento deverá ter um ciclo curto em Curitiba, o objetivo atual é expandi-lo por meio da residência médica universal com a residência em MFC com muito mais vagas e como pré-requisito para outras especialidades.

Só o tempo dirá, e daqui a muitos anos, se de fato o momento que vivemos hoje no SUS Curitiba significou uma guinada em direção a uma rede de atenção mais centrada na pessoa e mais custo-efetiva. Se sim, o PMM como política de provimento e como qualificação da formação em MFC terá sido um agente importante nesse processo.

Adriano Massuda, Paulo Poli

Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba – SMS-Curitiba

4.2 Importantes avanços do Programa *Mais Médicos* retratados no município de Curitiba-PR

O Programa *Mais Médicos* (PMM) foi criado em julho de 2013 por meio de medida Provisória que foi convertida em lei em outubro do mesmo ano, somando-se a um conjunto de ações e iniciativas num cenário em que o governo federal assumiu a tarefa de formular políticas públicas para enfrentar os desafios que vinham condicionando o desenvolvimento da Atenção Básica (AB) no País.

A Atenção Básica é a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), que deve ordenar o acesso com equidade aos demais serviços da rede de saúde, estar presente em todos os municípios e próxima de todas as comunidades, garantindo acesso universal, com qualidade e em tempo oportuno (PINTO, 2014).

Em 2013, ano de criação do Programa, o Brasil tinha uma proporção de médicos por habitante significativamente inferior à necessidade da população e do SUS. Esses médicos estavam mal distribuídos no território, de modo que as áreas e as populações mais pobres e vulneráveis eram as que contavam – proporcionalmente – com menos médicos (GIRARDI, 2011). Muitas cidades não tinham médico residindo no território do município (mesmo com a visita de um médico não tinha a permanência do profissional ao longo da semana) e grandes contingentes populacionais não contavam com acesso garantido a uma consulta médica.

Além disso, o País formava menos médicos do que a criação anual de empregos na área nos setores público e privado, o que agravava a situação a cada ano. Portanto, por mais que existissem políticas para expandir os serviços públicos, não havia a possibilidade de contar com os profissionais no planejamento desses serviços. Isso é notório quando, de 2002 a 2012, o total de médicos formados em todas as escolas do Brasil conseguiu atender apenas 65% da demanda do mercado de trabalho: o déficit, neste período, atingiu o índice de 53 mil médicos (UFMG, 2011).

O Programa *Mais Médicos* é a maior iniciativa já realizada no País e está entre as maiores do mundo para enfrentar esse conjunto de problemas (OLIVEIRA, 2015). É composto por uma dimensão de resposta imediata e emergencial, mas também apresenta uma dimensão de médio e longo prazo, que é a formação e o provimento de médicos aos serviços de Atenção Básica em áreas com maior necessidade e vulnerabilidade.

Nesse aspecto, o Programa recruta profissionais graduados no Brasil e fora do País, brasileiros e estrangeiros, para atuar nas áreas com maior necessidade e garantir a essas populações o direito concreto e cotidiano ao acesso universal – e com qualidade – aos serviços de saúde. Esses profissionais participam de uma

série de atividades de educação e de integração ensino-serviço para que desenvolvessem uma atenção à saúde de qualidade de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2015).

É com essa expansão planejada que o Programa visa sair da proporção de médicos por habitantes que o Brasil apresentava em seu lançamento (1,8 médico/1.000 habitantes) e atingir a marca de 2,7 médicos/1.000 habitantes no ano de 2026.

Além disso, o Programa prevê investimentos para a qualificação da estrutura, melhoria das condições de atuação dos profissionais e funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), buscando consolidar um padrão de qualidade superior nos serviços locais da atenção básica brasileira, promovendo não apenas a melhoria da rede de serviços já existentes, mas ampliando significativamente o número de UBS no País.

A relevância e a repercussão do Programa estão bem retratadas nesse estudo de caso do município de Curitiba-PR. Ao mesmo tempo em que reafirma a importância da dimensão de provimento do Programa em um perfil de região que nem sempre é o mais citado – as periferias de grandes cidades – demonstra como foi necessária essa ação coordenada entre governo federal, estados e municípios para viabilizar o acesso da população a uma equipe com médico em uma cidade com um histórico significativo de implantação da atenção básica.

Nesse sentido, este Estudo de Caso também demonstra como o PMM veio para fortalecer a atenção básica de modo a ratificar o que é amplamente confirmado na literatura internacional e também com importantes apontamentos das publicações nacionais: quando implantada em todas as suas condições, é possível sim fazer um bom trabalho orientado pelas necessidades da comunidade e melhorar indicadores como os de diminuição de encaminhamentos e internações por causas sensíveis à atenção básica.

O relato do município reforça como o PMM superou os questionamentos que colocavam em dúvida a necessidade do governo federal em assumir o desafio de garantir o provimento de profissionais nas áreas com maior necessidade e vulnerabilidade e mais dificuldade de atração e fixação de médicos para realizar o atendimento básico à saúde da população. A adaptação rápida e a afirmação de solidariedade presente na fala dos médicos cubanos contribuem para esse entendimento e para um cenário que não seria possível sem a expertise e a cooperação da Organização Pan-Americana de Saúde.

Além disso, também ficou demonstrado como houve um aumento no escopo de práticas na AB com a presença de profissionais com formação específica, na área de Medicina de Família, complementando a presença de médicos especialistas na

área que já atuavam em Curitiba. Este nos parece ser um dado de realidade que ajuda a vislumbrar as ações de médio e longo prazo do PMM: com as mudanças da graduação e da residência médica cada vez mais teremos médicos com esse olhar e competência formados no Brasil.

A relevância desse tema ocorre pelo fato de que o Eixo Formação Médica do PMM ganhará cada vez mais visibilidade, tanto no debate público e acadêmico quanto na percepção das pessoas. Mais ainda se observarmos que a mudança na formação médica inclui as transformações na residência médica previstas na Lei 12.871, de 2013.

Um primeiro efeito antes de 2018 passa por cada vez ser mais frequentes usuários do SUS serem atendidos por médicos formados que estarão fazendo sua trajetória como especialista em Medicina de Família e Comunidade: uma formação que qualifica o profissional para fazer essa mesma medicina tão bem avaliada pelos usuários e gestores quanto são perguntadas razões pelas quais aprovam a atuação do Programa *Mais Médicos*.

Sabidamente a presença dos médicos residentes tem um impacto ainda maior que a ampliação da oferta dele: a melhoria da qualidade do serviço e uma preocupação com o monitoramento permanente dela. Nesse sentido, a experiência de Curitiba também é exitosa em demonstrar a importância da Residência de Medicina Geral de Família e Comunidade para o sistema de saúde e para a garantia do preceito constitucional de que o SUS é responsável por ordenar a formação de recursos humanos em saúde.

É através de estudos como esse e demais avaliações desenvolvidas pelas universidades que podemos afirmar que os primeiros impactos na saúde das brasileiras e dos brasileiros já podem ser sentidos, outros ainda virão, ainda mais com as mudanças em curso na formação médica. O Programa *Mais Médicos* é um dos mais importantes capítulos da história da Saúde Pública Brasileira e está garantindo, a quem mais precisa do SUS, o direito à saúde.

Felipe Proença de Oliveira

Diretor do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde – SGTES/MS

Heider Aurélio Pinto

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde – Ministério da Saúde.

Bibliografia consultada

1. 52 Consejo Directivo de la OPS. Recursos Humanos para la Salud: Aumentar el Acceso al Personal Sanitario Capacitado en Sistemas de Salud Basados en la Atención Primaria de Salud. Resolución CD52.R13. Washington, D.C., EUA, del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013
2. Barbara Starfield. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. <https://books.google.com.br/books?hl=en&lr=&id=QMm17oCEjrEC&oi=fnd&pg=PA3&dq=barbara+starfield+primary+care&ots=1lFAXFODGg&sig=JfTrKhrhGxWJnGcaY5rwa7asJos#v=onepage&q=barbara%20starfield%20primary%20care&f=false> (Acesso Julho 2015).
3. BRASIL. Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera a Lei 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e da outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 1 set. 2015.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Análise dos Indicadores da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde e Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008
5. El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. Piedad Cristina Martínez Carazo ; Pensamiento & Gestión 2006, (20). <http://www.redalyc.org>
6. ENAP, 2015. <http://casoteca.enap.gov.br>
7. Informe Sobre la Salud en el Mundo. La Atención Primaria de la Salud, más necesaria que nunca. OMS, Ginebra, 2008
8. GIRARDI, S. N. et al. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: PIERANTONI, C. R.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. (Org.). O trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ; ObservaRH, 2011. p. 171-186.
9. Machado da Cunha, E, Giovanella, L. Longitudinalidade /continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl. 1):1029-1042, 2011
10. Macinko J, Guanais F, Marinho MF. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. *J Epidemiol Community Health*. 2006 Jan; 60(1): 13–19. doi: 10.1136/jech.2005.038323 (Acesso Julho 2015).
11. Ministério da Saúde do Brasil. Programa Mais Médicos. <http://portalsaude.saude.gov.br>
12. OLIVEIRA, F. P. et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em perspectiva internacional. *Interface – Saúde, Educação, Comunicação, Botucatu*, v. 19, número 54, p. 623-634, 2015.
13. OMS. Atención Primaria de Salud, Alma Ata, 1978. OMS, Ginebra, 1981
14. OPAS/OMS Brasil. Inovação nos sistemas logísticos Resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS
15. Organización Panamericana de la Salud. “Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS”. Washington, D.C.: OPS, 2008
16. Pesquisa citada na apresentação de Heider Pinto: El Sistema de Salud de Brasil: acceso universal, Cuba Salud 2015, La Havana, Cuba, abril 2015.
17. PINTO, H. A. et al. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, número especial, p. 358-372, out. 2014.
18. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Brasília, 2012
19. Presidência da República. Lei 12.871/2013, Brasília, 22 de outubro de 2013
20. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. OPS, WDC, 2010
21. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C., OPS, 2007
22. Starfield B, Shi, L, Macinko, J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005 Sep; 83(3): 457–502

23. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina. **Sinais de mercado:** admissões por 1º emprego formal (RAIS/TEM) e egressos de medicina. Belo Horizonte, 2011. (Censo da Educação Superior do INEP).
24. Ver pagina web do Programa Mais Médicos da OPAS Brasil: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=1274&Itemid=834 (Acesso Julho 2015).
25. Ver Plataforma de conhecimentos sobre Mais Médicos da Rede APS Abrasco, MS e OPAS: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/mais-medicos/>
26. Yin, Robert K. Estudo de caso: planejamento e métodos / Robert K. Yin; trad. Daniel Grassi – 2.ed. -Porto Alegre : Bookman, 2001

Anexos

Anexo 1 – Ficha para observação das Unidades de Saúde

Data da visita:	Nome da Unidade:		
Dimensão	Recursos técnicos:	SIM	NÃO
Acesso	• Horário de atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Atendimento por demanda não programada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Consultas programadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integralidade	• Agenda de trabalho das equipes, atividades de promoção, prevenção, visitas domiciliares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Facilidades para exames, glicômetro, suturas, curativos, oftalmoscópio, otoscópio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Disponibilidade de medicamentos e imunobiológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coordenação do cuidado	• Informatização, programação na unidade de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Referências, contrarreferências, internações, Telessaúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Longitudinalidade	• Registro de população sob responsabilidade das equipes de AB (mapa, registro de famílias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Planos de cuidado, gestão de casos, gestão de condições de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalho em equipe	• Registro de atividades de capacitação conjunta e coordenação, núcleos de apoio à saúde da família (NASF) operando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Satisfação de usuários	• Registro de reclamações, elogios e outras informações documentadas na unidade de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 2 – Guia de apoio às entrevistas e visitas de observação

Para a elaboração das perguntas que compõem o guia, se utilizou como marco de referência o posicionamento da OPAS/OMS com valores, princípios e elementos essenciais da Atenção Primária em Saúde – APS definidos no documento “Renovação da Estratégia de Atenção Primária da Saúde nas Américas” e com os atributos que devem cumprir a redes de atenção à saúde definidos no documento da OPAS “Redes Integradas de Serviços de Saúde – RISS”

O guia é um instrumento para apoiar os pesquisadores na exploração de temas e assuntos de interesse. Pretende servir como auxílio à memória e sua aplicação deve se adaptar à dinâmica da entrevista e não ser utilizada rigidamente.

Perguntas “mãe”

1. O senhor/senhora considera que o PMM fez alguma diferença nas unidades de Saúde onde está implementado?
2. Qual é a diferença e como se explica?

Perguntas orientadoras

A implementação do PMM em Curitiba...

1. Contribui à responsabilização efetiva das equipes de saúde com a atenção da população sob seu cuidado segundo as diretrizes do SUS?
2. Contribui a ajustar e harmonizar a oferta de serviços às necessidades e à demanda no município?
3. Melhora o conhecimento da situação de saúde pelas equipes de Atenção Básica – AB?
4. Melhora o acesso aos serviços de APS e da Rede de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde?
5. Contribui para expandir e qualificar a carteira de serviços que oferecem as equipes de AB?

6. Facilita a complementação e coordenação entre as carteiras de serviços das unidades de primeiro e segundo nível de atenção?
7. Facilita a continuidade da atenção das pessoas ao longo do tempo e da Rede de Saúde?
8. Melhora a integralidade do cuidado atenção? (promoção, prevenção, recuperação...)?
9. Melhora a resolutividade da atenção na AB?
10. Facilita o trabalho em equipe na AB?
11. Fortalece o papel da AB como porta de entrada ao sistema?
12. Fortalece o papel da AB como coordenador da atenção na Rede de Saúde?
13. Favorece a utilização de protocolos clínicos na AB?
14. Contribui ao aprimoramento dos registros sanitários estabelecidos para a Atenção Básica e o Programa de Saúde da Família?
15. Favorece a gestão integrada de serviços de atenção na AB com os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico da Rede de Saúde?
16. Favorece o intercâmbio clínico entre médicos da AB e especialistas?
17. Aprimora o sistema de referência e contrarreferência entre os níveis de atenção da Rede de Saúde?
18. Favorece a implementação de práticas inovadoras na AB?
19. Favorece a atenção domiciliar?
20. Favorece a alocação apropriada de recursos físicos e tecnológicos às unidades de AB?
21. Contribui para o uso racional e eficiente dos serviços de apoio diagnóstico do laboratório clínico e imagem?
22. Melhora o uso racional de medicamentos pelos usuários?
23. Contribui para aprimorar a gestão farmacêutica na Rede?

- 24. Contribui para a implementação do Telessaúde?
- 25. Favorece a educação permanente dos profissionais e trabalhadores da AB e da Rede de Saúde?
- 26. Favorece atividades de capacitação conjuntas de profissionais da AB e especialistas da Rede de Saúde?
- 27. Favorece a coordenação com outros setores sociais como educação, água e saneamento, comércio de alimentos, comunicação social, vias públicas, etc.?
- 28. Facilita o diálogo sanitário com as famílias e o controle social?
- 29. Promove a relação colaborativa com os usuários dos serviços?

