

# Atenção à saúde em municípios de pequeno porte do Maranhão

## Efeitos do Programa Mais Médicos



Série Estudos de Caso Sobre o Programa Mais Médicos – 4



Organização Pan-Americana da Saúde

# Atenção à saúde em municípios de pequeno porte do Maranhão

---

Efeitos do Programa  
Mais Médicos

Série Estudos de Caso Sobre o  
Programa Mais Médicos – 4

Brasília – DF

© 2016 Organização Pan-Americana da Saúde, 2016. 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 da Organização Pan-Americana da Saúde**

**Coordenador Geral:**

Renato Tasca

**Coordenadores:**

Glauco José de Souza Oliveira

Julio Suarez

Elisandréa Sguario Kemper

**Colaboradores:**

Alberto Cosme Lopes de Souza

Alexsandro Cosme Dias

Jorge Hadad Hadad

Maria Alice Barbosa Fortunato

**Equipe de Pesquisadores:**

Micheline Marie Milward de Azevedo Meiners

Maria Santana Soares Barboza

Rafaela Duailibe Soares

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

**Projeto gráfico, diagramação e revisão gramatical:**

All Type Assessoria Editorial Ltda

Impresso no Brasil/*Printed in Brazil*

---

Organização Pan-Americana da Saúde

Atenção à saúde em municípios de pequeno porte do Maranhão. Efeitos do Programa Mais Médicos. Brasília, DF: OPAS, 2016.

78p.: il. (Série Estudos de Caso Sobre o Programa Mais Médicos 4)

ISBN: 978-85-7967-117-3

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

---

# Sumário

---

<b>Apresentação</b> . . . . .	<b>1</b>
Prioridades em saúde e práticas inovadoras: compartilhando conhecimentos em pequenos municípios do Maranhão . . . . .	3
O Programa Mais Médicos no Maranhão . . . . .	5
O Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Maranhão e o Programa Mais Médicos no Maranhão . . . . .	7

---

<b>1 Contexto das condições demográficas, socioeconômicas e sanitárias do Maranhão</b> . . . . .	<b>9</b>
As prioridades de saúde no estado do Maranhão . . . . .	12

---

<b>2 Notas metodológicas</b> . . . . .	<b>15</b>
Tipo de estudo . . . . .	15
Cenário do estudo . . . . .	16
Participantes do estudo . . . . .	17
Coleta de dados . . . . .	17
Análise e interpretação dos dados . . . . .	18
Aspectos éticos . . . . .	19

---

<b>3 Resultados</b> . . . . .	<b>21</b>
A situação epidemiológica das prioridades de saúde do Maranhão: Avaliação dos indicadores entre 2012 e 2015 . . . . .	21
Situação da Atenção Primária à Saúde no Maranhão . . . . .	22
O Programa Mais Médicos nos municípios do Maranhão . . . . .	24
Programa Mais Médicos e os atributos da Atenção Primária à Saúde . . . . .	38
O Programa Mais Médicos e as prioridades de saúde do Estado: relatos de caso	50

---

<b>4. Lições aprendidas . . . . .</b>	<b>67</b>
Relatos de caso sobre as prioridades estaduais de saúde . . . . .	67
Observação dos atributos da APS nas Unidades de Saúde . . . . .	70

---

<b>5. Conclusões . . . . .</b>	<b>71</b>
--------------------------------	-----------

---

<b>6. Referências . . . . .</b>	<b>73</b>
---------------------------------	-----------

---

<b>Anexo A. Ficha para observação – unidades de saúde . . . . .</b>	<b>75</b>
---	-----------

---

<b>Apêndice 1. Roteiro para entrevistas . . . . .</b>	<b>76</b>
---	-----------

## Apresentação

Temos a satisfação de apresentar mais um exemplar da série Estudos de Caso sobre o Programa Mais Médicos (PMM), publicação da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde que busca identificar e relatar as boas práticas na implementação do programa nos municípios brasileiros.

*O Estudo de Caso Atenção à Saúde em Municípios de Pequeno Porte do Maranhão: Efeitos do Programa Mais Médicos* possui particularidades que nos induzem a refletir sobre as potencialidades dessa iniciativa governamental que tem impulsionado o avanço da cobertura da atenção primária no Brasil, graças à incorporação de profissionais médicos às equipes de saúde da família (eSF).

No caso do Maranhão, onde a dificuldade de fixação de médicos em municípios isolados e em condições socioeconômicas desfavoráveis felizmente já não é algo tão grave como fora no passado recente, os médicos do programa empreendem esforços para enfrentar as prioridades em saúde estabelecidas pelos gestores estaduais: hipertensão arterial sistêmica, diabetes, hanseníase, atenção à saúde da gestante e atenção à saúde da criança.

É nesse contexto que os pesquisadores percorreram os municípios de Cururupu, Presidente Sarney, Santa Helena, São João Batista e Satubinha para relatar a rotina dos médicos na implementação do plano de ação por eles elaborado para enfrentar tais prioridades. Ali, tiveram a oportunidade de se deparar com a prática das intervenções formuladas pelos médicos durante o curso de especialização a que são vinculados quando aderem ao programa, cujos resultados já começam a ser notados nas condições de saúde das comunidades assistidas.

Os municípios estudados possuem baixo contingente populacional e Índice de Desenvolvimento Humano que varia de muito baixo a médio. Entre eles, uma realidade comum: a persistência de importantes bolsões populacionais de extrema pobreza, onde muitas pessoas dependem diretamente de subsídios provenientes de programas sociais para sobreviver. Além dos resultados em saúde, o estudo nos mostra que em realidades como essa o programa se soma a outras políticas públicas para favorecer a inclusão social.

Queremos agradecer aos pesquisadores pela primorosa condução do trabalho, ao mesmo tempo em que desejamos que o relato aqui descrito se converta numa fonte de consulta para usuários, profissionais e gestores de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

**Joaquín Molina**

Representante da OPAS/OMS no Brasil



## **Prioridades em saúde e práticas inovadoras: compartilhando conhecimentos em pequenos municípios do Maranhão**

---

A partir das prioridades de saúde estabelecidas pelo atual governo do Maranhão, a equipe de pesquisa do estudo de caso percorreu cinco municípios de pequeno porte em duas mesorregiões vizinhas, do norte e do centro maranhense, com o objetivo de retratar as boas práticas e lições aprendidas com a implementação do PMM na Atenção Primária à Saúde (APS).

Foram três incursões no campo feitas pela equipe no período de seis meses, primeiro de reconhecimento dos atores em cada localidade, captando as percepções e vivências de usuários, gestores e profissionais com o PMM, e, finalmente, compartilhando e discutindo os resultados apreendidos. Muita aprendizagem, troca de experiências e testemunhos.

O longo itinerário pelo interior do Maranhão nos fez refletir sobre as condições de vida enfrentadas pela população, seus hábitos e aspirações. Ademais, ao ouvir as percepções, retratar as vivências e compilar as experiências, nos possibilitou compartilhar os desafios do dia a dia de usuários, profissionais de saúde e gestores nesses pequenos municípios.

Para produzir o conhecimento, tivemos que compreender os desafios superados e os que ainda estão sendo enfrentados para lograr o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde nessas localidades. Parece factível propor o acesso universal e a integralidade, estruturar protocolos e redes de atenção em municípios de médio ou grande porte. Mas essa não é a realidade que nos deparamos. A população de pequenos municípios, muitos com grande vulnerabilidade socioeconômica e sanitária, tem dificuldades e peculiaridades que devem ser estudadas, compreendidas e expostas.

Observar o impacto que um programa de Estado como o Programa Mais Médicos pôde alcançar em tão pouco tempo foi um desafio e uma oportunidade de crescimento profissional e pessoal bastante gratificante. Assim, a equipe de pesquisa agradece a confiança depositada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), assim como agradecemos o apoio e contribuições dos gestores da Secretaria de Estado de Saúde do Maranhão (SES-MA), do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado do Maranhão (COSEMS-MA) e dos gestores, profissionais e usuários dos municípios.

Esperamos alcançar o objetivo de compartilhar o conhecimento de boas práticas e lições aprendidas na implementação do Programa Mais Médicos nos municí-

pios de Cururupu, Presidente Sarney, Santa Helena, São João Batista e Satubinha, com ênfase nas experiências relatadas que abordaram as prioridades estaduais de saúde. Ademais, a partir da percepção das equipes de saúde, usuários, gestores locais, estaduais e federais, documentamos a contribuição do Programa à Atenção Primária à Saúde no Maranhão.

Desejamos, enfim, que esse estudo de caso contribua com outros gestores, profissionais de saúde e usuários na implantação de novas práticas e intervenções exitosas para alcançar a melhoria da atenção e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

### **Equipe de Pesquisa**

## O Programa Mais Médicos no Maranhão

Pode-se considerar que o PMM em nosso estado foi um marco, um divisor de águas, porque, além de viabilizar um incremento em cerca de 10% no número de profissionais no estado, possibilitou a permanência desses médicos na Atenção Primária, em comunidades que antes nunca haviam experimentado essa oportunidade.

Dos 217 municípios do estado, 175 aderiram ao Mais Médicos e receberam profissionais e hoje já trazem avanços importantes para a assistência à saúde da população, mesmo no curto prazo de implementação do programa. Nos 42 municípios que não aderiram percebe-se as dificuldades no cumprimento dos princípios da Estratégia de Saúde da Família (ESF) preconizadas pelo Ministério da Saúde, como acesso e longitudinalidade.

Ademais, os profissionais do programa têm apoiado em seus municípios as prioridades de saúde estabelecidas nessa gestão, que são a redução da mortalidade infantil, redução da mortalidade materna, redução das complicações por diabetes e hipertensão arterial e redução da incidência de hanseníase. Por isso, a importância desse estudo de caso, que vem retratar tanto a implementação do Programa no estado e suas contribuições para a Atenção Primária, mas, especialmente, a experiência dos planos de intervenção focados nas prioridades de saúde em pequenos municípios, como são Cururupu, Presidente Sarney, Santa Helena, São João Batista e Satubinha.

Sem dúvida, nos próximos ciclos queremos avançar em qualidade, utilizando a experiência desses profissionais em estruturação e planejamento de intervenções para a APS. Assim, essa postura não meramente assistencial do programa poderá promover uma mudança e evolução no cenário epidemiológico do estado, que seria uma contribuição muito grande para o país e precisa ser pensada e articulada pelo governo brasileiro, Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde.

**Marcos Antônio Barbosa Pacheco**

Secretário de Estado de Articulação de Políticas Públicas do Maranhão



## **O Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Maranhão e o Programa Mais Médicos no Maranhão**

Desde a institucionalização do Sistema Único de Saúde, o Brasil tem feito importantes progressos buscando alcançar a cobertura universal em saúde para sua população. Com o processo de descentralização da gestão em saúde, hoje os municípios são responsáveis pela maioria dos cuidados básicos e em alguns casos também do cuidado especializado e hospitalar.

A estratégia adotada pelo país para a atenção básica desde o início dos anos 2000 foi a Estratégia Saúde da Família, visando concretizar os princípios da Atenção Primária da Saúde. Atualmente, o sistema de saúde está estruturado a partir de Redes de Atenção de Saúde (RAS) nas quais a atenção básica deve atuar como a ordenadora do cuidado, estabelecendo e orientando as demandas para os demais níveis ou serviços de saúde.

Entretanto, um dos principais limitadores para a efetividade do sistema tem sido a baixa quantidade de profissionais médicos, em especial com formação em Medicina da Família e Comunidade, disponíveis para compor as equipes de Saúde da Família em várias localidades do país, principalmente as mais longínquas e de difícil acesso.

Assim, o Programa Mais Médicos foi lançado em 08 de julho de 2013, como uma política de Estado, visando ampliar o número de médicos nas regiões de maior vulnerabilidade social, além de outras ações relacionadas ao provimento. O papel do COSEMS-MA na implementação dessa política é dar conhecimento e mobilizar as secretarias municipais de saúde no estado para adesão ao Programa, sendo que de 217 municípios do Maranhão 177 participam do PMM.

O estado contava com 0,71 médicos/1.000 habitantes, e atendia aos critérios para alocação de profissionais previsto na portaria do PMM. Para aumentar a adesão o tema foi incluído de forma permanente na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissões Intergestores Regionais (CIRs) diretamente com os colegas secretários, na plenária do COSEMS-MA e outras instâncias representativas. O COSEMS-MA participou do acolhimento dos profissionais e contribuiu com a Comissão de Coordenação Estadual do Programa Mais Médicos (CCE) do estado como parceira da SES-MA, tendo como representantes do COSEMS: Vinícius Araújo (presidente) e Iolete Arruda (vice-presidente do CONASEMS).

Em 2013 contávamos com apenas 4.789 médicos no Maranhão com o Programa Mais Médico, o quantitativo de profissionais no estado atualmente é de 6.236. Um aumento significativo, mas segundo dados do Conselho Federal de Medici-

na (CFM), o Maranhão ainda é o estado com o menor número de médicos por habitante do país. A integração dos novos profissionais ajuda a diminuir esse déficit. Esse apoio consiste na cobertura da atenção primária com uma assistência de médicos em relação ao atendimento nessa área. O Maranhão tem grandes hospitais e especialistas, mas, é na atenção primária que se concentra a carência de profissionais para atuarem na Estratégia de Saúde da Família.

Hoje os gestores, supervisores e população das comunidades assistidas expressam grande satisfação com os serviços ofertados pelos profissionais do PMM. Portanto, o COSEMS se sente lisonjeado em participar como um dos colaboradores desse estudo de caso do PMM no Maranhão, cujo delineamento iniciou-se no III Congresso das Prefeituras e Secretarias Municipais de Saúde do Maranhão em 2015, quando foram selecionados os trabalhos participantes como experiências exitosas nos municípios. Consideramos de extrema importância que sejam retratadas experiências do PMM de forma a compartilhar essa rica vivência entre os municípios do estado e com todo o país.

Queremos reconhecer, com isso os profissionais excelentes que vieram contribuir para o fortalecimento do SUS em todos os recantos do nosso estado e do país, e que trouxeram seus conhecimentos e práticas inovadoras, cuidando da nossa população com respeito e compromisso e mais qualidade de vida.

**Domingos Vinícius de Araújo Santos**

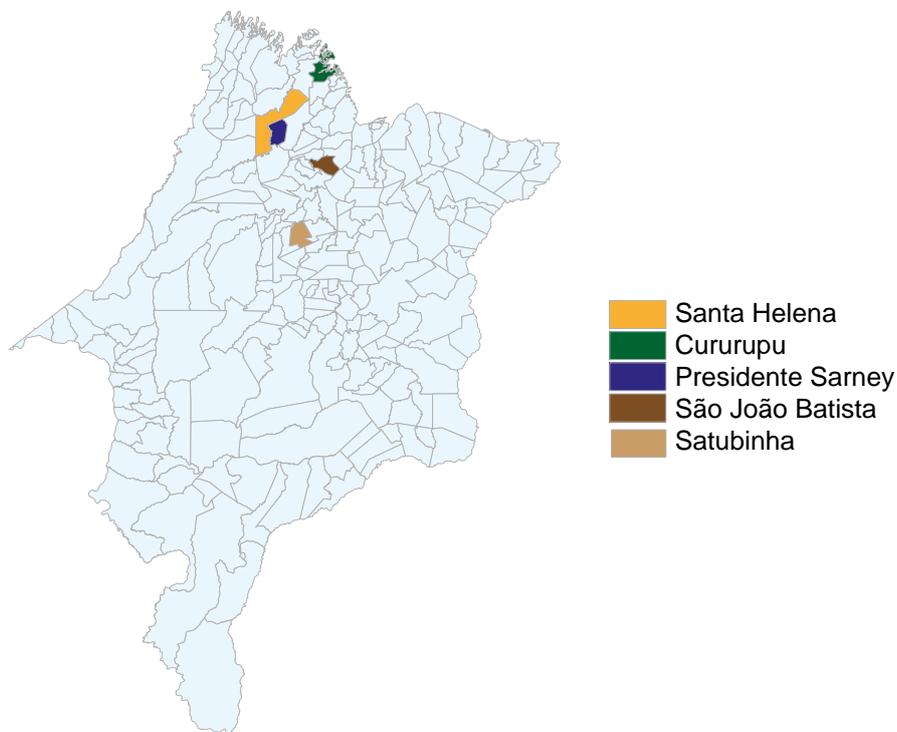
Presidente do Conselho de Secretários de Saúde do Maranhão

# 1 Contexto das condições demográficas, socioeconômicas e sanitárias do Maranhão

O estado do Maranhão tem população calculada em mais de 6,9 milhões de habitantes para o ano de 2015, com um total de 217 municípios e área com cerca de 332 mil Km<sup>2</sup> (IBGE, 2015). A esperança de vida ao nascer estimada é de aproximadamente 70 anos, sendo uma das menores do país (MS/DataSUS, 2012). Outros dados socioeconômicos do estado indicam baixo IDH, calculado em 0,639, o segundo pior PIB do país (calculado em R\$ 8760,34) (IBGE, 2015) e alta taxa de analfabetismo da população, estimada em 20,64 (MS/DataSUS, 2012).

Os cinco municípios participantes do estudo de caso são destacados no mapa geopolítico do estado do Maranhão na Figura 1.

**Figura 1. Mapa do estado do Maranhão com os municípios participantes do estudo de casos em destaque**



Algumas características socioeconômicas e demográficas dos municípios participantes do estudo são apresentadas no Quadro 1. Percebe-se que a população em todos os municípios estudados tem alta taxa de analfabetismo, bem acima da média brasileira, que é de 9,37%, baixa cobertura de planos de saúde, sendo dependentes quase que exclusivamente do SUS e tem PIB *per capita* abaixo da média estadual.

Cururupu, Presidente Sarney e Santa Helena pertencem à região sanitária de Pinheiro, uma região de a baixada do estado do Maranhão. Cururupu conta com 1.093.062 km<sup>2</sup>, com uma população predominantemente urbana (68,2%), com IDHM médio (0,612), entretanto, 26,61% da população vivem em condições de extrema pobreza (IBGE, 2010; IBGE, 2015). Presidente Sarney tem uma área de 724.154 km<sup>2</sup>, com uma população onde predomina o sexo masculino (51,8%), IDHM baixo e com 38,35% da população que vive em situação de extrema pobreza (IBGE, 2010; IBGE, 2015). Santa Helena tem uma área de 2.194.855 km<sup>2</sup> com IDHM baixo e com 28,29% da população que vive em situação de extrema pobreza (IBGE, 2010; IBGE, 2015).

O município de São João Batista está localizado na região sanitária de Viana, também na baixada maranhense e ocupa uma área de 690,683 km<sup>2</sup> e está entre as regiões consideradas de baixo desenvolvimento humano. O município apresenta um IDHM limítrofe, entre baixo e médio (0,598), com uma população em extrema pobreza de 41,99% (IBGE, 2010; IBGE, 2015) e possui 3.404 famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (DAB/MS, 2010). O município de Satubinha faz parte da região sanitária de Santa Inês, na região do Médio Mearim e tem uma área de 441.811 km<sup>2</sup>, com uma população onde predomina o sexo masculino (51,5%) e a residência em área rural (57%). Possui um IDHM muito baixo (0,493), sendo que 47,21% da população vivem em extrema pobreza (IBGE, 2010; IBGE, 2015).

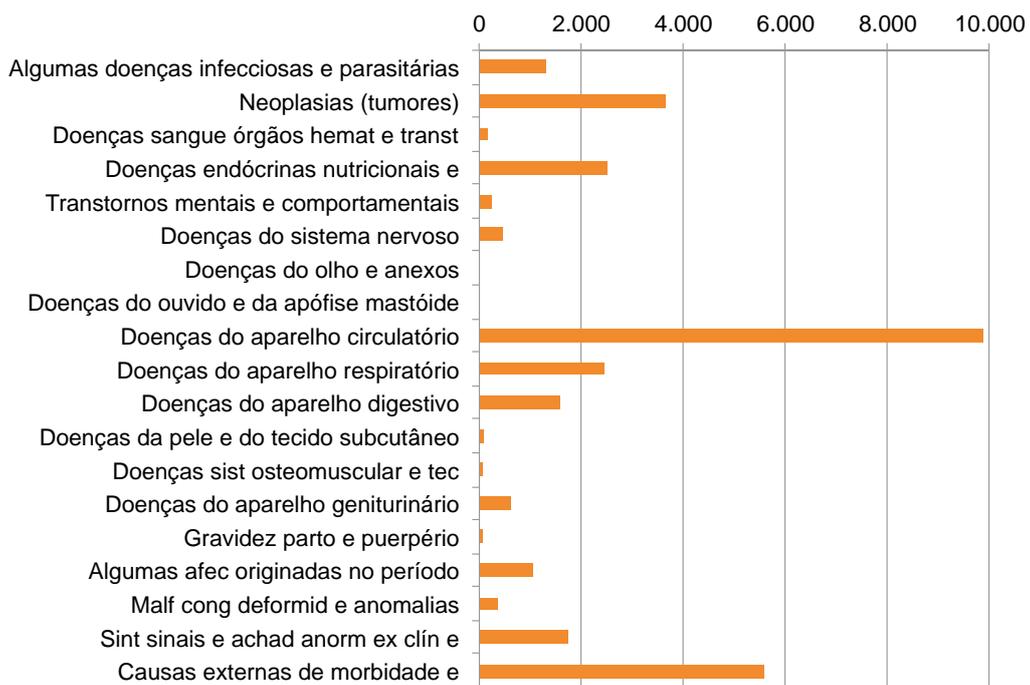
**Quadro 1. Dados socioeconômicos e demográficos dos municípios do Maranhão participantes do estudo de caso do Programa Mais Médicos, 2016**

Município estudado	População (residentes – IBGE, 2010)	Densidade demográfica (hab./Km <sup>2</sup> )	IDHM* (IBGE, 2015)	PIB* per capita (R\$ – IBGE, 2013)	Taxa de analfabetismo (% – MS, 2016)	Pop cob plano de saúde (% – MS, 2016)
Cururupu	32.652	26,7	0,612	5.039,98	16,02	0,85
Presidente Sarney	17.165	23,7	0,557	6.556,09	29,83	0,45
Santa Helena	39.110	16,9	0,571	4.673,11	23,61	0,69
São João Batista	19.920	28,8	0,598	4.427,32	19,68	0,71
Satubinha	11.990	27,1	0,493	3.510,69	34,15	0,03

\* Índice de Desenvolvimento Humano Municipal; + Produto Interno Bruto.

Os dados de mortalidade do Maranhão indicam que o estado é afetado pela tripla carga de doenças: transmissíveis, não-transmissíveis e resultantes de acidentes e violência urbana (Gráfico 1). As doenças do aparelho circulatório são as principais causas de morte, seguidas de causas externas e neoplasias. Entretanto, ainda são frequentes os óbitos por doenças infecciosas e parasitárias e desnutrição, que estão dispersas em alguns capítulos do CID-10, como os Capítulos IV, X e XI. Os dados de mortalidade apontam que a gestão sanitária tem que estabelecer políticas voltadas principalmente para promoção da saúde e prevenção de doenças, ou seja, com uma APS bem estruturada e fortalecida, que consiga atuar nas comunidades.

**Gráfico 1. Óbitos por residência no Maranhão, de acordo com capítulos do CID-10, 2014**



Fonte: MS/SVS/CGIAE, Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 2016

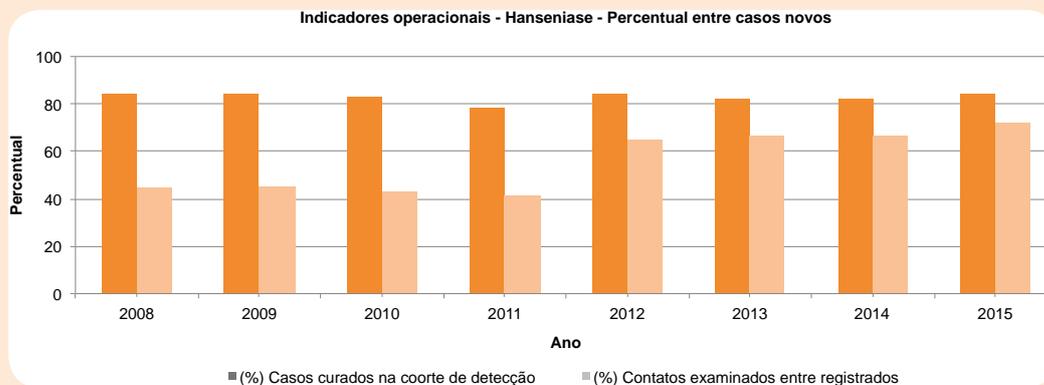
Segundo indicadores estabelecidos pelas Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015 (MS/SGEP, 2014), a cobertura de saúde na Atenção Básica (AB) no estado em 2014 foi de quase 83% (MS/DataSUS, 2015).

## As prioridades de saúde no estado do Maranhão

As prioridades de saúde que o governo do estado estabeleceu nessa gestão foram cinco: redução da incidência de hanseníase, redução das complicações por diabetes (DM) e hipertensão arterial (HAS), redução da mortalidade infantil com incentivo ao aleitamento materno, redução da mortalidade materna com a redução da gravidez na adolescência.

O Maranhão é um dos estados com maior taxa de incidência (51,26/100 mil) e prevalência (3,76/10mil) de hanseníase e a UF com o maior número de casos novos no país (3.500 casos novos em 2015) (MS, 2016). Apesar da incidência estar reduzindo nos últimos anos, a taxa de incidência ainda caracteriza uma hiperendemicidade (acima de 40/100 mil). Segundo dados do Ministério da Saúde em 2014, o indicador das metas pactuadas não foi alcançado: o percentual de cura de casos novos da doença foi de 80,32% (Gráfico 2), para uma meta de 85% em 2012 (MS/DataSUS, 2015).

**Gráfico 2. Percentual de tratamento entre novos casos de Hanseníase no Maranhão**



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica, MS, 2016

Para a hipertensão arterial sistêmica (HAS) os dados da Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel) mostram que São Luís tem uma das menores prevalências autorreferidas da afecção entre adultos no país (16,6%), provavelmente consequência do subdiagnóstico. O mesmo ocorre com relação à prevalência do diabetes mellitus (DM), onde apenas 4,4% dos adultos relatam o diagnóstico na capital, quando o estimado seria algo em torno de 8%, indicando uma cobertura provável de 60% dos casos (MS/SVS, 2015).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) também apontou uma prevalência estadual baixa para HAS de 13,6% e para DM de 5,4% (IBGE, 2013). Assim, no Plano Estadual de Saúde, ações para a prevenção, diagnóstico precoce e controle das pessoas com HAS e DM são prioritárias.

A redução da gravidez na adolescência também é uma prioridade, uma vez que afeta outros indicadores de saúde, como a mortalidade materno-infantil e prevalência de DST/Aids no estado. No Maranhão os dados do IBGE de 2010 apontavam uma alta incidência de mães menores de 20 anos (24,3%), mostrando uma necessidade de intervenções intersetoriais, com ações educativas, assistenciais e de prevenção (Brasil, 2010).

Finalmente, a partir das diretrizes nacionais estabelecidas pela Rede Amamenta e Alimenta Brasil e da Política Estadual de Atenção à Criança, o Maranhão estabeleceu como uma prioridade estadual, em Saúde da Criança, a amamentação e alimentação complementar saudável, com o estímulo à amamentação exclusiva até os 6 meses e sua manutenção, como alimento complementar, até os dois anos, com o objetivo de contribuir com a redução da mortalidade infantil e da má nutrição (SES-MA, 2012).



## 2 Notas metodológicas

### Tipo de estudo

---

Desenvolveu-se uma investigação do tipo exploratória, descritiva com abordagem qualitativa apoiada no método de estudo de caso. Considerou-se esse método o indicado para documentar experiências pontuais, como a implementação do PMM em diferentes localidades do Brasil, uma vez que a proposta do estudo é identificar práticas inovadoras e aprender com as experiências desenvolvidas nas unidades de saúde da atenção básica nos municípios selecionados. Para Guerra (2012), refere-se a uma perspectiva compreensiva na qual se insere o recorte da temática proposta nessa investigação.

Flick (2009) descreve que a pesquisa qualitativa é relevante ao estudo das relações sociais e dirige-se à análise de casos concretos em suas peculiaridades locais e temporais, partindo das expressões e atividades das pessoas em seus contextos. Nesse nível, a pesquisa qualitativa envolve uma abordagem naturalista e interpretativa, pela qual os pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando entender ou interpretar os fenômenos em termos dos seus significados.

A metodologia de Estudo de Caso, segundo Carazo (2006), pode ser definida 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...”.

Para Yin (2010), é uma “investigação empírica que pesquisa um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real” e que engloba importantes condições contextuais do referido fenômeno. Por isso o autor defende que exige ricas estratégias de coleta e análise de dados e conta com múltiplas fontes de evidência. Dentre as aplicações do estudo de caso, o autor destaca a de explicar os vínculos causais nas intervenções da vida real, de descrever uma intervenção e o contexto no qual ela ocorreu, de ilustrar determinados tópicos em uma avaliação e de explorar as situações em que a intervenção a ser avaliada não possui um único conjunto de resultados.

Ainda, Yin (2010) observa que “... os Estudos de Casos 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... ”.

## Cenário do estudo

Para a seleção das experiências, foram revisados todos os planos de ação apresentados como trabalhos de conclusão de curso da especialização em Medicina de Família oferecido pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA) em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UnaSUS). Dos 189 trabalhos apresentados, foram selecionados 19 que contemplavam as cinco prioridades de governo do estado do Maranhão (HAS, DM, hanseníase, gestante e criança), os quais foram apresentados no Congresso do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Maranhão que ocorreu entre os dias 25 a 27 de outubro de 2015, em São Luís.

A partir desses 19 trabalhos apresentados, por meio de critérios de relevância e mérito estabelecidos por uma comissão formada por representantes da UFMA/UnaSUS, SES-MA, COSEMS-MA, foram selecionados cinco planos de ação para participar do Estudo de Caso.

Assim, neste estudo, a contribuição do PMM para a APS foi descrita a partir de experiências distintas em cada município, buscando enriquecer os casos observados, conforme sintetiza o Quadro 2.

**Quadro 2. Experiências relatadas de acordo com as Regionais de Saúde, Municípios e unidades de saúde selecionados para o estudo de caso no estado do Maranhão**

Região de Saúde	Município	Unidade de Saúde	Tema relacionado às prioridades
Pinheiro	Cururupu	UBS Cururupu II	Gravidez na adolescência
Pinheiro	Presidente Sarney	UBS Novo Horizonte	Hanseníase
Pinheiro	Santa Helena	UBS Antenor Abreu (ESF 1)	Hipertensão
Viana	São João Batista	UBS Sede	Aleitamento materno
Santa Inês	Satubinha	UBS Roseana Sarney	Diabetes Mellitus

## Participantes do estudo

---

Na abordagem qualitativa o objeto de análise é o mundo humano (Guerra, 2012), portanto, estudá-lo é compreendê-lo a partir de uma construção subjetivamente vivida. Assim, os participantes da pesquisa foram aqueles diretamente envolvidos com o cuidado em saúde nos temas definidos para cada US (usuários, médicos do Programa, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde – ACS), os gestores em saúde dos municípios selecionados e suas respectivas contrapartes no estado. Ademais foram ouvidos outros atores envolvidos no processo do PMM no estado, como o COSEMS, a academia (UFMA/UnaSUS) e o Ministério da Saúde. Participaram do estudo indivíduos capazes de comunicar suas percepções a partir da experiência vivida. Nesse sentido foram definidos como critérios de inclusão:

- a. Profissional de saúde (médico do Programa, enfermeiro, técnico de enfermagem ou ACS) da ESF dos municípios participantes; ou
- b. Usuários com idade igual ou superior a 18 anos inseridos na área de abrangência da ESF; ou
- c. Gestor de saúde municipal (Secretário de Saúde e Coordenador da Atenção Básica), estadual ou federal ou professor da UFMA/UnaSUS no estado; e
- d. Ter condições físicas, emocionais e psicológicas para estabelecer um diálogo e ser um interlocutor com boas condições de verbalização.

O pressuposto epistemológico desse tipo de pesquisa é de que o entrevistado seja capaz de dar sentido às suas ações e que o pesquisador apreenda os sentidos do fenômeno investigado.

Indutivamente, a coleta de dados foi iniciada com os gestores municipais de saúde e coordenação da Atenção Básica. Em seguida, os profissionais de saúde da ESF e, por fim, os usuários.

## Coleta de dados

---

De posse das autorizações necessárias, referentes aos trâmites éticos e institucionais, realizou-se o trabalho de campo nos municípios selecionados. Foram utilizadas diferentes estratégias para a coleta de informações, a saber:

1. Observações dos planos de ação do trabalho de conclusão de curso (TCC): foram feitas análises entre os objetivos/metapropostas nos planos, a contribuição

que o mesmo fez na US (triangulação a partir das análises de entrevistas e GF) e a presença do tema nas metas do Plano Municipal de Saúde (o tema definido em cada município, segundo Quadro 1).

2. Visitas de observação às unidades de saúde para avaliação dos atributos da APS proposto por Starfield *et al* (2002), e dimensões do PMM, segundo ficha constante no Anexo A.
3. Entrevistas semiestruturada (Apêndice 1) com gestores municipais e profissionais de saúde (médicos, enfermeiras e técnico de enfermagem) das US selecionadas.
4. Grupo focal com ACS, que permitiu retratar a percepção do impacto do PMM na US, as contribuições para APS e à luz dos temas selecionados, segundo Quadro 1.
5. Entrevista com usuários, que avaliaram a satisfação do usuário com PMM e à luz dos temas selecionados, segundo Quadro 1.
6. Entrevistas com gestores estaduais da SES-MA e COSEMS, representante da UFMA/UnaSUS e pontos focais (MS e OPAS/OMS) que avaliaram a percepção do impacto do PMM no estado.

Assim, ao final da coleta foram realizadas 32 entrevistas com gestores ou profissionais de saúde, 11 entrevistas com usuários e 5 grupos focais com ACS.

## **Análise e interpretação dos dados**

Os dados foram analisados a partir do referencial da Análise Temática proposta por Minayo (2013, p. 316), que “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”, que é subdividida em três etapas que são: a) Pré-análise (dividida nas subfases leitura flutuante, constituição do *corpus* e formulação de hipóteses e objetivos); b) Exploração do material; e c) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

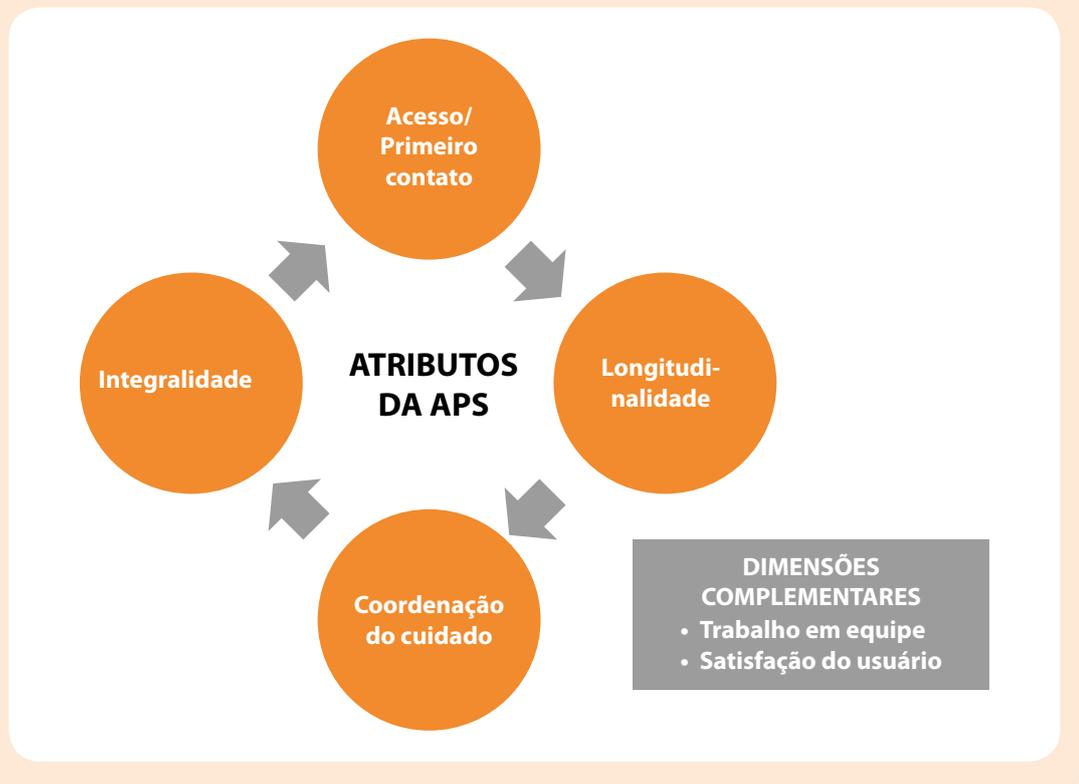
A interpretação dos resultados e os sentidos encontrados foram então estruturados em três abordagens:

- A percepção do PMM para os municípios do Maranhão;
- As contribuições do PMM para APS; e
- As prioridades de saúde no Maranhão e as experiências dos planos de ação dos médicos cooperados do PMM.

Para a interpretação das contribuições do PMM para a APS, utilizou-se no modelo lógico (Figura 2) os atributos da APS propostos por Starfield (2002), acrescentados de mais duas dimensões consideradas importantes do ponto de vista do PMM (OPAS, 2015), que são:

- Trabalho em equipe, que objetivou retratar a atuação da equipe – se atua de forma coordenada, analisa as necessidades das famílias e comunidades, pactua as ações de saúde e realiza atividades conjuntas de capacitação em serviço; e
- Satisfação dos usuários, para demonstrar a percepção dos usuários em relação ao PMM, APS e trabalhadores da saúde.

**Figura 2. Modelo lógico utilizado nos roteiros de entrevista/grupo focal e para a interpretação dos resultados**



### Aspectos éticos

A pesquisa respeitou todos os preceitos éticos determinados pela Resolução 446/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário do Maranhão (Uniceuma) com CAAE 56466116.0.0000.5084 e Parecer 1.573.759 em 3 de junho de 2016.



### 3 Resultados

#### **A situação epidemiológica das prioridades de saúde do Maranhão: Avaliação dos indicadores entre 2012 e 2015**

Os indicadores de saúde investigados neste estudo ainda trazem resultados parciais para o primeiro ciclo de três anos do PMM, uma vez que os dados estão consolidados até 2015. Entretanto, percebe-se que indicadores já começam a mostrar tendências a melhorias em determinados municípios ou mesmo no estado, como pode ser observado no Quadro 3. Deve-se lembrar que, como são municípios de pequeno porte, pequenas oscilações no numerador (n) alteram bastante os resultados do indicador.

A proporção de internações por condições sensíveis à APS no estado reduziu em torno de 32% entre 2012 e 2015, tendência também observada nos municípios estudados, com exceção de São João Batista. As taxas de internação por DCV e DM aumentaram no estado e em praticamente todos os municípios.

O percentual de nascidos vivos de mães adolescentes (menores de 20 anos) parece ser estável no estado, aumentou um pouco em São João Batista e Santa Helena e reduziu nos demais municípios, em especial Cururupu. A hanseníase teve um menor número de casos notificados no estado em 2015, assim como em Santa Helena e São João Batista e maior nos demais municípios avaliados.

A taxa de mortalidade infantil em relação aos nascidos vivos, apesar de ter aumentado levemente no estado, reduziu em todos os municípios avaliados entre 2012 e 2015, sendo essa queda expressiva para Cururupu e Santa Helena (que são os municípios de maior porte populacional).

Para os demais indicadores de mortalidade, como óbitos precoces por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e as taxas de mortalidade por DAC e por DM, que são indicadores de impacto a longo prazo, ainda mostram estar com tendência ascendente entre 2012 e 2014 no estado e municípios analisados, com oscilações descendentes em alguns municípios, porém pouco significativas estatisticamente. Se compararmos com o Brasil, as taxas de mortalidade por DAC têm diminuído nos últimos anos, mas as de DM têm se mantido estável com pequenas oscilações desde 2010 (Ministério da Saúde, 2016).

**Quadro 3 – Indicadores de saúde para as prioridades de saúde no estado do Maranhão e nos cinco municípios participantes do estudo de caso: comparação dos dados em 2012 e 2014/2015**

Anos Indicadores	Estado do Maranhão		Cururupu		Presidente Sarney		Santa Helena		São João Batista		Satubinha	
	2012	2015	2012	2015	2012	2015	2012	2015	2012	2015	2012	2015
Internação por condições sensíveis à APS (%)	32,89	22,20	28,68	22,39	17,24	14,36	34,31	29,28	20,61	22,68	41,77	34,30
Internação por DCV (n)	27623	28087	111	118	12	46	148	110	173	172	60	32
Internação por DM (n)	6133	8689	36	52	6	13	20	46	1	63	-	9
Nascidos vivos de mães menores de 20 anos (%)	25,8	25,5	66,0	29,7	34,0	30,1	30,0	35,1	30,9	33,8	33,0	31,2
Incidência de Hanseníase (n)*	4687	4474	8	17	4	7	25	15	9	3	2	11
Óbitos em geral (n)	28838	33083	158	221	40	52	125	132	69	108	23	31
Óbitos prematuros por DCNT (n)	6542	7107	28	29	13	10	23	34	15	16	3	5
Taxa de Mortalidade por DAC	135,3	143,9	104,7	229,7	84,8	76,0	101,6	97,5	109,6	202,6	79,4	74,1
Taxa de Mortalidade por DM	30,7	33,6	12,3	45,3	17,0	16,3	17,3	19,5	19,9	19,8	15,9	22,2
Taxa de Mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos)	14,7	15,2	23,1	14,9	12,5	8,0	26,4	19,5	3,9	3,7	7,0	0
Mortalidade Materna (n)	84	98	1	0	0	1	1	0	0	2	0	0

\*Dados do Sinan para Hanseníase disponíveis a partir de 2013. Siglas: APS - Atenção Primária em Saúde; DCV - Doenças Cardiovasculares; DM - Diabetes Mellitus; DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis; Mortalidade por DAC – Taxa de mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório (I00-I99), segundo CID 10, por 100.000 da população; Mortalidade por DM - Diabetes (E10-E14), segundo CID 10, por 100.000 da população.

Fonte: SVS e Datasus/MS, 2016

Espera-se que, com a continuidade da melhoria do acesso e da qualidade da APS prestada à população, esses indicadores comecem a mostrar sinais de redução, como proposto no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022 (Brasil, 2011). Ademais, esses indicadores de mortalidade também podem estar sendo afetados pelo melhor preenchimento das declarações de óbito, como salientado anteriormente por outros autores, como Victora e colaboradores (1994) e Schmidt e colaboradores (2010).

## Situação da Atenção Primária à Saúde no Maranhão

O Maranhão tem uma cobertura populacional de eSF de cerca de 82%, em 213 dos 217 municípios (94,5%). Possui implantadas 1.962 eSF das quais 693 (mais

de um terço) são com médicos do programa PMM. Os médicos cooperados no Maranhão são aproximadamente 80% do total de médicos do Programa no estado.

O estado possui 176 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) implantados sendo 143 do tipo I (o somatório das cargas horárias dos profissionais de no mínimo de 200 horas semanais), 26 do tipo II (o somatório das cargas horárias dos profissionais de no mínimo de 120 horas semanais) e 7 do tipo III (o somatório das cargas horárias dos profissionais de no mínimo de 80 horas semanais). A cobertura do programa Brasil Sorridente no estado está em torno de 60%, com 1.234 equipes de saúde bucal implantadas, conforme pode ser observado no Quadro 4.

**Quadro 4. Situação atual da implantação da Atenção Primária à Saúde no Estado do Maranhão e municípios participantes do estudo de caso, 2016**

Indicadores	Estado do Maranhão	Cururupu	Presidente Sarney	Santa Helena	São João Batista	Satubinha
Repasso anual Atenção Básica em mil R\$*	701.549,2	3.979,9	2.547,8	3.957,7	2.632,4	1.785,5
Médicos do PMM (Cooperados) +	693 (550)	12 (12)	2 (2)	10 (9)	3 (3)	2 (2)
eSF (n)**						
Teto	3.360	16	9	20	10	6
Credenciadas	2.356	16	7	14	8	5
Implantadas	1.962	13	7	13	8	5
ACS (n)**						
Teto	19.439	92	58	122	66	41
Credenciados	17.421	116	58	105	67	39
Implantados	15.854	116	58	105	64	38
NASF (n)**						
Credenciados	191	2	1	1	1	1
Implantados	176	2	1	1	1	1
eSB (% de cob pop)**	(58)	(11)	(96)	(50)	(68)	(93)
Teto (n)	-	16	9	20	10	6
Credenciadas (n)	1586	13	7	13	4	4
Implantadas (n)	1234	1	7	10	4	4
Adesão ao PMAQ**						
Municípios	205 (94,5%)	-	-	-	-	-
eSF/eAB	596	11	-	2	4	1
eSFSB/eABSB	1124	1	7	8	4	4
NASF	150	2	-	1	1	1
CEO	26	1	-	-	-	-

Siglas: eSF – equipe de Saúde da Família; ACS – Agente Comunitário de Saúde; NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família; eSB – Equipe de Saúde Bucal; PMAQ – Portal do Departamento de Atenção Básica; CEO – Centro de Especialidades Odontológicas; eAB – Equipe de Atenção Básica tradicional.

Fontes: \*Portal da Transparência, MS, 2016; \* Sala de Apoio à Gestão Estratégica, MS, 2016 e \*\*Sala de Situação de Saúde SES/MA e DAB/MS.

Os cinco municípios participantes do estudo possuíam cobertura populacional de 100% da Atenção Básica, por meio da Estratégia Saúde da Família e de ACS.

Cururupu possui dois NASF implantados, enquanto que os demais municípios possuem um NASF cada, todos do tipo I. Quanto ao programa Brasil Sorridente, Cururupu tem apenas uma equipe de saúde bucal (eSB) implantada, apesar de 13 estarem credenciadas, o que significa uma cobertura de 11% da população do município; os demais municípios têm um maior número de equipes, com uma melhor cobertura populacional, entre 50 a 96%.

No terceiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) da APS, em 2016, Cururupu cadastrou um total de 15 equipes (contando com as equipes do NASF e do CEO), Presidente Sarney forma sete equipes e Santa Helena 11 equipes que aderiram e em São João Batista e Satubinha todas as equipes aderiram, como demonstrado no Quadro 4. Não foi possível verificar se houve um aumento da adesão no número de equipes desde o primeiro ciclo nas informações disponibilizadas no portal do Departamento de Atenção Básica do MS.

## **O Programa Mais Médicos nos municípios do Maranhão**

### **A percepção das referências descentralizadas do MS**

Para o MS, no que tange a cooperação com a OPAS, o Programa cumpriu seu papel suprindo a carência imediata de médicos em locais de difícil acesso. Ademais, a assistência prestada por esses profissionais tem diferenças notórias da que era oferecida anteriormente, uma vez que eles moram no município, permanecem nas unidades, são pontuais e têm facilidade em criar vínculo com a comunidade.

Não houve resistência ao programa por parte da população, mas existia dificuldade em compreender os médicos, devido ao idioma, problema que aos poucos foi sendo superado. Quanto à gestão local, alguns municípios tem dificuldade de cumprir a contrapartida (pagamento das despesas de moradia e alimentação) estabelecida na portaria:

*... tem situação que há atraso e tal, mas nada que com boa vontade e conscientização a gente não consiga resolver... precisa ficar ligando para os gestores para ficar avisando que já passou a data de pagamento do médico (Referência do MS).*

Em geral o relacionamento dos médicos com os gestores são bons, entretanto existe certa rejeição por parte dos médicos brasileiros com os cooperados, mas não ocorre em todos os lugares.

Com a melhoria do acesso da comunidade às consultas, exigiu-se dos gestores um maior investimento e planejamento para a APS, aumentando a quantidade de medicamentos e outros insumos disponíveis.

Na equipe de saúde, o médico exerce seu papel de liderança e interdisciplinar:

*... o médico participa das ações da equipe, participa das visitas domiciliares, participa das reuniões para entrega das produções (Referência do MS).*

Como resultado do programa, as referências do MS dizem observar melhoria dos indicadores de saúde da APS:

*... A atenção à criança e à saúde da mulher e, em geral, todos os indicadores da atenção básica melhoraram (Referência do MS).*

Finalmente, concluem que:

*... O PMM no Maranhão foi uma experiência exitosa por conta do aumento da atenção à população, é diferente o médico que vem dois dias da semana para o que vem todos os dias, que tá ali presente para dar aquele apoio, dar aquela atenção, pois não se faz PSF em dois dias da semana, um turno. Tem que ser um trabalho contínuo e progressivo para se estabelecer o elo entre a equipe e a comunidade e os médicos do Programa conseguem fazer isso (Referência do MS).*

### **A percepção da UFMA/UnaSUS**

A UFMA/UnaSUS é responsável não só por oferecer a especialização para os profissionais do PMM do Maranhão, mas também para mais quatro estados: Bahia, Piauí, Tocantins e Rio Grande do Norte. As atividades acadêmicas são oferecidas na modalidade presencial e a distância, mesmo reconhecendo as limitações que essa última pode oferecer, devido a disponibilidade e qualidade de conexão da internet nesses estados.

*... não podemos executar todas as ações diretas (modalidade presencial) por problemas de falta de tempo e em virtude de volume e das responsabilidades envolvidas (Representante UFMA/UnaSUS).*

Foi relatado que o PMM é potente tanto para reduzir a carência de médicos nos municípios do interior e periferias de grandes centros quanto para atuar como grande propulsor da educação permanente, uma vez que as ações de aperfeiçoamento são um componente estruturante do Programa.

Para a academia, ainda é precoce avaliar o impacto que o PMM tem em indicadores de saúde, devido ao pouco tempo da intervenção, mas relatam que existem relatórios e relatos de acompanhamento dos tutores e supervisores que trazem devolutivas positivas do Programa, assim como pesquisas que são feitas em nível nacional:

*... Sabe-se que foi ampliado o número de consultas no Brasil não só porque agora existem mais equipes, mas também porque as equipes com profissionais do PMM oferecem à população mais consultas médicas e procedimentos coletivos num mesmo dia de atuação (Representante UFMA/UnaSUS).*

O curso de especialização foi considerado desafiador, dada a diversidade de especificidades que caracterizaram a oferta formativa. Como pontos fortes e fragilidades foram apontados:

*... Desde o planejamento educacional, buscamos considerar as características dos estudantes, mantendo o foco nas necessidades de aprendizagem e a articulação com as especificidades assistenciais da AB. Para a mediação da formação, buscamos alinhar os tutores ao propósito do projeto, para que ofertassem o apoio pedagógico adequado aos alunos. Como fragilidade, podemos citar a dificuldade de conectividade que limitava o acesso dos alunos aos cursos. Entretanto, desenvolvemos aplicativos móveis dos materiais didáticos, com o objetivo de possibilitar que os alunos estudem mesmo sem acesso à internet (Representante UFMA/UnaSUS).*

Quanto aos projetos de intervenção, os orientadores são alunos de doutorado ou professores da UFMA e os temas foram definidos a partir da análise situacional da realidade sanitária local, ou seja, o aluno identificava um problema de saúde passível de intervenção e articulava com o orientador. Entretanto, o compromisso da Universidade termina com a apresentação do TCC, ou seja, o acompanhamento da implementação dos projetos de intervenção não perpassa a competência da UFMA/UnaSUS, mas cabe à supervisão e tutoria de campo que é feito pelo Ministério da Saúde.

### A percepção da SES-MA

Segundo os gestores estaduais, foram 175 municípios que aderiram ao Programa no estado e que receberam aproximadamente 700 profissionais, o que representou 80,6% dos municípios, ou seja, apenas 42 municípios ficaram sem os médicos do Programa, e apontam:

*... percebemos claramente a diferença nos 42 municípios que não aderiram ao Programa, principalmente a falta de cumprimento da carga horária preconizada pelo MS, para a ESF. O Programa... possibilita a presença permanente do profissional na UBS, assim como, o profissional residindo nos municípios em que trabalham (Gestor estadual).*

Entretanto, essa diferença observada é principalmente na área assistencial, segundo depoimento do gestor. No seu depoimento são apontados outros avanços necessários:

*... Eu acho que isso ocorre mais do ponto de vista da assistência propriamente dita, ainda tem que avançar muito nessa questão da gestão da AB, do planejamento das ações, da parametrização assistencial, trabalhar com parâmetros e trabalhar com projetos de intervenção. Apesar dos médicos cubanos, em sua maioria, serem preparados para isso, eles se deparam com uma realidade que não permite que eles façam isso. Aqui no Maranhão aonde chega um médico, o que a população espera dele é que ele consulte. Acho que o grande salto de qualidade que a gente pode dar com o PMM é aproveitar essa força de trabalho, também, nessa outra dimensão da saúde que não é a mera assistência, a consulta de consultório, o ambulatório, passar o remédio para verme, dor de barriga, dor de estômago... É preciso pensar nas intervenções que a gente precisa fazer no Maranhão para a redução da mortalidade infantil, mortalidade materna, redução da taxa de internação por complicações decorrentes de hipertensão e diabetes, busca ativa para casos novos de hanseníase. Então, essa postura que não é meramente assistencial, mas ela inclui uma perspectiva de planejamento de intervenção e de parametrização, acho que isso a gente ainda está devendo (Gestor estadual).*

### A percepção do COSEMS-MA

Segundo os gestores do COSEMS-MA, o Maranhão é um dos estados onde existe uma das menores proporções de médicos/habitantes, principalmente em municípios mais afastados dos grandes centros. Assim, a vinda do PMM melhorou o atendimento dos usuários desses municípios.

Foi salientado que as diferenças que se percebem nos municípios que tem profissionais do PMM vai desde o cumprimento da carga horária preconizada pela eSF, passando a qualidade do atendimento, até a satisfação do usuário:

*... para a satisfação isso conta muito, porque ele (o paciente) chega e sabe que o doutor vai estar lá às oito horas na Unidade, consultando. E sabe também que vai ser bem atendido, que vai ser investigado e que não vai ter pressa para que saia do consultório. E isso é muito importante para nossa população (Gestor do COSEMS).*

Foi salientada, também, a mudança da atuação da APS na rede de saúde após a implantação do PMM:

*... Eu percebo que nossa demanda para média e alta complexidade passou a existir, ela não existia e isso fez com que a regulação funcionasse. Dentro da nossa secretaria nós temos um setor que cuida só disso, porque a solicitação de exame que vinha fez com que isso funcionasse. E fez com que a população procurasse primeiro a AB para saber o que ele tinha que fazer e pegar essa documentação para fazer encaminhamento dentro da rede. E sem falar do acompanhamento que ele tem quando retorna da referência. O grau de satisfação da população é muito grande (Gestor do COSEMS).*

Existem municípios que resistiram ou resistem à implantação do programa e o papel do COSEMS-MA nesses casos, por meio das dezenove Regiões de Saúde, foi incentivar os municípios à adesão.

*... Acredito que com as sucessivas etapas do PMM, aqueles municípios que resistiram, percebendo a melhoria do atendimento dos municípios que aderiram, acabarão aderindo também. Esperamos que com a continuidade do PMM aumentem ainda mais essas adesões (Gestor do COSEMS).*

Quanto à gestão do Programa, são poucos os municípios que não cumprem com a contrapartida obrigatória, conforme determina a Portaria do MS e, quando isso acontece, são notificados pela Comissão de Coordenação Estadual do Programa Mais Médicos (CCE), e são obrigados a fazer o repasse.

Quando perguntados sobre pontos fortes e fragilidades, foi feito o seguinte relato:

*... um dos pontos fortes é a permanência do médico na unidade conforme preconiza o PMM e a qualidade no atendimento. Uma das principais fragilidades em alguns municípios é o deslocamento para a zona rural, o que não acontece em nosso município, onde temos um bom acesso (Gestor do COSEMS).*

Foi relatada, ainda, preocupação com a finalização do ciclo de três anos da co-  
operação:

*... Eu que participo da defesa dos médicos cooperados, eu fico muito triste quando eu vou saber que meu médico vai e não vai mais voltar e vamos ter que começar tudo de novo, para se adaptar e falar o português, para nossa população aceitar e começar a aceitar o novo médico que vai vir. A gente só transmite aquilo que a gente conversa na base, com a nossa comunidade (Gestor do COSEMS).*

Como reconhecimento e sugestão para o próximo ciclo do programa foi apontado:

*... Eles trouxeram práticas inovadoras para suas comunidades, o que eu acho que faltou é que o Programa se preocupou com a qualificação do médico, com a bolsa de estudo, com o curso de qualificação. Mas o programa não se preocupou em trocar experiências entre os municípios com a apresentação dos trabalhos de todos os médicos... A gente devia ter feito um grande encontro, uma grande troca de experiências, até porque o médico do sul do Maranhão é diferente do que está na baixada do Maranhão. Eu notei que foi uma falha e que isso deve ser uma discussão para nós melhorarmos o outro ciclo, porque tem muitos trabalhos bons e bem feitos.*

### **A percepção dos municípios estudados**

Com as notícias que precederam a chegada dos médicos cooperados do Programa ao país, foi relatada certa desconfiança e insegurança por parte dos profissionais da equipe e dos usuários, em especial preocupação com a barreira do idioma.

*... tínhamos curiosidade para saber o que era o PMM, quantos viriam para nossa cidade, que foram chegando aos poucos... Eram muitas conversas distorcidas. Se eram médicos, se não eram, não sei... (ACS) Ficamos preocupados também, porque eles são cubanos, né? Uma outra língua... o pessoal da minha área são muito idosos e a gente já tem aquela dificuldade de entender (ACS).*

Entretanto, a postura profissional dos médicos cubanos e a qualidade da atenção prestada desmitificou preconceitos que pudessem existir, como pode ser observado em várias falas:

*... Eu acho muito importante e eu costumo dizer que esses médicos daqui do PMM são muito mais atenciosos e trabalham muito mais que os nossos.*

*Porque os nossos a gente jamais iria convidar para uma caminhada de um quilômetro. Ele não vai... O atendimento é diferenciado dos outros médicos, ela demora, faz entrevista com o paciente de todas as formas, como deve ser, a gente é um pouco leigo, mas sabe que o atendimento médico, não só porque é cubano, mas o brasileiro também era pra ser assim... (ACS).*

No que tange ao idioma, percebe-se, ademais da maior fluência em português que foi adquirida pelos profissionais ao longo do tempo, diferentes estratégias para superar essa barreira foram encontradas pelas equipes:

*... Quando eles não entendem, eles pedem para o médico explicar e ele fala novamente com paciência até eles entenderem (ACS).*

*... a gente até já assimila bem o “portunhol” deles, o espanhol deles. E a gente foi se adaptando, eles (os médicos) têm muita paciência.*

*... eles (os pacientes) têm dificuldade de compreender o idioma, então a gente vem, entra com o paciente e ela vai falando e nós ajudando a entender... . Eu achei que isso daí foi de grande validade, porque pelo menos a gente está se juntando mais com a comunidade (ACS).*

Ou seja, a barreira do idioma se transformou num desfecho positivo, pois propiciou uma maior aproximação dos ACS com a comunidade.

Foi recorrente a fala nos municípios de que o PMM garantiu a fixação de médicos na APS, problema apontado como grave pela maior parte dos entrevistados (gestores, profissionais e usuários dos municípios). As falas indicam que antes do Programa a atenção era deficitária e interrompida frequentemente:

*... nós tínhamos uma deficiência muito grande de médicos. Em algumas equipes a rotatividade de médico era muito grande, nós tínhamos médicos às vezes só duas vezes por semana... dois a três meses e já tinha que trocar de médico. A rotatividade no CNES era muito grande... inclusive isso também gerou impacto na questão dos enfermeiros... (Gestor)*

*... com o Programa... conseguimos traçar as diretrizes que o SUS preconiza, como a integralidade e o acesso. Porque o usuário chega na unidade e encontra a equipe completa, que era uma dificuldade (antes) em relação aos médicos... não tinha a carga horária exigida... Com o PMM ele está permanente na US... (Gestor).*

*Antes não tínhamos médicos em todos os postos de saúde... eles vieram para renovar, para dar vida ao posto... (Coordenação AB).*

*Aqui a gente tinha médico assim. O dia que ele queria ele aparecia, a gente agendava, mandava os pacientes e depois chegava na área e perguntava: “e aí, como foi a consulta?”. “Ah, não deu certo, o médico não foi” (ACS).*

*... na época nós não tínhamos médico quase todos dias da semana, e agora temos o doutor... todos os dias (Usuário).*

Também recorrente é a percepção da melhoria na qualidade e credibilidade da atenção, a disponibilidade dos profissionais e a contribuição com a comunidade:

*... com os novos médicos tudo melhorou, com a participação deles na comunidade. Além dos médicos atenderem nos postos de saúde, eles ainda vão às casas... um agente de saúde marca as consultas e avisa que dias um médico vem na nossa casa. Além disso, se precisar fazer algum exame eles já enca-minham a gente (Usuário).*

*... Melhorou em atendimento, ter força de vontade, paciência, porque eles são bem mais pacientes do que os nossos próprios que atuam aqui (ACS)*

*Uma coisa que eu achei bom com esse programa é que hoje nós temos um médico que mora dentro da nossa cidade... não importa a hora, eles estão prontos para nos ajudar (ACS).*

Segundo relatos de gestores existem diferenças marcantes e inovações entre o PMM e a equipe convencional:

*... eles fortalecem muito o vínculo com as famílias... é muito ruim contar a tua história todo dia para uma pessoa diferente, que é o que acaba acontecendo fora do programa... não fideliza nunca com as famílias (Gestor).*

*... Teve uma parte inovadora que foi a atenção dos médicos, porque eles são mais atenciosos do que qualquer médico aqui. Eles vão mais para as práticas e reuniões em equipe e também em atividades mais do que qualquer médico. É muito diferente. (Coordenação AB)*

Também existem relatos de que o PMM tem causado impacto na saúde das comunidades:

*A situação de saúde da comunidade melhorou bastante (ACS).*

*... As doenças diminuíram demais e quando estão doentes eles sempre vão no posto procurar o médico. Na minha área é muito difícil as pessoas ficarem doentes agora (ACS).*

*... trouxe uma contribuição muito grande para a todos os indicadores (eSF)*

O conhecimento e experiência em saúde pública que os profissionais têm também é reconhecido pelos gestores como um ponto positivo do Programa, pois trazem contribuições para a melhoria do sistema de saúde municipal:

*... ajudaram muito a nortear os nossos atendimentos, priorizando os princípios do SUS até a questão de formação profissional que eles trazem de Cuba. Contribuíram de forma significativa para a melhoria da qualidade da assistência... a presença deles na Secretaria de Saúde é uma constante e pode melhorar a atenção e a comunicação com a comunidade (Coordenação AB).*

Da mesma forma, a relação deles com os outros níveis de atenção também é bom, apesar de que no início existiram alguns desencontros, mas foram acertados:

*... hoje tanto os médicos do hospital quanto os da UBS têm tudo muito tranquilo... (gestor),*

Ou seja, existe uma boa comunicação entre os dois níveis.

Ademais, segundo o gestor, os profissionais vinculados ao Programa estudam e trabalham com as necessidades epidemiológicas do município:

*... eles conseguem extrair aquilo que de fato são as deficiências epidemiológicas do município e conseguem trabalhar, tanto é que os trabalhos deles, apresentados nos cursos (plano de ação do curso de especialização) são reflexos dessa situação...*

Com o aumento da produtividade da APS em consultas e visitas domiciliares, outras áreas da atenção se mostraram deficientes em alguns municípios, exigindo melhor planejamento e programação:

*... o município hoje enfrenta um problema com a questão de medicação, porque devido o aumento de consultas, houve um aumento de receitas que os médicos passam e o município não consegue suportar essa quantidade de medicação que precisa oferecer à população (Gestor).*

*... aumentamos a demanda de hemograma, de ultrassom, exame de hepatite, e outros exames. Deste modo temos uma demanda grande já que eles atendem de segunda a quinta... uso maior de medicamento, uma vez que são mais atendimentos precisam de mais medicamentos (Coordenação da AB).*

Percebeu-se, ao longo do estudo, algumas interpretações equivocadas de diretrizes ou políticas do Ministério da Saúde. Por exemplo, com relação ao financiamento de medicamentos:

*Nós estamos inclusive até hoje esperando, pois eu coloco como uma falha ou um ponto negativo do programa, porque logo quando surgiu o Programa Mais Médicos, surgiu também um programa junto que seria o “Mais Medicamentos” e que de fato aqui no nosso município nunca chegou (Gestor).*

Quando os ACS no GF foram convidados para resumir com uma palavra o Programa, as palavras parceria, cuidado, companheirismo, confiança se repetiram nos municípios.

Do ponto de vista dos profissionais do Programa, sua inserção nas unidades aumentou o acesso dos pacientes à APS e gerou uma relação de confiança entre médico e paciente, aumentando a resolutividade:

*... no posto realizamos atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde e o acompanhamento é humanizado, a relação é humanizada (eSF).*

Entretanto, algumas coisas ainda podem melhorar segundo os ACS:

*... Eu acho que nossos governantes, principalmente quem buscou esse Programa precisa dar mais atenção ao Programa, mais valor. Porque a gente tem uma equipe aqui na Sede, mas a gente não tem o transporte, porque de repente precisa trazer um paciente de urgência, que a médica encontrou lá na UBS e não tem o transporte, não vai ter e isso é uma das barreiras que se tá encontrando... (ACS).*

Quanto a contribuição para o Controle Social, um gestor relatou que se procura integrar a população com o sistema de saúde:

*... com o atendimento que é rotineiro de cada unidade,... com ações que envolvessem todas as equipes em mutirões... a presença dos médicos tem facilitado muito... a comunicação da sociedade civil com a Secretaria tem se estreitado também.*

A população parece se mobilizar sobre problemas de saúde dos municípios:

*... Antes eles (a população) iam muito na Secretaria reclamar porque não tinha médico. Era um médico, uma vez por mês e quando vinha... era ignorante... e as pessoas reclamavam porque você não dava atenção. E agora com*

*os Mais Médicos não. Hoje eles até vão na Secretaria, reclamar de outras coisas e não mais das consultas e da falta de médicos (Coordenação AB).*

Um gestor relatou que o PMM ajudou no ajuste e harmonização da oferta de serviços às necessidades e à demanda do município e, ainda, que o profissional tem ajudado a intermediar outras demandas e servido como ponte para a solução de problemas intersetoriais dessas famílias:

*... As vezes a gente faz até trabalhos externos, fora do que se refere apenas à saúde, porque eles intervêm... eles interceptam o problema lá na comunidade e a gente consegue resolver... (Gestor).*

Uma fala resume bem o vivenciado pela população dos pequenos municípios do país, desde que a proposta do PMM fez parte da pauta da mídia:

*... Eu gostei muito de ter vindo os médicos, apesar de ter uma “brigalhada” lá em Brasília com o pessoal da saúde, porque eles não queriam o Mais Médico, mas eu achei bom, não só nós de Santa Helena, mas o país todo (ACS).*

Todos, entretanto, se mostram preocupados com o fim do programa no município, como explicitam os relatos a seguir:

*... Tem uma situação que o contrato deles deve acabar, mas não sabemos ao certo se vai ter renovação ou não, eu já tive conversas com eles e se houver renovação há o interesse do município deles permanecerem, exatamente para continuar esse vínculo com a comunidade (Gestor)*

*... Eles (os usuários) já estão imaginando quando ela tiver que ir embora (ACS).*

*... Eu nem sei como vai funcionar, quando ele sair e voltar para o regime de antigamente, vai ficar difícil, porque os médicos daqui, uma boa parte não sabe tratar a população nem as pessoas, nós tínhamos um médico aqui que atendia os paciente e eles diziam que nunca mais iam voltar, não iam pisar mais no posto pela forma do médico tratar, a ignorância era demais. A maioria dos médicos brasileiros acham que são deuses e que a gente é obrigado o ouvir tudo, a forma que eles dizem é sempre o certo, mas não é assim, eles são médicos e ele tá ali para orientar e não ser endeusado (ACS).*

*... Quando acabar a população vai cobrar da gente (ACS).*

A partir das observações, entrevistas e dos grupos focais, pôde-se perceber fortalezas e desafios do PMM no Maranhão, que estão resumidos no Quadro 5.

### Quadro 5. Resumo das fortalezas e desafios do Programa Mais Médicos no Maranhão, percebidos pelos entrevistados

Principais fortalezas relatadas do PMM no Maranhão:

- Diferença perceptível aos gestores quanto à fixação de profissionais e acesso à assistência na APS entre os municípios que aderiram ao PMM e os que não aderiram.
- Acesso à assistência médica inovadora e de qualidade, com médicos comprometidos com o cuidado humanizado dos usuários.
- Superação da barreira do idioma dos cooperados, com a atuação em equipe para traduzir e mediar diálogos, fortalecendo o trabalho em equipe e o vínculo no cuidado.
- Estruturação do sistema de saúde, com a coordenação do cuidado pela APS, criando demandas de recursos e de atenção nos demais níveis.
- Percepção da melhoria da saúde da população e da satisfação dos usuários com os sistemas de saúde locais.

Principais desafios apontados:

- Expandir o Programa para todos os municípios do estado.
- Planejar adequadamente os recursos de saúde (em especial, medicamentos e exames diagnósticos) e pactuar atenção especializada e hospitalar, de forma a garantir a integralidade do cuidado.
- Favorecer a troca de experiências entre gestores e equipes dos municípios do MA sobre os projetos de intervenção e avanços na implementação do Programa, para fortalecer o planejamento de ações prioritárias em saúde no estado e municípios.
- Utilizar os médicos cooperados e as equipes de saúde para estimular a participação social e as ações intersetoriais nos municípios.
- Avançar para além da assistência, planejando e estabelecendo metas de saúde factíveis para o estado e municípios.

Assim, pelos depoimentos obtidos, considerou-se que o PMM foi bastante exitoso no estado, porque ajudou a suprir uma deficiência histórica de profissionais no estado, que se refletia numa grande dificuldade de contratação e fixação dos profissionais nos pequenos municípios do estado, e trouxe ademais uma significativa melhoria na qualidade da APS no Maranhão, relatada como bastante deficiente anteriormente. Esses achados corroboram com as justificativas elencadas na lei que criou o Programa em 2013, que apontavam para as dificuldades no cumprimento dos preceitos estabelecidos pelo SUS para a Atenção Básica no país, se não houvesse um número de profissionais suficientes e com formação adequada para suprir as necessidades básicas de saúde da população. (BRASIL, 2013)

Alguns problemas levantados, inicialmente, quando da aprovação da lei, em especial quanto aos médicos intercambistas ou cooperados, quanto a sua formação e competência, foram superados pela atuação humanizada, o compromisso e a responsabilidade desses profissionais percebida por todos. Mesmo a barreira do idioma passou de fragilidade para fortaleza, quando garantiu uma maior integração entre a equipe e os usuários.

Os entrevistados consideram, ainda, que o impacto em saúde deve ser expressivo, mas tiveram posicionamentos diferentes quanto ao observado após três anos de implementação. Nos indicadores de saúde pesquisados (Quadro 3), percebe-se que existem tendências de melhores resultados quando se faz a comparação entre 2012 (antes do PMM) e 2015 (durante o PMM) para o estado e a maioria dos municípios em algumas variáveis como internações sensíveis à APS, nascidos vivos de mães adolescentes e mortalidade infantil, o que se poderia atribuir também à efetividade do Programa.

Entretanto, para outros indicadores, o curto período da intervenção, a qualidade dos dados dos sistemas de informação (subnotificação, causa maldefinida, entre outras) e a demanda reprimida que existia para o acesso à APS nos municípios, podem estar contribuindo para que os resultados se mantenham estáveis ou com tendência ascendente. Como já salientado, outros estudos (Victoria, *et al*, 1994; Schmidt *et al*, 2010) e documentos (Ministério da Saúde, 2008) têm apontado que os dados em saúde no Brasil têm melhorado a qualidade ao decorrer do tempo, devido à melhoria da APS, ou seja, as próprias intervenções ou inovações propiciam uma melhor captação de informações para os sistemas e acabam distorcendo seus resultados de impacto nos primeiros anos. Nesses casos, recomenda-se que os indicadores sejam observados por um maior período de tempo.

Observou-se, também, que os municípios estudados não tinham uma participação ativa da população no SUS, como estabelecido pela Constituição Federal ou pela Lei 8.080/90. Os conselhos municipais de saúde eram pouco atuantes, ficando as decisões de saúde a cargo dos gestores locais. Quando se observam as características sociodemográficas da população dos mesmos, percebe-se que, em sua maioria, são municípios de baixo IDH, com alta taxa de analfabetismo (Quadro 1) e provavelmente de grande influência política. Uma maior participação social requer conhecer melhor seus direitos, romper laços culturais paternalistas arraigados na população e empoderar os representantes municipais dos conselhos, de forma a polarizar as decisões de prioridades em saúde.

Finalmente, considera-se que o Programa trouxe contribuições reais para a APS do estado. Entretanto, conforme observado pela gestão estadual, ele pode ser otimizado, de forma a trazer um impacto mais amplo, para além da questão meramente assistencial (sem dúvida, extremamente carente no estado), e aproveitar melhor o conhecimento e a vivência dos médicos cooperados, de forma a apoiar no planejamento de intervenções e sua parametrização nas prioridades de saúde nos municípios e do estado.

**Depoimento de profissional da saúde sobre o efeito do Programa Mais Médicos no município de pequeno porte do Maranhão**

*... Na minha área tem um casal de hipertensos que eles tem a síndrome do jaleco branco, tem medo dos médicos, pavor e um dia eu fui chamado as pressas pra ir socorrer a pessoa que estava com a pressão altíssima. Eu não sei verificar a pressão com o aparelho analógico e eu cheguei lá e achei ela morrendo e eu disse: “Olha! Eu vou ter que lhe levar para o hospital.” E ela: “Eu não vou para o hospital, eu prefiro morrer em casa, eu não vou para o hospital, eu tenho medo! Eu não posso nem chegar perto do médico, eu morro logo, então eu morro aqui, não precisa mais...” E eu disse: “Então eu vou buscar a Dra... aqui para lhe atender agora, vou trazer ela na sua casa.” E ela: “Será se eu não vou morrer na hora que ela chegar?” E eu: “Vou esperar que ela lhe encontre viva ainda.” ... não estava nada marcado, cheguei aqui peguei a Dra... e a enfermeira, e fui levar e quando eu cheguei lá e ela foi conversando com a Dra... e quando ela foi verificar a pressão dela, ela já tava com a pressão normal, por ter conhecido uma Dra... que não meteu medo pra ela, trouxe uma conversa sadia, se aproximou, fez uma amizade e hoje vem se consultar no posto que ela nunca tinha ido a um hospital com quarenta e nove anos, nunca tinha frequentado um posto de saúde. E isso faz com que a pessoa perca o medo do médico, porque ela não usa o jaleco branco para meter medo em ninguém, ela usa para cuidar desse tipo de pessoa, ela é muito humilde para isso (ACS).*



Foto: Acervo da equipe de pesquisa.

## Programa Mais Médicos e os atributos da Atenção Primária à Saúde

Durante as entrevistas e os GF realizados buscou-se identificar a percepção entre gestores e profissionais de saúde sobre a contribuição do PMM para alcançar os quatro atributos principais da APS propostos por Starfield (2002), ademais da dimensão trabalho em equipe. Para a dimensão satisfação do usuário foram retratadas tanto as percepções das eSF/gestores como dos usuários entrevistados em cada município.

### Primeiro contato e acesso

A APS configura-se como a porta de entrada do sistema de saúde no Brasil. Assim, espera-se que seus serviços sejam acessíveis e resolutivos frente às principais necessidades de saúde trazidas pela população: a cada novo problema ou novo episódio do mesmo problema de saúde dos usuários, exceto emergências e urgências médicas reais (Oliveira & Pereira, 2013; OPAS, 2015).

O aumento do acesso foi um dos maiores ganhos que o Programa trouxe para a APS, a partir do qual solucionaram-se outros problemas existentes nas UBS, segundo o que se repete nas várias falas:

*... a cobertura da nossa população é de 100%... assim tivemos um avanço muito grande na saúde básica do nosso município (Gestor).*

*... a comunidade agora está sendo atendida, não há mais filas durante as madrugadas na porta do posto, como acontecia antigamente... o médico vinha uma vez na semana ou de 15 em 15 dias e não tinha compromisso com a comunidade, com o posto... agora... eles não vem mais dormir aqui na porta porque já conseguem marcar consulta, uma vez que tem médico de segunda a quinta. Então, as vezes, já até sobra vagas, porque ele (o usuário) já tem marcado o dia certo da consulta... (Coordenação da AB)*

*Antes a gente tinha que fazer uma triagem de quem ia colocar para consultar por semana, era apenas duas vagas por agente. Então tinha gente que precisava muito e a gente tinha que ver quem tinha mais necessidade... (ACS).*

*... tinha que ficar ali sacrificando outras pessoas, porque tinha que marcar e, às vezes, o médico nem vinha e desmarcava tudo e eles ficavam zangados com a gente... então agora motiva mais (ACS).*

Existe uma programação de atendimentos estabelecida, de acordo com as necessidades de cada território, conforme explicitam os ACS, que inclui as visitas domiciliares e as demandas espontâneas:

*Nós fazemos o cronograma, todo final de mês ou início do mês (Agora) podemos mandar e encaminhar os nossos clientes a US já com os dias todos marcadinhos, já agendados, as gestantes, os hipertensos, as crianças, pesagem das crianças, as puérperas... Aí fica muito mais fácil para trabalhar (ACS).*

*... porque nós tínhamos muita dificuldade,... com os acamados que não podem se locomover para ir ao posto... (ACS).*

*Ela não mede distância para fazer as visitas, pode ser no sol, pode ser na chuva, ela vai mesmo. Então isso aí melhorou bastante mesmo... Ela faz tudo que pode fazer e assim a gente sente essa segurança (ACS).*

*... No hospital o pessoal tem que ir cedinho, para tirar uma ficha para consultar, aí tem muitos deles que não vão mais para lá, preferem se consultar com o cubano, porque na hora que chega lá, pega uma ficha e consulta com ele (ACS).*

### Integralidade

A integralidade pode ser interpretada como o alcance do atendimento prestado aos indivíduos – natureza biopsicossocial do processo saúde-doença, com ações de promoção, prevenção, controle/cura e reabilitação adequadas a cada usuário. Ou seja, refere-se às ações e aos serviços necessários para o tratamento integral da saúde, com foco nas medidas preventivas, mas sem prejuízo das assistenciais (OPAS, 2015).

Por ser um dos pilares do SUS, várias publicações do Ministério da Saúde inserem a integralidade como um princípio para o modelo assistencial a ser garantido à população pelos serviços de saúde do Estado, com recursos adequados e estrutura e processos estabelecidos (Paim & Silva, 2010).

Na integralidade foram abordados temas como programação de ações, visita domiciliar, uso de protocolos clínicos e disponibilidade de recursos.

A visita domiciliar em equipe passou a ser uma realidade na US:

*... A visita domiciliar... antes nós não tínhamos esse trabalho no domicílio, (hoje) eles trabalham muito com isso (Coordenação AB).*

*... a respeito das visitas domiciliares que tornou a gente mais próximo com o usuário enquanto médico e profissional de saúde (ACS).*

*A gente levando o médico até a residência da pessoa... se sente mais segura, ele toma conhecimento da realidade do nosso trabalho... a realidade daquela comunidade... facilita mais o trabalho dele enquanto médico, pois já tem uma noção maior de como ajudar o paciente (ACS).*

Para o gestor, o profissional tem conhecimento dos protocolos clínicos e dos recursos necessários para atender adequadamente à população:

*... (os protocolos) são utilizados e eles são bem criteriosos em cobrar e exigir de nós quanto gestores para que não falte. O Doutor... , ele é muito rígido. Tem uma postura e nesse sentido... Temos as dificuldades, lógico, tem momentos que nós temos déficit de materiais como todos os municípios do porte do nosso, mas a gente sempre busca estar mantendo o básico.*

O uso racional de pedidos de exames e de prescrição de medicamentos foi reportado por vários gestores. Entretanto, a integralidade fica prejudicada pela inadequação estrutural de algumas US e da falta de recursos para diagnósticos, exames laboratoriais ou medicamentos para o tratamento, como foi relatado:

*... os medicamentos da farmácia básica, ele usa de forma racional, ele cobra, ele quer saber o que temos e o que não temos, para que ele possa estar dando um bom atendimento nesse sentido (Gestor).*

*... nossas unidades irão passar por algumas reformas através do requalifica UBS... a dificuldade do município será nos equipamentos novos (para substituir) os materiais desgastados... Isto é uma deficiência de vários municípios... Temos tentado conseguir recursos tanto federal como estadual para suprir essa situação, comprar novos equipamentos mais modernos e até o momento não conseguimos êxito... (Mas,) aquilo que o município consegue oferecer eles utilizam, inclusive eles tem técnicas que conseguem utilizar em falta de alguns equipamentos mais tecnológicos (Gestor).*

Na questão do vínculo, os ACS fizeram o seguinte depoimento:

*... Ele já conhece a população demais. Na minha área mesmo, uma mulher que cuida de uma idosa, ele pergunta pelo nome, ele sabe. Ele conhece a população e as condições (ACS).*

*... Se ele marcar, ele quer que a pessoa apareça e se não aparecer ele manda perguntar pela pessoa (ACS).*

Percebeu-se, ademais, que aumentou a confiança e satisfação da equipe no seu trabalho. Assim, as equipes restabeleceram seu papel na promoção, prevenção e cuidado da saúde. Existe um monitoramento das necessidades do território, como pode-se identificar na fala de um gestor:

*... Os médicos... costumam fazer reunião uma vez por semana com os agentes de saúde, assim tem como fazer um mapeamento... da comunidade e definir suas fragilidades (Coordenação da AB).*

*... ele participa bastante de ações que é no caso a promoção da saúde e também de reuniões com o grupo de gestante, grupo de idoso, que é a prevenção. Ele consegue e faz o trabalho de atendimento (Coordenação AB).*

*... Nós temos algumas limitações, mas dentro do que ao município pode oferecer... eles conseguem fazer ações de promoção, prevenção e recuperação (Gestor).*

Assim, conclui:

*... a técnica de atendimento deles que é totalmente diferente dos médicos brasileiros, então, eu acho que essa técnica que eles utilizam tem favorecido para que eles consigam a confiança da população... começaram a surtir efeito, diagnósticos de doenças bem precoces e isso facilitou muito essa situação... A demanda da média complexidade está diminuindo por conta da resolutividade da atenção básica (Gestor).*

Identificou-se uma fala que exprime muito bem o tipo de atendimento prestado pelos profissionais do PMM, quanto a integralidade:

*... Ele consegue oferecer a população o que ela precisa, até mais do que a gente tá precisando, porque a comunidade procura muito ele, procura muito o posto de saúde e ele atende muito bem (Coordenação AB).*

Ou seja, o profissional vai além das expectativas dos gestores, se envolvendo com as necessidades da comunidade. A percepção de como deve ser prestado o cuidado está sendo absorvida pela equipe:

*O que eu vejo agora é que hoje a gente conseguiu realizar todas as programações do mês... antes a gente marcava a gestante e o médico ligava para desmarcar... um dia perdido... Hoje a gente faz palestras, tudo aquilo que a gente não conseguia fazer antes (ACS).*

*Antes a gente não conseguia fazer prevenção, porque não dava tempo mesmo... atividades preventivas com as gestantes, hipertensos, DST/Aids, para os idosos, hanseníase, tuberculose, tulinho... (ACS).*

### Longitudinalidade

A existência de uma fonte contínua de cuidados, bem como a sua utilização ao longo do tempo, é a definição mais usada para o termo no país, o qual aparece na literatura internacional como *continuidade do cuidado*. A longitudinalidade deve favorecer uma relação interpessoal de confiança, com a formação de vínculo entre os profissionais de saúde e o usuário e/ou comunidade (Oliveira & Pereira, 2013; OPAS, 2015).

A percepção da diferença no acolhimento do médico, como parte importante da atenção, foi relatada:

*As vezes nosso médico nem olhava para a cara do paciente, nem sequer dava um bom-dia muita das vezes. O paciente quer se sentir acolhido, o acolhimento é total e hoje já estreitou muito (ACS).*

Os vários atores demonstraram tanto o aumento do vínculo como a longitudinalidade do cuidado:

*... as equipes estão mais próximas das comunidades. Já existe um vínculo formado entre essas equipes, inclusive os médicos e os enfermeiros conseguem... conhecer o paciente através do nome. Isto é um avanço muito grande, você vê que existe integração (Gestor).*

*... os médicos já estão aqui na cidade há cerca de 3 anos e eles já puderam acompanhar desde a gravidez até o nascimento de alguns pessoas e seria muito bom se ele continuassem com a gente (Coordenação da AB).*

*Com relação a conhecer a nossa comunidade, melhorou não 100%, mas 99%, porque antes a gente ouvia assim: "Vai consultar com tal médico! Ah esse médico é isso, é aquilo!" E hoje a gente não ouve mais, eles já gostam de consultar com a médica (ACS)*

*... Porque ela ensinou remédios caseiros, eles gostam dessa parte. E ela dá muita atenção quando anda nas ruas, porque ela conhece as pessoas. Criou um vínculo (ACS).*

O profissional parece ter preocupação no acompanhamento dos usuários, como demonstra o depoimento a seguir:

*... Eu sou atendida por ele (médico), porque tenho problema de pressão alta, aí ele vive me passando a medicação do meu problema. Ele sempre me dá orientações. Esses dias fui nele por causa da pressão e ele me chamou atenção, porque eu tinha parado a medicação... (Usuário).*

A preocupação da médica com o resultado do tratamento e com o retorno dos pacientes também foi relatado:

*... Eu gostei muito do trabalho dessa médica, porque quando alguém está doente aqui e volta para tomar o remédio, aí não vem mais porque melhorou, mas ela tem aquela preocupação de mandar o agente de saúde na residência para saber se está bem, porque se não ela manda voltar para o retorno, aí eu sempre trago a notícia para ela, porque ela fica com aquela preocupação, principalmente com as crianças e idosos (ACS).*

### Coordenação do cuidado

A coordenação envolve a articulação e comunicação entre os diversos níveis e serviços ou ações de saúde, de forma que estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum, que é a saúde do usuário e da comunidade. Assim, deve oferecer ao usuário serviços e informações que respondam a suas necessidades de saúde de forma integrada, por meio de diferentes pontos de atenção da rede à saúde (Oliveira & Pereira, 2013).

Para Starfield (2002), a APS deve fazer essa coordenação e comunicação entre os diferentes pontos de atenção, de forma a garantir os demais atributos (acesso, integralidade e longitudinalidade). O PMM parece estar contribuindo para que a coordenação seja uma realidade:

*... as pessoas buscavam primeiro o hospital, por ser cultura... muitos (hoje) já procuram a atenção básica e só depois são encaminhados ao hospital (Coordenação da AB).*

*... a população agora procura mais o posto em vez de ir ao hospital... O hospital diminuiu a demanda e só vão as urgências mesmo... O médico faz de tudo para não mandar o paciente para o hospital tentando resolver na unidade, na atenção básica (Coordenação AB).*

*... Antigamente procurava o hospital porque não tinha doutor... Agora eles recorrem mais a unidade por ter médico (ACS 1). A gente passa informação... hospital é para as emergências e eles já conseguem entender... procuram a gente para agendar as consultas na UBS (ACS).*

*... Eles não querem mais ir para o hospital. A pressão pode estar alterada, (ter indicação de) ir para o hospital, mas eles não querem, eles querem consultar com a “minha” médica... Eles não fazem questão de ir para o hospital, somente em último caso, quando há necessidade (ACS).*

Para a gestão a coordenação feita pela APS tem funcionado bastante bem e é perceptível a diferença quando, por motivos de saúde ou por férias, algum dos profissionais se ausenta:

*... os médicos do hospital já ligam – ‘o que aconteceu no posto...? A recepção aqui tá lotada! Não tá funcionando hoje?’*

Para a coordenação do cuidado e para a estruturação do sistema de referência e contrarreferência dois municípios implementaram uma prática inovadora: uma ficha que faz o elo entre os pontos de atenção – entre o médico da atenção básica e o médico especialista da média complexidade ou o profissional do NASF:

*... o paciente leva para o médico especialista, ele recebe o atendimento e retorna com a ficha e para o médico do posto, para ficar registrado aquele acompanhamento (Coordenação da AB).*

*... porque assim se você tem um problema cardiológico e você é tratado com o cardiologista, esse cardiologista tem condição através dessa ficha de passar informação de volta para a AB (Gestor).*

A médica relatou que:

*... no município tem uma ficha de referência para encaminhar esse paciente para Pinheiro onde temos outras especialidades. Quando o paciente tem qualquer doença crônica, nós temos a possibilidade de encaminhar para Pinheiro esse paciente, e depois quando retorna dar continuidade no tratamento aqui no município de origem e nós continuamos com acompanhamento em sua casa (Médica).*

Essa referência e contrarreferência foi confirmada por um usuário:

*... Eu fui no cardiologista e agora estou fazendo acompanhamento aqui. O acompanhamento aqui é ótimo. Quando os agentes vêm eles marcam logo o retorno (Usuário).*

Parece claro para a gestão o papel de porta de entrada e de coordenação do cuidado que deve ter a APS:

*... E de fato o paciente precisa ser tratado na AB. Isto serve também para os nossos profissionais do NASF.. e tem facilitado muito nosso trabalho, inclusive a fila de espera para nossa média complexidade diminuiu muito depois da implantação da ficha. Hoje nós temos um controle, onde (antes) as pessoas simplesmente chegavam: 'ah! eu estou sentindo uma dor na costa e queria consultar com o ortopedista'. Então hoje essa pessoa só tem acesso a consultar com o ortopedista depois que ela passa por uma avaliação na AB. Então as vezes é uma situação que você pode resolver na AB, mas que estava indo para a média complexidade (Gestor).*

Ademais, a APS apoia a gestão na referência para a rede de atenção pactuada:

*... porque os próprios médicos e enfermeiros, eles tem o cuidado de trazer se for uma situação mais grave para que a gente possa resolver. Se for uma questão de média complexidade, eles já são diretamente encaminhados para que a gente possa estar encaminhando, seja para Pinheiro ou para São Luís (Gestor).*

Como exemplo dessa situação um ACS relatou:

*... Na semana passada, por exemplo, fomos fazer visita domiciliar e encontramos um paciente muito inchado que precisava ser encaminhado urgentemente para o hospital, então ela (a médica) acionou a Secretaria de Saúde e chamou a ambulância, deu todo o suporte e resolveu aquele problema que poderia agravar (ACS).*

Ou seja, quando a APS se torna mais proativa no seu papel de coordenação do cuidado, melhora a qualidade da atenção à população.

### **Trabalho em equipe**

No que tange à responsabilização e motivação das eSF com a atenção da população, a percepção dos gestores é que a permanência do médico no município durante a semana aumenta a liderança desse profissional sobre os demais profissionais e traz resultados para o trabalho da equipe:

*... ele consegue transmitir uma certa... rigidez e motivação... o médico do programa não se nega ao atendimento, eles não faltam, são pontuais, então com isso o próprio agente diz – poxa ele é médico e não falta e eu vou falar? (Gestor).*

Ainda, segundo a gestão:

*Eles têm uma integração muito boa... a rotatividade do enfermeiro... diminuiu. Então esse vínculo de amizade entre as equipes facilita muito o trabalho e cada um vai conhecendo o espaço do outro e isso quem ganha é a população.*

*... todas as semanas são realizadas reuniões de alinhamento da equipe de saúde... Antes isso não existia. Os médicos entravam (na unidade)... iam realizar os atendimentos e depois iam embora (Coordenação da AB).*

Para a eSF, o trabalho em equipe fortalece as ações desenvolvidas, motiva e dá mais segurança para todos:

*... na AB, para que o trabalho saia, tem que ser em equipe, se não, não sai (Médico).*

*... eu como enfermeira da equipe me sinto mais amparada na presença de um médico constante dentro da UBS (eSF)*

*... das equipes daqui, não tem nenhuma para ganhar a nossa... não deixamos a desejar o companheirismo que temos um com o outro (ACS).*

*... Ela tem uma facilidade de gravar até os nomes das pessoas, de cada acamado da gente. “Cadê Fulano? Vocês não vão fazer a visita?” A gente marca e às vezes não dá pra ir, aí ela: “Que dia que eu vou fazer a visita com vocês?” (ACS)*

Os cooperados, ademais, contribuem para a capacitação e planejamento da atividades das equipes:

*... contribuíram bastante para o crescimento profissional de toda a equipe... tem 2 encontros mensais para a discussão dos temas necessários para melhorar o atendimento e garantir a educação permanente (Coordenação da AB).*

*... falamos de todos os nossos indicadores, tentando melhorar nosso atendimento e tentando elevar a qualidade de vida para nossa comunidade (eSF).*

*... Então eles já ensinaram várias coisas. Eles fazem reunião, dão puxão de orelha na gente, e também quando a gente não concorda, a gente fala, não fica calado. E a gente tem encontrado um bom termo de convivência de trabalhar. A gente sabe que todo mundo não tem a mesma ideia, não tem a mesma cabeça, mas para nós eles são muito mais compreensíveis, muito mais comunicativo e gostam de trabalhar em manada, não gostam de trabalhar sozinho (ACS).*

Segundo a visão de um cooperado, percebe-se que se sentem parte da equipe e que valorizam o papel desempenhado na eSF:

*... o maior responsável pela saúde da população é a equipe... Porque na união está a força. E quando a equipe toda se une é mais forte e pode enfrentar todas as situações relacionadas com o paciente (médica).*

O depoimento de um ACS resume a contribuição que o PMM trouxe para o trabalho em equipe:

*... a gente encontrava uma dificuldade muito grande antes de existir o PMM, e a gente já tinha ESF, mas a gente tinha essa barreira, porque o médico não vai de pés, porque o médico não se enturma com o ACS, dificilmente tem esse contato. E a Dra... depois que chegou é aquilo, de se sentar em roda com a gente e não dá para saber quem é o médico e quem é o ACS... quando a gente não tinha esse acompanhamento com o médico... isso desmotivava, quer dizer, nós somos uma equipe, mas cadê a equipe? Só com a gente? Só com a enfermeira?... Agora a gente sente que o trabalho em equipe tem uma resolutividade muito maior, então a gente começa a descobrir que o trabalho em equipe é muito importante para a comunidade (ACS).*

### Satisfação do usuário

Os depoimentos dos usuários entrevistados demonstram o reconhecimento e a satisfação que os mesmos têm com o PMM:

*... depois dos Mais Médicos tem consultas mais de perto, as médicas e enfermeiras sempre dando atenção, melhorou 100 por cento (Usuário)*

*... Sim, porque antes os médicos eram diferentes, hoje eles fazem visitas, eles acompanham o paciente e então foi uma melhora muito grande. Eu sempre fui bem atendida (Usuário).*

*... a médica cubana é uma boa pessoa, ela atende muito bem, porque ela explica tudo e tira todas as dúvidas que a gente tem (Usuário).*

*... ele nos atende com tanto prazer, quando vamos consultar com ele (Usuário).*

*... A questão é que eles ficam no município, a gente não precisa enfrentar fila pegar ficha e acordar de madrugada porque no momento que a gente precisa eles estão no posto. Atendendo com amor, é assim que eu vejo. Eles gostam do que fazem... (Usuário)*

*... E é bem atendido pela equipe e principalmente pelo médico... a gente tem mais acesso, tem mais qualidade, o médico é bom e ele interage com o paciente (Usuário).*

*... E muito, muito positivo, hoje já vemos que as criancinhas já não ficam doentes, na realidade ficam com aquelas doenças normais de criança de interior que banha na chuva brinca na terra. Mas não tem mais aqueles problemas que antes, a gente marcava uma consulta hoje e só consultava depois de 1 mês! Mas agora ficou tudo bom, a gente agenda segunda e na quinta já faz a consulta com a criança. Em questão de semana já resolvemos tudo após os exames (Usuário).*

*... O melhor é o acompanhamento, quando a gente precisa de alguma coisa, eles sempre ajudam, os médicos e o agente de saúde. É só a gente procurar por eles, que eles passam querer saber como é que a gente tá (Usuário).*

A satisfação dos usuários aumenta ainda mais a motivação da equipe:

*... eu me acho mais motivada... tem vários idosos que não podem vir e ela (médica) já faz com que eu adore os idosos e os idosos me adorem. Porque a semana que a gente não passa lá na casa, o dia que a gente não passa eles dizem: "oh, mas quanto tempo, vem almoçar!" fazem aquela festa. Para mim a motivação estimulou bastante (ACS)*

*... A minha mãe que é idosa e diz que o Cubano é excelente e eu acho tão bonitinho. Ela acha que ele atende bem, trata bem. E eu creio que o idoso tem vergonha de falar as coisas e com ele, ela se solta e já tem intimidade com ele (ACS).*

Considerou-se, assim, que o PMM trouxe contribuições efetivas para os atributos e critérios da APS que foram investigados neste estudo, especialmente pelo compromisso profissional e presença rotineira dos médicos cooperados nas unidades de saúde. Na sequência o Quadro 6

### **Quadro 6. Síntese das principais contribuições do Programa Mais Médicos no Maranhão aos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS), ao trabalho em equipe e à satisfação dos usuários, segundo relato dos entrevistados**

#### Primeiro Acesso:

- Permanência da equipe de saúde nas unidades de saúde, em especial do médico cooperado, favorecendo a cobertura da APS e o acesso às consultas médicas.
- Organização da agenda, com inclusão de demanda espontânea e visita domiciliar.
- Planejamento das ações realizadas: promoção, prevenção, cuidado e reabilitação.
- Redução da demanda de assistência hospitalar, com diminuição do tempo de espera.

#### Integralidade:

- Cuidado do usuário de forma organizada e holística, com atuação interdisciplinar.
- Criação de demandas para a gestão de recursos (em especial medicamentos e exames diagnósticos) e pactuação para atenção nos demais níveis de atenção, para garantir resolutividade dos atendimentos.

#### Longitudinalidade:

- Criação de vínculo das equipes de saúde com as comunidades, por meio de uma atuação comprometida com os resultados na saúde dos usuários.
- Desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, cuidado e reabilitação, de acordo com os recursos disponíveis no município, favorecendo, em especial ações de educação em saúde.
- Acompanhamento da equipe em visitas domiciliares durante os diferentes estágios da doença ou ciclos de vida.

#### Coordenação do cuidado:

- Experiências inovadoras nos processos de referência/contrarreferência e articulação com gestores e especialistas.
- Integração com os profissionais dos NASF, para as ações de promoção, prevenção, cuidado e reabilitação.

#### Trabalho em equipe:

- Mudança de postura do médico da equipe, uma vez que o médico cooperado tem liderança e o reconhecimento dos demais profissionais.
- Participação de todos os profissionais nas reuniões de planejamento das ações e visitas domiciliares, aumentando a confiança, satisfação e autoestima da equipe.
- Apoio nas atividades de educação permanente da equipe.

#### Satisfação do usuário:

- Reconhecimento da qualidade da atenção prestada e do comprometimento dos profissionais com a saúde de toda comunidade.
- Satisfação com o acesso ao cuidado e com o vínculo dos profissionais com os usuários e suas famílias.

## O Programa Mais Médicos e as prioridades de saúde do Estado: relatos de caso

### A atenção na gravidez na adolescência em Cururupu

Esse foi o depoimento da médica da UBS Cururupu II quando questionada sobre o tema selecionado para seu plano de ação na especialização:

*... Um problema que foi diagnosticado no começo da nossa atuação aqui no programa... que tínhamos um grande número de grávidas... a maioria delas adolescente... no município todo... quando fizemos nosso trabalho... (o objetivo foi) diminuir essa incidência, através de muita educação da população... o trabalho de equipe, trabalhando com a população e mais ainda com as adolescentes (Médica).*

Em diagnóstico situacional realizado no território da UBS, a médica identificou que das 32 gestantes em acompanhamento, 17 tinham entre 13 e 19 anos de idade, o que correspondia a 53,12% dos casos, sendo um percentual significativo. Assim, como metas para seu plano propôs:



Foto: Acervo da equipe de pesquisa.

*Alcançar 100% dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da UBS Cururupu II treinados para realizar capacitações aos adolescentes. No prazo de um mês.*

*Melhorar o conhecimento sobre riscos que apresenta a gravidez precoce pelo menos em 80% dos adolescentes da comunidade da UBS Cururupu II. Através de palestras mensais.*

*Diminuir em 50% a gravidez na adolescência, bem como a morbidade e mortalidade por sua causa, na área de abrangência.*

(LEON-PALAREA, 2015)

A intervenção envolveu, segundo a médica:

*... reunião na equipe para conhecer o projeto e o que pretendíamos fazer, então capacitamos eles (os agentes de saúde) para conhecerem os temas, como vão ser desenvolvidos, e aí começamos a realizar palestras (Médica).*

Quanto a integralidade na atenção à gestante, tanto equipe como usuárias expressaram uma evolução no atendimento:

*... Melhorou, embora ainda temos muitas adolescentes grávidas, estamos trabalhando com essas adolescentes que ainda não estão grávidas, estamos trabalhando também com as grávidas para melhorar a atenção pré-natal e para evitar que aconteça uma nova gravidez... (Médica).*

*... No primeiro momento eu fui atendida pelo enfermeiro... , que me deu todo apoio, já na segunda consulta foi com ela... (Usuária).*

*... Como estou gestante, ela está me acompanhando no meu pré-natal,... tenho o tempo certo de ser atendida e não preciso ficar esperando... Então melhorou muito... ela me ensinou a fazer muitas coisas, passou muitas coisas pra mim (Usuária).*

O cuidado da gestante na US, segundo a eSF envolve algumas etapas:

*... o ACS capta essa gestante na área, ela vem pra unidade. E então eu faço a primeira consulta,... pergunta tudo pra paciente pra fazer uma triagem... corrimento,... sangramento,... problema dentário... A gente tem o apoio do NASF, a gente pode encaminhar para nutricionista... psicólogo, tem toda uma equipe multidisciplinar.*

Segundo a médica, entretanto:

*... Temos um gineco-obstetra, mas a consulta é muito difícil, não dá para ter um acompanhamento certo, seguindo o protocolo.*

Um membro da eSF declarou que:

*... não fica o tempo todo no município (o médico de referência), mas ele vem uma semana e passa 10 dias... e sempre que tem uma gravidez de risco, sendo de adolescente ou não, é sempre feito essa referência pra ele (eSF).*

Outra dificuldade são os exames complementares e os medicamentos:

*... Como adolescentes não têm privilégio, nós temos problemas com laboratório, temos problemas com imagem... temos um dia para as grávidas, por exemplo, no caso do ultrassom, mas temos problema com laboratório, muitas vezes tem que ir fazer particular ou na Santa Casa... Tem medicamento na secretaria, antigamente tínhamos aqui no posto medicamento, e já saíam da consulta com medicamento, mas não temos mais aqui... (Médica)*

A equipe trabalha fazendo busca ativa das faltosas, para garantir o pré-natal adequado:

*... quando uma gestante faltou, por exemplo, na quarta feira, ela mandou que eu fosse na casa, para chamar para a consulta, ela lembra de cada uma e isso motiva mais a gente (ACS).*

No caso da visita domiciliar à gestante, foi considerada pela médica como uma estratégia que favoreceu o vínculo à equipe:

*... porque aproxima a gente mais com a família que cumpre um papel muito importante nessa gravidez (Médica).*

Um membro da eSF apontou como uma falha no projeto a falta de assistente social e maior integração intersetorial, além da expansão para todo o município:

*... Aqui na nossa área nós temos as escolas, mas nenhuma dessas escolas tem meninas ou meninos compatíveis com essa idade do projeto, às vezes tem de 10 a 12 anos... o projeto tem que ir além dessa fronteira. Eu acho que ele deve passar para município em geral.*

Ademais, o desenvolvimento do plano foi afetado quando existiram outras demandas emergenciais de saúde, o que é compreensível, mas, ao mesmo tempo, deve ser estruturado de forma a não afetar as demais prioridades de saúde:

*... Agora tivemos um surto muito grande da Zika, Chikungunya e Dengue e quase toda a saúde foi encaminhada para esse problema e ficou um pouco mais atrás o nosso projeto, porque todo o recurso vai encaminhado para evitar essas doenças que acabam afetando o município (Médica).*

Das três metas propostas para o plano de ação, duas eram plenamente passíveis de implantação e foram cumpridas até o período de avaliação. Quanto à terceira meta, os dados do município indicam que tem havido uma redução bastante significativa no número de adolescentes grávidas entre 2012 e 2015 (Quadro 3), entretanto, não se tem como imputar tal resultado a essa intervenção. Os membros da eSF consideram que esse problema de saúde necessita um planejamento de ações intersetoriais, com articulação entre diferentes setores de um município, como a assistência social, a educação, de forma a dar mais visibilidade ao problema e sensibilizar todos os gestores do município, de forma a alcançar um impacto duradouro para esse grupo populacional e suas famílias.

### A atenção na hanseníase em Presidente Sarney

Segundo o objetivo descrito no trabalho apresentado pelo profissional para conclusão de seu curso de especialização, “investigar quais os fatores de risco que contribuem para uma alta prevalência de casos de hanseníase na UBS Novo Horizonte”, o plano de ação propunha como metas:



Foto: Acervo da equipe de pesquisa.

*Reduzir a aparição de casos novos de hanseníase em nossa comunidade;*

*Trabalhar sobre os fatores de risco que contribuem na prevalência da hanseníase;*

*Aumentar o conhecimento da população sobre a hanseníase;*

*Diminuir o estigma e a discriminação contra as pessoas afetadas pela hanseníase e suas famílias.*

(GONZALEZ-REYES, 2015)

Várias atividades foram propostas pelo profissional para alcançar suas metas, entre as quais a capacitação da equipe, a realização de palestras para a comunidade, o acompanhamento do tratamento, a busca ativa de contatos e ações intersetoriais. Pelas entrevistas e grupo focal realizados, pôde-se observar que a maioria das atividades foram desenvolvidas, como relatam os gestores:

*... ele envolveu toda equipe e passou esse trabalho para equipe dele, onde tem mais aprofundamento com relação a hanseníase. Para os casos foram feito busca ativa e treinamento voltado para hanseníase. O médico inteirado no assunto vem facilitar o diagnóstico (Gestor).*

*... ele atende muito bem os pacientes com hanseníase e depois que ele fez o trabalho sobre hanseníase, melhorou bastante, eles são acompanhados de uma forma diferente, mais de perto (Coordenação AB).*

Ademais, a equipe relata uma melhoria no cuidado a esses pacientes:

*... hoje temos mais consultas, hoje melhorou bastante porque vamos fazer visitas: o pessoal da equipe com médicos, enfermeiros e agente de saúde, explicamos tudo direitinho (sobre hanseníase) aos pacientes (eSF).*

O uso do protocolo estabelecido pelo MS é reconhecido pela gestão e pelo médico:

*... No caso da hanseníase, principalmente, ele consulta, notifica, solicita exames, passa a medicação, tudo seguindo o protocolo. Todos os pacientes seguem o mesmo protocolo (Coordenação AB).*

*... Se você não cumpre o protocolo não dá certo (Médico).*

A visita domiciliar é um diferencial de grande importância, pois permite verificar *in locus* as condições sociais, o tratamento do paciente e a família:

*... Ele se preocupa muito em ir na casa do paciente e ver se está tomando a medicação direitinho, eu tive um paciente que ele acompanhou e foi um atendimento diferenciado, porque além de ter hanseníase ele era idoso e o médico ia visitar e quando eu não podia ir o médico ia só (ACS).*

Das quatro metas propostas para o plano de ação, duas são bastante subjetivas – conhecimento e redução do estigma e discriminação, em especial quando não se fazem avaliações pré e pós-intervenção. Todas as metas, entretanto, são de difícil verificação, uma vez que não trazem parâmetros de melhorias que possibilitem comparação. Ademais, não existiam dados na US que pudessem indicar se as duas primeiras metas propostas foram alcançadas ou não. Teriam que ser monitorados na US além dos dados de incidência, o percentual de casos curados e o percentual de contatos examinados entre os registrados, dados disponibilizados apenas para o país e para o estado. Entretanto, foi possível captar dos depoimentos que foram realizadas várias atividades que devem ter um impacto positivo na redução da hanseníase no território atendido pela US e que tal intervenção poderia ser utilizada como referência em um planejamento sobre o tema.

### **A atenção na hipertensão arterial em Santa Helena**

*A hipertensão é uma doença crônica... aqui em Santa Helena que é uma cidade de beira de rio, onde come muito peixe de “sal preso” e a alimentação é bem de risco para a hipertensão... (por isso a importância de) proporcionar... um atendimento continuado (Coordenação AB).*

Esse depoimento demonstra a relevância do tema selecionado pela profissional para seu trabalho de TCC na especialização. No seu diagnóstico situacional, cita que tem cadastrados apenas 303 pessoas com hipertensão, quando o esperado seria algo em torno de 23% da população adulta do território, ou seja, existe um subdiagnóstico importante.

O objetivo da intervenção proposta foi: “Sensibilizar a população hipertensa da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família 1 do Centro de Saúde Antenor Abreu... sobre as complicações causadas pela hipertensão”. A profissional propôs para seu plano de ação as seguintes metas:

*Sensibilizar 100% dos hipertensos assistidos quanto à prevenção de complicações;*

*Aumentar em 90% o conhecimento da população sobre os fatores de risco da hipertensão;  
Contribuir com 97% dos hipertensos para mudanças de hábitos alimentares;  
Incorporar 97% dos hipertensos às práticas de exercícios físicos.*

(SAN JUAN OBERTO, 2015)



Foto: Acervo da equipe de pesquisa.



Foto: Acervo da equipe de pesquisa.

Quais as mudanças percebidas pelos diferentes atores na atenção às pessoas com hipertensão na US?:

*... a equipe já conhecia seus hipertensos... muitos pacientes hipertensos que sabiam da sua doença, mas não tinha o conhecimento da importância de tomar os remédios certinho e contínuo. Havia muitos pacientes que falavam que tomavam os remédios e paravam. Então o trabalho e o resultado do trabalho depende do dia a dia, das visitas e do acompanhamento dos ACS junto com os pacientes. Com isso foi aumentando o conhecimento sobre a doença e foram ajudando aqueles pacientes a entender que quando o remédio está para acabar eles entram em contato com o agente e o agente providencia o remédio. O agente chega pra falar: "Doutora, meu paciente está com o remédio acabando vamos solicitar". Temos um acompanhamento periódico (Médica).*

A eSF demonstra a importância do trabalho com as pessoas com hipertensão e os resultados que estão sendo alcançados:

*... toda a semana a gente sempre faz planos de ação para trabalhar com os hipertensos pra levar conhecimento da importância do cuidado já com a doença instalada, sobre a prevenção com idosos que ainda não tem a doença. Quando a doença já instalada, como fazer para evitar infartos e AVC. Sobre como conviver melhor com a doença e ter uma melhor qualidade de vida. E a gente leva não só para o hipertenso, mas também para toda a família do hipertenso, por que todos têm que ter esse conhecimento, os hábitos alimentares da família devem ser todos mudados. E estamos tendo um feedback muito bom na comunidade, está sendo bem aceito! É um trabalho de formiguinha diário! Não é fácil, não é fácil você propor a mudança com relação a prática de atividades físicas, mas a gente está revertendo esse quadro. A gente faz com que eles entendam das necessidade de mudar isso e ficamos muito felizes... a cada vez que fazemos um atendimento e percebemos que as pressões arteriais estão controladas, a glicemia também, que nestes últimos três anos (o atendimento) está fluindo melhor (eSF).*

Outro membro da eSF relata uma melhora no atendimento e, também, já percebe os resultados:

*... Melhorou sim, porque hoje o médico orienta, o enfermeiro orienta. É muito gratificante porque as pessoas que são hipertensas e não sabem e nós explicamos as consequências, o que pode causar após a pessoa ficar hipertensa... vamos as casas dos pacientes, ficamos orientando com relação a alimentação, cuidados com sal, gordura, tomar o medicamento na hora certa... a médica consulta e se necessário, ela passa para o especialista, no caso o cardiologista,*

*mas aí o paciente consulta com o cardiologista e retorna com o médico da unidade... Hoje eles têm uma carteirinha, daí após a consulta são passados os medicamentos e eles só retiram os medicamentos certos, pois antes eles ficavam tomando vários remédios aleatórios.*

*... hoje a gente trabalha de forma integral, com o NASF: o nutricionista, o fisioterapeuta, psicólogo... a gente sempre os convida para nossos planos por que a presença deles é de fundamental importância junto da equipe (eSF).*

Como resultados, foi relatado:

*Ficamos felizes em perceber que os pacientes mudaram seus hábitos quando chegamos às residências e estão utilizando mais verduras e alimentos integrais na mesa deles, e que estão entendendo a importância de uma boa alimentação (eSF)*

*... ela acompanha os remédios que ela passou pra mim, é tudo certo, melhorou 100%... Agora (minha pressão) é sempre controlada, nunca mais ultrapassou 12 por 8 (Usuário).*

Assim, apesar de não estarem disponíveis dados que possam indicar se as metas propostas foram alcançadas, pelos relatos percebe-se que toda eSF se encontra mobilizada para melhorar a qualidade da atenção às pessoas com HAS, buscando envolver em suas atividades diárias o NASF e os especialistas, para promover um cuidado integral e continuado a essas pessoas. Ademais os usuários estão sendo sensibilizados e empoderados tanto para o autocuidado, quanto para exigir da equipe um cuidado adequado, compatível com sua condição de saúde.

### **A atenção ao aleitamento materno em São João Batista**

*... O município é carente, só tem 25 mil habitantes... As pessoas ainda estão acostumadas a fazerem o desmame muito precoce. Então, a desnutrição acontece (Coordenação da AB).*

Esse depoimento demonstra que o tema selecionado pela médica da UBS Sede para seu plano de ação foi bastante pertinente à realidade do município.

No plano, ela observou que na UBS Sede existia uma baixa porcentagem de lactentes com aleitamento materno (AM) exclusivo até aos seis meses de idade (41%), bem como um forte desconhecimento das mães, gestantes e dos familiares sobre suas vantagens. Assim, propôs como metas:



Foto: Acervo da equipe de pesquisa.

*“Incentivar a participação do maior número das mães lactantes, gestantes e familiares ao grupo educativo;  
Elevar o nível de conhecimento sobre aleitamento materno da equipe de saúde, gestantes, mães lactantes e suas famílias;  
Aumentar em 100% a cobertura de consulta e visita domiciliar a gestantes, puérperas e recém-nascidos;  
Lograr que 100% de lactentes menores de seis meses de idade façam aleitamento materno exclusivo;  
Melhorar os indicadores de morbi-mortalidade infantil da comunidade”.*

(ORTEGA-ALVAREZ, 2015)

Os resultados do projeto se refletem nas atividades da profissional e dos demais membros da equipe, que estão todos envolvidos, como poderemos ver nos relatos da eSF. O projeto envolve a orientação sobre AM exclusivo até os seis meses e a sua manutenção até os dois anos e tem como público-alvo gestantes a partir de 28 semanas, lactantes e a família, desenvolvendo atividades educativas e orientações em palestras uma ou duas vezes por mês, consultas e visitas domiciliares.



Foto: Acervo da equipe de pesquisa.

Toda equipe foi informada a respeito do projeto e tem participado de sua implantação, em especial os ACS estão:

*... hoje os agentes de saúde estão mais próximos da população, eles sabem cobrar, sabem perguntar e trazem pra gente os problemas que são encontrados na comunidade em relação ao AM (eSF).*

A gestão acredita que o profissional do PMM contribui para o aumento do conhecimento da equipe, com constantes processos de capacitação da equipe:

*... todas as dúvidas que um dos onze agentes têm, eles sempre conversam, inclusive ontem eles estavam em reunião conversando sobre AM, para que qualquer dúvida, já saberem. Porque tem muitos mitos e culturas que devem ser quebrados e essa educação permanente é trabalhada tanto pela médica quanto pela enfermeira (Coordenação da AB).*

*... primeiro nós capacitamos a equipe executora e depois essa equipe vai dar atividades educativas para essas pessoas que integram o grupo,... mães, lactentes, gestantes e suas famílias... , assim se vai elevar o conhecimento tanto da equipe de saúde como das pessoas que integram o grupo. E assim melhora esse indicador de AM em nossa área (Médica).*

As puérperas têm recebido um atendimento integral:

*... quando temos uma puérpera, na primeira semana a visitamos na sua casa e falamos sobre AM, sua importância, suas vantagens para a saúde da mãe e do bebê e agendamos a mulher e sua criança para uma consulta e aí, na consulta, voltamos a falar sobre o AM, sua importância para que a criança se desenvolva bem e saudável (Médica).*

Os usuários também percebem a diferença no atendimento:

*... no meu primeiro filho não tinha isso, agora percebemos que todo mês é examinada a criança medindo a barriga, vendo se ele está doente, escutamos o coração da criança, ela coloca uma coisa pra gente ouvir (Usuária).*

Para os ACS, a médica é completamente envolvida com o projeto:

*... ela faz um acompanhamento mensal e gosta de estar acompanhando, ela quer saber da amamentação está feita corretamente, se está só na amamentação durante seis meses, ela fica em cima... ela cobra o agente, para que a gente cobre da assistida (ACS).*

*... e quando tem uma gestante que está puérpera, ela deixa a gente inquieto para procurar essa gestante... ela sempre gosta de fazer a primeira visita com sete dias... ela visitou meu bebê... não cheguei a consultar com ela... mesmo assim quando cheguei ela foi lá e me visitou... (ACS)*

*... se ela olha gestante na feira, ela quer saber como é que tá ... (ACS).*

*... Ela compartilha com o pai e convida todo mundo para participar da palestra para ver sobre o convívio, com a mãe e assim já ajuda (ACS).*

*... Ela conhece todas as gestantes... "Cadê a gestante fulana? Já agendou a consulta para esse mês? Por que não veio?" – Ela cobra, ela sabe, conhece mesmo, porque ela gosta (ACS)*

*... ensina a mãe como pegar o bebê, como amamentar, a posição do aleitamento... Ela faz avaliação do umbigo e ela trabalha muito com a questão da prevenção (ACS).*

A mudança no comportamento das mães é percebida e relatada pela eSF:

*... antes as gestantes e puérperas não tinham o conhecimento de dar de mamar, dava de qualquer jeito e com as palestras ela explica tudo... vem muitas gestantes até os companheiros delas vêm... (eSF)*

*... elas sabem entender e até passam para outras mães também, vizinhas ou outras, a respeito da importância do AM exclusivo... Hoje as mães vêm com mais frequência ao posto de saúde, trazem as crianças para consultas, quando surge alguma dúvida, sabem vir até o posto e informar a dúvida. Então criou-se um vínculo maior entre a equipe de saúde e as mães (eSF).*

Na percepção da eSF e da gestão reduziu o risco de mortalidade infantil e desnutrição na área:

*... a equipe está sensibilizada para a gente tomar a frente disso. Então a gente sempre tenta ver qual a necessidade dessa criança e tenta participar dos programas do Ministério da Saúde, como a suplementação de ferro e a hipovitaminose (Coordenação da AB).*

A gestão relata a intenção de expandir o projeto de AM para outras equipes e atuar com integralidade no cuidado:

*... a gente vai perceber que essa pesquisa vai ter resultados positivos, essa visita domiciliar com as puérperas aconteceu com mais frequência e ajudou para*

*que a gente possa continuar fazendo... A intenção é a gente poder trabalhar, não só a equipe do Sede, mas com as outras equipes também... E não ver só o AM, mas ver outras prioridades também, com relação a higiene, cuidados com o RN, a sexualidade da gestante, então a gente percebeu que o AM foi um gancho pra gente falar de outros assuntos, trabalhando a integralidade com esses indivíduos (Coordenação da AB).*

Os resultados das metas propostas nesse plano de ação foram documentados pela profissional por meio de atividades desenvolvidas na unidade de saúde. Apesar de algumas metas serem subjetivas, a percepção da equipe é de que as mesmas foram alcançadas, devido, especialmente, à forte vinculação e participação da profissional em todas as atividades envolvendo as gestantes e puérperas na comunidade.

Os resultados também foram percebidos pelos gestores municipais de saúde, que na atualidade querem expandir as atividades para outras US do município e abranger outras áreas do cuidado à criança e à mãe no município.

### **A atenção no diabetes mellitus em Satubinha**

Segundo diagnóstico situacional realizado pelo profissional, a US tinha 68 casos conhecidos de DM (diagnóstico antigo), mais 18 novos casos, totalizando 86 casos, ou seja, uma prevalência de 4,49% da população do território. Assim, o objetivo proposto no TCC da especialização foi “Prevenir o surgimento do diabetes *mellitus* e melhorar a qualidade de vida dos pacientes acometidos por essa doença na comunidade assistida pela Unidade Básica de Saúde Roseana Sarney, município Satubinha – MA”. Para alcançar esse objetivo, no plano de ação foram propostas as seguintes nove metas:

*Diminuir em 30% a prevalência de sobrepeso e obesidade na população diabética e não diabética através de atividades físicas programadas e alimentação saudável.*

*Manter os níveis lipídicos controlados em pelo menos 60% dos pacientes diagnosticados com dislipidemia e DM através de exames de colesterol e triglicerídeos semestral.*

*Reduzir o consumo de bebidas alcoólicas e hábito de fumar através da educação do paciente.*

*Aumentar a prática de atividades físicas na população diabética e não diabética portadora de fatores de risco através da educação dos pacientes.*



Foto: Acervo da equipe de pesquisa.

*Aumentar o consumo de verduras, vegetais, legumes e frutas na população diabética e não diabética portadora de fatores de risco através da educação dos pacientes.*

*Reduzir o consumo de gorduras insaturadas e carboidratos na população diabética e não diabética portadora de fatores de risco através da educação dos pacientes.*

*Diminuir os níveis de pressão arterial na população diabética e não diabética através do controle dos fatores de risco e tratamento.*

*Reduzir ou minimizar as complicações da DM e suas sequelas através da educação dos pacientes e tratamento controlado.*

*Aumentar o grau de conhecimento e preparação dos profissionais, pacientes e familiares sobre a DM, fatores de risco, complicações e controle da doença.*

(BERMUDEZ MARTINEZ, 2015).

A intervenção foi iniciada na UBS como programada, mas tem tido problemas para dar seguimento:

*... Quando começamos o trabalho foram palestras, folders, aí parou tudo porque não tem recurso... não tem recurso para exames... (mas) sempre tem medicamento... metformina e glibeclemida (Médico).*

*... Aqui a palestra não é frequente, mas fazemos de tuberculose, hepatite, diabetes, hanseníase, principalmente para os hipertensos e diabéticos. Os pacientes gostam e a gente faz alguma coisa para motivar, um café da manhã, alguma coisa (ACS).*

*... Nós fizemos um mutirão para fazer teste de glicemia, de hipertensão e foi muito bom, muita gente que participou, porque sempre que a gente faz, muita gente participa (ACS).*

Atualmente, as atividades da intervenção parecem envolver as consultas, as visitas domiciliares e a prática de atividades físicas:

*... mais integração agora com paciente, eles têm mais livre acesso, eles chegam e se sentem mais acolhidos, quando a gente vai na casa deles não sentem tanto receio de falar sobre a doença, já conhecem mais, acho que porque a equipe já formada já conhece todo mundo aí já facilita... a gente entrega os folhetos e tudo, antes não tinha nem como ele fazer esse exercício nem fazer algum tipo de programação para controlar, agora ele já tem, tem uma pracinha que eles fazem atividades física, faz pela manhã, faz pela tarde, tem o controle da insulina (deve ser da glicemia) quando está alta (eSF).*

*... Eles se motivaram mais com a presença do programa. Com certeza. Porque a gente fica mais em cima, o médico presente na visita, porque antigamente a gente fazia e não tinha médico. A gente vai na casa dos diabéticos, a gente leva a enfermeira. Aí eles se preocupam mais (ACS).*

O cuidado das pessoas com DM envolve uma parceria entre equipe de saúde e usuários:

*... falamos sobre sua doença, as complicações. Eles entendem mais e tratam de fazer muita coisa que nós falamos para eles e que melhoram a sua qualidade de vida: fazer exercício, uma boa dieta, manter um bom tratamento e vir sempre as consultas... quando são pessoas idosas e tem problema para vir no posto de saúde, então vamos sua casa (Médico).*

Para ter acesso aos medicamentos, é necessário fazer um cadastro, o que permite o controle da dispensação mensal para o usuário:

*... vem e faz a carteirinha e já leva a medicação (eSF).*

Os resultados começam a aparecer e são relatados em várias falas dos ACS:

*... melhorou muito o meu problema da diabetes. Tá controlada (Usuário).*

*... Na minha área são quatro diabéticos, tinham duas que bebiam bebidas alcoólicas, uma se recuperou e melhorou bastante. E a outra veio até aqui agora, para fazer exame. Depois do programa eles aderiram mais ao tratamento (ACS).*

*... As pacientes já se soltaram mais, principalmente com a gente. Tem um grupo que os pacientes que fazem exercícios físicos. Com ajuda do NASF que trabalha junto com os médicos (ACS).*

*... Tem um grupo das mulheres e eles estão tentando agora montar um grupo dos homens, mas os homens são mais arredios para participar. Principalmente os idosos, o homem idoso para fazer ginástica é mais difícil. Aqui a gente não tem essa cultura. Acontece na praça, onde é feito a ginástica, aí tem grupo de dança, e participa muitas mulheres. Elas gostam muito (ACS).*

Ao se observar as metas propostas no plano de ação (num total de nove), verifica-se que elas estão interrelacionadas: incentivar a alimentação saudável, a prática de atividade física e diminuir hábitos nocivos como fumo e uso abusivo de bebidas alcoólicas para conseguir a redução de peso e o controle lipídico, pressórico e glicêmico na população com DM ou com fatores de risco para DM e como consequência reduzir as complicações causadas pela doença.

Todas as metas propostas envolvem ações de capacitação da eSF e educação em saúde para população. Entretanto, como parâmetros de avaliação a curto prazo, elas se mostraram inefetivas, pois ademais de o plano não trazer os parâmetros da linha de base, muitas das metas não poderiam ser observadas no período de intervenção proposto (doze meses) e de fato, não foram mostrados esses parâmetros de pós-intervenção.

Entretanto, foi possível observar, pelos relatos dos entrevistados, que houve resultados importantes, como o acompanhamento da adesão ao tratamento farmacológico por meio do controle da dispensação dos medicamentos e da visita domiciliar, além da capacitação e sensibilização da eSF, melhorando a qualidade do cuidado às pessoas com DM e seus familiares, e, ainda, o aumento da prática de atividade física no município por parte das mulheres. Esses resultados são uma experiência relevante para orientar na proposta de novas intervenções no estado.



## 4. Lições aprendidas

### Relatos de caso sobre as prioridades estaduais de saúde

---

Levando-se em consideração os relatos de caso estudados, temos como um achado importante o fato de que todos os planos de ação propostos na especialização serviram como um marco para mudanças do trabalho em equipe, fortalecendo o planejamento de ações, a educação permanente dos trabalhadores, o levantamento situacional do território, a promoção de atividades de educação em saúde para a comunidade, a visita domiciliar e/ou atividades de promoção da saúde. Verifica-se, portanto, que o PMM tem cumprido com seu objetivo de fortalecer estratégias de integração ensino-serviço, com atividades de educação permanente, conforme estabelecido pela Lei 12.871 (BRASIL, 2013).

Quando analisadas as metas dos planos de ação, verifica-se que algumas foram bastante ambiciosas para os parâmetros de impacto propostos e, ainda, existiram metas subjetivas, que não estabeleciam parâmetros passíveis de avaliação. Nesses casos, parece que a atuação do orientador no Trabalho de Conclusão de Curso da UFMA/UnaSUS deveria ter sido mais ativa, direcionando o especializando para metas factíveis para o período de intervenção previsto (em torno de um ano), de forma que os resultados pudessem ser observados.

No Brasil, a educação a distância está regulada pelo Decreto n. 5.622/05 da Presidência da República e pela Resolução nº 01/07 do CNE/CES/MEC, que estabelecem que são obrigatórios momentos presenciais para defesa de trabalhos de conclusão em cursos à distância, tentando garantir sua adequação e finalização pelos discentes (BRASIL, 2005; BRASIL, 2007). Segundo relatos, fez parte da formação do curso o conteúdo de metodologia científica, orientando a construir tanto o arcabouço teórico, como identificar a situação-problema, elaborar objetivos e metas e propor atividades.

Entretanto, como após a defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, no formato de plano de ação, a instituição de ensino superior (IES) perde o contato com os profissionais, como foi salientado na entrevista com informante da UFMA/UnaSUS, sendo sua execução supervisionada por profissionais do MS descentralizados, que não têm observado a execução de tais planos. Ou seja, existe uma falta de continuidade no processo educativo, que deveria ser observada nos próximos ciclos do Programa. A descontinuidade propicia um menor compromisso dos

orientadores, ou seja, as propostas de planos nem sempre serão adequadas às realidades locais, porque não serão verificadas ao final do período de permanência do especializando (Brasil, 2013).

Ademais, considera-se que para alcançar algumas metas dos planos de ação, seria necessário extrapolar o território de atuação do médico cooperado, realizando uma melhor articulação da US com os gestores de saúde municipais e/ou com outros setores do município, como assistência social, obras, agricultura, educação, que viabilizassem sua implantação de forma mais oportuna e abrangente. Isto permitiria que as mudanças importantes na atenção à saúde se consolidassem a médio/longo prazo em todo o município, favorecendo o sistema de saúde local, com a definição de tarefas e compromissos entre todos os setores envolvidos na esfera municipal. Essa articulação entre gestores tanto no setor saúde como em outras esferas de governo é estimulada em vários regulamentos e políticas públicas nacionais, pois faz parte das estratégias de consolidação do SUS (Brasil, 1990). A Política Nacional da Atenção Básica vigente tem como fundamento o estímulo às ações setoriais e intersetoriais (Brasil, 2012).

Um dos critérios que foi utilizado para a análise dos planos de ação foi a sua coerência com os planos plurianuais de saúde dos cinco municípios estudados. Entretanto, foram revisados apenas três planos (Cururupu, Presidente Sarney e Satubinha). No caso do município de Santa Helena foi localizado apenas um plano defasado (período de 2010 a 2013) e não foi localizado plano do município de São João Batista nem na SMS nem na SES-MA. A revisão dos planos encontrados mostrou que, com exceção de Cururupu, os planos não trazem uma análise situacional das condições epidemiológicas locais adequadas, fazendo sua elaboração com base no modelo proposto pelo MS, voltado principalmente às questões estruturais ou de processos de trabalho e com metas e diretrizes pouco contextualizadas com uma realidade epidemiológica.

Assim, considera-se que seria muito oportuno que fossem estimuladas as contribuições dos médicos cooperados na análise de situação de saúde e no planejamento das prioridades sanitárias dos municípios, de forma que apoiassem no estabelecimento de metas e resultados esperados condizentes à realidade local, o que fortaleceria a implementação do sistema de saúde. Ademais, promoveria maior integração dos cooperados, tornando-os partícipes das decisões dos planos plurianuais de saúde.

Finalmente, considera-se que os planos de ação avaliados, que foram selecionados por abordarem as prioridades de saúde estabelecidas para o estado, podem servir como experiências a serem compartilhadas com as demais US e municípios no Maranhão e utilizadas como base para o planejamento de ações para o enfrentamento dessas prioridades, desde que sejam contextualizadas com a

realidade de cada território ou município e tenham metas, objetivos e atividades compatíveis com a estrutura disponível e com a situação de saúde e que sejam mensuráveis no período de intervenção proposto.

Apesar de que neste trabalho só foram observados cinco planos de ação, percebe-se que uma compilação de todos os planos elaborados e implementados em um banco de dados ou uma mostra dos resultados das intervenções realizadas seria de uma riqueza imensa para o país e que poderia ser estimulada pelos gestores do SUS, em especial pelo Conasems, para estimular o compartilhamento de experiências e o aprimoramento da gestão do Programa no país.

**Quadro 7. As dimensões da Atenção Primária à Saúde observadas pelos pesquisadores nas Unidades de Saúde selecionadas nos municípios participantes do estudo, 2016**

<b>Crítérios das Dimensões da APS</b>	<b>Cururupu</b>	<b>Presidente Sarney</b>	<b>Santa Helena</b>	<b>São João Batista</b>	<b>Satubinha</b>
Acesso	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Integralidade	Parcial	Parcial	Sim	Sim	Sim
Coordenação do cuidado	Sim	Parcial	Sim	Parcial	Sim
Longitudinalidade	Sim	Parcial	Sim	Parcial	Sim
Trabalho em equipe	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Satisfação dos usuários	Não	Não	Não	Não	Não

## Observação dos atributos da APS nas Unidades de Saúde

A observação das US permitiu avaliar, a partir de alguns critérios formulados para os atributos da APS, a disponibilidade de estruturas e processos que contribuam para a efetividade do atendimento. Uma unidade de saúde foi observada em cada município, de acordo com o Quadro 1, utilizando-se ficha de observação padronizada (Anexo A). Os resultados das observações foram sintetizados no Quadro 5.

Verifica-se que o critério avaliado para a dimensão *Satisfação do usuário*, não foi contemplado em nenhuma das unidades visitadas uma vez que não constam registros de reclamações, sugestões, elogios ou outras atividades relacionadas documentadas (como enquetes, ouvidoria, entre outros). Em Santa Helena e Satubinha os demais critérios observados nas US para avaliar os atributos da APS foram considerados satisfatórios.

Verifica-se que em Cururupu o atributo *Integralidade* foi parcialmente alcançado, devido a falta de medicamentos na unidade, uma vez que esses são dispensados de forma centralizada na Secretaria de Saúde e, mesmo assim, são insuficientes para a demanda do município. Em Presidente Sarney observou-se, ademais da falta de medicamentos na unidade, a inadequação no critério de informatização e/ou programação na US, parte do atributo *Coordenação do cuidado* e, também, do critério do registro da população sob responsabilidade das equipes de AB por meio de mapas e registros de famílias, parte do atributo *Longitudinalidade*. Em São João Batista, também foi inadequado o critério de informatização e/ou programação na US e o registro de população sob responsabilidade das equipes de AB.

Assim, percebe-se que apesar dos profissionais do PMM terem contribuído para melhorar o acesso e o trabalho em equipe nas US aonde estão alocados, muitos municípios necessitam melhorar a estrutura das unidades com disponibilização de insumos, equipamentos e rever ou estabelecer processos de trabalho que aumentem a efetividade do cuidado e permitam a participação dos usuários. Sem dúvida, na dimensão *Satisfação do usuário* existe um componente histórico e sociocultural importante, pois tanto os profissionais de saúde como a população não estão acostumados com processos de avaliação. Entretanto, a maior participação dos usuários, com a consideração de suas sugestões, avaliações e reclamações é que permitirá oferecer um cuidado mais efetivo.

## 5. Conclusões

A partir do que foi observado neste estudo, dados qualitativos e quantitativos, é possível afirmar que, quando a Atenção Primária à Saúde acontece como postulado e recomendado, ela é o nível de atenção à saúde mais efetivo e apropriado para garantir a saúde da população, em especial nos pequenos municípios no Maranhão.

Ademais, o modelo da atenção primária proposto para o Brasil, a Estratégia de Saúde da Família, é eficiente quando conta com todos profissionais presentes nas unidades de saúde e atuando nos territórios, com as cargas horárias previstas e fazendo as atividades de promoção da saúde, prevenção, cuidado e reabilitação de doenças de forma planejada e conjunta. Ou seja, não existe necessidade de mudança do modelo de atenção de saúde proposto para o país, mas do cumprimento das diretrizes e políticas estabelecidas.

O Programa Mais Médicos para o Brasil é uma política de Estado que se tornou necessária para garantir a implementação da Atenção Primária à Saúde e do Sistema Único de Saúde no país, nos moldes do proposto pela Política Nacional de Atenção Básica e das várias declarações e resoluções da Organização Mundial da Saúde, desde Alma Ata, devido a falta expressiva de médicos para a atenção primária, em especial nos pequenos municípios ou em situações de fragilidade socioeconômica.

A cooperação da OPAS com o governo brasileiro, visando garantir a imediata alocação de médicos com formação voltada para a APS, provenientes de Cuba, oportunizou aos gestores da três esferas de governo, aos profissionais de saúde e, em especial, à população em todos os recantos do país vivenciar uma atenção primária resolutiva e oportuna, com seus atributos de acesso, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado alcançados. Percebeu-se, ademais, grande satisfação e reconhecimento do Programa, tanto por parte da equipe de saúde como dos usuários, que hoje reconhecem a atenção primária como o local a ser cuidado, a manter seu vínculo.

Tal política de Estado poderá garantir, se mantida a longo prazo, que o direito constitucional à saúde seja uma realidade para cada cidadão do país, independentemente do seu local de residência ou condição socioeconômica.

Finalmente, entende-se que existe um desafio posto para as instituições de ensino de todo o país: formar profissionais de saúde, em especial médicos, que sejam aptos para atender as necessidades sanitárias da população brasileira, que hoje, após esse período de transição com os médicos cooperados, sabe o que esperar de uma adequada e oportuna Atenção Primária à Saúde.



## 6. Referências

1. Backes, DS; Colomé, JS; Erdmann, RH; Lunardi, VL. Grupo Focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisa qualitativa. *Rev O Mundo da Saúde*, 2011;35(4):438-42.
2. Barbour, R. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
3. Brasil, Presidência da República. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. DOU de 29.6.2011.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: MS/SVS/DASIS; 2011.
5. Brasil, Presidência da República. **Lei 12.871 de 22 de outubro de 2013**, Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. DOU de 23.10.2013.
6. Carazo, PCM. El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & Gestión*. 2006. (20): sp. Acesso Julho 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org>
7. Creswell, JW. *Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens*. Porto Alegre: Artmed; 2010
8. Denzin, NK; Lincoln YS. **A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa**. In: \_\_\_\_\_. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed; 2006, p. 15-41
9. Flick U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed; 2009.
10. Gatti, BA. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Liber Livro, 2005.
11. Guelffi, D; Molina, V; Santos, M. **Caderno de Pesquisa em Serviço Social**. São José dos Campos: Faculdade de Ciências da Saúde, 2009.
12. Guerra, IC. **Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: sentidos e formas de uso**. Portugal: Príncipe Editora, 2012.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Estados@**. Acesso Novembro 2015. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?lang=&sigla=ma>
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2013. IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Acesso Julho 2016.
15. Minayo, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
16. Ministério da Saúde. DataSUS. **Indicadores e Dados Básicos (IDB) 2012**. Acesso Novembro 2015. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm#demog>
17. Ministério da Saúde. DataSUS. Indicadores regionais, estaduais e nacionais do rol de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2014 – Maranhão. Acesso Novembro 2015. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?pacto/2014/cnv/coapcirma.def>
18. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Brasília, 2012.
19. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde (MS/SVS). **Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. MS/SVS, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília, 2015. 152p.
20. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (MS/SGEP). Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores : 2013-2015**. 2 ed. Brasília, 2014. Acesso Dezembro 2015. Disponível em: [http://189.28.128.100/sispecto/CadernoDiretrizes2013\\_2015.pdf](http://189.28.128.100/sispecto/CadernoDiretrizes2013_2015.pdf)
21. Ministério da Saúde (MS). **Programa Mais Médicos**. Acesso Novembro 2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br>
22. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Painel de monitoramento de mortalidade e de situação de saúde. Acesso Setembro de 2016. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/cid10.show.mtw>

23. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev. bras. enferm.* 2013; 66( spe ): 158-164. Acesso Agosto 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en).
24. Paim JS, Silva LMV. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *BIS*, 2010; 12(2):109-14. Acesso Agosto 2016. Disponível em: [http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-18122010000200002&lng=pt&nrm=iso](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200002&lng=pt&nrm=iso).
25. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*, 2011. 377(9781): 1949-61
26. Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (SES-MA). **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. SES-MA, São Luís, 2012, 290p.
27. Sousa, F, & Erdmann, AL. Vulnerabilidade: análise de conceito para apoiar as práticas de cuidado em saúde. *CIAIQ*. 2015, 1(s/n):s/p. Acesso em Dezembro 2015. Disponível em: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/127/123>
28. Starfield B; Shi, L; Macinko, J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005. 83(3):457-502.
29. Starfield, B. **Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology**. 2002. Acesso Julho 2015. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=en&lr=&id=QM-m170CEjrEC&oi=fnd&pg=PA3&dq=barbara+starfield+primary+care&ots=1lFAXFODGg&sig=JfTrKhrhGxWJnGcaY5rwa7asJos#v=onepage&q=barbara%20starfield%20primary%20care&f=false>
30. Victora, CG; GrassI, PR; Schmidt, AM. Situação de saúde da criança em área da região sul do Brasil, 1980-1992: tendências temporais e distribuição espacial. *Rev Saúde Pública*, 1994, 28(6): 423-32.
31. Yin, RK. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. Ed. Bookman, 4 ed., Porto Alegre, 2010, 248p.

## Anexo A. Ficha para observação – unidades de saúde

<b>Data da visita:</b>	<b>Nome da Unidade:</b>		
<b>Dimensão</b>	<b>Recursos técnicos</b>	<b>SIM</b>	<b>NAO</b>
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, gesto 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 documentais na unidade de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Apêndice 1. Roteiro para entrevistas

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 à Saúde – APS definidos no documento “Renovação da Estratégia de Atenção Primária da Saúde nas Américas” e com os atributos que devem cumprir as redes de atenção à saúde definidos no documento da OPAS “Redes Integradas de Serviços de Saúde – RISS”.

### Perguntas “mãe”

1. O(A) senhor/senhora considera que o PMM fez alguma diferença na Unidade de Saúde onde está implementado?
2. Qual é a diferença e como se explica?

### Perguntas orientadoras para os Gestores

Observação: Municipais: para avaliar a percepção do impacto do PMM no município e na US (à luz dos temas selecionados); Estaduais e Nacionais: para avaliar a percepção do impacto do PMM no estado.

### A implementação do PMM em... (Município)

1. Contribui à responsabilização efetiva das equipes de saúde com a atenção da população sob seu cuidado segundo as diretrizes do SUS?
2. Contribui para 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? E no caso do... (tema selecionado) contribui para um maior conhecimento da Equipe?
4. Melhora o acesso aos serviços na Secretaria Municipal de Saúde?
5. Facilita a coordenação da referência e contrarreferência entre as unidades de primeiro e segundo nível de atenção?

6. Facilita a continuidade do cuidado das pessoas ao longo do tempo (vínculo)?
7. Melhora a integralidade do cuidado e atenção? (promoção, prevenção, recuperação...)? E no caso do... (tema selecionado) contribui para a maior integralidade nas ações da Equipe?
8. Melhora a resolutividade da atenção na AB?
9. Facilita o trabalho em equipe na AB?
10. Fortalece o papel da AB como porta de entrada ao sistema?
11. Favorece a utilização de protocolos clínicos na AB? E no caso do... (tema selecionado) esses protocolos estão disponíveis e estão sendo utilizados pela Equipe?
12. Favorece a implementação de práticas inovadoras na AB?
13. Favorece a visita domiciliar?
14. Favorece a alocação apropriada de recursos físicos e tecnológicos às unidades de AB? E no caso do... (tema selecionado) contribuiu para disponibilização de recursos para a Equipe?
15. Contribui para o uso racional e eficiente dos serviços de apoio diagnóstico do laboratório clínico e imagem?
16. Melhora o uso racional de medicamentos pelos usuários?
17. Favorece a educação permanente dos profissionais e trabalhadores da AB?
18. Facilita o diálogo sanitário com as famílias e o controle social?

### **Perguntas orientadoras para Profissionais de Saúde**

O plano de ação proposto para essa US cujo tema é... (tema selecionado)

1. Contribuiu à responsabilização efetiva da equipe de saúde com a atenção da população com... sob seu cuidado?
2. Melhorou o conhecimento da situação de saúde sobre o... (tema selecionado) pela Equipe?

3. Estabeleceu a referência e contrarreferência para pessoas com... (tema selecionado)?
4. Melhorou a integralidade do cuidado e atenção no... (tema selecionado)? (promoção, prevenção, recuperação... )?
5. Facilitou o trabalho em equipe na AB?
6. Favoreceu a utilização de protocolos clínicos do... (tema selecionado)? E esses protocolos estão disponíveis e estão sendo utilizados pela Equipe?
7. Favoreceu a visita domiciliar às pessoas com... (tema selecionado)?
8. Contribuiu para o acesso aos serviços de apoio diagnóstico do laboratório clínico e imagem?
9. Melhorou o acesso aos medicamentos pelos usuários com... (tema selecionado)?
10. Favoreceu a educação permanente dos profissionais sobre... (tema selecionado)?
11. Facilitou a educação em saúde com as famílias e o controle social sobre... (tema selecionado)?

### **Perguntas orientadoras para Usuários (Satisfação do Usuário)**

A implementação do PMM em... (Município)

1. O(A) senhor/senhora considera que o PMM fez alguma diferença na Unidade de Saúde onde o(a) senhor/senhora é atendido?
2. Qual é a diferença que o(a) senhor/senhora percebeu? (positiva ou negativa)



ISBN: 978-85-7967-117-3



9 788579 671173



MINISTÉRIO DA  
**SAÚDE**

