



QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO PROGRAMA MAIS MÉDICOS A EXPERIÊNCIA DOS MÉDICOS E USUÁRIOS

Foto: OPAS/OMS - Ana Volpe

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
O PROGRAMA MAIS MÉDICOS
E O ACESSO UNIVERSAL
E A COBERTURA UNIVERSAL EM SAÚDE

SUS



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
Escritório Regional para as
Américas



Saúde universal
Acesso e cobertura para todos

**QUALIDADE DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA NO
PROGRAMA MAIS MÉDICOS**

A EXPERIÊNCIA DOS
MÉDICOS E USUÁRIOS

Qualidade da atenção primária no Programa Mais Médicos. A experiência dos médicos e usuários.

OPAS/BRA/18-004

© Organização Pan-Americana da Saúde 2018

Todos os direitos reservados. As publicações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) estão disponíveis em seu website em (www.paho.org/bra). As solicitações de autorização para reproduzir ou traduzir, integralmente ou em parte, alguma de suas publicações, deverão se dirigir ao Programa de Publicações através de seu website (www.paho.org/permissions).

Citação sugerida. Organização Pan-Americana da Saúde. Qualidade da atenção primária no Programa Mais Médicos. A experiência dos médicos e usuários. Brasília : OPAS; 2018

Dados da catalogação na fonte (CIP). Os dados da CIP estão disponíveis em <http://iris.paho.org>.

As publicações da Organização Pan-Americana da Saúde contam com a proteção de direitos autorais segundo os dispositivos do Protocolo 2 da Convenção Universal de Direitos Autorais.

As designações empregadas e a apresentação do material na presente publicação não implicam a expressão de uma opinião por parte da Organização Pan-Americana da Saúde no que se refere à situação de um país, território, cidade ou área ou de suas autoridades ou no que se refere à delimitação de seus limites ou fronteiras.

A menção de companhias específicas ou dos produtos de determinados fabricantes não significa que sejam apoiados ou recomendados pela Organização Pan-Americana da Saúde em detrimento de outros de natureza semelhante que não tenham sido mencionados. Salvo erros e omissões, o nome dos produtos patenteados é distinguido pela inicial maiúscula.

Todas as precauções razoáveis foram tomadas pela Organização Pan-Americana da Saúde para confirmar as informações contidas na presente publicação. No entanto, o material publicado é distribuído sem garantias de qualquer tipo, sejam elas explícitas ou implícitas. A responsabilidade pela interpretação e uso do material cabe ao leitor. Em nenhuma hipótese a Organização Pan-Americana da Saúde deverá ser responsabilizada por danos resultantes do uso do referido material.

Design Gráfico e diagramação: OUT³ Creative Solutions - Gabriella Santos Malta





FICHA TÉCNICA

Série Técnica Saúde Universal e Programa Mais Médicos - Working Paper 4 • Este estudo foi realizado com o apoio do Termo de Cooperação n.º 80, celebrado entre Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde.

EQUIPE DA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE

Alexandre Florencio
Ariel Delgado
Elisandrea Kemper
Gerardo Alfaro
Renato Tasca

COORDENADOR

Erno Harzheim

AUTORES

Lisiane Hauser
Lucas Wollman
Milena Rodrigues Agostinho
Rudi Roman
Sotero Serrate Mengue

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

OUT³ Creative Solutions
Gabriella Santos Malta

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8	Cenários para demandas de saúde	22
OBJETIVOS	10	Cuidados de saúde recebidos	23
Objetivo geral	10	Carteira de serviços	26
Objetivos específicos	10	Cuidados de saúde para doenças crônicas	26
METODOLOGIA	11	Opinião da população sobre os cuidados de saúde	28
RESULTADOS E DISCUSSÃO	13	CONCLUSÕES	30
Força da Atenção Primária na experiência dos usuários e dos médicos cubanos	16	Atributos da atenção primária	31
Avaliação da consulta realizada no dia da entrevista	21	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
		ANEXO	39



INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é concebida como uma estratégia estruturante dos sistemas de saúde, com vistas à sua organização e coordenação, viabilizando o acesso universal às ações e serviços de saúde para que sejam mais efetivos e eficientes e reduzam as iniquidades em saúde. A universalização do acesso tem ganhado destaque no debate sobre os sistemas de saúde, podendo ser considerada como uma das mais recentes aspirações dos países (1). Fundamentados pelo cumprimento do direito à saúde, pela necessidade de ampliar o acesso e a cobertura dos serviços e produzir respostas adequadas às necessidades da população, os países têm centrado esforços em alcançar a cobertura universal ou, como é o caso do Brasil, em efetivar o sistema público e universal de saúde, seja para atender aos mandatos internacionais, seja para cumprir com os preceitos constitucionais do País.

A garantia de acesso a ações e serviços de saúde de qualidade e integrais vem sendo abordada como um desafio e alvo de políticas e programas estratégicos nos sistemas de saúde. Mesmo em países com sistemas universais e com garantia constitucional do direito à saúde, como é o caso do Brasil, enfrentam dificuldades, por exemplo, em termos de acesso, efetividade e concretização desse direito (2).

A adequação da oferta de ações e serviços às necessidades da população e de tornar mais efetiva e eficiente tanto a distribuição dos recursos mobilizados quanto a estrutura de serviços ofertados, leva a um movimento de reconfiguração dos modelos de atenção nos sistemas de saúde.

Esse movimento, que vem ocorrendo em diversos países do mundo, norteia-se pelo fortalecimento da APS, pela integração dos serviços por meio das Redes de Atenção, pela revisão do papel dos pontos de atenção nas redes, pelo incremento dos cuidados extra-hospitalares e à distância, por novas ferramentas gerenciais e de gestão, dentre outros (3).

A APS deve ser resultante do comprometimento dos governos para atender às necessidades em saúde da população por meio de serviços de atenção primária e da relação com outros serviços de saúde e políticas sociais. Vista como o primeiro nível de atenção, a APS é definida como o acesso a um sistema de saúde (acesso de primeiro contato), caracterizando-se, principalmente, pela longitudinalidade, integralidade (abrangência) da atenção e coordenação do cuidado dentro do próprio sistema de saúde, podendo contar com características complementares como a orientação familiar e comunitária e a competência cultural. Segundo Starfield (4), essas características consistem nos atributos essenciais (acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e derivados (orientação familiar e orientação comunitária) que indicam serviços de APS com qualidade adequada para suprir as necessidades em saúde da população.

Espera-se que a APS cumpra o papel de coordenadora do cuidado, assumindo a posição de centro de comunicação nas redes de cuidado (3-5). Para isso, é necessário um real investimento e priorização da APS por meio de políticas de saúde, incluindo medidas concretas e sustentáveis para aumentar o acesso e

qualidade dos serviços prestados, de acordo com padrão contemporâneo de riscos e agravos a saúde. Há evidências suficientes para afirmar que sistemas de saúde com forte orientação para a APS apresentam melhores resultados, por exemplo, em termos de diminuição da mortalidade, redução dos custos, maior acesso a serviços preventivos, mais equidade em saúde e redução das internações hospitalares (4, 6-9).

A reorganização do SUS a partir da ampliação da rede de serviços de APS se deve em grande parte à Estratégia Saúde da Família (ESF), implantada na década de 90 como a principal proposta de mudança do modelo de atenção na APS. A ESF trouxe avanços importantes na saúde e nas condições de vida da população brasileira. Estudos demonstram impacto positivo da ESF sobre a mortalidade infantil e materna, sobre a redução de internações por condições sensíveis à APS, sobre a qualidade da atenção pré-natal e de puericultura, redução de mortalidade por doenças suscetíveis a cuidados de saúde, assim como ampliação do acesso a serviços de saúde para população vulnerável do ponto de vista socio-sanitário (10-21).

Hoje, mais de 40 mil equipes de Saúde da Família atuam na APS em todo o País, sendo responsáveis pelo cuidado de mais de 60% da população, resultante de um crescimento exponencial nos anos 1990 e 2000. Entretanto, estudos apontam a heterogeneidade da estrutura das unidades de saúde, da presença de profissionais, da qualidade da atenção e dos serviços prestados pelas equipes da ESF, assim como desafios em ampliar sua capacidade de resposta frente a novos e velhos agravos que caracterizam a saúde no Brasil (10, 22-29). Uma das causas dessa heterogeneidade se deve ao número reduzido de médicos com formação especializada para trabalhar em APS no Brasil – especialidade chamada Medicina de Família e Comunidade – e à dificuldade de fixação de médicos em determinadas regiões do País. Tais fatores fragilizam a qualidade do cuidado médico na APS, limitando sua potencial efetividade.

Diversas estratégias já foram implementadas no SUS a fim de reduzir a dificuldade de oferta de cuidado

médico qualificado na APS. Uma delas, seguramente a de maior magnitude, foi o Programa Mais Médicos do Brasil (PMM), criado pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 (30). O PMM é considerado uma iniciativa para enfrentar um conjunto de problemas e avançar no provimento e na formação de médicos para a APS do SUS. É composto por estratégias como a abertura de novas vagas de graduação e residência médica, reorientação da formação médica conforme as necessidades do SUS e recrutamento e alocação de médicos, em caráter emergencial, para atuar na APS nas áreas de maior necessidade (31).

O eixo de provisão emergencial do PMM é denominado Projeto Mais Médicos para o Brasil, no qual dentre os objetivos está o de diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na saúde e fortalecer os serviços de Atenção Primária no País (30). O PMM, além de alocar médicos em equipes de APS de regiões prioritárias, também promove o aperfeiçoamento dos médicos por meio da integração ensino-serviço, desde a realização de uma especialização até outras modalidades de aperfeiçoamento. Podem participar do Projeto Mais Médicos os médicos formados no Brasil ou com diploma revalidado no País e médicos formados fora do Brasil, por meio de intercâmbio internacional. Dentre os médicos estrangeiros estão os médicos cubanos, provenientes da cooperação internacional que envolve o Brasil, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Cuba.

O Programa Mais Médicos pode ser considerado uma estratégia recente – em relação ao tempo de execução – e de grandes dimensões e complexidade – no que se refere à logística, ao custo, à real necessidade de incorporação de médicos nas equipes de APS e da presença delas em comunidades vulneráveis, às polêmicas em torno da mídia, do público e da cooperação médica, à sustentabilidade, entre outros. Frente a essa complexa política de saúde, na qual se propõe ampliar a cobertura e o acesso de milhões de pessoas aos serviços de Atenção Primária no SUS, torna-se necessário avaliar os resultados, no intuito de subsidiar a tomada de decisão e o

aperfeiçoamento das estratégias futuras, bem como de trazer um respaldo a sociedade.

A avaliação de políticas públicas é imprescindível para acompanhar os êxitos, corrigir os rumos e refletir sobre o desempenho e a efetividade das ações do Estado. Nesse sentido, é fundamental implementar estratégias avaliativas que abordem o PMM como política pública e possam refletir sobre todas as áreas e dimensões nas quais ele pode apresentar resultados. Ancorados por evidências científicas, é possível identificar as fragilidades, os desafios, as soluções exitosas e, principalmente, demonstrar a efetividade do PMM no Brasil.

Ressalta-se que avaliar o PMM é desafiador, tendo em vista que é uma política com o potencial de agregar valor a diversas áreas, como satisfação, qualidade, formação, condições de saúde, entre outras, bem como redução da desigualdade. Além do acesso e da equidade, o ato de alocar médicos nas equipes de APS no SUS visa fortalecer o processo de trabalho da equipe multiprofissional e assegurar que o trabalho dessa

equipe possa intervir positivamente na qualidade e integralidade dos serviços, na reorientação do modelo de atenção e consequentemente no fortalecimento da Atenção Primária.

Dessa forma, com o intuito de avaliar a qualidade dos serviços de APS do PMM foram realizados dois estudos analisando o eixo provimento emergencial do programa, com foco na qualidade desses serviços e observando em que medida o PMM contribuiu para isso. Foram dois estudos transversais, um que mediu a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da APS por meio da experiência dos médicos cubanos do PMM e outro que avaliou o grau de orientação para a APS e a presença e extensão dos atributos acesso e longitudinalidade por meio dos usuários atendidos pelos médicos cubanos e brasileiros do PMM e outros das equipes Saúde da Família não integrantes do programa. Para complementar, foi avaliada a qualidade do cuidado médico quanto a algumas condições de saúde prevalentes na população adulta atendida nas Unidades Básicas de Saúde que possuíam equipes de Saúde da Família.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Avaliar a força da Atenção Primária (APS) à Saúde nas equipes da Estratégia Saúde da Família de todo Brasil, por meio da experiência de usuários dos serviços e de médicos cubanos participantes do Programa Mais Médicos (PMM).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Avaliar a força da Atenção Primária à Saúde (APS) e a qualidade do cuidado médico ofertado aos usuários adultos da Estratégia Saúde da Família de todo o Brasil, comparando o atendimento prestado por médicos cubanos e brasileiros do Programa Mais Médicos com o prestado por médicos brasileiros que não atuam junto ao PMM.

Avaliar a força da APS nos serviços nos quais estão inseridos os médicos cubanos do Programa Mais Médicos no Brasil, medindo a presença e a extensão dos atributos essenciais (acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e derivados (orientação familiar e orientação comunitária) da APS por meio da experiência dos médicos.

METODOLOGIA

Para cumprir com os objetivos citados foram realizados dois estudos transversais. O primeiro ocorreu por meio de entrevistas com usuários das equipes de Saúde da Família de todo o País que estavam nas unidades de saúde da amostra (ver anexo 1 com fotos da estrutura de algumas unidades visitadas). O segundo foi realizado com os médicos intercambistas cubanos participantes do PMM distribuídos por equipes de Saúde da Família de todo o País. A seguir, apresenta-se breve descrição metodológica de cada um deles.

ESTUDO COM USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Foi realizado estudo transversal de abrangência nacional a partir de uma amostra de usuários adultos das Unidades Básicas de Saúde com equipes de Saúde da Família de todas as regiões do Brasil. A distribuição da amostra foi proporcional à distribuição regional das Unidades com ESF. A amostra de usuários adultos foi distribuída igualmente entre as três tipologias de médicos em estudo: médicos cubanos do PMM, médicos brasileiros do PMM e médicos da ESF não vinculados ao PMM.

Foi aplicado um questionário aos usuários adultos nas unidades de saúde, logo após a consulta médica, sobre as características socioeconômicas, o uso dos serviços e as morbidades, além da versão reduzida do PCATool-Brasil e todos os itens acerca do acesso de primeiro contato e da longitudinalidade contidos na versão completa do instrumento. O PCATool-Brasil é um instrumento validado que mede a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da APS. A partir da estratégia adotada, foi possível obter o Escore Geral da APS, via versão reduzida do PCATool-Brasil, e os escores de Acesso e de Longitudinalidade.

O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool-Brasil) foi validado para uso

nacional e é amplamente utilizado por diversos pesquisadores para avaliar a qualidade da atenção primária. Os valores dos escores obtidos pela escala original do instrumento são transformados para uma escala que varia de 0 a 10, sendo os valores iguais ou superiores a 6,6 considerados como alto escore. A versão reduzida do instrumento (PCATool-Brasil-versão reduzida), utilizada nesta pesquisa, foi validada em 2013 e contém 23 itens que avaliam os 7 atributos da APS.

Na análise estatística, as características sociodemográficas dos usuários em estudo, assim como a avaliação da consulta e os aspectos relacionados aos cuidados, condições e demandas de saúde pelos usuários, foram apresentadas de forma descritiva, para a amostra geral e também por tipologia do médico. Utilizou-se a média e o erro padrão, no caso das variáveis quantitativas, e a frequência absoluta e a porcentagem quando variáveis qualitativas.

Na comparação do Escore de Acesso de Primeiro Contato, Escore de Longitudinalidade e o Grau de Orientação à APS (Escore Geral) entre as tipologias de médicos foi utilizada a Análise de Variância (ANOVA) com o ajuste de Bonferroni para as múltiplas comparações (32). Considerou-se a mesma metodologia para a comparação desses escores quando estratificados por região geográfica no Brasil.

As análises foram realizadas utilizando o módulo *Complex Samples* do PASW versão 18, que possibilitou incorporar a estrutura complexa da amostra (33). Foi considerado nível de significância 5% para todas as análises.

O estudo foi submetido e aprovado junto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e seguiu todos os preceitos éticos vigentes.

ESTUDO COM MÉDICOS CUBANOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Estudo transversal realizado com médicos cubanos do Programa Mais Médicos no Brasil. Para medir a presença e extensão dos atributos da APS foi utilizado o instrumento validado do PCATool-Brasil, para profissionais de saúde, aos médicos cubanos do Programa Mais Médicos que estavam no Brasil em abril de 2016. Com esse instrumento, foi obtido o Escore Geral da APS (Grau de Orientação à APS), o Escore Essencial (que avalia os atributos essenciais) e os escores individuais de cada atributo.

O perfil dos médicos cubanos do PMM, como idade e sexo, formação acadêmica, tempo de formado,

experiência internacional anterior e o perfil do município no qual foi alocado, foi identificado por meio do banco de monitoramento da OPAS Brasil. O questionário foi enviado a todos os médicos cubanos do PMM (total = 9600 médicos) via formulário eletrônico SurveyMonkey®.

Os resultados foram apresentados utilizando os escores médios, a mediana, os desvios padrão, os valores máximo e mínimo, em se tratando das variáveis quantitativas, e pela frequência absoluta e porcentagem, se variável qualitativa.

O estudo foi submetido e aprovado junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e seguiu todos os preceitos éticos vigentes.



Foto: OPAS/OMS©

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA POPULAÇÃO DE USUÁRIOS ADULTOS E DOS MÉDICOS CUBANOS

Foram entrevistados 6.160 usuários da Estratégia Saúde da Família que consultaram com médicos cubanos do Programa Mais Médicos (grupo MM Cuba n=2087), médicos brasileiros do Programa Mais Médicos (grupo MM Brasil n=2062) e médicos brasileiros não vinculados ao Programa Mais Médicos (grupo ESF n=2.011). Cerca de 200 pessoas foram incapazes de responder a entrevista, que foi aplicada aos seus cuidadores. As cinco regiões geográficas do País foram contempladas, mantendo proporção semelhante para cada grupo de médicos em cada região, sendo que 35,6% das entrevistas foram na Região Nordeste, 29,7% na Região Sudeste, 16,9% na Região Sul, 11,7% na Região Norte e 6,1% na Região Centro-Oeste.

A maioria dos usuários entrevistados era do sexo feminino (75,8%), com idade média de 47,8 anos (ep=0,2), apresentavam cor ou raça autodefinida como parda (52,9%) ou branca (33,4%) e viviam em companhia de cônjuge ou companheiro (67,3%). O chefe da família de 61,6% dos entrevistados tinha baixo grau de instrução (analfabeto ou ensino fundamental incompleto). Em relação à renda, 63,8% das pessoas tinham alguma fonte de renda (35% estavam trabalhando e 28,8% com benefício por doença ou aposentadoria), 23,5% possuíam

Bolsa Família e 74,4% apresentavam renda familiar de até 2 salários mínimos (faixa 1 a 4). Os estratos socioeconômicos inferiores foram preponderantes, sendo que 36,5% pertenciam ao estrato C2 e 42,7% ao estrato D-E. Dessa forma, a maioria da população não apresentava plano de saúde (90,6%) e, conseqüentemente, dependia unicamente do Sistema Único de Saúde.

Embora sem uma diferença significativamente testada, populações com maior vulnerabilidade socioeconômica (estrato C2, D ou E) estavam mais presentes no grupo MM Cuba (80,9%) e MM Brasil (80,2%) quando comparadas com o grupo ESF (76,3%). Essa diferença também foi observada entre pessoas que possuem bolsa família (26,4% no grupo MM Cuba, 22,1% no grupo MM Brasil e 21,8% no grupo ESF) e ao identificar menores níveis de instrução do chefe da família (analfabeto/fundamental I incompleto) no grupo MM Cuba (65,9%), quando comparado ao grupo MM Brasil (59,1%) e ESF (59,0%). Esses achados corroboram com os objetivos estabelecidos para o Programa Mais Médicos de atendimento de populações com maior vulnerabilidade. A descrição completa das características sociodemográficas dos entrevistados pode ser visualizada na Tabela 1.

TABELA 1: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS USUÁRIOS ADULTOS DAS UNIDADES DE SAÚDE COM MÉDICOS CUBANOS E BRASILEIROS DO PMM E MÉDICOS DA ESF, BRASIL [N(%) OU MÉDIA(EP)]

CARACTERÍSTICAS	GERAL	MM CUBA	MM BRASIL	ESF
	N = 6160	N = 2087	N = 2062	N = 2011
Região geográfica do País				
Centro-Oeste	375 (6,1)	132 (6,3)	133 (6,4)	110 (5,5)
Nordeste	2194 (35,6)	745 (35,7)	761 (36,9)	688 (34,2)
Norte	722 (11,7)	252 (12,1)	245 (11,9)	225 (11,2)
Sudeste	1826 (29,7)	597 (28,6)	589 (28,6)	640 (31,8)
Sul	1043 (16,9)	361 (17,3)	334 (16,2)	348 (17,3)
Sexo				
Feminino	4667 (75,8)	1613 (77,3)	1550 (75,2)	1504 (74,8)
Masculino	1493 (24,2)	474 (22,7)	512 (24,8)	507 (25,2)
Idade				
Idade	47,8 (0,2)	47,0 (0,5)	47,9 (0,4)	48,5 (0,5)
Idade do(a) responsável pelos cuidados de saúde do(a) paciente	47,4 (0,8)	45,9 (1,2)	48,9 (1,6)	47,8 (1,7)
Cor ou raça				
Amarela	128 (2,1)	32 (1,5)	43 (2,1)	53 (2,6)
Branca	2055 (33,4)	721 (34,5)	636 (30,8)	698 (34,7)
Indígena	46 (0,7)	18 (0,9)	15 (0,7)	13 (0,7)
Parda	3260 (52,9)	1108 (53,1)	1119 (54,3)	1033 (51,4)
Preta	671 (10,9)	208 (10,0)	249 (12,1)	214 (10,6)
Vive em companhia de cônjuge ou companheiro(a)				
Sim	4148 (67,3)	1432 (68,6)	1377 (66,8)	1339 (66,6)
Não, mas já viveu antes	1487 (24,2)	488 (23,4)	504 (24,4)	495 (24,6)
Nunca viveu	525 (8,5)	167 (8,0)	181 (8,8)	177 (8,8)
Grau de instrução do chefe de família				
Analfabeto/Fundamental I incompleto	284 (61,6)	114 (65,9)	88 (59,1)	82 (59,0)
Fundamental I completo/Fundamental II incompleto	62 (13,4)	24 (13,9)	23 (15,4)	15 (10,8)
Fundamental II completo/Médio incompleto	33 (7,2)	11 (6,3)	11 (7,4)	11 (7,9)
Médio completo/Superior incompleto	71 (15,4)	20 (11,6)	24 (16,1)	27 (19,4)
Superior completo	11 (2,4)	4 (2,3)	3 (2,0)	4 (2,9)
Escolaridade (anos de estudo com aprovação)	7,3 (0,2)	7,8 (0,5)	6,7 (0,4)	7,4 (0,5)
Situação laboral				
Aposentado(a)/Em benefício doença/Impossibilitado(a) (doença)	1773 (28,8)	567 (27,2)	586 (28,4)	620 (30,8)
Não está trabalhando, mas procurando emprego	705 (11,4)	238 (11,4)	223 (10,8)	244 (12,1)
Não está trabalhando, nem procurando emprego	1526 (24,8)	549 (26,3)	527 (25,6)	450 (22,4)
Trabalhando	2156 (35,0)	733 (35,1)	726 (35,2)	697 (34,7)

CARACTERÍSTICAS	GERAL	MM CUBA	MM BRASIL	ESF
	N = 6160	N = 2087	N = 2062	N = 2011
Faixa de renda mensal da família				
Faixa 1 (até R\$ 77,00)	85 (1,4)	35 (1,7)	25 (1,2)	25 (1,2)
Faixa 2 (entre R\$ 77,01 e R\$478,49)	507 (8,2)	218 (10,5)	141 (6,8)	148 (7,4)
Faixa 3 (entre R\$ 478,50 e R\$879,99)	1389 (22,5)	483 (23,1)	486 (23,6)	420 (20,9)
Faixa 4 (entre R\$ 880,00 e 1.760,00)	2607 (42,3)	840 (40,2)	909 (44,1)	858 (42,7)
Faixa 5 (entre R\$ 1.760,01 e 2.640,00)	909 (14,8)	304 (14,6)	298 (14,5)	307 (15,3)
Faixa 6 (entre R\$ 2.640,01 e 3.520,00)	334 (5,4)	110 (5,3)	104 (5,1)	120 (5,9)
Faixa 7 (entre R\$ 3.520,01 e 5.280,00)	178 (2,9)	46 (2,2)	52 (2,5)	80 (4,0)
Faixa 8 (entre R\$ 5.280,01 e 7.920,00)	49 (0,8)	15 (0,7)	11 (0,5)	23 (1,1)
Faixa 9 (entre R\$ 7.920,01 e 11.440,00)	18 (0,3)	6 (0,3)	6 (0,3)	6 (0,3)
Faixa 10 (entre R\$ 11.440,01 e 22.880,00)	7 (0,1)	3 (0,1)	3 (0,1)	1 (0,1)
Faixa 11 (acima de 22.880,01)	2 (0,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,1)
Não sabe / Não quis informar	75 (1,2)	27 (1,3)	27 (1,3)	21 (1,0)
Estrato socioeconômico				
Estrato A	6 (0,1)	3 (0,2)	2 (0,1)	1 (0,1)
Estrato B1	24 (0,4)	7 (0,3)	13 (0,6)	4 (0,2)
Estrato B2	295 (4,8)	89 (4,3)	84 (4,1)	122 (6,1)
Estrato C1	955 (15,5)	299 (14,3)	309 (15,0)	347 (17,3)
Estrato C2	2248 (36,5)	743 (35,6)	769 (37,3)	736 (36,5)
Estrato D-E	2632 (42,7)	946 (45,3)	885 (42,9)	801 (39,8)
Possui Bolsa Família				
Sim	1447 (23,5)	552 (26,4)	456 (22,1)	439 (21,8)
Não	4713 (76,5)	1535 (73,6)	1606 (77,9)	1572 (78,2)
Possui plano de saúde (ou convênio médico)				
Sim	576 (9,4)	162 (7,8)	215 (10,4)	199 (9,9)
Não	5584 (90,6)	1925 (92,2)	1847 (89,6)	1812 (90,1)

ESF: Estratégia de Saúde da Família **MM: Programa Mais Médicos** **ep: erro padrão**

Do total de 9.600 médicos cubanos participantes do PMM, foram obtidos 8.235 questionários, correspondendo à entrevista com 85,8% do total de médicos intercambistas do PMM. A Tabela 2 contém as características sociodemográficas, de formação acadêmica, experiência de trabalho e o tipo de município nos quais os médicos foram alocados. Destaca-se que 100% da amostra é composta por médicos com formação em Medicina Geral e Integral e com experiência internacional prévia ao PMM. Mais da metade dos médicos é do sexo feminino e apresenta idade média de 43 anos.

A distribuição de médicos cubanos entre os diferentes tipos de municípios (de acordo com classificação do Ministério da Saúde) mostra que o tipo que mais recebeu médicos foi o 'Demais localidades' (41%), que se refere aos 40% dos setores censitários com municípios que apresentam os maiores percentuais de população em extrema pobreza. Os setores censitários mais vulneráveis das capitais (6,2%) e das regiões metropolitanas (14,7%) foram os que tiveram menor número de médicos participantes deste estudo.

TABELA 2: PERFIL DOS MÉDICOS CUBANOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO BRASIL, BRASIL

CARACTERÍSTICAS	N (%)
Sexo	
Feminino	4967 (60,2)
Masculino	3268 (39,2)
Idade (anos)	
De 35 a 39	1811 (22,0)
De 40 a 45	4282 (52,0)
Mais de 45	2142 (26,0)
Formação	
Medicina Geral e Integral	8235 (100,0)
2ª especialidade	494 (6,0)
Experiência APS (anos)	
Até 5	2388 (29,0)
De 5 a 10	4612 (56,0)
Mais de 10	1235 (15,0)
Experiência Internacional	
Sim	8235 (100,0)
Não	0 (0,0)
Município	
20% de Pobreza*	2158 (26,2)
G 100**	980 (11,9)
Região Metropolitana***	1210 (14,7)
Capitais****	511 (6,2)
Demais localidades*****	3376 (41,0)

*Municípios com 20% mais população em extrema pobreza.

** 100 municípios com mais de 80 mil hab. com baixa receita pública e vulnerabilidade.

***40% setores censitários com maior pobreza nas regiões metropolitanas.

****40% setores censitários com maior pobreza nas capitais.

*****40% setores censitários com maior pobreza nos demais municípios.

FORÇA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA EXPERIÊNCIA DOS USUÁRIOS E DOS MÉDICOS CUBANOS

Para melhor compreensão sobre a força da Atenção Primária, medida a partir dos seus atributos, os boxes 1 a 4 (ver anexo 2) elucidam os componentes acesso (box 1), coordenação (box 2), longitudinalidade (box 3 e 4) e integralidade (box 5 e 6). O Escore Geral da APS mede a presença e extensão desses atributos em um serviço de saúde, mostrando que quanto maior seu valor, mais orientado o serviço está para as ações em atenção primária.

Na perspectiva dos usuários adultos, o Escore Geral da APS nacional foi considerado alto, com valor de 6,78 (IC: 6,71 – 6,84), sem diferenças entre os tipos de médicos. Já o Escore Acesso de Primeiro Contato foi considerado baixo no País, com valor de 4,24 (IC: 4,18 a 4,30), aliado à diferença estatisticamente significativa entre os grupos de médicos para este escore, mostrando o grupo de usuários vinculados a médicos cubanos com escore levemente superior (4,43 com IC: 4,32 a 4,54) quando comparado aos grupos de usuários vinculados a médicos brasileiros do PMM (4,08 com IC: 3,98 a 4,18) ou a médicos brasileiros não participantes do PMM (4,20 com IC: 4,09 a 4,32). O componente Longitudinalidade apresentou alto escore, com valor nacional de 7,43 (IC: 7,37 a 7,49), sem diferenças entre os três grupos de médicos.



TABELA 3: ESCORE MÉDIO (0-10) E INTERVALO DE CONFIANÇA (IC 95%) DOS ATRIBUTOS DA APS NA PERSPECTIVA DE USUÁRIOS ADULTOS NAS UNIDADES DE SAÚDE COM MÉDICOS CUBANOS E BRASILEIROS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS E MÉDICOS DAS EQUIPES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF), BRASIL

ATRIBUTOS DA APS	GERAL	MM CUBA	MM BRASIL	ESF	P-VALOR
	N = 6159	N = 2086	N = 2062	N = 2011	
Acesso de Primeiro Contato	4,24 (4,18;4,30)	4,43 (4,32 4,54)	4,08 (3,98;4,18)*	4,20 (4,09;4,32)*	< 0,001
Longitudinalidade	7,43 (7,37;7,49)	7,38 (7,27;7,50)	7,43 (7,33;7,53)	7,48 (7,36;7,60)	0,529
Escore Geral APS	6,78 (6,71;6,84)	6,86 (6,75;6,97)	6,74 (6,63;6,85)	6,73 (6,60;6,86)	0,215

* p<0,05 na comparação múltipla de Bonferroni, considerando MM Cuba categoria de referência

O Escore Geral da APS avaliado por região do País mostra que as regiões Sul e Sudeste apresentavam escores gerais maiores do que a média nacional, 7,14 (IC: 6,95 – 7,32) e 6,85 (IC: 6,71 – 6,99), respectivamente, e que a Região Norte apresentava baixo escore, 6,44 (IC: 6,23 – 6,65).

Na comparação das três tipologias de médicos dentro de cada região, identificou-se diferença estatisticamente significativa apenas na Região Nordeste, com os usuários vinculados aos médicos intercambistas

cubanos apresentando Escore Geral levemente mais alto (6,90 com IC:6,72 a 7,09) que os usuários vinculados aos médicos brasileiros do PMM (6,55 com IC:6,33 a 6,77) ou aos médicos não participantes do PMM (6,51 com IC:6,23 – 6,79) e da ESF. Também houve diferença estatisticamente significativa no Escore de Acesso de Primeiro contato entre os grupos na Região Nordeste, mostrando melhor escore para o grupo de usuários dos médicos de Cuba (4,48 com IC: 4,26 – 4,71) em comparação com o grupo de médicos brasileiros do PMM Brasil (3,94 com IC:3,77 – 4,11).



TABELA 4: ESCORE MÉDIO (0-10) E INTERVALO DE CONFIANÇA (IC 95%) DOS ATRIBUTOS DA APS NA PERSPECTIVA DE USUÁRIOS ADULTOS DAS UNIDADES DE SAÚDE COM MÉDICOS CUBANOS E BRASILEIROS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS E MÉDICOS DAS EQUIPES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF), ESTRATIFICADA POR REGIÃO GEOGRÁFICA NO BRASIL

REGIÃO	ATRIBUTOS DA APS	GERAL	MM CUBA	MM BRASIL	ESF	P-VALOR
		N = 721	N = 252	N = 245	N = 225	
NORTE	Acesso de Primeiro Contato	3,98(3,78; 4,19)	4,31(3,98; 4,64)	3,83(3,50; 4,17)	3,77(3,41; 4,13)	0,057
	Longitudinalidade	6,99(6,73; 7,25)	6,75(6,25; 7,25)	7,17(6,85; 7,49)	7,07(6,59; 7,54)	0,379
	Escore Geral da APS	6,44(6,23; 6,65)	6,39(6,05; 6,74)	6,63(6,36; 6,90)	6,28(5,82; 6,74)	0,330
		N = 2194	N = 745	N = 761	N = 688	
NORDESTE	Acesso de Primeiro Contato	4,20(4,10; 4,31)	4,48(4,26; 4,71)	3,94(3,77; 4,11)**	4,20(3,94; 4,46)	0,001
	Longitudinalidade	7,30(7,20; 7,39)	7,36(7,20; 7,53)	7,24(7,08; 7,41)	7,28(7,01; 7,55)	0,601
	Escore Geral da APS	6,66(6,55; 6,76)	6,90(6,72; 7,09)	6,55(6,33; 6,77)**	6,51(6,23; 6,79)**	0,018
		N = 1826	N = 597	N = 589	N = 637	
SUDESTE	Acesso de Primeiro Contato	4,27(4,14; 4,40)	4,38(4,17; 4,58)	4,24(4,01; 4,47)	4,19(3,97; 4,42)	0,449
	Longitudinalidade	7,49(7,36; 7,62)	7,48(7,28; 7,69)	7,45(7,21; 7,69)	7,55(7,32; 7,78)	0,833
	Escore Geral da APS	6,85(6,71; 6,99)	6,90(6,56; 7,24)	6,72(6,46; 6,99)	6,84(6,60; 7,08)	0,314
		N = 1043	N = 361	N = 334	N = 348	
SUL	Acesso de Primeiro Contato	4,36(4,20; 4,52)	4,42(4,12; 4,72)	4,24(4,00; 4,48)	4,42(4,14; 4,70)	0,525
	Longitudinalidade	7,89(7,72; 8,06)	7,60(7,28; 7,92)	8,04(7,78; 8,30)	8,04(7,76; 8,32)	0,075
	Escore Geral da APS	7,14(6,95; 7,32)	6,90(6,59; 7,21)	7,18(6,87; 7,49)	7,35(7,05; 7,64)	0,146
		N = 375	N = 132	N = 133	N = 110	
CENTRO-OESTE	Acesso de Primeiro Contato	4,35(4,01; 4,69)	4,50(3,76; 5,25)	4,14(3,66; 4,63)	4,41(4,03; 4,80)	0,609
	Longitudinalidade	7,41(7,11; 7,70)	7,56(6,89; 8,23)	7,33(6,87; 7,78)	7,31(7,07; 7,55)	0,777
	Escore Geral da APS	6,68(6,38; 6,98)	6,71(6,08; 7,34)	6,89(6,51; 7,27)	6,39(5,93; 6,84)	0,246

Escore variando de 0 a 10

** p<0,05 na comparação múltipla de Bonferroni, considerando MM Cuba categoria de referência

Os dados mostram que as estratégias nacionais para ampliação e qualificação da APS no Brasil têm feito com que o País evolua para escores de APS mais altos na maioria das regiões, mas ainda com escores de Acesso de Primeiro Contato muito baixos. Concomitante à manifesta dificuldade de acesso às Unidades de Saúde da Família, aqueles pacientes que conseguem acessá-las desenvolvem relações de confiança com os médicos, como demonstram os Escores de Longitudinalidade encontrados.

Na avaliação realizada pelos próprios médicos cubanos, o Escore Essencial (que avalia os atributos

essenciais) foi 7,6 e o Escore Geral da APS foi 7,9, como se pode verificar na Tabela 5. Tanto o Escore Essencial como o Geral da APS ficaram acima do ponto de corte (6,6), indicando alto grau de orientação à APS para os serviços avaliados. Na avaliação individual de cada atributo, desde a experiência dos médicos cubanos, todos os atributos e dimensões tiveram alto escore de APS, com exceção do acesso, que apresentou baixa orientação à APS. Confirma-se, desde o ponto de vista dos próprios médicos, a experiência dos usuários de todo o Brasil, de que o acesso à Atenção Primária ainda é o maior desafio da APS brasileira.

TABELA 5: DESCRIÇÃO DOS ESCORES (0-10) DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DE MÉDICOS CUBANOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS, BRASIL

ATRIBUTOS DA APS	N	MÉDIA	MEDIANA	DESVIO PADRÃO	MÍNIMO - MÁXIMO
Acesso de Primeiro Contato	8220	5,0	4,8	1,7	0,0 - 10,0
Longitudinalidade	8234	8,0	8,2	1,2	2,6 - 10,0
Coordenação do cuidado	8235	7,7	8,1	1,3	0,5 - 10,0
Coordenação - sistema de informações	8215	7,6	7,9	1,5	0,8 - 10,0
Integralidade - serviços disponíveis	8233	8,0	8,2	1,2	2,0 - 10,0
Integralidade - serviços prestados	8186	9,3	9,6	0,8	3,9 - 10,0
Essencial APS	8235	7,6	7,7	0,9	3,6 - 10,0
Orientação familiar	8234	8,8	9,3	1,4	0,0 - 10,0
Orientação comunitária	8224	8,6	8,9	1,4	0,0 - 10,0
Escore Geral APS	8235	7,9	8,0	0,9	3,5 - 10,0

Na Tabela 6 estão os 10 itens selecionados que apresentaram maiores escores dentre os 114 itens dos atributos (escores 9,78 e ≤9,92) incluídos no questionário respondido pelos médicos cubanos. Esses itens pertencem aos atributos de integralidade-serviços prestados (F1, F2, F5, F7, F11, F13), longitudinalidade (B2, B5), integralidade-

serviços disponíveis (E17) e orientação comunitária (H1). Os itens com escores mais altos foram F1 - Conselho sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente (9,92); H1 - Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares (9,92); e F7 - Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando (9,89).

TABELA 6: DESCRIÇÃO DOS ESCORES (0-10) DE ITENS SELECIONADOS COM OS MAIORES VALORES MÉDIOS ATRIBUÍDOS PELOS MÉDICOS CUBANOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS, BRASIL

ITENS	N	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÍNIMO - MÁXIMO
Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente	8191	9,92	0,53	0,00 - 10,00
Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares	8235	9,92	0,70	0,00 - 10,00
Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando	8208	9,89	0,71	0,00 - 10,00
Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem	8235	9,85	0,76	0,00 - 10,00
Cuidados pré-natais	8235	9,81	1,08	0,00 - 10,00
Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados	8214	9,81	0,87	0,00 - 10,00
Segurança no lar (como guardar medicamentos em segurança)	8187	9,79	0,89	0,00 - 10,00
Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas	8235	9,78	1,00	0,00 - 10,00
Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa	8154	9,78	0,94	0,00 - 10,00
Como prevenir quedas	8145	9,74	1,00	0,00 - 10,00

A Tabela 7 mostra que a experiência dos médicos cubanos identificada por meio do PCATool-Brasil coincide com a experiência dos usuários de todo o País, ao demonstrar que o Escore de Acesso é menor na região Nordeste quando comparado às demais regiões. Além disso, as diferenças de escores encontradas por regiões apontam para um paralelismo entre a experiência dos médicos e a experiência dos usuários.

TABELA 7: ESCORE MÉDIO (0-10) DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS MÉDICOS CUBANOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS, POR REGIÃO GEOGRÁFICA DO BRASIL.

ATRIBUTOS DA APS	NORTE	NORDESTE	SUDESTE	SUL	CENTRO-OESTE
	N = 974	N = 3297	N = 2195	N = 1199	N = 570
Acesso de Primeiro Contato	5,2	4,8	5,0	5,6	5,1
Longitudinalidade	7,9	8,1	7,9	8,1	7,9
Coordenação do Cuidado	7,6	7,7	7,9	7,9	7,5
Coordenação Sistema de Informação	7,6	7,6	7,6	7,6	7,3
Integralidade - serviços disponíveis	8,0	8,0	7,8	8,4	8,0
Integralidade - serviços prestados	9,4	9,4	9,3	9,3	9,3
Escore Essencial APS	7,6	7,6	7,6	7,8	7,5
Orientação Familiar	8,8	8,8	8,8	8,6	8,6
Orientação Comunitária	8,6	8,8	8,4	8,6	8,4
Escore Geral APS	7,9	7,9	7,8	8,0	7,8

Além da força de orientação para Atenção Primária, medida com o PCATool-Brasil, os usuários entrevistados por todo o Brasil responderam perguntas sobre a consulta médica realizada no dia da entrevista, assim como os cuidados recebidos o longo do ano anterior à entrevista. O banco de dados gerado a partir desta pesquisa permitirá a avaliação profunda da qualidade do cuidado médico frente a vários agravos em saúde, assim como dos cuidados preventivos. Neste texto, optou-se por uma descrição mais breve da qualidade da consulta realizada no dia da entrevista com o usuário, assim como a apresentação de alguns dados acerca de doenças crônicas, com ênfase da hipertensão arterial sistêmica e o diabetes.

AVALIAÇÃO DA CONSULTA REALIZADA NO DIA DA ENTREVISTA

Para 53% dos usuários a consulta realizada no dia da entrevista foi previamente agendada, porém mais consultas foram obtidas no mesmo dia no grupo MM Cuba (51,8%), quando comparado aos grupos MM Brasil (41,3%) e ESF (46,7%). A disponibilidade de consultas obtidas no mesmo dia é imprescindível para melhorar o acesso da população. Em 71% das consultas foi prescrito pelo menos um medicamento, assim como em quase metade delas foi solicitado ao menos um exame complementar.

Em relação ao cuidado recebido, os usuários entrevistados realizaram em média 8,4 consultas médicas nos últimos 12 meses, sendo 5,7 na mesma unidade de saúde e 5,0 com o mesmo médico da consulta anterior. A taxa de encaminhamento para outro médico ficou em torno de 80%. Entre os usuários entrevistados, 15,6% necessitaram ficar internados pelo menos uma vez no último ano em serviços hospitalares.

TABELA 8: AVALIAÇÃO DA CONSULTA NO DIA DA ENTREVISTA E HISTÓRICO DE CONSULTAS E INTERNAÇÕES DOS USUÁRIOS ADULTOS NAS UNIDADES DE SAÚDE COM MÉDICOS CUBANOS E BRASILEIROS DO PMM E MÉDICOS DAS ESF, BRASIL [N(%) OU MÉDIA(EP)]

CARACTERÍSTICAS	GERAL	MM CUBA	MM BRASIL	ESF
	N = 6160	N = 2087	N = 2062	N = 2011
AVALIAÇÃO DA CONSULTA REALIZADA NO DIA				
Tipo de consulta				
Agendada	3287 (53,4)	1005 (48,2)	1210 (58,7)	1072 (53,3)
Obtida no mesmo dia	2873 (46,6)	1082 (51,8)	852 (41,3)	939 (46,7)
"Receita/Prescrição" na consulta				
Sim	4378 (71,1)	1513 (72,5)	1437 (69,7)	1428 (71,0)
Não	1782 (28,9)	574 (27,5)	625 (30,3)	583 (29,0)
Solicitação para fazer exames na consulta				
Sim	2639 (42,9)	870 (41,7)	918 (44,6)	851 (42,3)
Não	3517 (57,1)	1217 (58,3)	1141 (55,4)	1159 (57,7)
Encaminhamento para outro médico na consulta				
Sim	641 (20,3)	189 (18,4)	225 (21,2)	227 (21,3)
Não	2510 (79,7)	837 (81,6)	836 (78,8)	837 (78,7)

CARACTERÍSTICAS	GERAL	MM CUBA	MM BRASIL	ESF
	N = 6160	N = 2087	N = 2062	N = 2011
CONSULTAS E INTERNAÇÕES – ÚLTIMOS 12 MESES				
Internação no hospital por uma noite ou mais				
Sim	961 (15,6)	320 (15,3)	320 (15,5)	321 (16,0)
Não	5199 (84,4)	1767 (84,7)	1742 (84,5)	1690 (84,0)
Número de consultas médicas (incluindo esta unidade de saúde, emergências, hospitais, ambulatórios)	8,4 (0,1)	8,6 (0,2)	8,3 (0,2)	8,3 (0,2)
Número de consultas na unidade de saúde	5,7 (0,1)	5,9 (0,1)	5,7 (0,1)	5,5 (0,1)
Número de consultas com o(a) Dr(a).	5,0 (0,1)	5,2 (0,1)	5,0 (0,1)	4,9 (0,1)

ESF: Estratégia de Saúde da Família **MM:** Programa Mais Médicos **ep:** erro padrão

CENÁRIOS PARA DEMANDAS DE SAÚDE

Para avaliar ainda mais o acesso de primeiro contato com os médicos, foram criadas algumas situações hipotéticas nas quais o paciente procuraria ou não este profissional como recurso inicial para sua demanda de saúde (Tabela 9).

De maneira geral, para os cenários criados, mais de 80% das pessoas identificaram a atenção primária como o local de primeiro contato para seu atendimento. Para todos os cenários criados, o grupo de médicos de Cuba era discretamente mais procurado do que os demais grupos (Tabela 9), corroborando a maior quantidade de consultas obtidas no mesmo dia com esse grupo de médicos (Tabela 8).

TABELA 9: DEMANDAS DE SAÚDE DOS USUÁRIOS ADULTOS NAS UNIDADES DE SAÚDE COM MÉDICOS CUBANOS E BRASILEIROS DO PMM E MÉDICOS DAS ESF, BRASIL [N(%)]

SE O(A) PACIENTE OU ALGUÉM DA FAMÍLIA DO(A) PACIENTE ESTIVESSE COM ESTE PROBLEMA DE SAÚDE E PRECISASSE DE ATENDIMENTO MÉDICO, O(A) PRIMEIRO(A) MÉDICO(A) QUE PROCURARIA SERIA O(A) DR(A).	GERAL	MM CUBA	MM BRASIL	ESF
	N = 6160	N = 2087	N = 2062	N = 2011
Resfriado ou gripado				
Sim	5373 (87,2)	1865 (89,4)	1767 (85,7)	1741 (86,6)
Não	734 (11,9)	200 (9,6)	279 (13,5)	255 (12,7)
Não sabe / Não lembra	53 (0,9)	22 (1,0)	16 (0,8)	15 (0,7)
Tosse há três semanas				
Sim	5590 (90,8)	1927 (92,3)	1853 (89,9)	1810 (90,0)
Não	531 (8,6)	147 (7,1)	194 (9,4)	190 (9,5)
Não sabe / Não lembra	39 (0,6)	13 (0,6)	15 (0,7)	11 (0,5)

SE O(A) PACIENTE OU ALGUÉM DA FAMÍLIA DO(A) PACIENTE ESTIVESSE COM ESTE PROBLEMA DE SAÚDE E PRECISASSE DE ATENDIMENTO MÉDICO, O(A) PRIMEIRO(A) MÉDICO(A) QUE PROCURARIA SERIA O(A) DR(A).	GERAL	MM CUBA	MM BRASIL	ESF
	N = 6160	N = 2087	N = 2062	N = 2011
Vômito ou diarreia				
Sim	5238 (85,0)	1832 (87,8)	1718 (83,3)	1688 (83,9)
Não	877 (14,3)	241 (11,5)	326 (15,8)	310 (15,4)
Não sabe / Não lembra	45 (0,7)	14 (0,7)	18 (0,9)	13 (0,7)
Dor nas costas				
Sim	5444 (88,4)	1883 (90,2)	1792 (86,9)	1769 (88,0)
Não	670 (10,9)	187 (9,0)	257 (12,5)	226 (11,2)
Não sabe / Não lembra	46 (0,7)	17 (0,8)	13 (0,6)	16 (0,8)
Ardência ou dor para urinar				
Sim	5447 (88,4)	1890 (90,6)	1810 (87,8)	1747 (86,9)
Não	638 (10,4)	170 (8,1)	230 (11,1)	238 (11,8)
Não sabe / Não lembra	75 (1,2)	27 (1,3)	22 (1,1)	26 (1,3)
Corrimento vaginal ou pelo canal do pênis				
Sim	5329 (86,5)	1831 (87,7)	1783 (86,5)	1715 (85,3)
Não	738 (12,0)	223 (10,7)	248 (12,0)	267 (13,3)
Não sabe / Não lembra	93 (1,5)	33 (1,6)	31 (1,5)	29 (1,4)
Sangramento vaginal diferente do normal				
Sim	3885 (83,2)	1393 (86,4)	1270 (81,9)	1222 (81,3)
Não	729 (15,6)	198 (12,2)	267 (17,2)	264 (17,5)
Não sabe / Não lembra	54 (1,2)	22 (1,4)	14 (0,9)	18 (1,2)
Medo de ter sido contaminado pelo HIV				
Sim	5322 (86,4)	1838 (88,1)	1764 (85,6)	1720 (85,5)
Não	686 (11,1)	199 (9,5)	250 (12,1)	237 (11,8)
Não sabe / Não lembra	152 (2,5)	50 (2,4)	48 (2,3)	54 (2,7)
Problemas com álcool ou drogas				
Sim	4500 (73,1)	1578 (75,6)	1470 (71,3)	1452 (72,2)
Não	1348 (21,8)	400 (19,1)	481 (23,3)	467 (23,2)
Não sabe / Não lembra	312 (5,1)	109 (5,3)	111 (5,4)	92 (4,6)

ESF: Estratégia de Saúde da Família **MM:** Programa Mais Médicos

CUIDADOS DE SAÚDE RECEBIDOS

Alguns cuidados de saúde, que compõem o papel integral da atenção primária, foram avaliados perguntando-se ao entrevistado se a equipe da ESF ou o médico forneceu esses serviços nos últimos 12 meses. Aqui destaca-se aqueles relacionados à promoção de saúde e prevenção de doenças, especialmente relacionados às doenças crônicas.

A porcentagem de pessoas que tiveram seu peso, altura e pressão aferidos na unidade de saúde foram, respectivamente, 80,0%, 68,9% e 94,9% (Tabela 10). Orientações sobre alimentação saudável, medidas para manter peso adequado, ingerir menor quantidade de sal e gorduras, praticar atividade física, assim como acerca do hábito de fumar foram perguntas para cerca de 70% das pessoas entrevistadas (Tabela 10). Esta prevalência de perguntas relacionadas à prevenção de doenças crônicas pode, certamente, atingir níveis mais altos a fim de enfrentar-se com mais qualidade a epidemia dessas doenças.

TABELA 10: CUIDADOS RECEBIDOS PELOS USUÁRIOS ADULTOS NAS UNIDADES DE SAÚDE COM MÉDICOS CUBANOS E BRASILEIROS DO PMM E MÉDICOS DAS ESF, BRASIL [N(%)]

CUIDADOS RECEBIDOS NOS ÚLTIMOS 12 MESES	GERAL	MM CUBA	MM BRASIL	ESF
	N = 6160	N = 2087	N = 2062	N = 2011
Pesou o(a) paciente				
Sim	4928 (80,0)	1697 (81,3)	1701 (82,5)	1530 (76,1)
Não	1209 (19,6)	381 (18,3)	354 (17,2)	474 (23,6)
Não sabe / Não lembra	23 (0,4)	9 (0,4)	7 (0,3)	7 (0,3)
Mediu a altura do(a) paciente				
Sim	4243 (68,9)	1486 (71,2)	1424 (69,1)	1333 (66,3)
Não	1868 (30,3)	585 (28,0)	619 (30,0)	664 (33,0)
Não sabe / Não lembra	49 (0,8)	16 (0,8)	19 (0,9)	14 (0,7)
Mediu a pressão arterial do(a) paciente				
Sim	5845 (94,9)	2001 (95,9)	1976 (95,8)	1868 (92,9)
Não	307 (5,0)	84 (4,0)	82 (4,0)	141 (7,0)
Não sabe / Não lembra	8 (0,1)	2 (0,1)	4 (0,2)	2 (0,1)
Recomendou manter alimentação saudável				
Sim	4598 (74,6)	1585 (75,9)	1560 (75,7)	1453 (72,3)
Não	1544 (25,1)	496 (23,8)	497 (24,1)	551 (27,4)
Não sabe / Não lembra	18 (0,3)	6 (0,3)	5 (0,2)	7 (0,3)
Recomendou manter o peso adequado				
Sim	4182 (67,9)	1402 (67,2)	1431 (69,4)	1349 (67,1)
Não	1958 (31,8)	677 (32,4)	624 (30,3)	657 (32,7)
Não sabe / Não lembra	20 (0,3)	8 (0,4)	7 (0,3)	5 (0,2)
Recomendou ingerir menos sal				
Sim	4381 (71,1)	1496 (71,7)	1477 (71,6)	1408 (70,0)
Não	1755 (28,5)	578 (27,7)	576 (27,9)	601 (29,9)

CUIDADOS RECEBIDOS NOS ÚLTIMOS 12 MESES	GERAL	MM CUBA	MM BRASIL	ESF
	N = 6160	N = 2087	N = 2062	N = 2011
Não sabe / Não lembra	24 (0,4)	13 (0,6)	9 (0,5)	2 (0,1)
Recomendou ingerir menos gordura				
Sim	4615 (74,9)	1586 (76,0)	1555 (75,4)	1474 (73,3)
Não	1526 (24,8)	495 (23,7)	499 (24,2)	532 (26,5)
Não sabe / Não lembra	19 (0,3)	6 (0,3)	8 (0,4)	5 (0,2)
Recomendou praticar atividade física regular				
Sim	4238 (68,8)	1396 (66,9)	1467 (71,2)	1375 (68,4)
Não	1896 (30,8)	675 (32,3)	590 (28,6)	631 (31,4)
Não sabe / Não lembra	26 (0,4)	16 (0,8)	5 (0,2)	5 (0,2)
Perguntou se o(a) paciente fuma				
Sim	4074 (66,1)	1396 (66,8)	1424 (69,1)	1254 (62,4)
Não	2036 (33,1)	669 (32,1)	619 (30,0)	748 (37,2)
Não sabe / Não lembra	50 (0,8)	22 (1,1)	19 (0,9)	9 (0,4)

ESF: Estratégia de Saúde da Família **MM:** Programa Mais Médicos **ep:** erro padrão



CARTEIRA DE SERVIÇOS

Uma das medidas da integralidade é a avaliação de carteira de serviços disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde. Neste item, a grande maioria dos usuários entrevistados revelou que as Unidades Básicas de Saúde estudadas, independente da tipologia do médico que realizava o cuidado, têm grandes dificuldades em oferecer cuidados simples, mas importantes, como a realização de suturas, cirurgia para unha encravada e lavagem otológica (Tabela 11). Um pouco mais preocupante é a proporção de médicos que realiza visitas domiciliares, apenas cerca de 60%, assim como o fato de que para 25% dos entrevistados, a Unidade Básica de Saúde e o médico não ofereciam cuidado pré-natal.

TABELA 11: SERVIÇOS DISPONÍVEIS OU PRESTADOS PELA EXPERIÊNCIA DOS USUÁRIOS ADULTOS NAS UNIDADES DE SAÚDE COM MÉDICOS CUBANOS E BRASILEIROS DO PMM E MÉDICOS DAS ESF, BRASIL [N(%)]

O(A) DR(A). FAZ/ORIENTA	GERAL N = 6160	MM CUBA N = 2087	MM BRASIL N = 2062	ESF N = 2011
Sutura de um corte que necessite de pontos				
Sim	1013 (16,4)	308 (14,8)	336 (16,3)	369 (18,4)
Não	1538 (25,0)	525 (25,1)	536 (26,0)	477 (23,7)
Não sabe / Não lembra	3609 (58,6)	1254 (60,1)	1190 (57,7)	1165 (57,9)
Remoção de unha encravada				
Sim	560 (9,1)	158 (7,6)	183 (8,9)	219 (10,9)
Não	1659 (26,9)	537 (25,7)	563 (27,3)	559 (27,8)
Não sabe / Não lembra	3941 (64,0)	1392 (66,7)	1316 (63,8)	1233 (61,3)
Lavagem de ouvido				
Sim	916 (14,9)	273 (13,2)	273 (13,2)	345 (17,2)
Não	1481 (24,0)	525 (25,5)	525 (25,5)	483 (24,0)
Não sabe / Não lembra	3762 (61,1)	1263 (61,3)	1263 (61,3)	1183 (58,8)
Visitas domiciliares?				
Sim	3777 (61,3)	1348 (64,6)	1224 (59,4)	1205 (59,9)
Não	687 (11,2)	242 (11,6)	230 (11,1)	215 (10,7)
Não sabe / Não lembra	1696 (27,5)	497 (23,8)	608 (29,5)	591 (29,4)
Consultas de pré-natal para acompanhamento das gestantes				
Sim	1716 (75,9)	621 (75,0)	589 (80,4)	506 (72,2)
Não	167 (7,4)	67 (8,1)	33 (4,5)	128 (18,3)
Não sabe / Não lembra	379 (16,7)	140 (16,9)	111 (15,1)	67 (9,5)

ESF: Estratégia de Saúde da Família MM: Programa Mais Médicos

CUIDADOS DE SAÚDE PARA DOENÇAS CRÔNICAS

Nas próximas duas tabelas (Tabelas 12 e 13) são apresentados dados acerca do cuidado da hipertensão arterial sistêmica e diabetes entre os usuários que referiam ter estas doenças. Nessa amostra, 44,4% dos entrevistados tinham diagnóstico de hipertensão e 18,6% de diabetes mellitus, sem diferenças entre o tipo de médico avaliado.

TABELA 12: CUIDADOS OFERECIDOS PARA USUÁRIOS ADULTOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NAS UNIDADES DE SAÚDE COM MÉDICOS CUBANOS E BRASILEIROS DO PMM E MÉDICOS DAS ESF, BRASIL [N(%)]

CARACTERÍSTICAS	GERAL N = 6160	MM CUBA N = 2087	MM BRASIL N = 2062	ESF N = 2011
Hipertensão ou pressão alta				
Sim	2736 (44,4)	911 (43,7)	926 (44,9)	899 (44,7)
Não	3422 (55,5)	1176 (56,3)	1135 (55,0)	1111 (55,2)
Não sabe/Não respondeu	2 (0,1)	0 (0,0)	1 (0,1)	1 (0,1)
Paciente usa o(s) remédio(s) prescrito(s) para pressão alta				
Sim	2402 (92,1)	786 (90,9)	811 (93,3)	805 (92,0)
Não	207 (7,9)	79 (9,1)	58 (6,7)	70 (8,0)

ESF: Estratégia de Saúde da Família MM: Programa Mais Médicos

Alguns cuidados básicos para o acompanhamento de pacientes diabéticos foram avaliados nesse estudo, como orientações sobre hipoglicemia, cuidado com os pés, encaminhamento para oftalmologista e solicitação de hemoglobina glicada para avaliar o controle da doença. Para este conjunto de ações e/ou orientações, as proporções de usuários que as recebiam de forma adequada foram bastante inferiores a um patamar de qualidade de cuidado, com cerca de apenas 1/3 dos pacientes portadores de diabetes recebendo encaminhamento para consulta anual com oftalmologista a fim de avaliar a presença de retinopatia.

TABELA 13: CUIDADOS OFERECIDOS PARA USUÁRIOS ADULTOS COM DIABETES MELLITUS NAS UNIDADES DE SAÚDE COM MÉDICOS CUBANOS E BRASILEIROS DO PMM E MÉDICOS DAS ESF, BRASIL [N(%)]

CARACTERÍSTICAS	GERAL N = 6160	MM CUBA N = 2087	MM BRASIL N = 2062	ESF N = 2011
Diabetes ou açúcar alto no sangue				
Sim	1148 (18,6)	370 (17,7)	410 (19,9)	368 (18,3)
Não	5005 (81,3)	1714 (82,1)	1651 (80,0)	1640 (81,6)
Não sabe / Não lembra	7 (0,1)	3 (0,2)	1 (0,1)	3 (0,1)
Paciente usa o(s) remédio(s) (comprimidos) prescrito(s)				
Sim	879 (92,5)	279 (91,2)	319 (93,3)	281 (93,0)
Não	71 (7,5)	27 (8,8)	23 (6,7)	21 (7,0)
Orientação sobre procedimento se hipoglicemia				
Sim	173 (63,6)	62 (66,0)	64 (66,7)	47 (57,3)
Não	97 (35,7)	32 (34,0)	32 (33,3)	33 (40,2)
Não sabe / Não lembra	2 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (2,5)
Recomendação sobre cuidados regulares com os pés				
Sim	627 (54,6)	205 (55,4)	233 (56,8)	189 (51,4)
Não	516 (45,0)	164 (44,3)	176 (42,9)	176 (47,8)
Não sabe / Não lembra	5 (0,4)	1 (0,3)	1 (0,3)	3 (0,8)

CARACTERÍSTICAS	GERAL	MM CUBA	MM BRASIL	ESF
	N = 6160	N = 2087	N = 2062	N = 2011
Exame nos pés nos últimos 12 meses				
Sim	422 (36,8)	144 (38,9)	148 (36,1)	130 (35,3)
Não	718 (62,5)	223 (60,3)	257 (62,7)	238 (64,7)
Não sabe / Não lembra	8 (0,7)	3 (0,8)	5 (1,2)	0 (0,0)
Encaminhamento ao oftalmologista nos últimos 12 meses				
Sim	392 (34,2)	119 (32,2)	138 (33,7)	135 (36,7)
Não	750 (65,3)	248 (67,0)	269 (65,6)	233 (63,3)
Não sabe / Não lembra	6 (0,5)	3 (0,8)	3 (0,7)	0 (0,0)
Solicitação hemoglobina glicosada nos últimos 6 meses				
Sim	809 (70,5)	256 (69,2)	294 (71,7)	259 (70,4)
Não	301 (26,2)	100 (27,0)	101 (24,6)	100 (27,2)
Não sabe / Não lembra	38 (3,3)	14 (3,8)	15 (3,7)	9 (2,4)

ESF: Estratégia de Saúde da Família **MM:** Programa Mais Médicos

Ainda no cuidado relacionado a doenças crônicas, cerca de 2/3 dos pacientes tabagistas receberam orientação para parar de fumar (Tabela 14).

TABELA 14: TABAGISMO ENTRE OS USUÁRIOS ADULTOS NAS UNIDADES DE SAÚDE COM MÉDICOS CUBANOS E BRASILEIROS DO PMM E MÉDICOS DAS ESF, BRASIL [N(%)]

CARACTERÍSTICAS	GERAL	MM CUBA	MM BRASIL	ESF
	N = 6160	N = 2087	N = 2062	N = 2011
Paciente fuma				
Sim	684 (11,1)	236 (11,3)	222 (10,8)	226 (11,2)
Não	5476 (88,9)	1851 (88,7)	1840 (89,2)	1785 (88,8)
Recomendação de o paciente parar de fumar				
Sim	469 (68,6)	153 (64,8)	159 (71,6)	157 (69,5)
Não	211 (30,8)	82 (34,8)	60 (27,0)	69 (30,5)
Não sabe/Não respondeu	4 (0,6)	1 (0,4)	3 (1,4)	0 (0,0)

ESF: Estratégia de Saúde da Família **MM:** Programa Mais Médicos

OPINIÃO DA POPULAÇÃO SOBRE OS CUIDADOS DE SAÚDE

A maioria das pessoas (66%) não sabia informar se seu médico fazia ou não parte do Programa Mais Médicos, principalmente pessoas atendidas por médicos brasileiros da ESF (83,6%) e MM Brasil (75,5%), quando comparado com o grupo MM Cuba (42,6%).



O grau de satisfação dos entrevistados sobre as ações de seu médico foi bastante alto, visto que 94,3% das pessoas recomendariam o médico para um familiar ou amigo (Tabela 15).

TABELA 15: OPINIÃO DOS USUÁRIOS ADULTOS NAS UNIDADES DE SAÚDE COM MÉDICOS CUBANOS E BRASILEIROS DO PMM E MÉDICOS DAS ESF, BRASIL [N(%)]

CARACTERÍSTICAS	GERAL	MM CUBA	MM BRASIL	ESF
	N = 6160	N = 2087	N = 2062	N = 2011
Sabe se o(a) Dr(a). faz parte do Programa Mais Médicos				
Sim, sei. Ele não faz parte	133 (2,2)	13 (0,6)	37 (1,8)	83 (4,1)
Sim, sei. Ele faz parte	1902 (30,9)	1185 (56,8)	469 (22,7)	248 (12,3)
Não sei	4125 (66,9)	889 (42,6)	1556 (75,5)	1680 (83,6)
Recomendaria o(a) Dr(a). para um familiar ou amigo(a)				
Sim	5805 (94,3)	1996 (95,6)	1941 (94,1)	1868 (92,9)
Não	279 (4,5)	72 (3,5)	94 (4,6)	113 (5,6)
Não sabe/Não respondeu	76 (1,2)	19 (0,9)	27 (1,3)	30 (1,5)

ESF: Estratégia de Saúde da Família **MM:** Programa Mais Médicos

CONCLUSÕES

Avanços na força da Atenção Primária à Saúde na Estratégia de Saúde da Família de todo o Brasil são evidentes por meio deste estudo, visto que o grau de orientação para a APS foi alto em todas as regiões do País. A presença do Programa Mais Médicos parece ter contribuído decisivamente para este fato, garantindo a presença do profissional médico, decisiva para promover cuidados integrais em saúde, em localidades de maior vulnerabilidade ou com dificuldade de alocação desses profissionais. Entretanto, muitos avanços ainda são necessários, principalmente relacionados à ampliação do acesso, ao aumento da carteira de serviços e a uma maior qualidade do vínculo entre profissionais de saúde e as pessoas que buscam cuidado. Além disso, as análises iniciais aqui apresentadas indicam que há necessidade de qualificar o cuidado médico frente a agravos de saúde comuns ao atendimento na atenção primária, bem como os cuidados preventivos específicos, dados que serão melhor apresentados e mais profundamente analisados em publicações posteriores referentes a esta robusta pesquisa.

A estratégia nacional para alocação emergencial de médicos mostrou-se efetiva para melhorar o acesso da população. Essa melhora no acesso foi particularmente evidenciada na Região Nordeste. Contudo, é necessário identificar outros fatores que dificultam o acesso às unidades de saúde, além da presença ou não de médicos, visto que o escore desse atributo (Escore de Acesso) é baixo em todas as regiões do País, conforme a avaliação dos usuários e dos médicos cubanos. É imperativo que o País repense a forma de organização de suas equipes de APS para oferecer maior acessibilidade à população, como pela oferta de horários estendidos de atendimento e possibilidade de atendimento médico para demandas espontâneas que surjam de maneira aguda, evitando-se procura desnecessárias a serviços de urgência e pronto atendimento. A maioria da população entrevistada era composta de mulheres e de pessoas que não estavam atualmente trabalhando, levando a questionar a necessidade de ampliar o acesso a consultas em horários alternativos de atendimento, bem como de consultas obtidas no dia. Além disso, a ampliação do uso das Tecnologias de Informação e Comunicação, conforme evidenciados por experiências internacionais, também são estratégias viáveis para facilitar acesso das pessoas ao cuidado médico em atenção primária. Concomitantemente às estratégias de ampliação do acesso, a reorganização do processo de trabalho das equipes, com ênfase na subsidiariedade e no trabalho clínico do médico e do enfermeiro, com assunção de tarefas de promoção de saúde e prevenção de doenças por outros profissionais da equipe, pode ajudar muito neste processo.

Foto: OPAS/OMS©

ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

ACESSO

O atributo acesso estabelece a APS como o local de primeiro contato para cuidados em saúde. Esse atributo envolve características de utilização do serviço (primeiro local que a pessoa busca quando deseja cuidados sobre sua saúde) e de acessibilidade (como disponibilidade de atendimento fora do horário comercial, aconselhamento por telefone quando necessário, entre outros).

O Escore de Acesso foi obtido por 13 itens do PCATool-Brasil que avaliam os componentes utilização (1 item) e acessibilidade (12 itens), com escore variando de 0 a 10. O Escore de Acesso foi considerado baixo no País, com valor de 4,24. Houve diferença entre os grupos de médicos, evidenciando um escore maior no grupo de médicos cubanos vinculados ao PMM (grupo MM Cuba: 4,43) quando comparado aos grupos de médicos brasileiros vinculados ao PMM (grupo MM Brasil: 4,08) ou não vinculados ao programa (grupo ESF: 4,20). Na Região Nordeste, o escore do grupo MM Cuba foi maior que a média nacional (4,48), diferenciando-se somente do grupo MM Brasil (3,94).

O componente Utilização, medido pelo item “Quando você tem um novo problema de saúde, você vem ao Dr. antes de ir a outro serviço de saúde?”, teve uma pontuação nacional alta (8,65). Esse item mostra que a população estudada utiliza de maneira satisfatória a ESF como serviço de primeiro contato para suas necessidades em saúde. Houve diferença para esse item entre os grupos MM Cuba (8,81) e MM Brasil (8,52).

Os itens que fragilizavam o escore de acesso, com pontuação inferior a 6,6, são caracterizados por perguntas que avaliam horários de atendimento alternativos (até às 20h, durante a noite ou no sábado e domingo), orientações de saúde obtidas por telefone, tempo de espera antes de obter a consulta e necessidade de faltar ao trabalho ou à escola quando necessita de atendimento. Os itens que avaliam a facilidade de obter consulta [“É fácil

marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up)?”] e a possibilidade de atendimento no mesmo dia (“Quando o serviço está aberto e você adocece, alguém deste serviço de saúde o atende no mesmo dia?”) foram melhor avaliados no grupo MM Cuba (7,36) do que nos demais grupos de médicos (MM Brasil: 6,83; ESF:6,91).

Acesso em tempo adequado é uma das grandes marcas de um sistema de saúde com APS forte e pode ser obtido por diversas formas organizacionais além dos atendimentos tradicionais como: horário de atendimento estendido fora do horário comercial, teleconsulta e disponibilidade de telefone para orientações de saúde.

As evidências mostram que a qualidade do acesso influencia na redução de internações hospitalares por condições sensíveis à ação da APS, redução de desigualdades socioeconômicas e raciais em saúde, além de melhores desfechos gerais de saúde. Portanto estratégias para melhorar o acesso são essenciais para fortalecer a APS de um país.

Embora com diferenças culturais e de língua, o estudo mostrou que o vínculo das pessoas com os profissionais cubanos não foi pior do que o vínculo das pessoas que consultam com os profissionais brasileiros, fato esse expresso pelo Escore de Longitudinalidade. Além disso, de maneira geral, o grau de satisfação com os médicos foi alto. Contudo, o provimento emergencial com intercambistas apresenta uma duração limitada, não resolvendo de maneira permanente o problema de fixação de profissionais em unidades de saúde (4, 34-36).

LONGITUDINALIDADE: RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

A relação médico-paciente (RMP) é um fator fundamental no contexto do atendimento em saúde. Tanto médicos quanto pacientes atribuem grande valor à construção de um bom relacionamento terapêutico. Nessa pesquisa, a RMP foi avaliada por

meio da utilização do *patient-doctor relationship questionnaire* (PDRQ-9), um questionário respondido pelos pacientes, composto de nove itens, em que cada item do instrumento é uma afirmação acerca de diferentes aspectos da RMP (ajuda, tempo, confiança, compreensão, dedicação, concordância, disponibilidade, contentamento e acessibilidade).

Em todos os grupos de médicos, os itens de avaliação da RMP apresentaram escores moderados, variando de 3,0 a 3,5 numa escala de 1,0 a 5,0. Em todos os grupos, o item com maior escore foi "Eu me sinto contente com o tratamento que o meu médico me oferece", enquanto o item com menor escore foi "Meu médico tem tempo suficiente para mim".

Uma RMP desenvolvida de maneira satisfatória está associada com melhor controle de sintomas como dor, limitação funcional, ansiedade, perda de peso e controle da pressão arterial. Além disso, melhora a adesão ao tratamento e aumenta a satisfação com o atendimento, fatores com impacto direto no manejo de problemas de saúde agudos e crônicos. Ademais, as pessoas estão preocupadas tanto com os aspectos do processo de cuidado como com seus resultados. Indicadores relacionados à comunicação com profissionais de saúde, fornecimento de informações, envolvimento em decisões, conforto físico, suporte emocional e transição do cuidado são cada vez mais desejados.

Os resultados dessa pesquisa demonstram a necessidade da implementação de ações de qualificação profissional, com objetivo de capacitar os médicos a oferecer um atendimento integral, sensível, empático e centrado nas pessoas.

LONGITUDINALIDADE

A longitudinalidade é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os usuários do serviço, servindo como referência para a pessoa, independentemente da presença de problemas específicos de saúde. A relação pode ser estabelecida com um profissional ou com um serviço de saúde, sendo que uma das maneiras para contribuir com o cuidado continuado é vinculando

um usuário a um médico e mantendo registro sistemático dos atendimentos.

Apartir de 14 itens provenientes do instrumento PCATool-Brasil, obteve-se o Escore de Longitudinalidade (0-10). O Escore de Longitudinalidade foi considerado alto no País, com valor de 7,43. Não houve diferença significativa entre os grupos de médicos, com escores que variaram entre 7,48 (grupo ESF) até 7,38 (grupo MM Cuba).

O item que apresentou pior pontuação (4,0) é caracterizado pela possibilidade do paciente poder telefonar e falar com o médico que o conhece mais. Mostrando que dificuldades de acesso também prejudicam o atendimento continuado. Outros itens que fragilizam esse componente se relacionam ao conhecimento do usuário como pessoa mais do que seus problemas de saúde, como conhecer com quem a pessoa mora, sua atividade profissional e saber se o usuário teria dificuldades para pagar por um medicamento. Destaca-se que a pontuação para a pergunta "O Dr. conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?" foi maior no grupo ESF (5,81) do que no grupo MM Brasil (5,36), não diferenciando do grupo MM Cuba (5,57).

Os itens mais bem avaliados, que apresentaram pontuação média maior do que 9, se relacionam a um vínculo de atendimento continuado com o mesmo profissional de saúde ("Quando você vem ao serviço de saúde é o mesmo médico que o atende todas as vezes?") e uma relação de compreensão das informações da consulta e tempo apropriado para o atendimento ("Você acha que o Dr. entende o que você diz ou pergunta?"; "O Dr. responde as suas perguntas de maneira que você entenda?"; e "O Dr. lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?"). O item "O Dr. responde as suas perguntas de maneira que você entenda?" teve uma pontuação maior no grupo ESF (9,67) e MM Brasil (9,70) do que no grupo MM Cuba (9,29). Embora com dificuldades culturais, a pontuação do grupo MM Cuba foi alta para esse item. A pergunta "O Dr. lhe dá tempo suficiente para falar sobre suas preocupações e problemas" apresentou pontuação maior no grupo MM Cuba (9,51) do que no grupo ESF (9,32).

Estudos mostram associação positiva entre a longitudinalidade e melhora na coordenação do cuidado, em melhores serviços preventivos, diminuição de hospitalizações, diagnósticos mais precoces, aumento da eficiência dos serviços e da satisfação dos usuários. O fortalecimento da longitudinalidade, por meio de uma relação de confiança e de maior conhecimento entre os médicos e os usuários, é fundamental para uma APS de alta qualidade e influência nos demais atributos como coordenação e integralidade do cuidado.

Esse estudo também mostra esforços nacionais para ampliar o atendimento médico de profissionais com experiência em atenção primária. Porém, melhoria na estrutura das unidades (estabelecimento físico, insumos, prontuários eletrônicos) são importantes para garantir o aumento da carteira de trabalho médica, bem como o cuidado continuado e coordenado, tornando assim a APS mais efetiva e resolutiva, evitando encaminhamentos desnecessários para outros níveis de atenção. Nesse sentido, a promoção de educação permanente aos profissionais, seja por ações de tutorias oferecidas aos PMM como por ações do Telessaúde Brasil Redes, possibilitam melhorar a qualidade do cuidado prestado pelos profissionais. Os aspectos de estrutura das unidades e apoio de educação permanente serão apresentados em pesquisas posteriores (4, 34-39).

COORDENAÇÃO DO CUIDADO

A coordenação do cuidado facilita a oferta adequada de serviços de saúde a uma determinada pessoa por meio da integração deliberada das atividades realizadas pelo paciente entre dois ou mais participantes envolvidos no seu cuidado. São bastante frequentes os problemas de comunicação entre profissionais dos diferentes níveis de atenção, seja no acompanhamento ambulatorial compartilhado, seja na transição do acompanhamento hospitalar-ambulatorial.

Nesse estudo foi observado que aproximadamente 20% dos pacientes foram encaminhados para atendimento com outro médico. Os itens do PCATool-Brasil relacionados à coordenação do

cuidado apresentaram alto escore de pontuação, sem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de médicos. Apesar disso, as longas filas de espera por consulta especializada e exames no Brasil e a dificuldade na troca de informações entre a APS e a atenção especializada dificultam o exercício pleno do papel de coordenação.

A estratégia mais eficaz para a efetivação da coordenação do cuidado em um sistema de saúde é a estruturação desse sistema com base na Atenção Primária à Saúde (APS), de acordo com seus atributos. Outras atitudes que podem favorecer a coordenação do cuidado são: o desenvolvimento de sistemas de registro de informações compartilhados entre todos os serviços das redes de atenção à saúde; a participação ativa dos profissionais de enfermagem e farmácia nos processos de coordenação e transição do cuidado; o pagamento pela realização de atividades de coordenação do cuidado; a implementação de mecanismos de coordenação assistencial e de programas de transição do cuidado; o desenvolvimento de serviços de consultoria à distância.

INTEGRALIDADE

Integralidade refere-se a carteira de serviços de saúde oferecidos para as demandas e necessidades da população assistida. De outra forma, pode ser entendida como o conjunto de serviços disponíveis e prestados pelas equipes associado à responsabilidade de garantir o cuidado individual mesmo que este não possa ser prestado unicamente pelo serviço primário.

O atributo integralidade foi avaliado na presente pesquisa (assim como os demais atributos) pela aplicação na amostra de pacientes estudada do *Primary Care Assessment Tool* (PCAT) versão reduzida e validada para o português. Nesta dimensão os pesquisados responderam a sete itens específicos.

Os escores dos itens prestação de "aconselhamento para problemas de saúde mental" (G9), "aconselhamento sobre como parar de fumar" (G17) e "aconselhamento sobre as mudanças

que acontecem com o envelhecimento” (G20) foram baixos entre os pacientes dos três grupos de médicos comparados, variando entre 5,05 e 5,54, sem diferenças estatísticas entre os grupos. Os itens disponibilidade de “conselhos sobre a alimentação saudável ou sobre dormir suficiente” (H1), de “conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para o paciente” (H5) e de “verificar e discutir os medicamentos que o paciente está tomando” (H7), por outro lado, alcançaram escores mais satisfatórios, variando de 6,69 a 8,18. Destaque para diferenças estatisticamente significativas apontando superioridade do grupo de médicos brasileiros do Programa Mais Médicos no item H5 (exercícios) e inferioridade do grupo de médicos da estratégia da saúde da família não integrantes do programa no item H7 (revisão dos medicamentos em uso). Por fim, todos os grupos apresentaram escores muito baixos no item disponibilidade para “como prevenir quedas” (H11), variando de 4,31 a 4,41, sem diferenças estatísticas entre os grupos.

O potencial estruturante da atenção primária à saúde para os sistemas de saúde é dependente do seu bom desempenho em seus atributos essenciais. É papel dos serviços primários de saúde assistir de forma qualificada as necessidades mais comuns e prevalentes, demandando dos outros pontos da rede de assistência o cuidado para condições menos frequentes e incomuns. A prevalência de agravos em saúde mental, do abuso de tabaco e suas complicações, e a proporção crescente de idosos na população³ exigem maior qualificação das equipes de atenção primária à saúde, de maneira geral, para que estejam aptas a intervir positivamente nestas condições.

Dentro do contexto de envelhecimento populacional e por consequência da maior prevalência de doenças crônicas e mortalidade derivada, o suporte para hábitos de vida saudáveis e a revisão dos tratamentos medicamentosos se revestem de importância maior. O desempenho do primeiro na pesquisa, apesar de razoável, ainda é insuficiente considerando que as doenças cardiovasculares e os cânceres representam as principais causas de morte. E o segundo, apesar de bem avaliado,

depende do bom desempenho do atributo essencial coordenação do cuidado para fazer diferença na saúde das pessoas.

MAIS SOBRE INTEGRALIDADE

A pesquisa ampliada do perfil de serviços oferecidos pelas equipes de saúde demonstrou resultados concordantes entre os grupos de comparação, com algumas diferenças sutis.

A oferta de procedimentos ambulatoriais simples, como sutura, cantoplastia (remoção de unha encravada) e lavagem de ouvido é percebida como muito baixa pela população estudada, entendida como disponível em menos de 19% das vezes. Na comparação entre os grupos foi observada tendência de maior disponibilidade destes serviços nas equipes de estratégia de saúde da família não integrantes do Programa Mais Médicos.

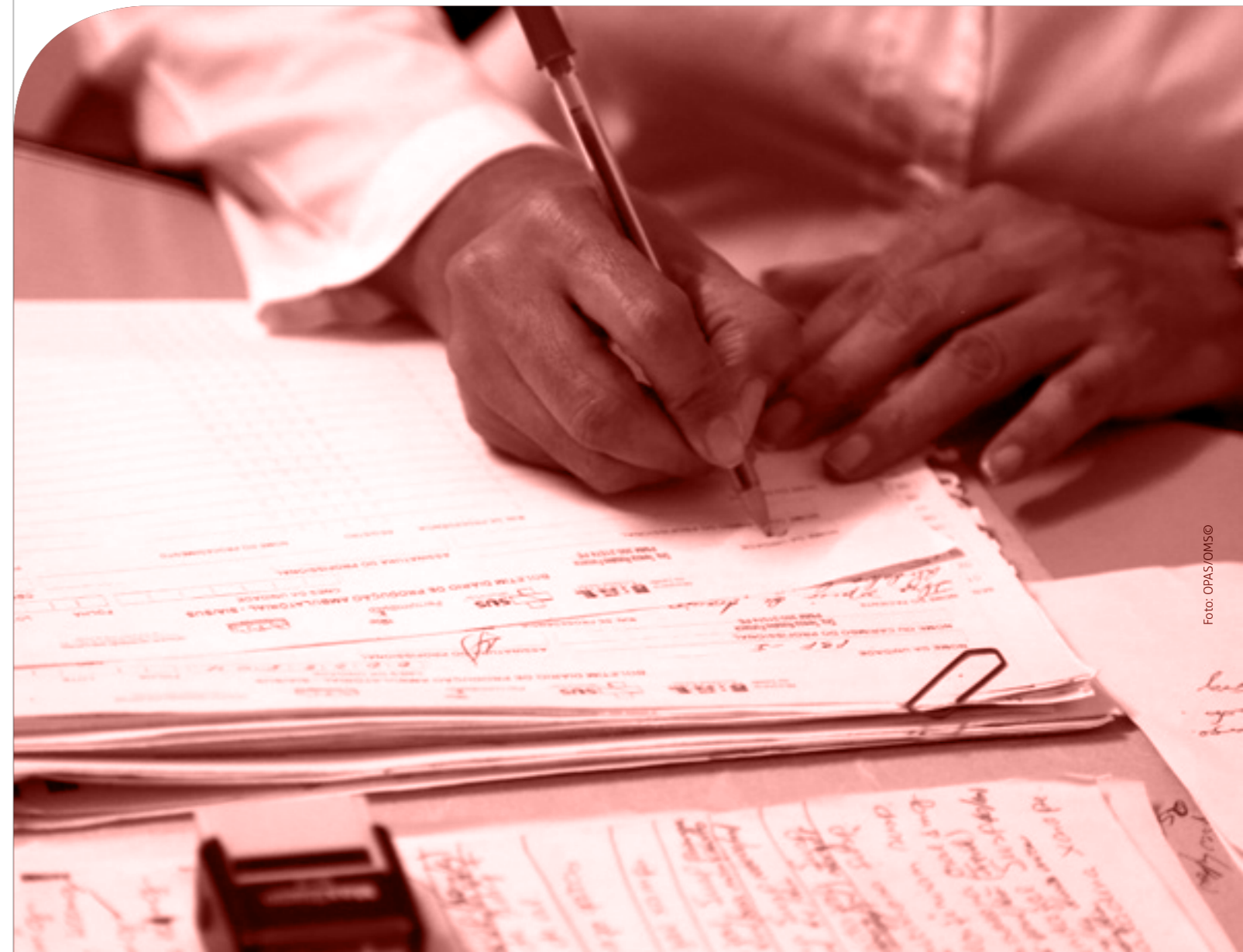
A percepção da oferta de visitas domiciliares variou de 59,4% a 64,6% entre os grupos, sendo observada superioridade estatisticamente significativa para o grupo de médicos intercambistas.

O atendimento pré-natal foi percebido pelas mulheres como mais disponível nas equipes com médicos brasileiros do Programa Mais Médicos (80,4%) e menos disponível nas equipes com médicos da estratégia da saúde da família não participantes do programa (72,2%). As mulheres do grupo de médicos intercambistas apresentaram percepção intermediária (75,0%), sem diferença estatisticamente significativa com ambos os grupos.

Por fim, a percepção de contingência para situações clínicas variadas típicas da atenção primária, como adoecimentos agudos virais, suspeita de tuberculose (sintomático respiratório), dor nas costas, doenças sexualmente transmissíveis e sintomas genitais, abuso de álcool e drogas, alcançou índices superiores a 80% quase na unanimidade dos cenários estimulados, sempre mantendo tendência de superioridade do grupo de pessoas assistidas pelos médicos intercambistas. Tal observação pode estar relacionada ao provimento de médicos em áreas historicamente desassistidas.

Do ponto de vista da integralidade, pode-se concluir que a assistência primária à saúde no Brasil, indiferente da forma de provimento médico, precisa avançar para uma ampliação da oferta de serviços a serem oferecidos, além de consultas clínicas, a fim de legitimar a confiança devotada pela população observada nos cenários clínicos pesquisados.

Essa pesquisa evidencia que esforços nacionais para ampliação da APS no Brasil têm sido efetivos, evidenciado por um alto Escore Geral da APS na maioria das localidades. Contudo, estratégias com evidência comprovada em outros contextos de forte inserção da APS nos sistemas de saúde devem ser criadas para melhorar todos os atributos definidores da APS, prioritariamente o acesso, assim como qualificar as ações clínicas estudadas. É imprescindível que se incorpore mais tecnologia na APS brasileira, tanto de sistemas de informação, como de equipamentos de cuidado, incluindo Telessaúde e Telemedicina. A incorporação tecnológica deve ocorrer em paralelo à discussão e mudança do processo de trabalho, com melhor definição das atribuições na equipe multidisciplinar, a fim de esclarecer e ampliar a carteira de serviços oferecida à população, trazer mais responsabilização para os integrantes da equipe e permitir maior transparência aos serviços de APS nacionais (4, 6, 34-36, 40).



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stigler FL, Macinko J, Pettigrew LM, Kumar R, van Weel C. No universal health coverage without primary health care. *Lancet*. 2016;387(10030):1811.
2. Kemper ES, Mendonca AV, Sousa MF. The Mais Medicos (More Doctors) Program: panorama of the scientific output. *Cien Saude Colet*. 2016;21(9):2785-96.
3. Mendes E. As redes de atenção à saúde. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, Conselho Nacional de Saúde.; 2011.
4. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde/Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.
5. Organização Pan-Americana da Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Washington, D.C.: OPAS; 2007.
6. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012 [Available from: <http://www.saude.gov.br/public/media/1LUN5gHxOAAGWd/18446212121840542550.pdf>].
7. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502.
8. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res*. 2003;38(3):831-65.
9. Macinko J, Starfield B, Erinosh T. The impact of primary healthcare on population health in low- and middle-income countries. *J Ambul Care Manage*. 2009;32(2):150-71.
10. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Cien Saude Colet*. 2006;11(3):669-81.
11. Macinko J, Marinho de Souza Mde F, Guanais FC, da Silva Simoes CC. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Soc Sci Med*. 2007;65(10):2070-80.
12. Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy--delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med*. 2015;372(23):2177-81.
13. Bezerra Filho JG, Kerr LR, Mina Dde L, Barreto ML. [Spatial distribution of the infant mortality rate and its principal determinants in the State of Ceara, Brazil, 2000-2002]. *Cad Saude Publica*. 2007;23(5):1173-85.
14. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2007;7(1):75-82.
15. Aquino R, de Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health*. 2009;99(1):87-93.
16. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thume E, Teixeira VA, Silveira DS, et al. [Evaluation of the effectiveness of Primary Health Care in South and Northeast Brazil: methodological contributions]. *Cad Saude Publica*. 2008;24 Suppl 1:S159-72.
17. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97.
18. Barufi AM, Haddad E, Paez A. Infant mortality in Brazil, 1980-2000: a spatial panel data analysis. *BMC Public Health*. 2012;12:181.
19. Alfradique ME, Bonolo Pde F, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonca CS, et al. [Ambulatory care sensitive hospitalizations: elaboration of Brazilian list as a tool for measuring health system performance (Project ICSAP--Brazil)]. *Cad Saude Publica*. 2009;25(6):1337-49.
20. Boing AF, Vicenzi RB, Magajewski F, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, et al. Reduction of ambulatory care sensitive conditions in Brazil between 1998 and 2009. *Rev Saude Publica*. 2012;46(2):359-66.
21. Hone T, Rasella D, Barreto M, Atun R, Majeed A, Millett C. Large Reductions In Amenable Mortality Associated With Brazil's Primary Care Expansion And Strong Health Governance. *Health Aff (Millwood)*. 2017;36(1):149-58.
22. Giovanella L, Bousquat A, Fausto MCCR, Fusaro RE, Mendonça MHM, Gagno J. Novos caminhos: tipologia das unidades básicas de saúde brasileiras. Nota Técnica 5/2015. Brasília: Região e Redes: Caminho da Universalização da Saúde da Saúde no Brasil; 2015.
23. Giovanella L, Mendonca MHM, Fausto MCR, Almeida PF, Bousquat A, Lima JG, et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. *Cien Saude Colet*. 2016;21(9):2697-708.
24. Giovanella L, Moraes SME, Mendonça MHM. Estudo de caso sobre a implementação da Estratégia de Saúde da Família em quatro centros urbanos: relatório final Aracaju. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2009.
25. Chomatas ER, Vigo A, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008 Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
26. Girardi SN, Stralen AC, Cella JN, Wan Der Maas L, Carvalho CL, Faria Ede O. Impact of the Mais Medicos (More Doctors) Program in reducing physician shortage in Brazilian Primary Healthcare. *Cien Saude Colet*. 2016;21(9):2675-84.
27. Trindade TG. Associação entre extensão dos atributos de atenção primária e qualidade do manejo da hipertensão arterial em adultos adscritos à rede de atenção primária à saúde de Porto Alegre. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
28. Gonçalves MR. Associação entre a qualidade da atenção primária à saúde e o processo de atenção aos portadores de diabetes mellitus adscritos aos serviços de saúde em Porto Alegre. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
29. Lima JG. Atributos da atenção primária nas regiões de saúde: uma análise dos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2016.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745 de 9 de dezembro de 1993 e nº 6.932 de 7 de julho de 1981 e dá outras providências 2013 [Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm].
31. Pinto HA, Sales MJT, Santos JT, Figueiredo AM, Brizolara R, Oliveira FP. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Divulg Saude Debate*. 2014(51):105-20.
32. Zar JH. Biostatistical Analysis. New Jersey: Prentice Hall; 1999.

33. Cochran WG. Sampling techniques. New York: John Wiley & Sons; 1977.

34. Harzheim E, Gonçalves MR, Oliveira MMC, Trindade TG, Agostinho M, Hauser L. Manual do instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

35. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB. Building primary care in a changing Europe. London: European Observatory on Health Systems and Policies/WHO; 2015.

36. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. BMC Health Serv Res. 2010;10:65.

37. Greenhalgh T, Heath I. Measuring quality in the therapeutic relationship--part 2: subjective approaches. Qual Saf Health Care. 2010;19(6):479-83.

38. Greenhalgh T, Heath I. Measuring quality in the therapeutic relationship--part 1: objective approaches. Qual Saf Health Care. 2010;19(6):475-8.

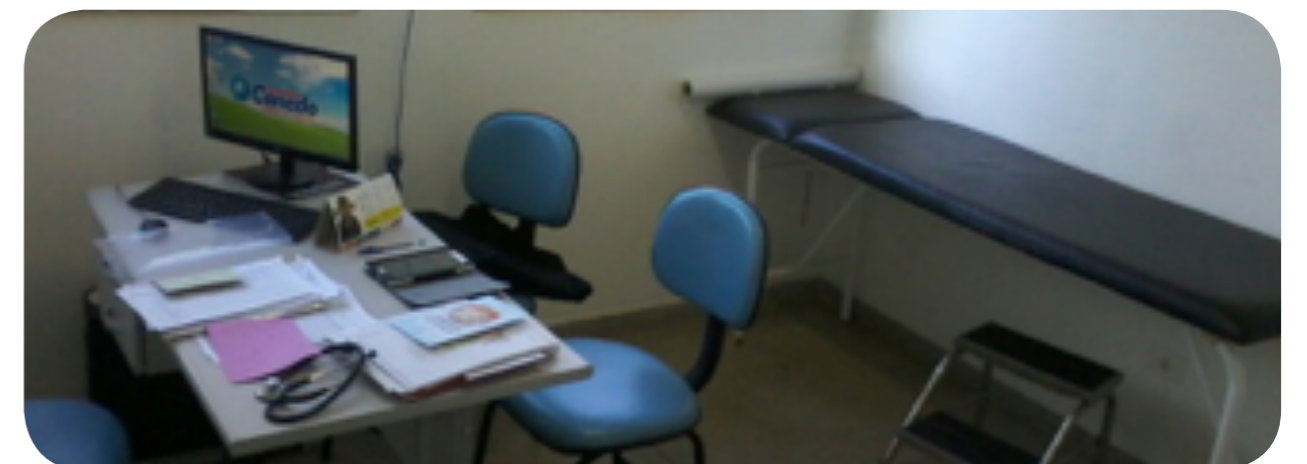
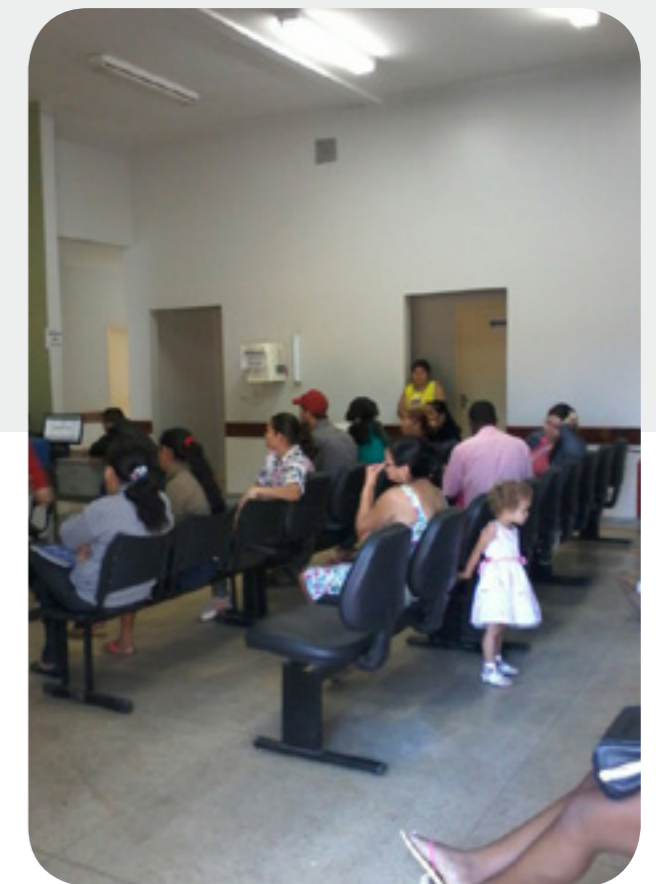
39. Coulter A. Measuring what matters to patients. BMJ. 2017;356:j816.

40. Bodenheimer T. Coordinating care: a perilous journey through the health care system. N Engl J Med. 2008;358(10):1064-71.

ANEXO

UNIDADES DE SAÚDE VISITADAS CONFORME REGIÃO DO PAÍS

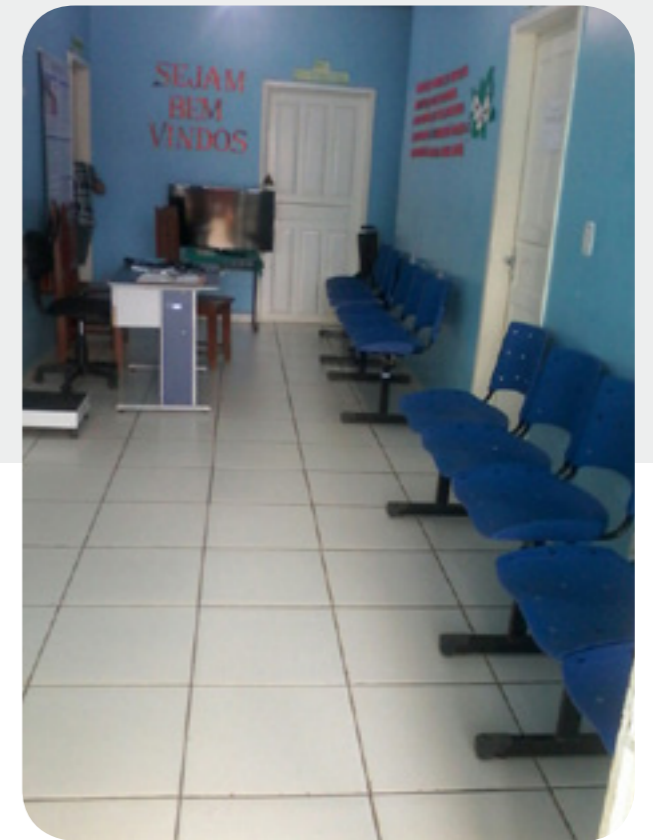
CENTRO-OESTE



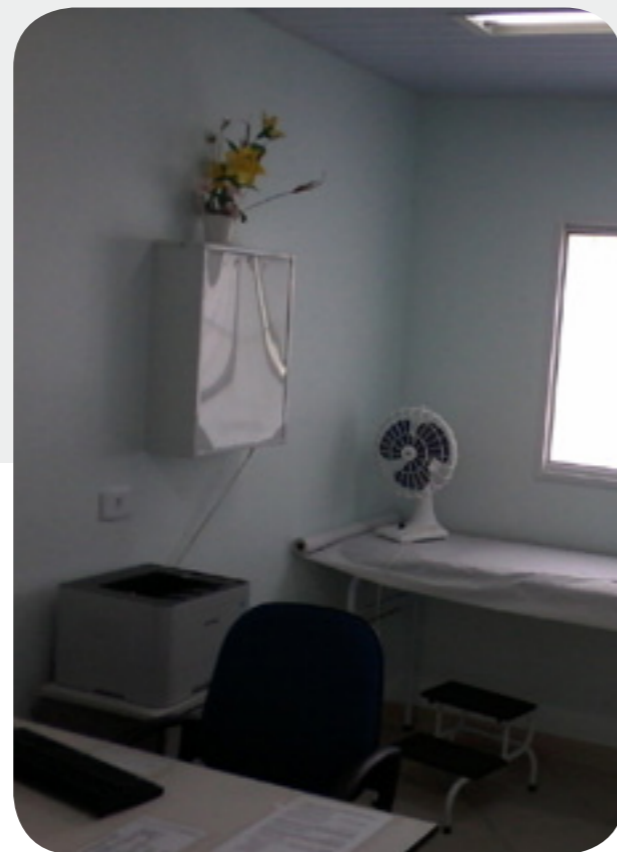
NORDESTE



NORTE



SUDESTE



SUL





Foto: OPAS/OMS

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
PROGRAMAS MAIS MÉDICOS
OPAS ACESSO UNIVERSAL SUS
COBERTURA UNIVERSAL EM SAÚDE



OPAS ACESSO UNIVERSAL SUS
COBERTURA UNIVERSAL EM SAÚDE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
PROGRAMAS MAIS MÉDICOS
OPAS ACESSO UNIVERSAL SUS
COBERTURA UNIVERSAL EM SAÚDE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
PROGRAMAS MAIS MÉDICOS
OPAS ACESSO UNIVERSAL SUS
COBERTURA UNIVERSAL EM SAÚDE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
PROGRAMAS MAIS MÉDICOS
OPAS ACESSO UNIVERSAL SUS
COBERTURA UNIVERSAL EM SAÚDE



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
EXCETO REGIONAL AMÉRICA
Américas



SUS MINISTÉRIO DA
SAÚDE

