



**MAIS MÉDICOS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL
METASSÍNTESE DOS ESTUDOS
DE CASO SOBRE O PROGRAMA
MAIS MÉDICOS**

Foto: Estudos de Caso OPAS/OMS Brasil

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



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**



**Organização
Mundial da Saúde**
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS **Américas**



Saúde universal
Acesso e cobertura para todos

**MAIS MÉDICOS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL**

METASSÍNTESE DOS ESTUDOS
DE CASO SOBRE O PROGRAMA
MAIS MÉDICOS

Mais Médicos na atenção primária no Brasil. Metasíntese dos estudos de caso sobre o Programa Mais Médicos.

OPAS/BRA/17-030

© Organização Pan-Americana da Saúde 2017

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. Mais Médicos na atenção primária no Brasil. Metasíntese dos estudos de caso sobre o Programa Mais Médicos. Brasília : OPAS; 2017

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



Foto: Estudos de Caso OPAS/OMS Brasil



FICHA TÉCNICA

Série Técnica Saúde Universal e Programa Mais Médicos - Working Paper 1 • Estudo elaborado pela equipe do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, em parceria com a Unidade Técnica do Programa Mais Médicos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS Brasil).

Esta 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 no Brasil.

EQUIPE DA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE

COORDENADOR GERAL

Renato Tasca

COORDENADORES

Glauco José de Souza Oliveira

Julio Suarez

COLABORADORES

Elisandréa Sguarior Kemper

Carolina Novaes Carvalho

EQUIPE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

EQUIPE DE AUTORES

Angelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira

Elizabethe Cristina Fagundes de Souza

Lyane Ramalho Cortez

Márcia Cavalcante Vinhas Lucas

Natércia Janine Dantas da Silveira

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Gabriella Santos Malta - OUT³ Creative Solutions

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 8

O Programa Mais Médicos no contexto do Sistema de Saúde Brasileiro 9

OBJETIVOS 11

Objetivo geral 11

Objetivos específicos 11

PERCURSO METODOLÓGICO 11

Análise das seis experiências locais 11

Características dos estudos de caso incluídos 12

Análise dos resultados compartilhada com os autores 13

Estratégia de análise dos dados 13

IMPLICAÇÕES ÉTICAS 14

RESULTADOS E DISCUSSÃO 14

O contexto em que ocorreram os estudos 15

Análise do método 16

Análise das categorias 17

CONSIDERAÇÕES FINAIS 33

RECOMENDAÇÕES 36

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 38

APÊNDICE 1: SÍNTESE DA MATRIZ DE ANÁLISE DOS ESTUDOS DE CASO 43

O Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), lançado em 2013, é uma iniciativa do governo brasileiro em parceria com a OPAS que prevê medidas emergenciais de provisão de médicos, articuladas a outras estratégias, para possibilitar o acesso à saúde para populações historicamente desassistidas. O PMMB está orientado para a consolidação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e caracteriza-se como a maior iniciativa do Estado brasileiro direcionada para tal fim (FACCHINI et al., 2016).

A peculiaridade do programa de provimento médico no Brasil é dada, entre outras características, pelas suas dimensões quantitativas – mais de 18.000 profissionais incorporados ao sistema de saúde nacional – e pela abrangência territorial, atingindo todas as regiões do País, em uma imensa pluralidade de condições socioeconômicas que produziu mudanças em contextos bastante diversos. Essa diversidade de experiências tornam o PMMB uma rica fonte de reflexões sobre os avanços e desafios desta política pública e o seu potencial de transformar as práticas no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS) e consolidar seus atributos.

O PMMB foi considerado uma das boas práticas relevantes para a implementação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), aprovados na Cúpula das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável, em setembro de 2015. A informação sobre o PMMB consta

na publicação “*Good Practices in South-South and Triangular Cooperation for Sustainable Development*” (em português: ‘Boas Práticas de Cooperação Sul-Sul e Triangular para o Desenvolvimento Sustentável’), desenvolvida pelo Escritório das Nações Unidas para a Cooperação Sul-Sul e pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (United Nations, 2016).

A publicação inclui o PMMB entre as iniciativas consideradas como exemplos de boas práticas que contemplam o terceiro Objetivo de Desenvolvimento Sustentável – saúde de qualidade –, ou seja, assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar geral, em todas as idades. Segundo a publicação, o PMMB é replicável e potencialmente benéfico em qualquer país que decida adotá-lo. Destaca, ainda, que o Brasil fez um substancial investimento econômico para realizar o projeto e, no entanto, os benefícios em longo prazo tendem a superar esses investimentos.

O compartilhamento de conhecimentos relativos ao PMMB é uma das mais importantes contribuições e valor agregado da OPAS que, juntamente com os Estados-Membros, têm demonstrado grande interesse em aprender mais sobre o PMMB no âmbito da cooperação Sul-Sul (United Nations, 2016).

O PMMB, embora mantenha um contexto de implementação pautado pela realidade econômica, política e social do Brasil, comporta uma diversidade de experiências registradas em diferentes realidades urbanas e rurais que dialogam com as políticas e ações nos âmbitos regional, local e internacional.

Compreender o conjunto e a diversidade das experiências produzidas no Brasil, em suas particularidades e convergências, é um passo importante para vislumbrar sua expansão e consolidação no País e entre os Estados-membros da OPAS, divulgando a experiência nos âmbitos nacional e internacional. É nessa perspectiva que se localiza a proposta do presente estudo.



O PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO CONTEXTO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

A forma como se deu o eixo do provimento emergencial do Programa Mais Médicos no contexto do sistema de saúde brasileiro tem característica bastante peculiar, que é o fato de ter se estruturado “por dentro do SUS”, ao contrário de outros países nos quais sua incorporação se deu de maneira paralela. Desse modo, compreender seu processo de implantação implica considerar a evolução histórica da construção do sistema de saúde no Brasil, bem como seus avanços e desafios, particularmente sob a ótica da Atenção Primária em Saúde (APS).

O direito universal à saúde foi assegurado na Constituição Federal de 1988, resultado de anos de luta e conquista do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira que, entre outros ganhos, destacou-se a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas Leis 8.080/1990 e 8.142/199 (MENDES, 1993). Sua regulamentação segue preceitos constitucionais e define princípios tais como a *universalidade*, a *equidade*, a *integralidade*, a *regionalização*, a *hierarquização*, a *resolutividade*, a *descentralização* e a *participação dos cidadãos*.

Ao longo de quase trinta anos, o processo de construção do SUS se deu em cenários políticos de avanços e retrocessos que se refletem nas lacunas de sua regulamentação e tentativas de arranjos normativos e de pactos interfederativos, culminando com a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde, por meio do Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Muito se conquistou nesse percurso histórico, mas entendemos que, apesar da APS ter sido tema recorrente no debate nacional da saúde, não tivemos avanços suficientes nos modos de

integrá-la à organização de redes regionalizadas (MACHADO; BAPTISTA; LIMA, 2012).

No Brasil, a APS tem sua expressão na Estratégia de Saúde da Família, que incorpora princípios do SUS e alguns dos seus pressupostos, como o acesso no primeiro contato, a longitudinalidade, a abrangência do cuidado, a coordenação e a orientação da família e das comunidades (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). No entanto, conforme estudos realizados desde a década de 1990, ao se analisar o sistema de saúde brasileiro à luz de preceitos internacionais, identifica-se justaposição de modelos na dimensão assistencial e grandes desafios, como baixa capacidade gestora dos municípios, falta de vínculo dos profissionais, incipiente definição de redes regionalizadas de atenção à saúde e baixa oferta de cuidado continuado e coordenado (FERTONANI et al., 2015; HEIMMAN et al., 2011)

Para Carvalho e Sousa (2013), dentre as dificuldades enfrentadas pela APS no Brasil, o provimento e a fixação de médicos têm repercutido no acesso e na qualidade dos serviços, gerando insatisfação dos usuários com o SUS, o que remete à necessidade de prover esses profissionais para APS e articular mecanismos de sua fixação nos serviços, além de propor mudanças no modelo de atenção e cuidado à saúde e na formação médica.

Com a proposta de enfrentar essa necessidade, o Ministério da Saúde do Brasil (MS) desencadeou iniciativas como o PROVAB (Programa de Provimento do Profissional da Atenção Básica), em 2011, que é uma estratégia de aprimoramento das

ações e dos serviços de saúde em área de difícil acesso e provimento com populações de maior vulnerabilidade (BRASIL, 2011). Em julho de 2013, o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) é lançado pelo MS e o Ministério da Educação com o objetivo de ampliar o acesso à APS e melhorar o atendimento aos usuários do SUS (BRASIL, 2013).

Na ocasião de lançamento do PMMB, as áreas com populações pobres e em situação de vulnerabilidade contavam com ausência de médicos ou número insuficiente para suas demandas. Com a implantação do Programa, a partir de 2013, foi significativo o aumento da oferta de médicos em municípios que aderiram a ele, chegando a 11,6%, bem diferente dos municípios que não aderiram, cujo crescimento ficou em torno de 2,9% (BRASIL, 2015a).

Desde 2015, a OPAS tem realizado pesquisas sobre o PMMB, com destaque para as relacionadas ao provimento emergencial vinculado à cooperação internacional nos municípios de Curitiba e do Rio de Janeiro, em municípios de pequeno porte e com maior vulnerabilidade no Estado do Rio Grande do Norte, em municípios de Minas Gerais, no interior e a capital Belo Horizonte, e em municípios do interior de Maranhão e de Pernambuco. Apresentamos a análise desses estudos de caso como resultado da metassíntese realizada para identificar peculiaridades da execução do PMM em territórios brasileiros caracterizados por diversidades e desigualdades, ressaltando o comum e o diferente, a articulação entre o local e o nacional, sem perder de vista que cenários internacionais atuam como importantes condicionantes de políticas públicas na região da América Latina.



Foto: Estudos de Caso OPAS/OMS Brasil

PERCORSO METODOLÓGICO

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Analisar a implementação do Programa Mais Médicos no contexto do sistema de saúde brasileiro, a partir de seis estudos de caso, destacando as especificidades que caracterizam a experiência brasileira no cenário internacional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Realizar uma metassíntese de seis estudos de caso sobre experiências de implantação do Programa Mais Médicos para o Brasil no território nacional.
2. Discutir a implementação do Programa Mais Médicos no contexto do sistema de saúde brasileiro.
3. Discutir as características peculiares do Programa Mais Médicos para o Brasil em relação às experiências de provimento de médicos em outros países do mundo.

ANÁLISE DAS SEIS EXPERIÊNCIAS LOCAIS

Para realização do estudo agregando as seis experiências anteriormente citadas, foi utilizada a técnica da metassíntese qualitativa. Na prática, a metassíntese equivale, no plano qualitativo, às revisões sistemáticas e meta-análises no quantitativo. Para Finfgeld (2003), a denominação foi proposta para diferenciar os dois tipos de abordagem, no sentido de que a síntese de achados qualitativos tem características essencialmente interpretativas, ao contrário da ênfase na agregação de dados, mais comum nos estudos quantitativos.

Existem algumas variações nas abordagens metodológicas da metassíntese, mas todas possuem um esquema de construção bastante semelhante. Uma das abordagens, que foi utilizada neste estudo, propõe uma combinação da análise propriamente dita dos dados oriundos de pesquisas qualitativas (análise dos metadados) com uma análise do próprio método (meta-método) e da própria teoria (meta-teoria) (Figura 1).

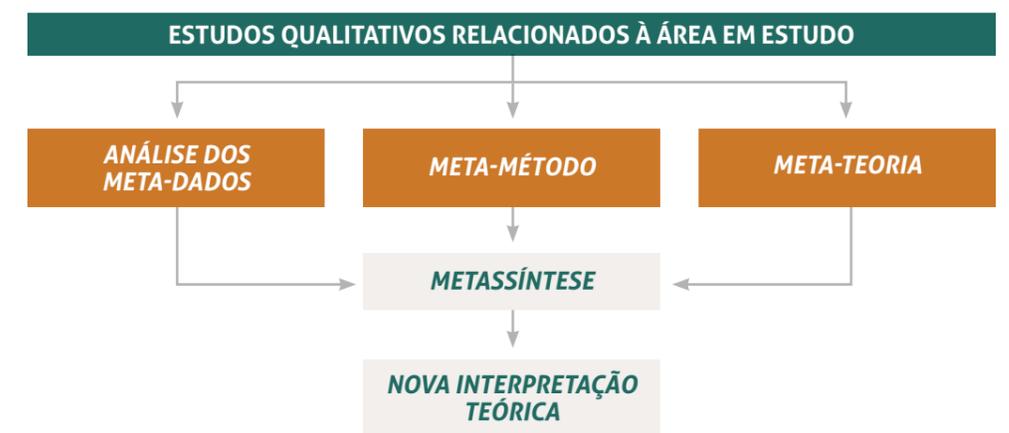


Figura 1. Processo de metassíntese. Adaptado de Finfgeld, 2003.

CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS DE CASO INCLUÍDOS

O estudo de caso é um procedimento metodológico que enfatiza a compreensão de contextos, da representatividade, centrando-se no entendimento da dinâmica da realidade. Implica um olhar profundo e exaustivo de um ou mais objetos, de maneira que se permita o seu amplo e detalhado conhecimento (FREITAS; JABBOUR, 2011).

As experiências relatadas nos estudos de caso, embora tenham como eixo central o Programa Mais Médicos para o Brasil, se constituem em realidades distintas que abordam diferentes facetas do programa. Estão inclusas desde a análise de municípios de pequeno porte a capitais de diferentes regiões do País.

O Quadro 1, a seguir, ilustra as principais características destes estudos e a Figura 2 mostra a distribuição dos municípios em relação ao porte populacional. Além disso, algumas imagens dos estudos de caso analisados podem ser vistas no decorrer desta publicação.

QUADRO 1. CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS ANALISADOS		
Local	Principais objetivos	Abordagem metodológica
Curitiba	Identificar as boas práticas e lições aprendidas com a implementação do PMMB no Sistema Municipal de Saúde de Curitiba e documentar sua contribuição à Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família.	Estudo de caso baseado em três pilares: a Estratégia de Atenção Primária à Saúde – APS, a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB do Brasil e a Estratégia de Saúde da Família – ESF do Brasil.
Cidade do Rio de Janeiro	Analisar a implantação do PMMB em áreas remotas e de difícil fixação de médicos no Rio de Janeiro.	Estudo de caso único, com abordagem qualitativa, em duas Áreas de Planejamento (AP) da Região Oeste do Rio de Janeiro.
Municípios de pequeno porte do Rio Grande do Norte	Analisar os efeitos do Programa Mais Médicos sobre o modelo de atenção à saúde em municípios de pequeno porte e maior vulnerabilidade no Rio Grande do Norte.	Estudo de caso em quatro municípios (Venha Ver, Riacho de Santana, Jardim do Seridó e Vera Cruz), associando técnicas de grupo focal, análise documental e observação direta em unidades de saúde.
Municípios de pequeno e grande porte de Minas Gerais	Identificar e difundir estratégias e práticas estimuladas e/ou desenvolvidas por profissionais do Programa Mais Médicos para o Brasil que contribuam para o fortalecimento da atenção básica.	Pesquisa exploratória e investigativa, por meio de estudo de casos múltiplos, em três municípios de Minas Gerais e mais a capital, Belo Horizonte.
Municípios de pequeno porte do Maranhão	Analisar os efeitos do Programa Mais Médicos em cinco municípios de pequeno porte e maior vulnerabilidade no atendimento às prioridades em saúde do Estado.	Estudo de caso em quatro municípios (Cururupu, Presidente Sarney, Santa Helena, São João Batista e Satubinha), associando técnicas de grupo focal, análise documental e observação direta em unidades de saúde.
Municípios de pequeno e médio porte de Pernambuco	Analisar como os profissionais cooperados do Programa Mais Médicos alteraram o funcionamento da APS, impactando os indicadores de saúde de três municípios pernambucanos selecionados por porte populacional e Índice de Desenvolvimento Humano – IDH.	Estudo exploratório, baseado em estudos de casos, com abordagens quantitativas e qualitativas complementares. Nos municípios selecionados (Aguas Belas, Ouricuri e Vitória de Santo Antão) foram identificadas unidades básicas de saúde com atuação exclusiva de médicos cooperados para caracterizar tais impactos.

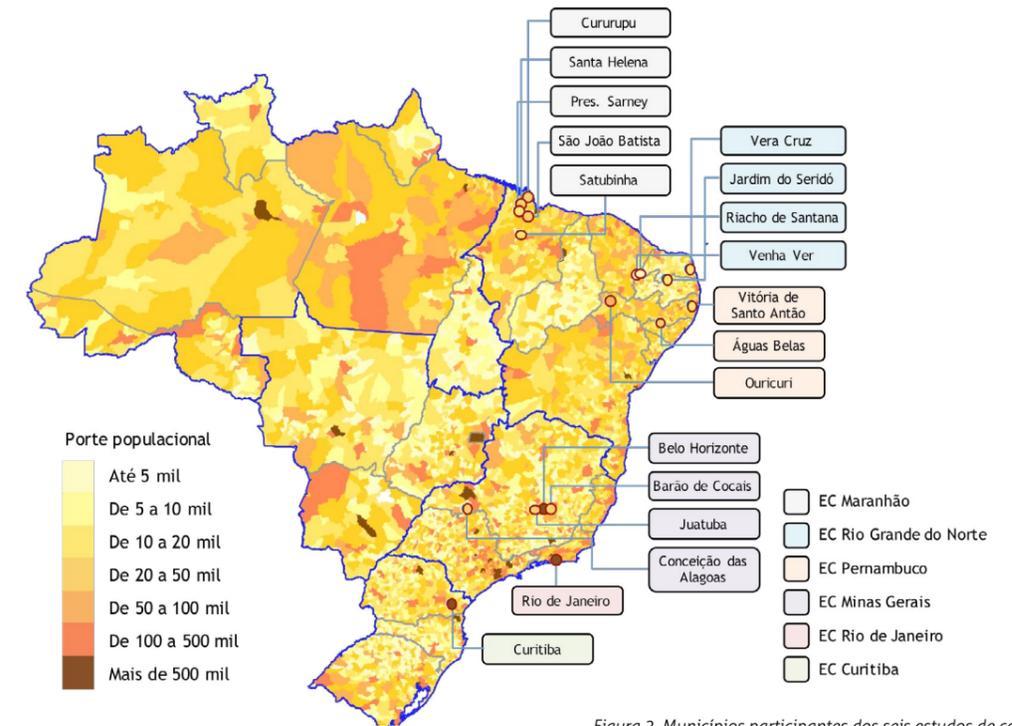


Figura 2. Municípios participantes dos seis estudos de caso.

ANÁLISE DOS RESULTADOS COMPARTILHADA COM OS AUTORES

Após a sistematização de dados de cada estudo em categorias descritas anteriormente, obteve-se um primeiro produto cuja análise foi compartilhada com os autores dos estudos analisados.

Em oficina ocorrida durante uma manhã, em Brasília/DF, foi realizada apreciação pelos autores de cada estudo da síntese analítica produzida pelos pesquisadores. Os autores participantes receberam uma matriz correspondente ao seu estudo e, após análise de dados das categorias, cada um apresentou suas considerações ao grande grupo para discussão. Nesta etapa destacaram-se os esclarecimentos relativos aos estudos e à síntese analítica, além de terem sido feitos ajustes complementares em algumas informações.



Figura 3. Oficina de discussão com os autores dos estudos de caso.

ESTRATÉGIA DE ANÁLISE DOS DADOS

Tomando como base o modelo teórico e seguindo a metodologia da metassíntese, foi construída uma matriz que contemplou a análise do contexto, a análise do método e a análise das categorias propostas no modelo teórico (Apêndice 1).

A análise do **contexto** considerou a dimensão geográfica do estudo, os principais dados demográficos e socioeconômicos e, com relação ao sistema de saúde, o modelo de APS e as características do PMMB nas experiências analisadas. Na análise do **método**, foram incluídas categorias relativas ao desenho do estudo, objetivos, marco teórico, categorias de análise, amostra, coleta de dados e estratégias de análise dos dados, algumas delas com subcategorias. O terceiro eixo foi composto pela análise das **categorias** propostas no modelo teórico.

Em linhas gerais, este modelo foi estabelecido a partir dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde propostos por Starfield (2002) e a “Cadeia de Valor do Programa Mais Médicos”, proposta por Tasca (OPAS, 2015). Essencialmente, a cadeia de valor inclui sete áreas interconectadas que foram tomadas como parâmetros para a avaliação do Programa Mais Médicos (Figura 4).



Figura 4. Cadeia de valor público do Programa Mais Médicos para o Brasil.
Fonte: Adaptado de Tasca (OPAS, 2015).

IMPLICAÇÕES ÉTICAS

Este trabalho se apropriou de dados produzidos por pesquisas individualmente submetidas aos seus respectivos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP). Desse modo, não se tornou necessária a sua submissão ao CEP.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a consolidação das primeiras fases da pesquisa, foi realizada a leitura e a releitura dos estudos de caso. Após a análise dos estudos pela equipe de pesquisa, para cada categoria proposta na matriz, foram identificados os seus principais elementos. O apêndice 1 mostra uma versão reduzida da matriz.

Com o objetivo de subsidiar a discussão acerca das peculiaridades do PMMB com foco nas experiências de provimento de médicos no contexto internacional, foi realizada também uma revisão sistemática da literatura.

Foram consultadas as bases de dados *Medline, PubMed, Lilacs, IBECs, MedCarib, PAHO e Coleção SUS*. Além disso, utilizou-se os descritores *Physicians Distribution, Medically Underserved Area, International Cooperation, National Health Programs, Primary Health Care, Family Health Strategy* combinados com os operadores booleanos *AND* e *OR*. A seleção dos estudos foi feita considerando documentos originais completos disponíveis *online*, em inglês, espanhol e português, sem restrição de ano de publicação.

A combinação final de descritores gerou 912 estudos, dos quais 883 estavam publicados em português, inglês e espanhol. Realizou-se então, a leitura de títulos, sendo excluídos aqueles que remetiam ao PMMB e que possuíam temas muito divergentes, ou seja, que não indicavam experiências de provimento. Aqueles que indicavam essas experiências tinham seus resumos lidos. Como principal descoberta da revisão, não foram encontrados documentos que atendessem aos objetivos.

Uma recente revisão publicada a respeito de estudos sobre o PMMB, realizada por Kemper e colaboradores (2016), conseguiu identificar 54 estudos realizados no Brasil, dos quais a maior parte abordava aspectos relativos ao provimento emergencial por parte de médicos cooperados. Aparentemente, portanto, embora o Brasil tenha iniciado essa estratégia recentemente, parece se encontrar na vanguarda das publicações sobre o tema, uma vez que a investigação acadêmica das experiências de provimento em outros países se mostra ainda incipiente.

Isso reforça a necessidade de tornar público o maior número possível de pesquisas sobre o tema no Brasil e acrescenta grande importância aos estudos como o que aqui se apresenta.

O CONTEXTO EM QUE OCORRERAM OS ESTUDOS

Os estudos contemplam municípios com diferentes características. Na região Sudeste, duas capitais foram consideradas, uma analisada como estudo de caso isolado e outra incluindo outros municípios do estado. Já na região Sul, a capital selecionada foi também examinada como estudo de caso isolado.

Nos estudos de caso dos estados no Nordeste, foram incluídos municípios de pequeno e médio porte e de maior vulnerabilidade, na maioria dos casos. As condições socioeconômicas são variáveis, mas, em geral, os municípios do interior e de menor porte apresentam baixos indicadores socioeconômicos, entre eles o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

Em apenas um dos estudos foi analisada uma experiência em área exclusivamente rural. Nos estudos de caso das capitais contemplou-se apenas a área urbana, já naqueles que incluíram os municípios do interior, ambas as áreas foram avaliadas. Cabe destaque para a inclusão de uma área indígena no estudo de Pernambuco.

A organização da APS nos municípios estudados segue predominantemente um modelo misto, em que convivem UBS com ESF e UBS com modelo tradicional¹ (quatro dos seis estudos). Foram observadas diferenças na organização da atenção entre os dois modelos. Uma das principais características que diferenciam os dois tipos de unidade é a lotação dos profissionais médicos com diversos perfis de formação e de carga horária.

Na maior parte dos municípios estudados a motivação que levou à adesão ao PMMB foram os vazios assistenciais e necessidade de cobertura de grupos populacionais, principalmente em áreas remotas e precárias com dificuldade de fixação do profissional médico associada à alta rotatividade. A adesão em praticamente todos os estudos se deu no início do programa, em julho de 2013, por iniciativa das gestões municipais, sendo que em um deles foi coordenada pelo Estado.

Nos municípios em que a cobertura do PMMB foi identificada, há uma importante participação quantitativa dos médicos cooperados, principalmente no início do programa (varia entre 73 e 80%), decrescendo no estudo no qual essa cobertura foi identificada em 2016 (34,4%). Nos municípios de Curitiba e Rio de Janeiro a contribuição do PMMB para a cobertura geral de médicos da ESF foi relativamente pequena.

¹ Embora o termo "tradicional" remeta à ideia de tradição, este é o modo mais comum de se referir às unidades básicas de saúde que não incorporaram o modelo da Estratégia Saúde da Família. Ao longo deste trabalho, esta expressão se referirá a este sentido.

ANÁLISE DO MÉTODO

Os principais objetivos buscados pelos estudos

De um modo geral, o propósito dos estudos foi descrever os efeitos da implementação do PMMB no modelo de APS brasileiro quanto: (i) às boas práticas; (ii) aos condicionantes e ações de sujeitos que produziram experiências exitosas; (iii) às respostas às expectativas de usuários; e (iv) às lições aprendidas com PMMB.

Principais características metodológicas

As seis pesquisas adotaram o estudo de caso como estratégia metodológica, variando entre as modalidades de caso único e casos múltiplos. Todos os estudos elegeram, como unidade de análise, Unidades Básicas de Saúde com a presença de profissional médico cooperado do PMMB, a partir de critérios baseados em questões próprias de cada estudo.

A referência temporal dos estudos abrangeu o período entre 2013 e 2016. Esse período é equivalente ao tempo de chegada do profissional médico à Unidade de Saúde, que coincide com o início do PMMB (2013) e se estende até o momento de realização de cada estudo, variando entre 2015 a 2016.

A referência teórica à Atenção Primária à Saúde (APS) predominou na análise de todos os estudos, tanto em relação aos atributos da APS na organização dos serviços e sistemas de saúde usados no plano internacional, quanto às especificidades da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que adota a Estratégia Saúde da Família (ESF) em seu modelo de APS. Starfield (2002) se destaca como principal referência autoral.

Categorias analíticas relativas aos atributos da APS e à cadeia de valor do PMMB predominaram em todos os estudos, independentemente de terem sido definidas previamente ou terem emergido durante a análise dos dados. Outros aspectos foram destacados em alguns estudos de modo complementar e de

acordo com as características de cada caso, tais como o perfil dos médicos, o intercâmbio de experiências, as mudanças em processos de trabalho na atenção e na gestão em saúde e a fixação do profissional médico.

Os municípios foram, em geral, selecionados considerando diversos critérios, tais como porte populacional, IDH, presença dos médicos cooperados, indicação pela SMS, gestores, tutores, coordenadores, Conselhos de Secretários de Saúde, temas do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) dos médicos e experiências exitosas. Em cada um dos seis estudos foram entrevistadas entre 20 e 40 pessoas.

Adotou-se diferentes estratégias na produção de dados, sendo que na maior parte dos casos foram realizadas entrevistas individuais, buscando identificar a percepção dos atores acerca do impacto do PMMB para APS. Assim, entrevistou-se a equipe de saúde da UBS, os gestores e os usuários. Também ocorreram visitas às UBS, objetivando conhecer os diversos cenários e captar aspectos, como infraestrutura, processo de trabalho e percepção de usuários. Grupos focais também foram conduzidos, compostos por atores considerados fundamentais para o PMMB, tais como equipe de saúde, gestores, profissionais do NASF, usuários e conselheiros de saúde. Dados secundários foram utilizados como subsídio para a descrição dos municípios, geralmente complementando a discussão dos efeitos do PMMB.

Em todos os estudos os dados foram analisados a partir de estratégias diversificadas. Foi utilizada, principalmente, a triangulação de técnicas envolvendo, em geral, dados provenientes dos grupos focais e entrevistas individuais, tendo como modelo a análise de conteúdo proposta por Bardin (1977). Os dados secundários foram analisados de forma descritiva, sem uso de técnicas estatísticas para obtenção de significância.

ANÁLISE DAS CATEGORIAS

Nessa etapa do estudo é apresentada a análise das categorias, realizada a partir da sua síntese, parte integrante da Matriz de Avaliação dos Estudos de Caso (ver apêndice 1 com o resumo). Essa análise é feita em diálogo com o referencial teórico da pesquisa e com a bibliografia publicada sobre o PMMB e destaca as principais convergências e divergências entre os estudos, assim como as perspectivas e desafios do Programa, apresentados nos seus resultados.

Redução das desigualdades em saúde

De uma maneira geral, a redução das desigualdades em saúde se dá pela perspectiva do acesso. No caso particular do PMMB, a ampliação do acesso ocorre fundamentalmente pela fixação do médico em áreas antes desassistidas e pela sua maior permanência no local, nele residindo e cumprindo integralmente a carga horária.

Considerando que os seis estudos analisados têm natureza qualitativa, a melhoria no acesso aos serviços não foi avaliada quantitativamente, no entanto foi mencionada em praticamente todas as entrevistas individuais ou de grupos focais realizados, nos diferentes grupos de interesse (gestores, profissionais e usuários).

Dada a diversidade dos estudos, a maior fixação do profissional ocorreu com características distintas. Em municípios de pequeno porte e do interior do Nordeste, os vazios assistenciais ocorriam essencialmente pelo fato de serem áreas pouco atrativas e distantes dos grandes centros urbanos, ocorrendo uma rotatividade muito grande dos médicos, além destes ficarem por muito pouco tempo disponíveis para o atendimento à população. No caso do Rio de Janeiro, as áreas desassistidas eram aquelas mais remotas e situadas na periferia, bem como as de maiores índices de violência (ou ambos). Nestas situações, o programa conseguiu aumentar o acesso mantendo as unidades de

saúde abertas por mais tempo, principalmente pelo fato de que o programa trouxe a possibilidade de ampliar a experiência do "Acesso Mais Seguro (AMS)". Esta experiência já vinha sendo colocada em prática pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro desde 2010 e tomava como base a metodologia proposta pelo Comitê Internacional da Cruz Vermelha. A ideia era identificar os riscos aos quais as equipes da ESF estavam expostas, estabelecendo "normas, rotinas e classificação de risco para efetivação da autoproteção para a redução de situações de exposição desnecessária para os profissionais" (OPAS, 2016). Em Curitiba, o PMMB também potencializou uma experiência já existente, denominada "Acesso Avançado", que consistia em melhorar a resposta à demanda diária das unidades de saúde, minimizando a ocorrência das listas de espera e focando no encaminhamento de usuários para outros pontos de assistência da rede.

Contudo, o aumento do acesso e mesmo a melhoria na qualidade do atendimento não garantem per se a redução das iniquidades, sendo preciso que este incremento se dê na ótica da equidade, ou seja, é importante que a alocação e a fixação dos profissionais ocorram nas áreas de maior necessidade. Em uma escala menor, em municípios de pequeno porte, por exemplo, isso pode ser menos visível, dado que há certa homogeneidade na distribuição territorial das condições de vida. Nas capitais e regiões metropolitanas, onde as desigualdades são claras, com os piores indicadores socioeconômicos concentrados nas regiões de periferia, a implementação do programa se torna crucial para a redução das desigualdades. O caso do Rio de Janeiro é emblemático, considerando que nas áreas mais remotas e mais violentas praticamente não se tinha acesso a serviços médicos de atenção primária antes do PMMB.

Em uma escala ainda maior, considerando o País como um todo, o PMMB tem contribuído para a redução da desigualdade no acesso ao prover força de trabalho médico para as áreas



mais desassistidas, embora as desigualdades regionais ainda persistam. No estudo realizado por Girardi e colaboradores (2016), se observou um impacto importante do programa no Índice de Escassez Médicos em APS, entre os anos de 2013 e 2015. Nesse período, o número de municípios com escassez de médicos caiu de 1.200 para 777, sendo que as contribuições mais expressivas do PMMB para tal redução ocorreram nas regiões Norte e Nordeste e nos municípios de pequeno porte.

O estudo aponta, entretanto, que, a despeito do impacto significativo (e em um tempo bastante curto) do provimento emergencial, as desigualdades regionais ainda são marcantes, uma vez que as regiões Norte e Nordeste ainda demonstram as maiores chances de apresentarem escassez. Além disso, em muitos casos houve a substituição de profissionais que já atuavam nos municípios por outros oriundos do PMMB, aumentando a dependência destes municípios em relação ao programa, quando comparadas ao nível federal (GIRARDI, 2016).

Outro aspecto que pode comprometer o princípio da redução das desigualdades pelo PMMB é o fato

de a incorporação do programa ter ocorrido de modo bastante significativo em municípios não prioritários, como apontou o estudo de Oliveira, Sanchez e Santos (2016). Observou-se que, entre 2013 e 2014, 22,3% dos médicos foram alocados em municípios que não atendiam aos critérios de prioridade. Para Campos e Pereira Júnior (2016), apesar do impacto positivo sobre a expansão e qualificação da APS no Brasil, o PMMB não conseguiu interferir em questões estruturais da Política Nacional de Atenção Básica, entre elas a lógica indutora do nível federal, fazendo com que os municípios mais estruturados acabem tendo maior possibilidade de incorporar determinadas políticas setoriais, entre elas os programas de provimento, pelo fato desta incorporação se dar pela lógica da adesão.

De qualquer modo, essas limitações em nível nacional podem ser creditadas ao pouco tempo de implantação do programa e espera-se que possam ser superadas a partir do seu amadurecimento ao longo do tempo. Na perspectiva dos estudos analisados aqui, há um claro potencial de o PMMB ser um forte indutor de redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde, particularmente na Atenção Primária.

Satisfação e aceitação da população em relação aos profissionais estrangeiros

Do ponto de vista dos usuários, a aceitação e a boa avaliação dos médicos é unânime em todos os estudos. Dentre os componentes justificadores dessa satisfação, estão presentes com mais frequência os relatos de uma abordagem mais humanizada, traduzida em diferentes expressões como “amigável”, “simpático”, “médicos que tocam os pacientes, olham nos olhos e os ouvem”. Muito presente também o estabelecimento de vínculo e a disponibilidade em se fazer presente no domicílio.

Dentre os estudos que entrevistaram usuários, os resultados da satisfação são bastante semelhantes, sem especificidades marcantes. O traço comum é que a satisfação e aceitação dos usuários com os médicos do programa se dá na maior parte dos casos por comparação com modelos anteriores, compondo diferentes dimensões. Uma primeira dimensão diz respeito à relação profissional-paciente, em que é referido um tratamento mais acolhedor e humanizado, sendo o médico citado como “mais próximo” da comunidade. Outras dimensões estão intimamente relacionadas aos atributos da APS, tais como a longitudinalidade e a resolutividade, ou seja, no mais das vezes se relata que os problemas de saúde são melhor resolvidos e há um acompanhamento constante no processo de atenção ao usuário.

Neste sentido, é importante destacar que a “satisfação dos usuários” está entendida aqui como uma dimensão da qualidade da atenção, portanto há interfaces com outros atributos da Atenção Primária, como já apontava Starfield (2002). A satisfação, entretanto, não se constitui em uma medida direta da qualidade, pois, ao influenciar na busca dos serviços, melhorando a saúde das pessoas, pode expressar indiretamente a qualidade da atenção prestada (COMES et al., 2016). Para Donabedian (1990), a satisfação é uma medida de resultado da interação entre o profissional da saúde e o paciente.

Estudos com outras características metodológicas também apontam para uma maior satisfação dos usuários no Programa Mais Médicos. Em artigo de revisão da produção científica relativa ao PMMB até 2015, Kemper e colaboradores (2016) encontraram, com relação à satisfação dos usuários, avaliações positivas, sempre no sentido de comparar a qualidade do atendimento dos médicos cooperados em relação aos demais. Um dos estudos revisados destaca que 87% dos usuários entrevistados considerou que a atenção profissional durante a consulta melhorou com o PMMB.

Em um trabalho realizado em 32 municípios de todas as regiões brasileiras, de pequeno e médio portes e de baixa condição socioeconômica, nos quais trabalhavam 49 médicos (dos quais 47 eram cooperados), Comes et al. (2016) encontraram um índice de satisfação bastante elevado, com cerca de 95% das respostas entre “bom” e “muito bom” na escala avaliativa do trabalho dos médicos.

De uma maneira geral, portanto, pode-se considerar que as barreiras iniciais à aceitação dos médicos cooperados foram, em grande parte, superadas e que as avaliações positivas por parte dos usuários indicam maior qualidade da atenção, o que por sua vez afeta boa parte dos principais atributos da Atenção Primária.

Qualidade da APS e a sua efetividade clínica

ACESSO E PRIMEIRO CONTATO E VÍNCULO

O acesso e o primeiro contato foram ampliados para as populações vinculadas ao território como consequência imediata do provimento dos médicos nas unidades. Os fatores citados que contribuíram sobremaneira para esse aumento foram a acessibilidade e a flexibilidade de horário por parte dos médicos do programa, com cumprimento da carga horária preconizada para um profissional da ESF. Além disso, deve-se destacar o incremento e a qualificação das visitas domiciliares e o atendimento da demanda espontânea e reprimida por meio da organização da agenda.

Outro ponto importante foi a ampliação no número de atendimentos, das ações educativas e das ações de planejamento. Em um dos estudos, essa ampliação repercutiu no comportamento da população em relação à sua saúde e em uma maior procura pelo atendimento na unidade. Foi relatada, entretanto, a sobrecarga de atendimento do médico cooperado, com atendimentos em excesso para um só dia. O fato de o médico ser um morador da cidade tem ocasionado a procura por atendimento em seu domicílio, o que, na ótica da população, pode ser um fator positivo, porém gera complicações para a organização do serviço.

O resultado ao acesso e acessibilidade está diretamente ligado à presença do profissional nos serviços de saúde. Forrest e Starfield (1998), utilizando dados de uma pesquisa em grupos envolvendo uma amostra nacional de indivíduos nos Estados Unidos, demonstraram que uma melhor

acessibilidade aos serviços estava associada a uma maior probabilidade de atenção ao primeiro contato e à continuidade com o médico de atenção primária.

Em pesquisa recente, Silva e colaboradores (2016) observaram aumento do número de consultas na população adulta e idosa, assim como maior número de atendimentos de DST/AIDS e diminuição do número das consultas fora da área de abrangência. Isso reflete maior acesso à APS nesses locais com melhor acolhimento à demanda espontânea e às demais atividades realizadas na UBS e ainda uma maior resolutividade das demandas de saúde da população.

O vínculo entre profissional e usuário advindo desses fatores foi também citado como ponto positivo para a melhoria do acesso. Nesse sentido, Starfield (2002) chama a atenção que a acessibilidade, sendo analisada pela “facilidade

com que o usuário acessa o serviço”, é o elemento estrutural necessário para a primeira atenção. Para oferecê-la, o local de atendimento deve ser facilmente acessível e disponível. Se não o é, a atenção será postergada, talvez a ponto de afetar o diagnóstico e o manejo do problema.

Silva e Colaboradores (2016) reforçam esse conceito quando discutem que a atenção ao primeiro contato envolve a prestação de serviços que sejam acessíveis (uma característica estrutural ou de capacidade da atenção) e a utilização destes serviços quando surge uma necessidade (uma característica do processo ou do desempenho da atenção). Eles entendem que a acessibilidade varia também com o tipo de médico. Em geral, os médicos de atenção primária, especialmente médicos de família, são mais acessíveis do que médicos com outras especialidades, em particular no que se refere à disponibilidade para atender sem marcação de consulta prévia. Concluem no seu estudo que houve criação e fortalecimento do vínculo em todos os municípios estudados, dada a postura diferenciada e centrada na pessoa do profissional cooperado, como chamar os usuários pelo nome, a disponibilidade em escutar a população, passando a conhecê-la. Foram relatadas participações em atividades festivas da comunidade, criando assim um laço diferenciado entre o profissional e o usuário e destacando esse comportamento “humanizado” como raro nas experiências anteriores ao PMMB.

Entende-se que o vínculo tem um elo muito forte com o acesso e que este atributo é incrementado quando, no processo de trabalho das equipes da ESF, são implementadas práticas como o acolhimento com a escuta qualificada e as visitas domiciliares em equipe multidisciplinar. Quando Starfield (2002) define o atributo longitudinalidade como a relação de vínculo estabelecida entre profissionais de saúde e usuários, entende-se que ambos os atributos se implicam e se relacionam com práticas de humanização e de cuidado

embasadas em confiança e não em julgamento, de forma que o cuidado ultrapasse a barreira biomédica e contemple a subjetividade do sujeito e as singularidades do próprio território.

Para Carrer e colaboradores (2016), para que ocorra o exercício da longitudinalidade implicada com o vínculo, é preciso que os profissionais estejam abertos a estas relações embasadas em confiança mútua, por vezes atravessadas por afetos e subjetividades, que acabam por destituir os saberes totalitários, as práticas intervencionistas e as posições ocupadas no território assistencial, em busca de um projeto terapêutico horizontal. Trata-se, portanto, de uma nova postura a ser exercida pelos profissionais, que ultrapassa os modelos biomédicos e institui um olhar mais humano sobre a população e que cotidianamente reflete um novo aprendizado.

Nessa lógica, Terra e colaboradores (2016) observaram, na prática dos médicos cubanos, similitudes com a clínica ampliada, quando identificaram, no discurso dos entrevistados, uma maior identificação pelas condições de vida e cultura do paciente, que passaram a ser consideradas na construção do cuidado do usuário. A construção também se dá nas mudanças dos hábitos de vida da comunidade no sentido da prevenção a doenças e promoção da saúde, na concepção de um cuidado mais horizontal e longitudinal, com fortalecimento do vínculo do profissional com o usuário e com a comunidade.

O incremento dessas práticas foi identificado fortemente no processo de trabalho dos médicos do PMMB, tendo isso sido descrito no relatório do Tribunal de Contas da União (TCU) de 2015, solicitado pelo Congresso Nacional, pedindo informações sobre os principais problemas e avanços detectados no PMMB (BRASIL, 2014). Neste relatório foi identificada, a partir das entrevistas realizadas nas UBS, uma melhoria do acesso à atenção básica por melhor resposta de marcação de consulta na UBS, pelo aumento



global do número de consultas, pela expansão do horário de atendimento do médico, pela chegada e permanência de médicos onde antes não havia esses profissionais e onde existia dificuldade de atraí-los e fixá-los.

Gonçalves e colaboradores (2016), estudando o incremento de profissionais pelo PMMB na região Nordeste a partir do indicador de internações por condições sensíveis à APS, concluíram que o PMMB avança na redução da rotatividade de médicos e no fortalecimento de vínculo entre profissionais e comunidade pela continuidade da atuação no território. Por outro lado, a possibilidade de menor expansão da ESF, baseada na formação de novas equipes de saúde em áreas antes desassistidas, pode significar que a oferta necessária ainda se constitui um desafio.

INTEGRALIDADE

O PMMB, ao assegurar a presença permanente do profissional médico na Unidade de Saúde, favorece o maior grau de integralidade do cuidado, interferindo diretamente na maior capacidade resolutive da APS. Na análise dos estudos, evidências de contribuição para a integralidade estão presentes em relatos de usuários, gestores e profissionais. Entre os relatos sobre o trabalho de médicos cooperados que contribuem para a integralidade, destacam-se: (a) apropriação dos protocolos de atenção; (b) abordagem comunitária; (c) boas práticas na relação profissional-usuário; (d) articulação das ações de prevenção, promoção e tratamento; (e) articulação intersectorial para ações de vigilância com foco nas necessidades de saúde locais; (f) articulação das ações programáticas e demanda espontânea e (g) maior diversidade e aumento de ações e serviços de saúde prestados à população.

Alguns efeitos atribuídos ao maior grau de integralidade a partir da presença do programa foram o aumento de visitas domiciliares e de atividades em grupos, uso mais racional de pedidos de exames e de prescrição de medicamentos, geração de demandas para a gestão de recursos (em especial medicamentos e exames diagnósticos) e pactuação para atenção nos diferentes níveis, para

garantir resolutividade dos atendimentos.

Com relação às dificuldades para se efetivar a integralidade, foram relatadas a insuficiência de recursos, em especial para suprir medicamentos, e de infraestrutura de serviços de retaguarda à APS para exames e consultas especializadas.

A análise da integralidade está diretamente relacionada às demais subcategorias que compõem a qualidade da APS e a efetividade clínica. Para Starfield (2002) ao se interrogar a integralidade em um sistema de serviços de saúde, busca-se identificar se o pacote de benefícios é inclusivo, explícito e compreendido pela população, se os profissionais reconhecem as necessidades da população quando oferta os serviços e se realiza encaminhamentos a especialistas quando apropriado.

Na síntese dos estudos, identificamos que a presença do médico na equipe ampliou a oferta de ações e serviços à população, na medida em que incrementou o atendimento direto na unidade básica de saúde e as visitas domiciliares, além de possibilitar encaminhamentos quando pertinente. Neste caso, se observou, também, a necessidade de melhorar a retaguarda assistencial de consultas especializadas e exames.

Outro aspecto identificado quanto à oferta de benefícios diz respeito à diversidade de ações, desde as de prevenção de doenças e agravos às de promoção da saúde, inclusive a articulação intersectorial, justificada pelo reconhecimento das necessidades locais. O relato da adesão da população a esse tipo de ação sugere que também há reconhecimento por esses indivíduos, isto é, há compreensão das ofertas do pacote de benefícios realizados pela equipe de saúde, com a presença do profissional médico cooperado. Vale ressaltar que, nesse aspecto, há relação direta com a *longitudinalidade*, identificada pela presença do profissional na Unidade de Saúde, como também pelo fato deste residir na cidade, ampliando vínculos de confiança e afetividade nas relações entre profissional e usuário. Tais elementos estão associados também a um dos sentidos da



integralidade que valoriza as boas práticas no processo de trabalho em saúde.

Importante lembrar que o conceito da integralidade incorpora múltiplos sentidos e, ao longo da implantação do SUS brasileiro, pelo menos três lhe foram atribuídos. O primeiro relacionado às práticas de cuidado, isto é, aos processos de trabalho baseados em relações intersubjetivas que consideram o usuário em sua singularidade humana e sua inserção contextual. O segundo diz respeito à organização de serviços que seja capaz de assegurar a estrutura organizacional para garantir o direito do cidadão, atendendo suas necessidades de acesso a tecnologias, ações e serviços de saúde. E o terceiro se refere à intersectorialidade, é dizer, ao desenvolvimento de políticas públicas e práticas comunitárias que tenham efeitos positivos nos condicionantes e determinantes de problemas de saúde (CECÍLIO, 2001; PINHEIRO; MATOS, 2006; PINHEIRO; FERLA; SILVA JÚNIOR, 2007).

É importante também ressaltar que a efetivação da integralidade remete ao reconhecimento de necessidades de saúde em perspectiva também ampliada, não restrita à oferta de ações assistenciais. A taxonomia de necessidades de saúde sugerida por Cecílio e Matsumoto (2006) contempla essa ampliação ao propor quatro conjuntos de necessidades de saúde: (a) ter boas condições de vida, (b) ter acesso a tecnologias que melhorem e prolonguem a vida, (c) ter vínculos afetivos e efetivos entre profissional e usuários e (d) ter graus crescentes de autonomia no modo de conduzir a vida, com acesso à educação e informações em saúde. Outro componente foi acrescido por Merhy (2006), que se refere à necessidade de a pessoa ser reconhecida como alguém singular com direito à diferença.

Quando Starfield (2002) destaca a importância de a população reconhecer o pacote de benefícios ofertados como um dos requisitos para identificar a presença de integralidade no sistema de saúde, consideramos que a articulação daqueles conjuntos de sentidos sobre a integralidade e sobre necessidades de saúde contribuem para identificar que o PMMB se aproximou da efetivação da integralidade quando

analisamos os estudos incluídos nesta metassíntese. Cabem destaque aos sentidos das práticas de cuidado e intersectorialidade. Neste, ressaltam-se os relatos da inserção de práticas de promoção da saúde articuladas com a comunidade para incidir em condicionantes de agravos e doenças, mesmo que ainda em perspectiva comportamental de mudanças de hábitos, como, por exemplo, as ações comunitárias no enfrentamento ao tabagismo e educação para alimentação saudável. Quanto às práticas de cuidado, fica evidente o reconhecimento da necessidade afetiva e efetiva de ser bem cuidado, traduzidas em relatos de que o profissional cooperado do PMMB estabelece maior vínculo com a população, aspecto já discutido anteriormente. São relatos que evidenciam a realização do sentido da integralidade como boas práticas de cuidado e se relacionam diretamente na identificação do estabelecimento de vínculo e de longitudinalidade.

A organização de serviços, à qual se atribui outro sentido da integralidade, se destaca também em sua fragilidade nos municípios que aderiram ao PMMB analisados neste trabalho, independentemente do porte populacional ou localização geográfica. Isso evidencia o gargalo dos sistemas de serviços de saúde em assegurar a continuidade do cuidado após o primeiro acesso, o que desvela a falta de investimentos em serviços especializados e de apoio diagnóstico nas redes de atenção à saúde como um problema crônico do sistema de saúde brasileiro. Comes et al. (2016) também destacam semelhante evidência, corroborando a identificação desse gargalo em outros estudos referidos na literatura sobre acesso e acessibilidade no SUS e que apontaram as barreiras existentes para conseguir exames, consultas especializadas e medicamentos. Por outro lado, a pesquisa também ressaltou avanços na aproximação aos demais sentidos da integralidade nesses municípios quanto às práticas de cuidado e à intersectorialidade.

LONGITUDINALIDADE

Na análise da longitudinalidade da atenção a partir do PMMB também se destaca como um fator de relevância a permanência da presença de profissional médico em uma mesma equipe de saúde, considerando que

o mesmo passou a ocupar um vazio anteriormente existente em lugares remotos do interior do País ou a resolver a alta rotatividade desses profissionais em regiões metropolitanas.

A maior qualidade da atenção prestada é evidenciada nos relatos extraídos nos seis estudos, demonstrando efetivação da longitudinalidade pelo maior aporte regular de cuidados prestados à população por equipes com profissionais cooperados. Este incremento na qualidade é creditado a diversos fatores, dentre eles a presença diária de profissional médico na Unidade de Saúde, o aumento de atendimentos domiciliares, um maior acompanhamento de gestantes e crianças, incremento na atenção à saúde mental e de pessoas com doenças crônicas e com sequelas, a busca ativa de pacientes em situação crônica e o acompanhamento da realização e do retorno de exames e consultas.

Entre os efeitos positivos gerados pela maior longitudinalidade, foi identificado um aumento do controle de pessoas com doenças crônicas.

Com relação aos efeitos nos processos de trabalho das equipes, foram destacados o melhor acompanhamento do trabalho de ACS e o aumento de ações de educação em saúde, articuladas às de promoção, prevenção e atendimento clínico e reabilitação.

Starfield (2002) define longitudinalidade, no contexto da atenção primária, como a relação pessoal de longa duração entre profissionais e usuários em suas unidades de saúde. Distingue-se do termo continuidade da atenção, pois as interrupções nesta, por qualquer motivo, não interrompem essa relação.

Esta noção remete à desejável sustentabilidade da relação estabelecida entre profissional e usuário ou entre equipe e usuário ao longo do tempo. Podemos destacar que tal característica está intrinsecamente relacionada com o sentido da integralidade sobre práticas de cuidado, que exige uma escuta atenciosa e singularizada, com produção de vínculo e confiança ao longo do tempo. Responde de imediato a uma das necessidades humanas fundamentais de saúde que é a de ser bem cuidado.

“Como é o caso de cada um dos quatro atributos da atenção primária, a longitudinalidade está relacionada aos outros. O relacionamento como uma fonte habitual de atenção implica que o local será o local de atenção ao primeiro contato. Isso também implica [...] que a fonte habitual de atenção assegurará que esta seja integral e coordenada” (STARFIELD, 2002, p. 250).

A presença constante do profissional médico na unidade de saúde a partir do PMMB, por si só, já favorece a longitudinalidade, como destacado anteriormente. As boas práticas com efeitos positivos em vínculo e confiança produzidos ao longo da permanência do profissional na equipe também favoreceu a continuidade do cuidado no âmbito da governabilidade do profissional e da equipe. Identificamos no item anterior que a atenção tende a sofrer descontinuidade apenas quando há encaminhamentos para os serviços de retaguarda ao primeiro nível de atenção (exames, medicamentos e consultas especializadas).

Retomando a distinção entre longitudinalidade e continuidade da atenção ressaltada por Starfield (2002), lembramos que a primeira se refere à atenção às pessoas independentemente do problema que elas apresentem e a segunda está orientada para o manejo dos problemas, sendo uma característica tanto da atenção primária quanto da atenção especializada.

No caso do PMMB nos municípios analisados, mesmo quando há situações de não haver continuidade da atenção, a relação estabelecida entre usuário e profissional se manteve traduzida em atenção à pessoa com foco em suas necessidades, fora e dentro da unidade de saúde.



Identifica-se que a longitudinalidade produz benefícios como maior precisão de diagnósticos e acertos de prescrição ou maior controle de doenças crônicas, como relatado em um dos municípios. Entre outros benefícios, também se destacou, como já mencionado, a satisfação dos usuários. No entanto, identificou-se que a fonte de atenção centrada no profissional médico do PMMB gerou também efeitos de sobrecarga de trabalho, dificultando sua agenda dentro e fora da unidade de saúde.

A longitudinalidade é uma característica da APS cuja avaliação é complexa e múltipla em possibilidades de análise, portanto identificar os benefícios atribuídos a ela no PMMB deverá ser objeto de estudos mais específicos que incluam a diversidade de fonte de atenção, as características da população beneficiada e seus respectivos contextos locais.

COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO

Em relação a esse atributo, os estudos de caso apontaram uma melhor qualidade alcançada nas referências médicas para o segundo nível de atenção e nas solicitações de exames complementares, melhoria desencadeada pela presença constante do médico cooperado e ainda por sua formação, mais alinhada com o cuidado em saúde no âmbito da APS.

A diversidade de necessidades de saúde individuais e coletivas demandam a articulação entre os diferentes níveis de atenção, ou seja, a APS não tem a capacidade de atender a todas essas necessidades isoladamente. Nessa perspectiva, a coordenação das diversas ações e serviços são indispensáveis para resolver necessidades de saúde que requerem cuidado constante, garantindo a continuidade da atenção. Sem a coordenação, a longitudinalidade diminui seu potencial, a integralidade fica comprometida e a função de primeiro contato adquire conotação essencialmente administrativa (STARFIELD, 2002).

A continuidade da presença do médico cooperado e sua maior disponibilidade, tanto na unidade de saúde como na comunidade, contribui para uma

melhor coordenação da atenção, facilitada pelo o reconhecimento de informações sobre a atenção aos usuários dentro da unidade de atenção primária. No entanto, essa presença contínua não garante uma melhora no reconhecimento de informações a respeito de consultas em outros pontos de atenção da rede.

Nesse sentido, os estudos apontam que esse atributo é atravessado por várias dificuldades relacionadas ao fluxo e estrutura da rede, à falta de contrarreferência de especialistas aos médicos da APS, à resposta de cuidados especializados insuficiente para atender ao aumento da demanda gerada pelo PMMB e à morosidade na resposta aos pedidos de exames laboratoriais e de imagem. Esses achados indicam que a coordenação da atenção é um atributo que sofreu pouco impacto com a implantação do PMMB, dado que a coordenação implica a garantia de atenção ininterrupta na rede de serviços. Para Giovanella e Mendonça (2008) a coordenação do cuidado está relacionada com mecanismos adequados de comunicação entre profissionais e com o registro e o fluxo adequado de informações, condições essas que não são alcançadas unicamente através do provimento de profissionais médicos na APS.

TRABALHO EM EQUIPE

Como um primeiro aspecto da integração do médico cooperado na equipe de trabalho, destaca-se a superação das diferenças culturais e de idioma, conseguida com apoio dos profissionais da equipe, conforme apresentado em dois dos estudos.

“O trabalhador de saúde é sempre coletivo” (MERHY, 2002). Com essa afirmação, assinalamos que não há trabalhador de saúde que consiga sozinho dar conta do ato de cuidar, da complexidade das necessidades de saúde. Podemos afirmar também que o trabalho de cada trabalhador de saúde depende de um outro, de modo que suas ferramentas, práticas e saberes são necessários para completar a do outro. Os trabalhadores sempre dependem desta troca, deste empréstimo (MERHY, 2002).

Para Fortuna e colaboradores (2005), o trabalho em saúde também produz os trabalhadores e a equipe, repercutindo sobre seu desempenho prático e sobre os seus saberes. Nessa perspectiva os autores afirmam que:

“Nas equipes, temos tarefas visíveis (faladas) e invisíveis (não ditas), que se modificam e que precisam ser combinadas e conhecidas. A comunicação, a aprendizagem, o sentimento de pertencer, o ‘clima’, a pertinência entre as ações realizadas e a finalidade da equipe, as relações de poder, podem ajudar a equipe a se conhecer, analisar-se e ir se construindo como equipe” (FORTUNA et al., 2005, p. 262).

Destacam-se em dois estudos o intenso intercâmbio de experiências e interação ocorridos entre os médicos cooperados e os ACS, que relataram frequentemente a superação da hierarquia entre as categorias e um tratamento mais horizontalizado entre elas.

As relações de poder, tecidas no interior da equipe, tendem a reproduzir a configuração do poder médico sobre os demais membros, configuração essa que, ao ser rompida com a chegada do profissional cooperado, dá lugar a uma maior disponibilidade de cooperação entre os membros da equipe. A cooperação, aqui, concordando com Fortuna et al. (2005), diz respeito à articulação dos integrantes da equipe, de seus saberes, e de seus fazeres, para a execução da tarefa a que esse grupo se propõe.

Um dos aspectos relatados que contribuíram para uma maior articulação e resultados positivos do trabalho em equipe refere-se às reuniões de equipe. Todos os estudos indicaram que, a partir da presença dos médicos cooperados, houve uma maior valorização das reuniões como espaço para intercâmbio de saberes e práticas,

inclusive entre médicos brasileiros e cubanos. Os relatos apontam para um estímulo à cooperação e corresponsabilização entre os profissionais. Além disso, os médicos cooperados contribuem para a capacitação e planejamento das atividades, se sentindo parte das equipes, valorizando o papel de cada um dos profissionais. A participação do médico cooperado nas visitas domiciliares é destacada em cinco estudos como sendo um indicativo da integração do trabalho da equipe.

O componente do planejamento das atividades da equipe para atenção ao usuário surge como um modo de harmonizar os saberes e práticas com as demandas expressas pela população, possibilitando a realização de intervenções em saúde mais adequadas às necessidades reais do território, promovendo, desse modo, a atenção integral à saúde (AYRES, 2004).



Alguns gestores relataram que a permanência do médico no município aumenta a liderança desse profissional junto aos demais profissionais e traz resultados positivos para o trabalho da equipe. O provimento de médicos cooperados resgatou um sentido de equipe entre os profissionais dos serviços de saúde, os quais anteriormente não possuíam profissional médico na equipe ou cujos médicos anteriores não possuíam disponibilidade de horários para atuar diariamente na unidade (OPAS, 2016).

Alguns relatos indicam que, mesmo ocorrendo o fortalecimento do trabalho coletivo, este ainda tende a ser centrado na liderança do profissional médico, no sentido de que a agenda do médico é que define o trabalho da equipe. Dois estudos apresentam nos relatos o não reconhecimento da amplitude das ações que o enfermeiro pode realizar na APS.

No entanto, com o convívio em equipe, passou a haver um trabalho compartilhado e complementar entre esses profissionais, de modo que as ações

programáticas sofreram um incremento positivo em alguns casos e em outros houve apenas uma aceitação do profissional cooperado em relação às atribuições da enfermagem na APS.

Historicamente, o profissional médico vem detendo poder dentro da equipe de saúde, dificultando frequentemente sua inserção na equipe em uma posição diferente daquela de superioridade hierárquica. Além disso, historicamente há uma disputa de poder entre o médico e o enfermeiro. Na equipe de saúde da família, essas disputas estão presentes de maneira recorrente e, no trabalho em equipe, essa trama de poder pode ser mantida ou refutada (FORTUNA et al., 2005).

Os estudos destacaram depoimentos de diferentes profissionais que compõem a equipe sobre uma rejeição entre os médicos brasileiros em relação aos cooperados, específica de determinados lugares e evidenciadas em atitudes de preconceito dos médicos brasileiros, configurando barreiras à troca de experiência. Podem ser apontados como motivadores de conflitos a carga horária assistencial de 32 horas do PMMB e o tempo gasto nas consultas, gerando uma menor produtividade em termos quantitativos.

A inserção de um profissional médico cooperado, com maior abertura para refutar relações de poder historicamente construídas, tende a cumprir mais efetivamente o objetivo do trabalho em equipe, que é a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. Este objetivo se dá essencialmente a partir de uma ação interdisciplinar, que pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade na qual estão inseridos (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Para Starfield (2002), não é fácil atingir um trabalho em equipe eficiente, no entanto ele é necessário para que o atributo da coordenação da atenção ocorra adequadamente.

RESOLUTIVIDADE

A resolutividade nos estudos analisados ocorre através do apoio diagnóstico e terapêutico, da promoção da interlocução entre equipamentos da rede de serviços para organizar o processo de trabalho e através de capacitação.

Com a chegada do PMMB, houve uma melhor resolutividade das situações de saúde nos casos estudados, apesar de suas características distintas. A resolutividade foi atribuída, por gestores, usuários e profissionais de saúde, à diminuição do número de encaminhamentos para os outros níveis de atenção, ao acesso ao profissional médico em horário integral, à articulação de ações de educação, promoção da saúde e de prevenção de doenças, à oferta de serviços e à reorganização do processo de trabalho.

As maiores dificuldades encontradas dizem respeito à falta de diálogo entre os diversos níveis de atenção, destacando que a contrarreferência não tem funcionado de modo adequado. Apesar dessas dificuldades, com a implantação do PMMB os médicos cooperados buscam esse diálogo em sua prática, resultando maior resolutividade das situações de saúde.

É fato que a permanência do profissional médico não é garantia da resolução das situações de saúde da população, sendo necessárias outras características associadas que vão além da resolução de doenças e agravos. Silva e colaboradores (2016) destacam que a resolutividade envolve as questões de saúde que são amplas e estão relacionadas ao fato de que seus determinantes e processos, sejam objetivos ou subjetivos, não estejam encontrando respostas no arsenal técnico e científico da Medicina.

Diversos estudos têm destacado a importância da resolutividade da APS. Lima e colaboradores (2016) apontam que a diminuição de encaminhamentos aos demais níveis de atenção pode ser explicado pela melhor resolutividade na APS. Em todos os estudos de caso analisados identificou-se que, com a chegada do PMMB, houve uma melhor resolutividade das

situações de saúde, o que gerou uma diminuição do número de encaminhamentos para os outros níveis de atenção. Conseqüentemente, houve uma maior resolução de problemas no primeiro nível de atenção.

Mendes (2015) acrescenta que a APS desempenha uma dupla função, a de resolver 90% das condições que se apresentam nesse nível de atenção e de regular os fluxos e contrafluxo de pessoas usuárias entre ela e os demais pontos de atenção à saúde. Ou seja, a APS desempenha, nas redes, as funções de resolutividade e de coordenação do cuidado. Nos estudos analisados, alguns aspectos foram atribuídos à reorganização do processo de trabalho, os quais produziram uma melhor regulação de fluxos, organização de cronograma, agendas prioritárias e acolhimento da demanda espontânea.

De fato, a maior resolutividade referenciada nos estudos é atribuída à fixação do médico, que possibilita à população maior acesso, bem como o desenvolvimento de atividades pela equipe, não realizada anteriormente pela falta de profissionais, a exemplo das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças.

A APS, em âmbito nacional, traz uma complexidade e densidade tecnológica que é exercida cotidianamente através da organização do trabalho e da gestão do cuidado, o que implica dizer que a resolutividade na APS ganha consistência com a presença das equipes nos territórios. Os problemas da regulação se agravam quando, em regiões com maior restrição de acesso prévio, aumenta o número de médicos com o PMMB, gerando mais encaminhamentos e agravando ainda mais a carência de especialistas. Acrescidos à restrição de acesso, a falta de agilidade dos serviços de referência, a indefinição de fluxos de referência e contrarreferência e a não implementação de linhas de cuidado, apresentam-se como limitações de um serviço de rede, comprometendo o seu funcionamento (SILVA et al., 2016).

Apesar do curto tempo de implantação, o PMMB tem apresentado resultados que são percebidos como catalisadores da resolução de problemas.

Embora nos estudos não tenham sido apresentados dados quantitativos de resolutividade associados diretamente ao programa, espera-se que, com o desenvolvimento de ações e a superação de barreiras, a APS consiga atingir metas compatíveis com seu nível de atenção, possibilitando a garantia de uma assistência de qualidade à população.

Fortalecimento dos Sistemas de saúde e do modelo de atenção centrado nas pessoas

A APS possui a função de coordenadora do cuidado, tornando-se porta de entrada e possibilitando o acesso à atenção especializada à população, além da inclusão de atividades de promoção e prevenção, cuidados comunitários e execução de procedimentos antes realizados pelo hospital.

Foram identificadas ações de fortalecimento dos sistemas de saúde e do modelo de atenção centrado nas pessoas, sendo o PMMB definido como um elemento catalisador das políticas e processos, uma "vitamina" para o sistema de saúde (OPAS, 2015). Isso pode ser atribuído à formação dos médicos cooperados, ao acesso e às características pessoais dos médicos que prestam assistência.

Para a coordenação da APS de um dos municípios pesquisados, o conhecimento e a experiência em Saúde Pública dos médicos cooperados têm o potencial de trazer contribuições para a melhoria do sistema de saúde municipal de uma maneira geral.

Em dois estudos, os gestores e equipe de saúde afirmam que a população não deverá aceitar o tipo de atendimento que possuía antes da implantação do PMMB, passando a exigir um atendimento de qualidade, conforme o dispensado pelos médicos cooperados. Isto demonstra que a população passou a conhecer o significado de uma assistência de qualidade prestada na APS e, ao exigir maior qualidade na atenção, fomenta a participação comunitária e o controle social. Para Silva et al. (2016) o fortalecimento da atenção também ocorre por meio de práticas educativas e formativas, das mudanças na gestão e nas práticas de atenção à

saúde, do fortalecimento da participação popular e da valorização dos saberes locais.

Destaca-se ainda como elemento fundamental no processo de fortalecimento da APS, o melhor acesso pela superação de barreiras geográficas, principalmente por meio de visitas domiciliares. Em alguns municípios, estas visitas foram limitadas por dificuldades de infraestrutura, porém é inegável a diminuição destas barreiras.

Um outro aspecto importante diz respeito a algumas características dos próprios médicos cooperados no modo de produzir cuidado, entre elas a escuta e os atendimentos qualificados e a pontualidade e a assiduidade, associadas ao vínculo empregatício único. A Organização Pan-Americana de Saúde, no seminário "Mais Médicos: resultados, lições aprendidas e desafios", destaca que o PMMB traz importantes contribuições para o fortalecimento do Sistema de Saúde brasileiro, por meio da cobertura dos vazios assistenciais e iniquidades em saúde, possibilitados pelo maior acesso e as características de humanização do atendimento dos médicos cooperados (OPAS, 2016).

O fortalecimento dos sistemas de atenção à saúde tem gerado discussões no âmbito nacional e internacional acerca de diferentes estratégias que possibilitem ampliar o acesso a serviços de saúde em áreas vulneráveis e reestruturar os sistemas de saúde. Muitos países têm buscado soluções para ampliar a cobertura da atenção básica em áreas vulneráveis, atraindo profissionais de saúde para essas regiões. Para Oliveira e colaboradores (2015), apesar da importância das políticas anteriores do governo brasileiro para enfrentar as desigualdades na distribuição de médicos e o fortalecimento da APS, nenhuma delas teve a abrangência, a magnitude e a celeridade do Programa Mais Médicos.

Nesse sentido, o relatório de dois anos de implantação do programa alerta que, do ponto de vista das análises de impacto nos indicadores de saúde, o PMMB já apresenta duas tendências fortes, que são o fortalecimento da APS nos

municípios com ampliação das equipes de Saúde da Família (ESF) e o aumento da oferta de consultas médicas e procedimentos coletivos nas diferentes fases da vida, além do aumento do escopo de prática (BRASIL, 2015a).

Ao analisarmos o processo brasileiro e as experiências internacionais de fortalecimento da APS e provisão de profissionais médicos em áreas vulneráveis, observa-se que, apesar das diferenças de contexto, existem similaridades. Cada vez mais os países buscam medidas para assegurar a universalização da cobertura de saúde, bem como o fortalecimento de um sistema resolutivo e adequado às necessidades de saúde da população. O fortalecimento do sistema de saúde depende, portanto, da atuação integrada de todos os profissionais e dos processos de educação permanente na definição e no desenvolvimento de competências gerais e específicas voltadas à produção da saúde e à integralidade do cuidado. As mudanças quantitativas e qualitativas na formação médica buscam garantir não apenas a universalidade, mas também a integralidade e sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (OLIVEIRA et al., 2015).

Mudança do paradigma de formação dos médicos

Esta categoria não foi reportada diretamente nem identificada indiretamente nos estudos. De fato, ela está mais relacionada ao eixo da formação e menos ao eixo do provimento do PMMB, o qual foi o principal objeto dos estudos. Mesmo assim, pôde-se perceber um potencial do programa em impactar na formação, principalmente a partir da aproximação dos médicos brasileiros com os médicos cooperados que têm perfil profissional focado na APS, além do incremento nas estratégias de educação permanente.

Em outras palavras, embora as estratégias de provimento emergencial possam impactar pouco no paradigma da formação de médicos (na perspectiva de mudanças curriculares, por exemplo), podem

produzir efeitos importantes de mudança nas práticas e processos de trabalho de equipes de saúde, o que, no longo prazo, pode afetar os mecanismos de formação. O eixo de formação do programa, discutido anteriormente, poderia se beneficiar do “efeito demonstração” dado pelos médicos cooperados, que compõem a maior parte das estratégias de provimento.

Sustentabilidade da intervenção

A sustentabilidade da intervenção foi observada em três experiências e a preocupação maior se dá pelo fato do programa (no eixo do provimento) ser uma estratégia temporária, gerando uma indefinição, principalmente nos gestores, sobre a continuidade das mudanças no modelo após o término do programa.

Na revisão realizada por Kemper e colaboradores (2016) os estudos que abordaram as limitações e críticas apontaram a sustentabilidade do PMMB como uma importante preocupação a ser enfrentada. Segundo os autores, o programa, ao ser considerado como uma medida de caráter provisório e imediatista, *“corre o risco de se tornar apenas um modelo paliativo, de curto prazo e com custo elevado, permanecendo os mesmos problemas quando finalizado o seu prazo de duração”*.

De qualquer modo, o próprio nome do eixo do programa, “provimento emergencial”, indica seu caráter provisório, e quanto a isso não há mesmo nenhuma expectativa. O que se coloca como sustentabilidade da intervenção é a possibilidade de que a experiência deixe um legado nos municípios onde foi implantada, no sentido de que, mesmo após o fim do provimento, mudanças importantes no processo de trabalho e na gestão, em direção à concretização de um modelo de APS, sejam consolidadas. Nesse aspecto, agora que o programa conclui seu primeiro ciclo de três anos, ainda não é possível identificar evidências para sua sustentabilidade, pelo menos nos estudos aqui analisados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa foi realizada a partir de uma metassíntese de seis estudos de casos em municípios que vivenciam a experiência do PMMB, fazendo uma tessitura de experiências que ocorreram em diferentes cenários do Brasil, com suas peculiaridades, diferenças e similitudes. Os estudos sintetizados detiveram-se no eixo de provimento emergencial de médicos do PMMB para a população desassistida, com um recorte para as experiências com profissionais cooperados.

Dada a sua característica de uma síntese qualitativa de seis estudos que englobaram 18 diferentes experiências, a presente investigação obviamente apresenta limitações com relação à sua validade externa. O PMMB é um conjunto de ações que estão acontecendo em milhares de unidades de saúde distribuídas em mais de quatro mil municípios do Brasil. Em cada uma dessas unidades de saúde há um médico do programa atuando na APS, e é nesse locus que se estabelece um pacto singular entre a equipe de saúde e a população. Quando esse pacto se cumpre, cria-se um vínculo entre ambas. O estabelecimento desse pacto, a criação desse vínculo, é o verdadeiro sucesso, o maior valor público que o PMMB agrega à vida de milhões de brasileiros.

Por essa característica abrangente do PMMB não nos é permitido extrapolar os resultados aqui encontrados para todos os municípios do Brasil. Contudo, embora se configure como limitação, essa é, na verdade, a premissa dos estudos de caso, ou seja, fazer o registro e a análise das singularidades, destacando

os elementos fundamentais que caracterizam as experiências, suas fortalezas e dificuldades. O PMMB acaba de fechar seu primeiro ciclo e os resultados deste trabalho se tornam fundamentais para guiar as novas estratégias e para subsidiar aquelas que terão continuidade em todo o território brasileiro.

Entre os municípios estudados, a motivação para adesão ao PMMB possui, como características comuns, os vazios assistenciais, a necessidade de cobertura assistencial a populações em áreas remotas, a dificuldade de fixação e a alta rotatividade do profissional médico. Tais características são produzidas por situações de violência, de dificuldade de acesso ao local de trabalho, distância dos grandes centros urbanos e precariedade das condições de trabalho. Essas situações, associadas a outras condições socioeconômicas, transformam esses municípios, ou parte deles, em áreas de extrema vulnerabilidade e faz do PMMB uma política pública de âmbito nacional com repercussões na situação de saúde local, pela presença de profissional médico em áreas antes desassistidas. Consequentemente, isso leva à redução de desigualdades no acesso à APS.

Aspectos da atenção à saúde, tais como acesso e o primeiro contato, vínculo, longitudinalidade, coordenação da atenção, trabalho em equipe, resolutividade e integralidade tiveram efeitos positivos de melhoria advindos da implantação do PMMB, com benefícios diretos para as populações vinculadas ao território das UBS com profissionais médicos cooperados. Foi observado que, mesmo quando há situações de descontinuidade do cuidado ocasionadas por insuficiência ou deficiência na retaguarda assistencial nos demais níveis de atenção, a relação de vínculo estabelecida entre o usuário e o profissional não se desfaz.

Há evidências também de manutenção da atenção centrada na pessoa, fora e dentro da unidade de saúde, conferindo qualidade ao cuidado produzido. Tais evidências denotam que os efeitos do PMMB, nos municípios que tiveram a presença de médicos cooperados, foram mais expressivos em processos micropolíticos que incidem no trabalho em saúde,

âmbito de maior governabilidade da equipe, por se tratar das relações intersubjetivas que se produzem no cotidiano. Profissionais e usuários têm maior grau de autonomia para negociar e encontrar respostas para desafios que, no cotidiano do trabalho da equipe, interferem na qualidade e continuidade do cuidado como, por exemplo, questões relacionadas às boas práticas traduzidas em maior vínculo e confiança.

Também se demonstrou que os aspectos limitantes que têm governabilidade nas esferas de gestão do sistema de serviços de saúde ou das políticas gerais que engendram o funcionamento do Sistema de Saúde, de forma setorial e ou intersetorial, surtiram efeitos negativos para o PMMB na produção do cuidado na APS. Ficaram evidentes as limitações impostas à continuidade do cuidado e à integralidade da atenção quando se extrapolou a governabilidade da equipe de saúde para determinadas demandas de ação direta e indireta dependente da infraestrutura do município ou das iniciativas de políticas governamentais de alcance público.

A análise das experiências do PMMB reforça, então, que são nos espaços da micropolítica exercida no dia-a-dia do trabalho em saúde que se abrem possibilidades mais efetivas de interrogar o instituído – aquilo que parece tão estruturado que não seria possível transpor – para se buscar respostas alternativas às situações adversas do cotidiano com iniciativas que tenham potencial de desencadear novas dinâmicas nos processos de trabalho das equipes de saúde, isto é, a capacidade de acionar movimentos *instituintes*.

Essa abertura na dinâmica das instituições tem sido bem explorada na literatura, por autores de diversas correntes que adotam teorias institucionalistas para analisar o trabalho em saúde no SUS brasileiro, buscando suas potencialidades locais de intervenção (CAMPOS, 2000; MERHY, 2002; KASTRUP et al., 2009; L'ABATTE et al., 2013). Neste sentido, para Malta e Merhy (2010), os processos da micropolítica, suas forças e enfrentamentos, acontecem no espaço relacional que se dá entre o usuário e o profissional e/ou a equipe de

saúde. Esses encontros abrem possibilidades de mudanças e de atos criativos, tornando-se um momento especial, portador de forças instituintes. A manutenção desse espaço implica um fluxo contínuo e encadeado pelos profissionais em uma intensa rede de conversação centrado no processo de produção do cuidado que ocorre nos encontros entre os trabalhadores de saúde e o usuário. Entre esses processos micropolíticos desencadeados pelo PMMB em áreas de maior vulnerabilidade, ficou evidente a influência da formação dos profissionais cooperados, técnica e vivencial, orientada pelos atributos da APS e com abordagem centrada no usuário.

Importante lembrar que o PMMB foi concebido e implantado organicamente ao SUS e tem sido tributário de processos já instituídos na micropolítica e na macropolítica desde a sua implantação, sendo essa uma das marcas de sua singularidade em relação a experiências de provimento em outros países. Desse modo, mesmo considerando que o SUS conta com uma legislação que abrange todo o território nacional, a depender das especificidades regionais e epidemiológicas, do porte municipal, da conformação do processo de trabalho, do modelo de atenção e da capacidade de gestão municipal, haverá sempre vários “SUS” dentro de um mesmo SUS. Isso é determinante na hora em que se pretende fazer uma avaliação de qual resultado o PMMB está produzindo, no que tange a qualificação da APS e da consolidação dos seus atributos na prática dos profissionais para além do provimento emergencial.

Ficou evidenciado que o provimento emergencial do PMMB surtiu efeitos positivos também nos sistemas municipais, com a aproximação a um modelo de atenção centrado em necessidades de saúde do usuário, mesmo que ainda incipientes e, portanto, com duvidosa sustentabilidade, sobretudo em contextos adversos. Isso reforça a importância do modo de fazer dessa política pública brasileira, que necessitou de determinação e apoio de gestores para equacionar desafios de ordem micropolítica em cada esfera de gestão e intervenções na macropolítica, para



Foto: Estudos de Caso OPAS/OMS Brasil

assegurar sua implantação e desenvolvimento num território nacional de dimensão continental com características de diversidade cultural e desigualdades sociais.

As transformações na perspectiva de construir redes de atenção integral à saúde só se efetivam na medida em que os macroprocessos se articulam com os microprocessos e mudanças macropolíticas repercutem em mudanças na micropolítica (MALTA; MERHY, 2010). Nesse sentido, consideramos que os espaços e os tempos para articular a produção destes processos macro e micropolíticos promovidos pelo PMMB tiveram potencial de provocar transformações positivas na lógica predominante de organização do trabalho em

saúde e de convocar gestores, trabalhadores e usuários a buscarem novos olhares, conceitos e práticas mais voltados para a universalidade, integralidade e equidade em saúde, à semelhança do que buscou médicos cooperados em seus territórios de atuação. Esses profissionais conferiram às suas práticas junto ao PMMB um caráter de vivência relevante para o conjunto da população que acolheu e se vinculou afetiva e efetivamente ao cuidado produzido.

Que essa experiência vivenciada pelos médicos cooperados seja um convite para animar e contagiar equipes, gestores, instituições de serviços de saúde e de formação, bem como a sociedade representada nas instâncias de participação e controle social.

RECOMENDAÇÕES

A partir das conclusões aqui apresentadas, entende-se a necessidade de estudar o PMMB e de compreender os seus resultados dentro de uma perspectiva inovadora de cooperação da OPAS/OMS com ênfase na mobilização internacional de profissionais para o sistema público de saúde brasileiro.

Nesse sentido, outros estudos podem ser feitos com fontes de dados primários e/ou secundários com o objetivo de identificar a atuação dos médicos cooperados na área de transferência de conhecimento e na inovação das práticas, além de avaliar como está se dando a prática clínica, a promoção e a prevenção, o envolvimento comunitário e a gestão da atenção e do cuidado.

Pelos estudos em curso e os já publicados, identifica-se que há potencialidades para o trabalho comunitário no que concerne ao trabalho do médico cooperado, em consonância com a prática apreendida e desenvolvida desde sua formação em seu País de origem. Contudo, não se tem claro ainda como os efeitos dessa potencialidade, que provocou mudanças evidentes no modelo de atenção em municípios brasileiros, aproximando-o para práticas centradas na pessoa e nas necessidades locais, terá ou não sustentabilidade após a saída dos médicos cooperados. Este é mais um aspecto que precisa ser contemplado em futuros estudos para analisar processos micropolíticos e macropolíticos que interferem na sustentabilidade das mudanças produzidas com a presença do médico cooperado.

Consideramos também que outra importante linha de pesquisa a ser desenvolvida nessa perspectiva das mudanças evidenciadas, mas em direção diferente, será investigar como as práticas produzidas a partir da experiência desses profissionais no PMBB produziram também mudanças subjetivas e objetivas nesses profissionais, com efeitos em seus saberes e práticas, ao retornarem ao seu País de origem e, do mesmo modo, também analisar tais efeitos em profissionais que compartilharam experiências nas equipes com esses médicos nos municípios brasileiros. Esta linha de investigação trará um olhar para a experiência dos sujeitos implicados nas mudanças identificadas e poderá contribuir para orientar a educação permanente de profissionais, tanto cooperados como brasileiros.

Evidenciamos, também, como pontos a serem melhor investigados em estudos futuros, a distribuição territorial dos médicos cooperados e sua interface com as mudanças dos indicadores, principalmente o ICSAP (Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária) nos espaços territoriais. Foram identificados profissionais do PMMB em grandes capitais, porém em áreas de difícil provimento, pois são áreas de periferia, distantes do centro urbano, mostrando que, mesmo em grandes cidades, há bolsões de grandes vulnerabilidades e desigualdade social. Em tais áreas de difícil provimento e fixação do profissional médico, o médico cooperado foi muito bem aproveitado e aceito pela população, a qual há muito carecia de um profissional dessa categoria.

Também como objeto de importância para futuras pesquisas, sugerimos investigar o incremento da cobertura da atenção básica nos espaços em que os cooperados foram integrados às equipes da ESF. Seria muito importante procurar analisar se houve um aumento real de cobertura desse profissional

ou se esse incremento no indicador se deu através de substituição de mão de obra e, ainda, se esta foi motivada pela necessidade secular da APS em ter a atuação de profissionais médicos com capacidade técnica e ética, demonstrando dedicação, comprometimento e disponibilidade de tempo para cumprimento da carga horária devida e acordada pela PNAB.

Importante também destacar que, ao longo dos três anos, houve um incremento da adesão dos médicos brasileiros a cada novo edital lançado. Isso, do ponto de vista de supervisão, monitoramento e gestão do programa, gerou rearranjos e adaptações que são inerentes ao perfil do profissional brasileiro, mas que este, ao entrar na lógica do programa e ao aderir às condicionalidades do PMMB, passou a ter comportamento mais próximo daquele que é identificado em médicos cooperados.

Por fim, reconhecemos que há importantes lacunas no conhecimento a respeito do processo de implantação de uma política de provimento com as características que tem o Programa Mais Médicos. Surpreendentemente, o Brasil parece estar na vanguarda da produção científica sobre este tema, uma vez que não foram identificadas produções acadêmicas a respeito dos programas de provimento a partir de estratégias de colaboração em nível internacional. Há que se destacar a relevância da iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde em fomentar estudos e pesquisas, realizados a partir de diferentes abordagens metodológicas e com distintos graus de abrangência, a respeito do processo de colaboração internacional no provimento emergencial de médicos no Brasil. Tais estudos, como destacado anteriormente, pavimentarão as experiências futuras e consolidarão o registro da memória desta importante iniciativa para a Saúde Pública brasileira.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2007;12(2):455-64.

Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface (Botucatu)* 2004; 8(14):73-92.

Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. *Diário Oficial da União* nº 170. 21 set. 2011.

Brasil. Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. *Diário Oficial da União*. 8 jul. 2013.

Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 23 out. 2013.

Brasil. Tribunal de Contas de União (TCU). Relatório: auditoria operacional. Fiscalização de orientação centralizada – FOC. Programa Mais Médicos. Projeto Mais Médicos para o Brasil. Grupo I, Classe V. TC nº 005.391/2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. 128 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Mais Médicos: resultados para o País. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/resultados-para-o-pais>. Acessado em: out. 2015b

Campos GWS, Pereira Júnior N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21(9):2655-63.

Carrer A, Toso BRGO, Guimarães ATB, Conterno JR, Minosso KC. Efetividade da Estratégia Saúde da Família em unidades com e sem Programa Mais Médicos em município no oeste do Paraná, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21(9):2849-60.

Carvalho, M.S.; Sousa, M.F. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? *Interface (Botucatu)* 2013;17(47):913-26.

Cecílio LCO, Matsumoto NF. Uma taxonomia para necessidades de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, Ferla AA (Orgs) *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade*. Rio de Janeiro: EDCS; IMS-UERJ, CEPESQ, 2006. P 37-50.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: Mattos RA, Pinheiro R (Orgs). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. p113-126

Comes Y, Trindade JS, Pessoa VM, Barreto ICHC, Shimizu HE, Arruda CAM, Santos LMP. A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21(9):2729-38.

Cyrino EG. Mais Médicos: a Brazilian program in an international perspective. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(54):623-34.

Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch. Pathol. Lab Med.* 1990; 114(11):1115-18.

Facchini LA, Batista SR, Silva Jr AG, Giovanella L. O Programa Mais Médicos: análises e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21(9): 2652.

Fertonani HP, Pires DE, Biff D, Scherer MDA. Modelo Assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva* 2015; 20(6):1869-78.

Finfgeld DL. Metasynthesis: the state of the art – so far. *Qualitative Health Research* 2003; 13(7): 893-904.

Forrest CB, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. *Am J Public Health* 1998; 88(9):1330-6.

Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev. Latinoam. Enfermagem* 2005; 13(2): 262-268.

Freitas WRS, Jabbour ECJC. Utilizando estudo de caso(s) como estratégia de pesquisa qualitativa: boas práticas e sugestões. *Estudo & Debate* 2011; 18(2); 7-22.

Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AL. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p.575-625.

Girardi SN, Carvalho CL, Pierantoni CR, Costa JO, Stralen ACS, Lauer TV, David CB. Avaliação do escopo de práticas dos médicos participantes do Programa Mais Médicos e Fatores Associados. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21(9): 2739-48.

Girardi SN. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21(9): 2675-84.

Gonçalves RF, Sousa IMC, Tanaka OY, Santos CR, Brito-Silva K, Santos LX, Bezerra AFB. Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21(9):2815-24.

Heimman LS, Ibanhes LC, Boaretto RC, Castro IEN, Telesi Junior E, Cortizo CT, Fausto MCR, Nascimento VB, Kayano J. Atenção Primária em Saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na região metropolitana de São Paulo. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2011; 16(6): 2877-87.

Kastrup V, Passos E, Escóssia L. Pistas do método cartográfico. Porto Alegre: Sulina, 2009.

Kemper ES, Mendonça AVM, Sousa MF. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21(9):2785-96.

L'Abatte S, Mourão LC, Pezzato L (orgs.). Análise Institucional e saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2013.

Lima RTS, Fernandes TG, Balieiro AAS, Costa FS, Schramm JMA, Schweickardt JC, Ferla AA. Atenção Básica no Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21(9): 2685-96.

Machado CV, Baptista TWF, Lima LD (Orgs). Políticas de Saúde no Brasil, continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. 324p.

Machado CV, Baptista TWF, Nogueira CO. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27(3):521-532.

Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface - Comunic Saúde Educ.* 2010; 14(34):593-605.

Mendes EV. A construção social da atenção primária a saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, 2015. 193p.

Mendes EV. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a construção da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neo-liberal. In: Mendes EV (Org). Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema Único de Saúde. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO;1993.p19-21.

Mendes EV. As redes de atenção a saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. 549p.

Mendes EV. Atenção Primária à Saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

Merhy EE O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

Merhy EE. Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

Noronha JC, Soares LT. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva* 2001; 6(2):445-50.

Oliveira JPA, Sanchez MN, Santos LMP. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21(9):2719-27.

Organização Mundial da Saúde. Atención Primaria de Salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1978. 38p.

Organização Pan-Americana da Saúde. Implementação do Programa "Mais Médicos" em Curitiba. Experiências inovadoras e lições aprendidas. Brasília, DF: OPAS, 2015. 68p. (Série Estudos de Caso Sobre o Programa Mais Médicos 1).

Organização Pan-Americana da Saúde. Programa Mais Médicos para o Brasil no município do Rio de Janeiro: mais acesso, equidade e resolutividade na APS. Brasília, DF: OPAS, 2016. 82p. (Série Estudos de Caso Sobre o Programa Mais Médicos 2).

Organização Pan-Americana da Saúde. Estudo de caso do Programa Mais Médicos no Rio Grande do Norte: caminhos percorridos, produções e criações de conhecimento no Semiárido Potiguar. Brasília, DF: OPAS, 2016. 73p. (Série Estudos de Caso Sobre o Programa Mais Médicos 3).

Organização Pan-Americana da Saúde. Atenção à saúde em municípios de pequeno porte do Maranhão: efeito do Programa Mais Médicos. Brasília, DF: OPAS, 2016. 78p. (Série Estudos de Caso Sobre o Programa Mais Médicos 4).

Organização Pan-Americana de Saúde. Nota da OPAS/OMS no Brasil sobre o Projeto Mais Médicos. Brasília: OPAS, 2015. Disponível em <http://goo.gl/JT6ySD>. Acessado em julho de 2016.

Organização Pan-Americana de Saúde. OPAS e instituições brasileiras debatem divulgação de resultados do programa Mais Médicos. Disponível em <https://goo.gl/5FtcMu>. Acessado em janeiro de 2017.

Pinheiro R, Ferla AA, Silva Júnior, AGA. A integralidade na atenção à saúde da população. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 2(2):343-49.

Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESQ-ABRASCO, 2006.

Silva BP, Stockmann D, Lúcio DS, Henna E, Rocha MCP, Junqueira FM. Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo: reflexão do Programa Mais Médicos. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21(9):2900-5.

Silva TRB, Vale e Silva J, Pontes AGV, Cunha ATR. Percepção dos usuários sobre o Programa Mais Médicos no município de Mossoró. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21(9): 2861-69.

Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

Terra LSV Borges FT, Lidola M, Hernández SS, Millán JIM, Campos GWS. Análise da experiência de médicos cubanos numa metrópole brasileira segundo o Método Paideia. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21(9):2825-36.

United Nations Office for South-South Cooperation. *Good Practices in South-South and Triangular Cooperation for Sustainable Development*. United Nations, 2016. 140p.



APÊNDICE 1

SÍNTESE DA MATRIZ DE ANÁLISE DOS ESTUDOS DE CASO

PMM

CARACTERÍSTICAS DO PMM

COBERTURA

MÉDICOS COOPERADOS RESPONDEM PELA MAIOR PARCELA. A CONTRIBUIÇÃO DO PMM NA COBERTURA GERAL DA APS É VARIÁVEL.

ADESÃO

SE DEU GERALMENTE NO INÍCIO DO PROGRAMA, EM 2013, POR INICIATIVA DAS GESTÕES MUNICIPAIS E EM UM DELES COORDENADO PELO ESTADO.

MOTIVAÇÃO

VAZIOS ASSISTENCIAIS, NECESSIDADE DE COBERTURA EM ÁREAS COM DIFICULDADE DE FIXAÇÃO DO MÉDICO E A ALTA ROTATIVIDADE.

CONTEXTO

APS

MODELO DE APS

COBERTURA

TAXAS VARIÁVEIS DE COBERTURA, EM GERAL OS MUNICÍPIOS DE MENOR PORTE TÊM MAIOR COBERTURA.

MODELO

PREDOMINANTEMENTE MODELO MISTO, EM QUE CONVIVEM UBS COM ESF E UBS COM MODELO TRADICIONAL.

CONTEXTO



PERFIL DEMOGRÁFICO, SOCIOECONÔMICO E EPIDEMIOLÓGICO

CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

PERFIL DE DOENÇAS CARACTERÍSTICO DE MUNICÍPIOS DO INTERIOR E DE CAPITALS.

IDH

IDH VARIOU DE “BAIXO” EM MUNICÍPIOS DO INTERIOR A “ALTO” E “MUITO ALTO” NAS CAPITALS.

EXPECTATIVA DE VIDA

CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS DIVERSAS. EM GERAL, OS MUNICÍPIOS DE MENOR PORTE E DO INTERIOR APRESENTAM OS PIORES INDICADORES.

POPULAÇÃO/ÁREA

DIFERENTES CARACTERÍSTICAS POPULACIONAIS. DUAS CAPITALS NO SUDESTE E UMA NO SUL E MUNICÍPIOS DE PEQUENO A MÉDIO PORTE NO INTERIOR.

CONTEXTO



CONTEXTO GEOGRÁFICO

ÁREA RURAL EM APENAS UM DOS ESTUDOS. NAS CAPITALS, SOMENTE ÁREA URBANA.



ESTRATÉGIA DE ANÁLISE

PRINCIPALMENTE A TRIANGULAÇÃO DE TÉCNICAS ENVOLVENDO DADOS DOS GRUPOS FOCAIS E ENTREVISTAS INDIVIDUAIS.



COLETA DE DADOS

DADOS SECUNDÁRIOS

UTILIZADOS PARA A DESCRIÇÃO DOS MUNICÍPIOS. EM DOIS DELES, COMPLEMENTARAM A DISCUSSÃO DOS EFEITOS DO PMMB.

VISITAS DE OBSERVAÇÃO

VISAVA CONHECER OS DIVERSOS CENÁRIOS, ANALISAR INFRAESTRUTURA, PROCESSO DE TRABALHO E PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS.

MÉTODO



ENTREVISTAS / GRUPOS FOCAIS

GRUPOS FOCAIS EM TRÊS ESTUDOS E ENTREVISTAS INDIVIDUAIS EM CINCO. OS GRUPOS DE INTERESSE EM GERAL FORAM PROFISSIONAIS, GESTORES E USUÁRIOS.



AMOSTRAGEM

UBS SELECIONADAS A PARTIR DE DIFERENTES CRITÉRIOS. EM CADA ESTUDO, ENTRE 20 E 40 PESSOAS ENTREVISTADAS.

MÉTODO



CATEGORIAS DE ANÁLISE

CATEGORIAS RELATIVAS AOS ATRIBUTOS DA APS E À CADEIA DE VALOR DO PMMB, DEFINIDAS PREVIAMENTE OU APÓS ANÁLISE.



MARCO TEÓRICO

INTERNACIONAL: APS; NACIONAL: PNAB E ESF. STARFIELD COMO REFERÊNCIA TEÓRICA PREDOMINANTE.

OBJETIVO

IDENTIFICAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS, CONDICIONANTES QUE PRODUZIRAM EXPERIÊNCIAS EXITOSAS E LIÇÕES APRENDIDAS.

CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS

REFERÊNCIA TEMPORAL

DE 2013 A 2016, DEPENDENDO DE QUANDO O ESTUDO FOI REALIZADO.

UNIDADE DE ANÁLISE

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE COM A PRESENÇA DE MÉDICO DO PMMB. CRITÉRIOS BASEADOS EM QUESTÕES PRÓPRIAS DE CADA ESTUDO.

CLASSIFICAÇÃO

DOIS ESTUDOS DE CASO ÚNICO E QUATRO ESTUDOS DE CASOS MÚLTIPLOS.

SUSTENTABILIDADE DA INTERVENÇÃO

PELO FATO DO PROVIMENTO SER TEMPORÁRIO, GERA INDEFINIÇÃO SOBRE A CONTINUIDADE DAS MUDANÇAS NO MODELO.

MUDANÇA NO PARADIGMA DA FORMAÇÃO

MAIS RELACIONADA AO EIXO DA FORMAÇÃO, O QUAL PODERIA SE BENEFICIAR DO "EFEITO DEMONSTRAÇÃO" DADO PELOS MÉDICOS COOPERADOS.

FORTALECIMENTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

O PMM É UM ELEMENTO CATALISADOR, "VITAMINA" PARA O FORTALECIMENTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE.

QUALIDADE DA APS E SUA RESOLUTIVIDADE CLÍNICA**RESOLUTIVIDADE**

O PMM TORNA A APS MAIS RESOLUTIVA, DIMINUINDO O NÚMERO DE ENCAMINHAMENTOS PARA OS DEMAIS NÍVEIS DE ATENÇÃO.

TRABALHO EM EQUIPE

INTERCÂMBIO DE EXPERIÊNCIAS, VALORIZAÇÃO DAS REUNIÕES DE EQUIPE, TRABALHO AINDA CENTRADO NA LIDERANÇA DO MÉDICO.

COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO

MAIS QUALIDADE NAS REFERÊNCIAS E PEDIDOS DE EXAMES. INFLUENCIADO POR DIFICULDADES DE FLUXO E ESTRUTURA DA REDE.

LONGITUDINALIDADE

MAIOR APORTE REGULAR DE CUIDADOS PRESTADOS À POPULAÇÃO POR EQUIPES COM PROFISSIONAIS COOPERADOS.

INTEGRALIDADE

AMPLIAÇÃO DA OFERTA DE AÇÕES DE SAÚDE NA UFS E EM VISITAS DOMICILIARES COM ENCAMINHAMENTOS APROPRIADOS.

VÍNCULO

ESTE ATRIBUTO É INCREMENTADO QUANDO SÃO IMPLEMENTADAS PRÁTICAS COMO O ACOLHIMENTO COM A ESCUTA QUALIFICADA.

ACESSO/PRIMEIRO CONTATO

ACESSO E O PRIMEIRO CONTATO FORAM AMPLIADOS COMO CONSEQUÊNCIA IMEDIATA DO PROVIMENTO DOS MÉDICOS NAS UNIDADES.

MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

AVALIAÇÃO PRATICAMENTE AUSENTE NOS ESTUDOS, DEVIDO AO CURTO TEMPO DE AVALIAÇÃO.

SATISFAÇÃO E ACEITAÇÃO DA POPULAÇÃO

ACEITAÇÃO E A BOA AVALIAÇÃO DOS MÉDICOS É UNÂNIME EM TODOS OS ESTUDOS, PELA ABORDAGEM HUMANIZADA E ESTABELECIMENTO DE VÍNCULO.

REDUÇÃO DE DESIGUALDADES

AUMENTO DO ACESSO PELA FIXAÇÃO DO MÉDICO EM ÁREAS ANTES DESASSISTIDAS E POR ESTE PERMANECER MAIS TEMPO NO LOCAL.



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



BRASIL
GOVERNO FEDERAL