

O PROGRAMA MAIS MÉDICOS E SUA CONTRIBUIÇÃO NA ATUAÇÃO DAS EQUIPES DO PMAQ-AB: O CASO DA REGIÃO NORTE DO BRASIL

THE MAIS MÉDICOS PROGRAM AND THEIR CONTRIBUTION TO THE PERFORMANCE OF THE PMAQ-AB TEAMS: THE CASE OF THE NORTHERN REGION OF BRAZIL

Suzana Gilioli da Costa Nunes **1**

Ana Luísa dos Santos Azevedo **2**

Luiz Sinésio Silva Neto **3**

Resumo: A saúde pública consolida-se como um direito humano que deve ser garantido à população, independentemente de fatores políticos e/ou econômicos. Entre os principais entraves ao acesso e a qualidade da saúde no Brasil está a escassez de profissionais de saúde, principalmente em áreas geograficamente remotas e em situação de vulnerabilidade socioeconômica. Procurando solucionar estes problemas, foram desenvolvidos programas como o Mais Médicos (PMM) e o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). No entanto, apenas o aumento quantitativo de profissionais e unidades de atendimento não é sinônimo de qualidade e garantia de acesso à saúde. Dessa forma, o presente trabalho teve como objetivo avaliar o desempenho de 1.831 Equipes de Saúde da Família, com e sem profissional do PMM, na melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica na Região Norte do Brasil, a partir de dados do terceiro ciclo do Programa. Para tal, foram avaliados 21 indicadores do PMAQ. Para a análise dos dados foram calculadas as médias, desvio padrão e percentual médio de cada indicador, para o grupo avaliado, após os resultados foram comparados por meio de estatística descritiva. Os resultados demonstraram que, por vezes, apenas a presença de uma equipe de saúde da família não assegura o atendimento da população de abrangência, mesmo quando verificada a presença de profissionais do PMM. Os baixos níveis de certificações apontam possíveis falhas na gestão do PMAQ, especialmente na integração dos profissionais nas ações do Programa que garantem uma boa avaliação das equipes.

Palavras-chave: Saúde Pública. Mais Médicos. PMAQ.

Abstract: Public health is consolidated as a human right that must be guaranteed to the population regardless of political and/or economic factors. Among the main barriers to access and quality of health in Brazil is the shortage of health professionals, especially in geographically remote areas and in a situation of socioeconomic vulnerability. Seeking to solve these problems, programs such as Mais Médicos (PMM) and the Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) were developed. However, only the quantitative increase of professionals and care units is not synonymous with quality and guaranteed access to healthcare. Thus, this study aimed to evaluate the performance of 1,831 Family Health Teams, with and without a PMM professional, in improving access and quality of primary care in the Northern Region of Brazil, based on data from the third cycle from the program. To this end, 21 PMAQ indicators were evaluated. For data analysis, the means, standard deviation and mean percentage of each indicator were calculated for the group evaluated, after which the results were compared using descriptive statistics. The results showed that, sometimes, just the presence of a family health team does not ensure the care of the population covered, even when the presence of PMM professionals is verified. The low levels of certification indicate possible failures in the management of the PMAQ, especially in the integration of professionals in the Program's actions, which ensure a good evaluation of the teams.

Keywords: Public Health. More Doctors. PMAQ.

- 1** Doutora em Administração de Empresas pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. Mestre em Gestão da Qualidade Total pela Universidade Estadual de Campinas. Graduada em Administração pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás e professora na Universidade Federal do Tocantins. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0463372631179918>. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3173-2998>. E-mail: suzanagilioli@yahoo.com.br
- 2** Mestre em Gestão de Políticas Públicas pela Universidade Federal do Tocantins. Graduada em Administração pela Faculdade Projeção. Lattes: <https://lattes.cnpq.br/4947892426632633>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8786-0473>. E-mail: luisasa.ana@gmail.com
- 3** Doutor em Ciência Tecnologias e Saúde pela Universidade de Brasília, Mestre em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília, Graduado em Educação Física pela Universidade Luterana do Brasil. Professor na Universidade Federal do Tocantins. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0239885769879636>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3182-7727>. E-mail: luizneto@uft.edu.br

Introdução

A saúde é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OPAS, 2018, p. 16). Dessa forma, a saúde pública é um direito humano que deve ser preservado e promovido pela sociedade, independente dos fatores socioeconômicos e/ou políticos (SCARATTI, 2007). Neste contexto, a Constituição Federal (CF) de 1988 transforma a saúde em direito de cidadania e origina o processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), posteriormente regulamentado em 19 de setembro de 1990 por meio da Lei 8.080 (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

No Brasil, além das disparidades vinculadas a má distribuição de profissionais da saúde entre áreas urbanas e rurais, capitais e interior, está também mapeado a má distribuição entre as diferentes regiões do país. Prevalecendo uma concentração nas regiões Sudeste e Sul (SILVEIRA; PINHEIRO, 2014). Segundo Scheffer (2013), o país contava neste ano com uma razão dois médicos por mil habitantes, inferiores a outros países. Além disso, o autor destaca a má distribuição por região, variando de 2,67 médicos por mil habitantes no Sudeste a 1,01 na Região Norte. A região é a que possui os piores indicadores, com todos os estados abaixo de 1,4 médicos por mil habitantes, e suas capitais estão entre as piores do Brasil. Esses números evidenciam um panorama de maior vulnerabilidade, com importantes dificuldades no acesso a médicos na região, associado a uma realidade complexa, em que predomina uma grande extensão de floresta intocada e rios caudalosos, com longas distâncias e dificuldades de transporte, numa área que ocupa 45% do território brasileiro e onde 30% da população vive em meio rural (SILVEIRA; PINHEIRO, 2014).

Diante do exposto, no mundo todo formuladores de políticas públicas têm buscado ações que solucionem o desafio da escassez de profissionais de saúde. Países como Estados Unidos, Japão, México, entre outros, têm adotado estratégias como serviço civil obrigatório em áreas desassistidas, convocação de estudantes de medicina, programas de visto e bolsas (VUJICIC et al., 2010). No Brasil, também foram apresentados à população ao longo dos anos diversos programas para suprir a necessidade de profissionais médicos nos estados e municípios, surgindo no ano de 2013 o Programa Mais Médicos (PMM).

O PPM tem por finalidade recrutar profissionais graduados no Brasil e fora do país, brasileiros e estrangeiros, por meio de editais de adesão no site do programa, para atuar nas áreas com maior necessidade e garantir à população o direito concreto e cotidiano ao acesso universal aos serviços de saúde. Esses profissionais participam de atividades de educação e de integração ensino-serviço, para que desenvolvam uma atenção à saúde de qualidade de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Apesar dos sete anos de implantação do PMM, comemorado no ano de 2020, muitas ainda são as dúvidas sobre seus efeitos no acesso, cobertura e equidade; na integralidade e longitudinalidade; nas mudanças do processo de trabalho e modelo de atenção; na satisfação dos usuários; e na intersetorialidade. Para tal, o Ministério da Saúde tem implementado ações de monitoramento e avaliação de processos e resultados, como o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), entre outros. Estas ações reconhecem a qualidade dos serviços de saúde ofertados à sociedade brasileira e estimulam a ampliação do acesso nas diversas realidades existentes no país.

Nesse contexto, foi criado o Programa Nacional para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica e permitindo, por meio de um conjunto de estratégias, acompanhar e avaliar o trabalho das equipes de saúde da atenção básica, bem como construir parâmetros de comparação entre as equipes, considerando-se as diferentes realidades. Dessa forma, por meio dos resultados da avaliação de desempenho das equipes de saúde no PMAQ-AB, é possível avaliar a participação, ou não, do Programa Mais Médicos na melhoria do processo de trabalho das equipes de atenção básica, e também na ampliação do acesso e da qualidade dos serviços ofertados à população brasileira.

Conforme dados da Secretaria de Atenção à Saúde, a avaliação de políticas em programas de saúde no Brasil tem se instituído como um mecanismo de resultados e monitoramento, que ampara os processos decisórios, respaldando a identificação de problemas, reorientando ações,

avaliando a possibilidade de novas práticas e aferindo o impacto das ações no serviço de saúde (BRASIL, 2015). Para Herrera (2018), a avaliação em saúde no Brasil é um campo ainda em ascensão, ocorrendo principalmente após a Constituição de 1988 e como resultado das iniciativas recentes em políticas públicas. Para a autora, esta prática de avaliação em saúde tem sido importante para melhorar e fortalecer seus arranjos institucionais, e tem sido estimulada principalmente por instituições vinculadas ao SUS. No entanto, o processo de avaliação da qualidade dos serviços de saúde ainda encontra-se incipiente, em permanente construção conceitual e metodológica sendo fundamental para reforçar os pontos positivos e de sucesso, bem como repensar pontos que não estejam atendendo aos preceitos do SUS (HERRERA, 2018).

Assim, o presente trabalho tem como objetivo verificar se a presença de profissionais do Programa Mais Médicos nas equipes de saúde da família contribui para a melhora dos indicadores do PMAQ-AB.

Metodologia

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa avaliativa, de abordagem quantitativa, através de estudo multicêntrico, que tem como objetivo comparar resultados da atuação das equipes da família, com e sem médico do PMM, baseada nos indicadores do PMAQ-AB. Para tal, foram utilizados os dados secundários obtidos a partir dos resultados do último ciclo (3º Ciclo – 2017/2018) do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade e do Programa Mais Médicos, considerado as Equipes de Saúde da Família com e sem médicos do PMM na Região Norte do Brasil.

No que tange a população alvo, o estudo teve como referência 1.831 equipes de ESF avaliadas no terceiro ciclo PMAQ, na Região Norte do país, nos anos de 2017 e 2018 (Tabela 1), sendo eliminadas das análises as equipes que não aderiram ao PMAQ ou não completaram alguma de suas fases, como por exemplo a Avaliação Externa. A escolha da Região Norte como objeto de estudo se deu em virtude desta região apresentar as menores proporções entre população e número de médicos do país.

De acordo com Garnelo et al (2018), análises das regiões de saúde na Amazônia legal mostram baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 46% delas e apontam que as políticas de saúde do governo federal para a região padecem de baixa institucionalidade, descontinuidade e limitada sensibilidade às especificidades regionais. Tais fatores justificam a escolha da Região Norte como objeto de análise do presente trabalho.

Tabela 1. Número de equipes ESF analisadas.

TIPO DE EQUIPE	NÚMERO DE EQUIPES
Equipes sem Mais Médicos (SPMM)	1.211
Equipes com Mais Médicos (EPMM)	620
TOTAL	1.831

Fonte: Elaborado pelos autores.

Em relação à coleta dos dados, utilizou-se como fonte o Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP) do Ministério da Saúde, do qual foram retiradas as informações referentes ao PMM; Indicadores de Avaliação do 3o ciclo do PMAQ; dados referentes ao Módulo II da segunda fase da Avaliação Externa do 3o ciclo do PMAQ; e a certificação de cada equipe quanto ao seu desempenho. Dessa forma, para o desenvolvimento das análises, foram selecionados indicadores do PMAQ e da Avaliação Externa do PMAQ que dizem respeito ao acesso e continuidade do cuidado, coordenação do cuidado, resolutividade e abrangência da oferta de serviços, satisfação do usuário, entre outros.

Os indicadores selecionados foram agrupados e categorizados em cinco categorias de análises, como mostra o Quadro 1 a seguir.

Quadro 1. Categorias de análise e indicadores avaliados.

CATEGORIAS DE ANÁLISE	INDICADORES
Características de atendimento das equipes	Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante; Percentual de atendimento de demanda espontânea; Percentual de atendimento de consulta agendada; Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada; Percentual de serviços ofertados pela equipe de atenção básica; Percentual de encaminhamento para serviço especializado.
Territorialização e População Atendida	Existência de definição da área de abrangência da equipe; Existência de população descoberta pela atenção básica no entorno do território de abrangência da equipe; Critérios de risco e vulnerabilidade para a definição da quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe; Identificação de famílias elegíveis e encaminhamento para cadastramento no Programa Bolsa Família; Atendimento para população rural, indígena e/ou comunidades tradicionais.
Satisfação do usuário	Avaliação de satisfação do usuário; Canais de comunicação que permitem aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões sobre o serviço da UBS; Discussão interna e com a gestão sobre demandas e reclamações do usuário; Conselho Local de Saúde na unidade de saúde ou outros espaços de participação popular.
Promoção a saúde	Desenvolvimento de ações de promoção à saúde; Desenvolvimento de ações de apoio ao autocuidado; Promoção da cultura de paz e dos direitos humanos; Mobilização da população adscrita para discussão de questões de saúde que afetam à coletividade; Promoção Desenvolvimento Sustentável. Participa da equipe no Programa Saúde na Escola.
Certificação das Equipes	Ótimo Muito Bom Bom Regular Ruim Insatisfatório Desclassificada

Fonte: Elaborado pelos autores

Ademais, foram considerados como critérios de análise a certificação das equipes do PMAQ, sendo usadas as categorias: ótimo, muito bom, bom, regular, ruim, insatisfatório e desclassificado, como descrito na Figura 1, a seguir. Para esta classificação, são considerados os padrões de qualidade integrantes das seguintes dimensões: Gestão para o Desenvolvimento da Atenção Básica, Estrutura e Condições de Funcionamento da Unidade Básica de Saúde (UBS); Valorização do Trabalhador, Acesso e Qualidade da Atenção e Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do Usuário.

Figura 1. Descrição das categorias de certificação das equipes PMAQ 3o ciclo.

Categorias de desempenho	Intervalo	Descrição da classificação
Ótimo	≥ 8	Equipes com 90% ou mais de cumprimento de padrões essenciais com pontuação maior ou igual a 8 e que cumprem 50% ou mais de padrões estratégicos.
Muito bom	> 7 até 7,99	Equipes com 90% ou mais de padrões essenciais e com pontuação maior que 7 e menor que 8 pontos, ou Equipes com 90% ou mais de cumprimento de padrões essenciais com pontuação maior ou igual a 8 que NÃO cumprem 50% ou mais de padrões estratégicos.
Bom	> 6 até 7	Equipes com 90% ou mais de cumprimento de padrões essenciais com pontuação maior que 6 até 7 pontos.
Regular	> 4 até 6	Equipes com 90% ou mais de cumprimento de padrões essenciais com pontuação maior que 4 e até 6 pontos.
Ruim	0 até 4	Equipes com 90% ou mais de cumprimento de padrões essenciais com pontuação até 4 pontos, ou Equipes que NÃO cumprem com 90% dos padrões essenciais.
Insatisfatória	-	Equipes que não cumpriram os compromissos assumidos na adesão.
Desclassificada	-	Equipes que se recusaram a realizar a avaliação externa ou equipes AB/SB que não possuíam cadeira odontológica.

Fonte: DAB/MS

No que tange à análise dos dados, estes foram tabulados e analisados com auxílio do *software* Microsoft Excel. No primeiro momento, foram selecionados apenas os dados referentes à avaliação das equipes da ESF e do Programa Mais Médicos da Região Norte do país. Através dos dados de identificação das equipes (CNE e INE) estas foram subdivididas em: I) Equipes com membros participantes do Programa Mais Médicos (EPMM); II) Equipes sem membros participantes do Programa Mais Médicos (SPMM).

Vale ressaltar que do total médio de equipes ESF (3.402 equipes) atuantes na Região Norte nos anos de 2017 e 2018, foram analisados apenas os dados referentes aos 300 municípios que aderiram ao PMAQ, bem como foram eliminadas as equipes que não responderam ao módulo II da Avaliação Externa do PMAQ. Ou seja, 1.571 equipes não foram avaliadas por fazerem parte dos 150 municípios que não aderiram ao PMAQ e/ou por não terem respondido ao módulo II da Avaliação Externa do PMAQ.

Após a categorização das Equipes da Saúde da Família, como supracitado, foi então realizada a análise dos indicadores de cada categoria de análise, previamente estabelecidas: Características de Atendimento das Equipes; Territorialização e População Atendida; Satisfação do Usuário; Promoção a Saúde e Certificação das Equipes.

Para a análise dos indicadores qualitativos da Avaliação Externa PMAQ, as respostas foram adaptadas a uma escala ordinal, onde:

- 3 = equivale ao desenvolvimento das ações avaliadas pela equipe analisada;
- 2 = equivale ao não desenvolvimento das ações avaliadas pela equipe analisada;
- 1 = equivale a equipe que não respondeu à questão em análise ou não se aplica.

Ou seja, quanto mais próxima de 3 a média do indicador, mais equipes desenvolveram ações referente ao indicador analisado, já quanto mais próximo de 2 maior o número de equipes que não desenvolveram nenhum tipo de ação referente ao indicador avaliado e, se inferior a 2 maior é o número de equipes que não responderam à questão proposta ou não se aplica a equipe.

Seguida da transição das respostas para escala ordinal, foi calculada - com o *software* Microsoft Excel, a média de cada indicador para cada categoria de análise e para cada grupo de equipe (EPMM e SPMM). É importante destacar que na categoria “Característica de atendimento das equipes” foram calculadas e analisadas as médias dos percentuais de atendimentos, serviços ofertados e encaminhamentos de cada equipe (com ou sem PMM) da região Norte, bem como

calculada a média geral dos índices de atendimento das equipes de ambos os grupos analisados.

O mesmo foi realizado para a certificação das equipes, os conceitos foram transformados em uma escala ordinal, como mostra a Tabela 2 a seguir.

Tabela 2. Escala ordinal atribuída as certificações das equipes.

CERTIFICAÇÃO	ESCALA NUMÉRICA
Ótimo	7
Muito Bom	6
Bom	5
Regular	4
Ruim	3
Insatisfatório	2
Desclassificada	1

Fonte: Elaborado pelos autores

Após a tabulação e tratamento dos dados qualitativos, os resultados foram analisados e correlacionados por meio de estatística descritiva. Para os indicadores quantitativos apresentados na categoria “caracterização de atendimento”, após sua tabulação foram calculadas as médias das porcentagens (percentual médio) de cada indicador, e após foram comparadas entre equipes com e sem PMM, bem como entre os diferentes perfis de profissionais do PMM.

Resultados e discussão

A partir dos dados analisados, foi possível identificar resultados sobre o desempenho das equipes dos municípios que aderiram ao PMAQ-AB e ao Programa Mais Médicos na Região Norte do Brasil. Foi possível observar que dos 450 municípios existentes nos sete estados que compõem esta região, 66,7% aderiram ao PMAQ-AB, ou seja, 300 municípios. Destes, 69,3% possuíam equipes formadas por profissionais do Programa Mais Médicos, como mostra a Tabela 3.

Tabela 3. Relação de municípios que aderiram ao Programa PMAQ-AB e ao Programa Mais Médicos na Região Norte do Brasil nos anos de 2017 e 2018.

UNIDADE FEDERATIVA	MUNICÍPIOS POR UNIDADE FEDERATIVA	MUNICÍPIOS QUE ADERIRAM AO PMAQ-AB	MUNICÍPIOS DO PMAQ COM PROFISSIONAIS MAIS MÉDICOS
AC	22	16	7
AM	62	62	37
AP	16	15	10
PA	144	98	74
RR	15	10	9
RO	52	46	35
TO	139	53	36
TOTAL	450	300	208

Fonte: Elaborado pelos autores

Nota-se que os estados que menos aderiram ao PMAQ, proporcionalmente, foram Tocantins, com apenas 53 municípios dos 139, e Pará com 98 dos 144 municípios. Os estados também foram as unidades federativas com menor número de profissionais do PMM, 28,02% e 26,67% respectivamente. É importante destacar que estas são unidades federativas com mais municípios na Região Norte e alta densidade demográfica, o que por vezes as torna referência em atendimento em saúde. O Pará, embora possua a pior taxa de médicos por mil habitantes (1,07), apresenta o maior número de equipes de ESF da região, com 481 equipes sem PMM e 175 equipes com PMM

avaliadas durante o 3o ciclo PMAQ. Enquanto isso, o Tocantins apresenta melhor média de médicos por mil habitantes (2,01) da Região Norte, como mostra Scheffer (2020).

Já o Amazonas, segundo estado com a menor densidade demográfica do país, teve 100% de adesão ao PMAQ, e está entre as unidades federativas do Norte com maior número de profissionais do Programa Mais Médicos, 37,66% das equipes do estado (Tabela 4), atrás apenas de Roraima, com a maior taxa de equipes com profissionais do Programa Mais Médicos (51,93%), e do Amapá (39,83%).

Tabela 4. Equipes da ESF com e sem profissionais do Programa Mais Médicos, avaliadas no 3o ciclo PMAQ, na Região Norte do Brasil.

UNIDADE FEDERATIVA	EQUIPES SEM PMM		EQUIPES COM PMM	
AC	68	64,76%	37	35,23%
AM	230	62,33%	139	37,66%
AP	74	60,16%	49	39,83%
PA	481	73,32%	175	26,67%
RR	62	48,06%	67	51,93%
RO	183	62,67%	109	37,32%
TO	113	71,97%	44	28,02%
TOTAL	1211	100%	620	100%

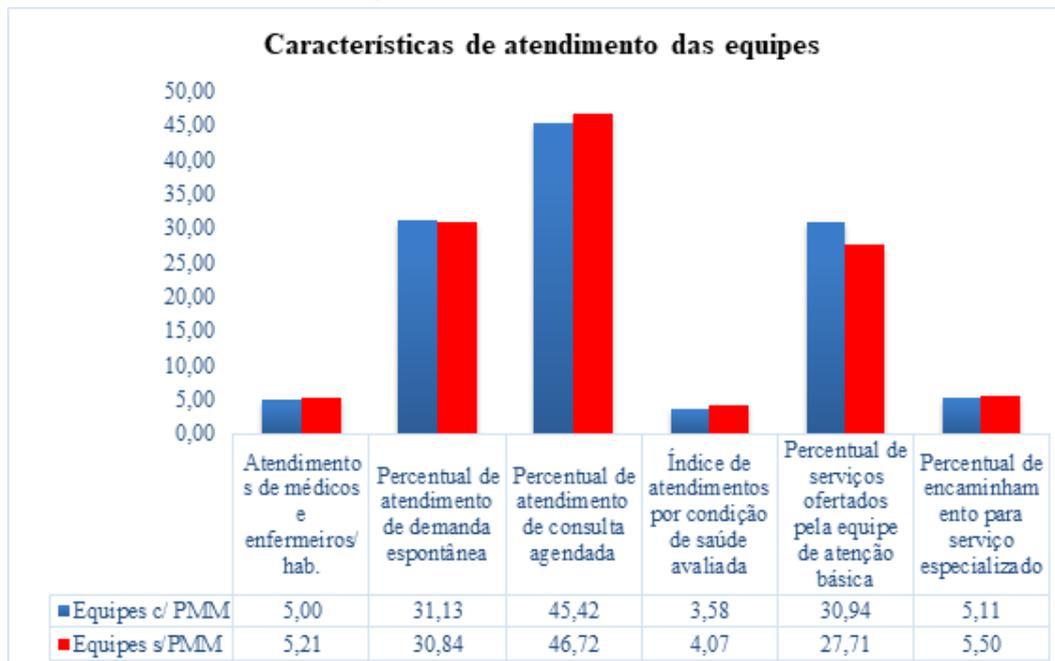
Fonte: Elaborado pelos autores

Segundo Silveira e Pinheiro (2014), a Região Norte concentra os piores índices de utilização dos serviços de saúde no país, enfrentando baixa disponibilidade de médicos (1/1000 habitantes), que é sete vezes menor que a encontrada nas capitais do Sul do país (7,1/1000). Dentre as unidades federadas do Norte, o Amazonas dispunha de menor percentual de médicos atuando no interior (6,9%) em 2013. O mesmo estado tinha, nesse mesmo ano, 2,0 médicos/1000 habitantes na capital, contra 0,2/1000 no interior (razão capital/interior de 10), valor menor apenas que o Pará, com razão capital/interior de 11,3.

Corroborando, Garnelo et al. (2018) salientam que as regiões de saúde da Amazônia Legal mostram baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 46% delas, o que demonstra que as políticas de saúde do Governo Federal para a região padecem de baixa institucionalidade, descontinuidade e limitada sensibilidade às especificidades regionais, dificultando o acesso à saúde. Ao pesquisar o acesso e a cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na Região Norte do Brasil nos anos de 2013 e 2014, os autores identificaram a concentração de equipes em certos espaços, como as sedes municipais que nos estados do Amazonas e do Acre tendem a se instalar nas margens dos grandes rios, deixando descoberta a população que vive distante dos cursos d'água. Já em estados como Pará, Rondônia e Tocantins, onde a malha viária é mais expressiva, observa-se maior presença de equipes ESF em cidades distribuídas ao longo das estradas.

No que refere-se a análise dos indicadores quantitativos da Avaliação Externa do PMAQ, correspondentes a categoria de análise "Características de atendimento das Equipes" no indicador "percentual de serviços ofertados pelas equipes de atenção básica", o primeiro grupo (EPMM) apresentou um percentual médio de 30,94% contra 27,71% da SPMM, como mostra o Gráfico 3, demonstrando uma maior diferença entre as porcentagens médias dos grupos. Já o "percentual de atendimento por consultas agendadas" mostrou-se mais efetivo nas equipes SPMM, com percentual médio de 46,72%, contra 45,42% das equipes com PMM.

Gráfico 1. Característica de atendimento das equipes com e sem profissionais PMM, avaliadas no 3o ciclo PMAQ na Região Norte do Brasil.



Fonte: Elaborado pelos autores

É importante destacar que não existe na literatura ou nos documentos referentes a Atenção Básica indicadores de referência para percentagem de atendimento das ESF. No entanto, ao se observar os percentuais médios e índices destes indicadores na região Sudeste do Brasil – região com o maior número de médicos por 100 mil habitantes, nota-se que estes, em sua maioria, apresentam médias pouco superiores aos da região Norte, com exceção do percentual médio de atendimento de consultas agendadas, que se mostrou maior na região Norte, como mostra a Tabela 5. Levando-se em consideração o quantitativo muito menor de médicos no Norte do país em relação ao Sudeste e a pouca diferença de médias entre as regiões, pode-se perceber que os indicadores referentes a categoria “características de atendimento” encontram-se adequados ao que ocorre em outras regiões do Brasil.

Tabela 5. Percentual médio e índices de atendimento das ESF na região Sudeste do Brasil.

INDICADOR	PERCENTUAL MÉDIO DAS ESF REGIÃO SUDESTE
Atend. médicos e enfermeiros/habitantes	6,80
Atend. de demanda espontânea	36,92%
Atend. de consulta agendada	43,67%
Índice de atend. por condição de saúde	3,71
Serviços ofertados pela ESF	34,41%
Encaminhamento para serviço especializado	7,74%

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados da Avaliação do 3o ciclo do PMAQ-AB (2021).

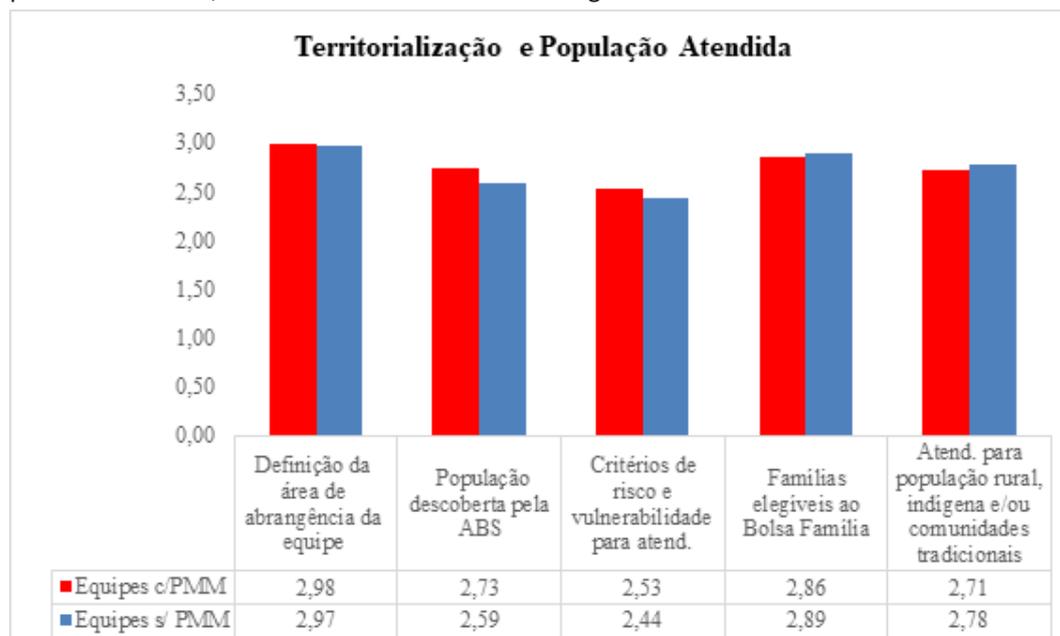
Vale salientar que, de modo geral, dos seis indicadores analisados, as equipes sem profissionais do PMM apresentaram percentual médio superior em quatro destes indicadores: “Atendimento de médicos e enfermeiros/habitante”; “Percentual de atendimento por consulta agendada”; “Índice de atendimento por condição de saúde avaliada” e “Percentual de encaminhamento para serviço especializado”. Estes resultados evidenciam uma melhor organização e gestão de atendimento por parte destas equipes, o que pode estar relacionado a fatores como o maior número de equipes; razão entre profissionais e população atendida, bem como a localização destas equipes em regiões

centrais e/ou urbanas, com menor dispersão populacional, o que facilitaria o acesso e atendimento à população. Para Garnelo et al. (2018), as limitações da organização e oferta de serviços de saúde, associam-se à baixa renda, à dispersão populacional e as grandes distâncias geográficas típicas da Amazônia. Conjugados, tais elementos resultam em barreiras ao acesso e utilização dos serviços de saúde, que penalizam particularmente as populações rurais.

Já os resultados com percentual médio superior das equipes com PMM nos indicadores “Percentual de atendimento por demanda espontânea” e “Percentual de serviços ofertados pela equipe de atenção básica” demonstram um melhor acolhimento ao usuário por parte destas equipes. Para Arruda (2018), para um bom acolhimento aos usuários da AB, ampliação da resolutividade, facilitação do acesso e promoção de uma escuta qualificada para suprir as necessidades desses usuários, as UBS devem ter seus fluxos bem definidos, mas que sejam flexíveis e adaptáveis, devem ter suas agendas programadas para grupos específicos, para atendimento de demanda dos casos agudos e para cuidado continuado programado, e toda a equipe deve saber desses fluxos e agenda, além de estar interagindo no processo.

No que diz respeito aos indicadores analisados do módulo II da Avaliação Externa do PMAQ (entrevista com as equipes), considerando a escala ordinal de 1 a 3 para o desempenho e/ou desenvolvimento das ações das equipes - sendo que quanto mais próximo a 3 maior é o número de equipes que desenvolvem ações, quanto mais próximo a 2 maior é o número de equipes que não desenvolvem nenhuma ação, e próximo a 1 refere-se a equipes que não responderam a questão correspondente ao indicador analisado - é possível identificar na categoria “Territorialização e População Atendida” um padrão semelhante de desempenho dos diferentes tipos de equipe. Ou seja, de modo geral, quatro dos cinco indicadores apresentaram média superior a 2,6 tanto para equipes com PMM e sem profissionais do PMM, demonstrando que a maioria das equipes desenvolvem ações específicas voltadas as características de cada território e população atendida. Apenas o indicador “Critérios de risco e vulnerabilidade para atendimento” teve média inferior e próximo a 2,5 para os dois grupos (EPMM e SPMM), indicando que a não observância destes pontos pelas equipes ESF, como mostra o Gráfico 2 a seguir.

Gráfico 2. Critérios de territorialização e população atendida pelas equipes com e sem profissionais PMM, avaliadas no 3o ciclo PMAQ na Região Norte do Brasil.



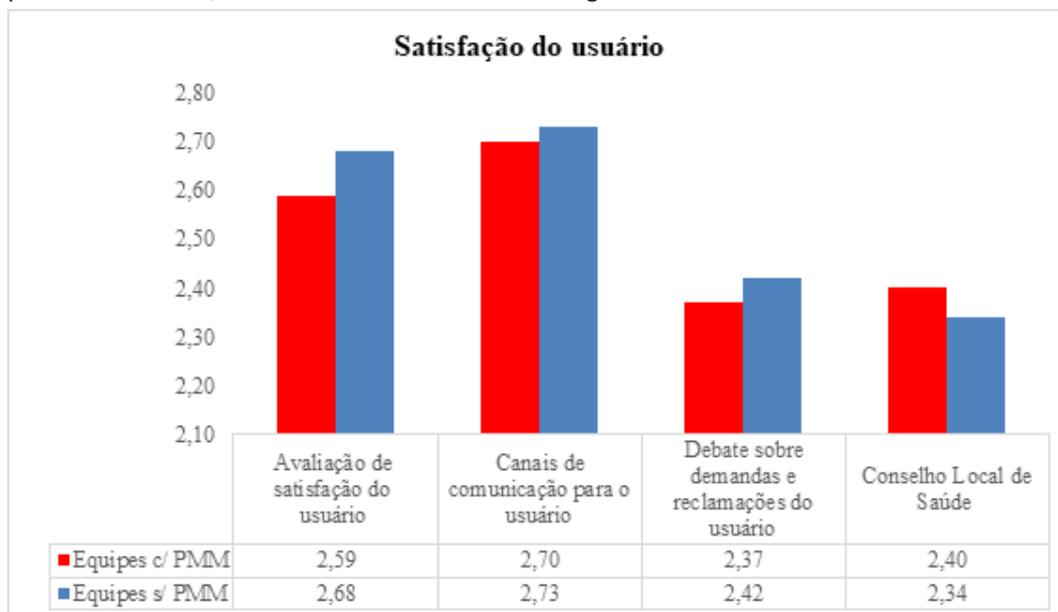
Fonte: Elaborado pelos autores

Dessa forma, nota-se que a maior parte das equipes de ambos os grupos analisados desenvolvem ações para definição da área de abrangência de atendimento; reconhecem a existência de população descoberta na área de abrangência das equipes; identificam e encaminham famílias elegíveis ao Bolsa Família, bem como atendem a população rural, indígena e/ou comunidades

tradicionais, demonstrando bom desempenho no que refere-se as singularidades dos territórios da Região Norte.

No que tange às ações das equipes para garantir a satisfação do usuário, as equipes sem profissionais do Programa Mais Médicos apresentaram, de modo geral, médias maiores às das equipes com PMM. Dentro desta categoria de análise, “Satisfação do usuário”, é importante destacar as médias abaixo de 2,50 o que demonstra que a maioria das equipes – tanto com e sem profissionais do PMM – não desenvolvem ações para medir e/ou conectar a equipe com as demandas dos usuários. Dos indicadores analisados apenas “Canais de comunicação para o usuário” teve médias igual e/ou superiores a 2,7 evidenciando que grande parte das equipes apresenta alguma forma de interação com as demandas dos usuários, como mostra Gráfico 3.

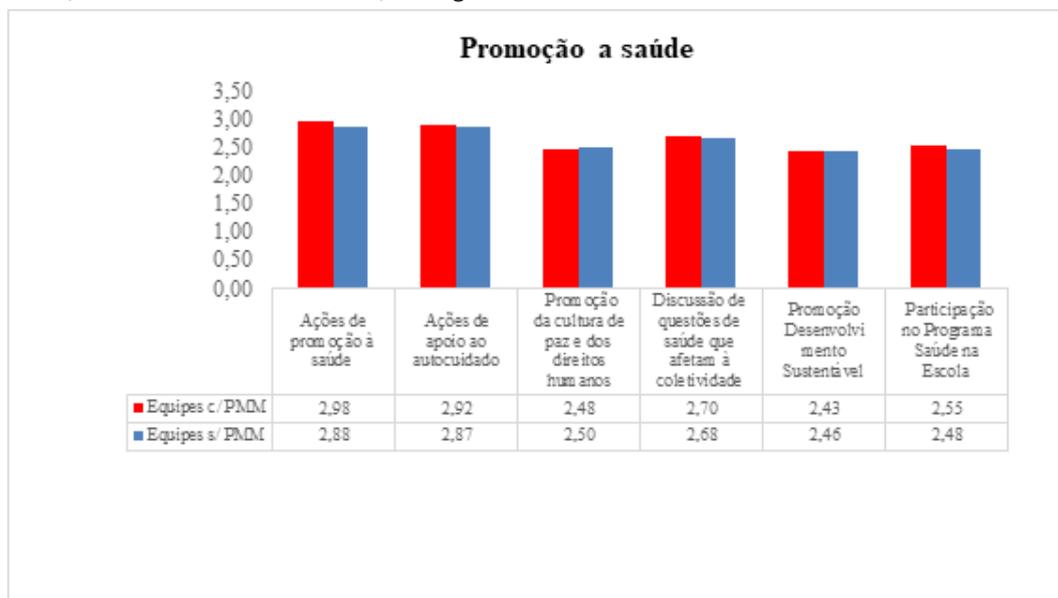
Gráfico 3. Critérios de avaliação da satisfação do usuário usados pelas equipes com e sem profissionais PMM, avaliadas no 3o ciclo PMAQ na Região Norte do Brasil.



Fonte: Elaborado pelos autores

Em relação as ações de promoção a saúde, os seis indicadores avaliados mostram similaridade entre as ações desenvolvidas pelos dois grupos de equipes da ESF. Os indicadores “Ações de promoção a saúde”, “Ações de promoção ao autocuidado” e “Discussões de questões que afetam coletividade” obtiveram médias entre 2,68 e 2,98, confirmando a adesão de ambos os grupos às ações de promoção a saúde. Já os indicadores que se referem a “Promoção da cultura da paz e dos direitos humanos”, Promoção ao desenvolvimento sustentável” e “Participação no Programa Saúde na Escola” apresentaram médias entre 2,43 e 2,55 evidenciando a menor adesão das equipes a estas ações. Vale destacar que a maior diferença entre as médias das equipes com PMM e sem profissionais PMM foi evidenciada no indicador “Participação no Programa Saúde na Escola”, onde o grupo com PMM apresentou média 2,55, enquanto o grupo sem PMM apresentou média de 2,48, indicando uma maior adesão por parte das equipes com PMM, como mostra o Gráfico 4.

Gráfico 4. Ações de promoção a saúde desenvolvidas pelas equipes com e sem profissionais PMM, avaliadas no 3o ciclo PMAQ, na Região Norte do Brasil.



Fonte: Elaborado pelos autores

Para Medina *et al.* (2018), a realização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas pelas equipes de atenção primária no país ainda é incipiente, especialmente no que aborda a detecção de doenças em escolares. A promoção da saúde interfere potencialmente na melhoria da qualidade e do acesso da Atenção Básica, uma vez que consegue proporcionar aos usuários o conhecimento e controle dos fatores determinantes e condicionantes de sua saúde (LACERDA *et al.*, 2017).

Neste sentido, Lacerda *et al.* (2018) destacam que:

É fato que a ESF representa uma inovação mundial em termos de política universal de Atenção Primária à Saúde. Entretanto, para que a APS maximize sua contribuição para a prevenção e controle de doenças crônicas, uma série de condições é imprescindível, dentre as quais uma forte atuação nos territórios e entre as populações saudáveis ou de não-doentes. A prevenção primária dos fatores de risco, através da promoção da atividade física, desencorajamento do tabagismo, estímulo a práticas de alimentação saudáveis, dentre outras mudanças em fatores comportamentais, exige um compromisso sustentado ao longo do tempo e baseia-se em escolhas individuais que são determinadas pela organização social, como a disponibilidade de alimentos saudáveis, a existência de locais para realizar atividades físicas, o preço e disponibilidade de cigarros etc. (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991). Há, contudo, evidências de que o contato regular com um prestador de serviços de APS está associado com o aumento do compromisso dos indivíduos de aderir a planos de mudança de comportamento (COLEMAN, 2009; FORREST, 2002). Nesse sentido, parece-nos pertinente a recomendação de Poland, Frohlich e Cargo (2008) de que as intervenções de promoção da saúde assumam como objetivo uma mudança no estilo de vida coletivo, cujas ações devem ser direcionadas mais para os contextos ou settings, como nas escolas e comunidades em que os indivíduos se situam” (LACERDA *et al.*, 2018, p. 79).

No que corresponde à certificação das equipes participantes do 3o ciclo de avaliação do PMAQ, observou-se que as equipes analisadas na Região Norte apresentaram baixo desempenho. Segundo os dados analisados, as equipes sem PMM apresentaram uma média de 3,82 o que corresponde na escala ordinal a classificação “Regular”. Apenas 0,99% das equipes avaliadas dentro deste grupo obtiveram certificação Ótima, enquanto 2,73% foram desclassificadas. O maior número de equipes teve seu desempenho avaliado como regular (29,93%) e ruim (27,91%), como mostra a Tabela 6.

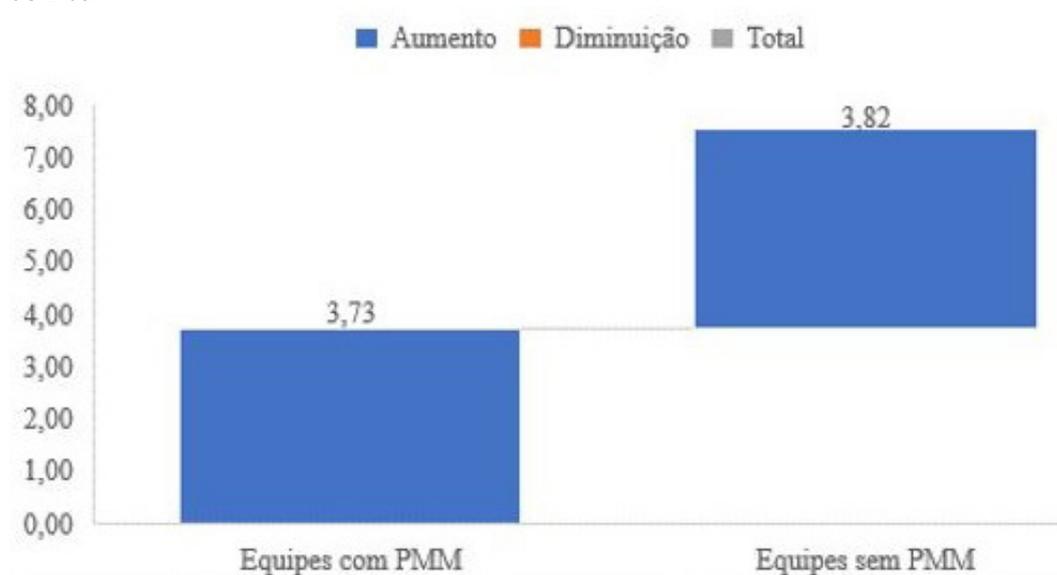
Já as equipes com PMM apresentaram média de 3,73 correspondendo também a uma classificação Regular pela maioria das equipes que compõem o grupo EPMM (Gráfico 5). De modo geral, entre as equipes com PMM, 1,13% receberam a certificação Ótima, enquanto 7,58% foram desclassificadas. O maior número de equipes recebeu as certificações Regular (24,68%), seguido de Bom (17,26%) evidenciando um melhor desempenho em relação as equipes sem PMM.

Tabela 6. Número e percentual de equipes por categoria de certificação.

CERTIFICAÇÕES	SPMM		EPMM	
	N	%	N	%
Ótima	12	0,99	7	1,13
Muito Bom	133	10,98	64	10,32
Bom	206	17,01	119	19,19
Regular	354	29,23	153	24,68
Ruim	338	27,91	107	17,26
Insatisfatória	135	11,15	123	19,84
Desclassificada	33	2,73	47	7,58

Fonte: Elaborado pelos autores.

Gráfico 5. Média de Certificação das equipes avaliadas no 3o ciclo PMAQ, na Região Norte do Brasil.



Fonte: Elaborado pelos autores

O baixo desempenho de grande parte das equipes na Avaliação do PMAQ pode estar atrelado ao pouco envolvimento das equipes com o Programa. Mesmo que a participação seja indireta, como relatam Flôres et al. (2018), é necessário que gestor e profissionais façam parte dos processos de desenvolvimento do programa, pois sua participação efetiva fortalece os mecanismos de articulação, a fim de que os resultados do programa provoquem mudanças efetivas nas equipes, nas unidades de saúde e atenção à saúde da população. Neste contexto, Bertuzzo e Rizzotto (2018) salientam que a pouca interlocução entre equipe gestora e trabalhadores da equipe de AB se

constitui em dificuldade adicional para a implementação de políticas e programas na área da saúde. O distanciamento do processo de discussão e formulação, e, no caso, de adesão à política, dificulta o entendimento de seus objetivos, não contribui para a corresponsabilização dos resultados, e conseqüentemente, reduz a possibilidade de impacto positivo naquilo a que se propõe. Segundo os autores, a avaliação externa, embora seja uma estratégia importante de mobilização da equipe de saúde e da gestão para atender aos padrões previstos no programa, ainda possui uma carga negativa, associada à punição, e não é vista como parte de um ciclo contínuo, evolutivo e formativo, acarretando conseqüências em seus resultados.

Considerações Finais

Frente aos dados analisados e seus resultados foi possível observar que tanto as equipes compostas por profissionais do Programa Mais Médico quanto as equipes sem PMM apresentam desempenho variável de acordo com a categoria e/ou indicadores analisados, demonstrando as fragilidades e fortalezas presente na Estratégia da Saúde da Família na Região Norte do Brasil. Através das baixas certificações obtidas por grande parte das equipes da ESF no 3o ciclo de avaliação do PMAQ fica claro a necessidade de repensar as estratégias que garantam, além do acesso a saúde, a qualidade dos serviços ofertados a população.

Sabe-se das singularidades socioeconômicas e demográficas presentes na Região Norte do Brasil. Questões com a dispersão populacional, a extensão territorial, a grande concentração de pessoas em áreas ribeirinhas, rurais e/ou de floresta, a concentração de equipes ESF em centros urbanos, a baixa proporção entre médicos e população, entre outros fatores associado à gestão da saúde pública parecem contribuir de maneira direta para a limitação de acesso e cobertura da saúde local. Tal fato ficou claro nas análises dos indicadores das características de atendimento das equipes, que mesmo quando com profissionais PMM, apresentaram baixo desempenho em relação ao quantitativo de atendimentos.

No entanto, é necessário destacar os melhores resultados, ainda que pouco expressivos, das equipes do PMM nos que tange a demanda espontânea e serviços oferecidos. Estes demonstram a importância e o impacto de novos modelos de educação na formação de profissionais da saúde, como é o caso da Especialização em Saúde da Família no Brasil e a formação voltada à comunidade em Cuba. A presença destas temáticas no currículo dos profissionais da saúde sugere estar possibilitando o melhor acolhimento da população através da flexibilização dos atendimentos de acordo com a demanda.

Ademais, o baixo desempenho de todas as equipes de ESF nas certificações recebidas através da Avaliação do PMAQ-AB evidenciam, além das questões já apontadas referentes aos perfis dos profissionais de saúde, hiatos no que se refere a gestão municipal de saúde. Os maus resultados das avaliações indicam limitações na integração entre as equipes e os gestores, uma vez que se os profissionais de saúde e os gestores reconhecem que estão sujeitos à avaliação do Programa, estes deveriam atuar de maneira cooperada na busca de melhores resultados. No entanto, os indicadores analisados não demonstram este caminho, já que muitas vezes as equipes não desenvolvem as ações básicas as quais o PMAQ se propõe.

No entanto, apesar das limitações presentes no estudo, torna-se claro que os atendimentos a população brasileira realizado pelo profissional médico do Programa Mais Médicos, têm potencial de provocar transformações positivas na lógica predominante de organização do trabalho em saúde. Isso se dá pelo aporte, a esses atendimentos, de novos olhares, conceitos e práticas mais voltados para a universalidade, integridade e equidade em saúde, transformando a experiência junto ao Programa como uma vivência relevante para o conjunto da comunidade que recebeu e se envolveu com o médico do programa. Isso também pode ser estendido para profissionais da equipe e de outros serviços, para gestor e para o controle social, numa perspectiva de reordenamento e fortalecimento, tanto do processo de trabalho multiprofissional como do fortalecimento e reorganização do sistema de saúde numa perspectiva de mudança do modelo de atenção.

Referências

- ARRUDA, Josimere Santana Tavares de. **Avaliação da certificação das equipes básicas de saúde nos municípios aderidos ao PMAQ/AB: um estudo transversal no nordeste brasileiro**. 2018. Dissertação (Mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2018.
- BERTUSSO, Franciele Regina, RIZZOTTO, Marcia Lúcia Frizzon. PMAQ-AB na visão de trabalhadores que participaram do programa em Região de Saúde do Paraná. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 42, n. 117, p. 408-419, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811705>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF**. Brasília, DF: MS, 2015.
- FLÔRES, Gabriela Mendes da Silva; WEIGELT, Leni Dias; REZENDE, Maristela Soares de; TELLES, Rosimeri; KRUG, Suzane Beatriz Frantz. Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 42, n. 116, p. 237-247, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811619>.
- HERRERA, Sávia Denise. **Residência de Medicina da família e comunidade promove melhoria na atenção básica de saúde?** 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Tocantins, Palmas, 2018.
- GARNELO, Luiza; LIMA, Juliana Gagno; ROCHA, Esron Soares Carvalho; HERKRATH, Fernando José. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na Região Norte do Brasil. **Debate em Saúde**, [s. l.], v. 42, n. 1, p. 81-99, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S106>.
- MEDINA, Maria Guadalupe; AQUINO, Rosana; VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz; MOTA, Eduardo; PINTO JR., Elzo Pereira; LUZ, Leandro Alves da; ANJOS, Davllyn Santos Oliveira dos; PINTO, Isabela Cardoso de Matos. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? **Debate em Saúde**, [s. l.], n. 38 (esp), p. 69-82, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S006>.
- LACERDA, Leo Lynce Valle de; SANTOS, Daiane dos; GRILLO, Luciane Peter; MEZADRI, Tatiana. Impacto do programa mais médicos nos indicadores do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade (PMAQ) em municípios catarinenses. **Saúde e Transformação Social**, [s. l.], v. 8, n. 3, p. 38-47, 2017. Disponível em: <https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/4744>.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPA). **Folha Informativa - Programa Mais Médicos**, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5662:folha-informativa-programa-mais-medicos&Itemid=347. Acesso em: 16 ago. 2019.
- PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 15-36, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>.
- SCARATTI, Dirceu. **Um modelo para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde no Brasil: uma aplicação a municípios catarinenses**. 2007. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.
- SCHIEFFER, Mário (Coord.). **Demografia médica no Brasil, v. 2**. São Paulo: CFM, CRM-SP, 2013.
- SCHIEFFER, Mário (Coord.). **Demografia médica no Brasil**. São Paulo: CFM, CRM-SP, 2020.
- SILVEIRA, Rodrigo Pinheiro; PINHEIRO, Rosani. Entendendo a Necessidade de Médicos no Interior

da Amazônia - Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s. l.], v. 38, n. 4, p. 451-459, 2014.

VUJICIC, Marko; ALFANO, Marco; SHENGELLA, Bukhuti; WITTER, Sophie. Attracting doctors and medical students to rural Vietnam: insights from a discrete choice experiment. **Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Papers**, n. 8, p. 1-26, 2010. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10986/13596>.

Recebido em 09 de setembro de 2021.

Aceito em 11 de outubro de 2022.