



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS DE PALMAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE POLÍTICAS
PÚBLICAS

ANA LUÍSA DOS SANTOS AZEVEDO

**DESEMPENHO DAS EQUIPES DE SAÚDE COM E SEM ADESÃO AO
PROGRAMA MAIS MÉDICOS COM BASE NA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO
DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO
BÁSICA NA REGIÃO NORTE DO BRASIL**

Palmas/TO

2021

ANA LUÍSA DOS SANTOS AZEVEDO

**DESEMPENHO DAS EQUIPES DE SAÚDE COM E SEM ADESÃO AO
PROGRAMA MAIS MÉDICOS COM BASE NA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO
DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO
BÁSICA NA REGIÃO NORTE DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas da Universidade Federal do Tocantins como requisito para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Políticas Públicas.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Suzana Gilioli da Costa Nunes.

Palmas/TO

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

A994d Azevedo, Ana Luísa dos Santos.

DESEMPENHO DAS EQUIPES DE SAÚDE COM E SEM ADESÃO AO PROGRAMA MAIS MÉDICOS COM BASE NA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA NA REGIÃO NORTE DO BRASIL: - / Ana Luísa dos Santos Azevedo. – Palmas, TO, 2021.

92 f.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) Profissional em Gestão de Políticas Públicas, 2021.

Orientadora : Suzana Gilioli da Costa Nunes

Coorientador: Luiz Sinésio Silva Neto

1. Regulamentações e normativas de saúde no Brasil: com foco na Atenção Básica . 2. Estratégia de Saúde da Família. 3. Programa Mais Médicos: da falta de médicos as novas iniciativas. 4. Programa Nacional para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. I. Título

CDD 350

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

LISTA DE SIGLAS

ABS	ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE
AIS	AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE
AMQ	AValiação PARA MELHORIA DA QUALIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
APS	ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE
CF	CONSTITUIÇÃO FEDERAL
CRM	CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DAB	DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
EAB	EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA
EPMM	EQUIPES COM PROFISSIONAIS MAIS MÉDICOS
ESF	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
IES	INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
NASF	NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
OPAS	ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE
PAB	PISO DA ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL
PACS	PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
PIASS	PROGRAMA DE INTERIORIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE E SANEAMENTO
PISS	PROGRAMA DE INTERIORIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE
PISUS	PROGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DE UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO DE SAÚDE
PITS	PROGRAMA DE INTERIORIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE
PMAQ-AB	PROGRAMA NACIONAL PARA A MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA
PMM	PROGRAMA MAIS MÉDICOS
PMMB	PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL
PNAB	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA
PROESF	PROGRAMA DE EXPANSÃO E CONSOLIDAÇÃO DO SAÚDE DA FAMÍLIA
PROVAB	PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA
RADS	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
SGP	SISTEMA DE GERENCIAMENTO DE PROGRAMAS
SPMM	EQUIPES SEM PROFISSIONAIS MAIS MÉDICOS
SUDS	SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
UNICEF	FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho à minha avó Maria dos Santos
Pelo olhar de esperança, A voz de confiança,
E a fé no “mais maior” (sic).*

AGRADECIMENTOS

Alcançar essas páginas e relembrar o que e quem marcam gratidão pelos dois últimos intensos e transformadores anos de vida é tentar fazer com que estas letras sejam beijos, abraços e profundo amor.

À Deus, inteligência suprema, e espiritualidade amiga e presente, pela vida, pelo renascimento diário, e pela força criativa intuída ainda mais especialmente nos momentos de incerteza, descrença e desânimo, naturais ao espírito errante.

À minha avó, por me apresentar profundo amor e fé inabalável. Por ter, ainda que sem estudo, oportunizado aos filhos e netos a chance de descobrir fontes dignas de conhecimento. Por não se cansar de incentivar. E por ser a fonte maior de inspiração do que seja trabalho, dignidade, honra, respeito e amor ao próximo.

À minha mãe, pelo amor e cuidado incondicional meu infinito agradecimento.

Aos meus irmãos Dennys e David, por fazerem papel de pai, pela presença reconfortante, pelas palavras de incentivo e por confirmarem a força da nossa irmandade.

À minha amiga/mãe Doralice Santos, pela preocupação, e a torcida sempre amiga. Por cuidar de mim desde criança e por vibrar por cada conquista em minha vida.

A toda a minha família, que sempre me apoiaram e vibraram a cada etapa que superei.

Aos meus professores, que foram na grande maioria gentis, respeitosos quanto à minha ignorância e generosos ao nos facilitar seus sacrificados e trabalhosos conhecimentos.

Aos meus colegas de mestrado e aos corações que se transformaram amigos. Que surpresa maravilhosa foram as alegrias que compartilhamos e quão sublime foi experimentar impulsionar e ser impulsionada em cada pequena conquista.

À Coordenação e colegas de trabalho do Ministério da Saúde por acreditarem nessa pesquisa, por facilitarem que ela chegasse ao ponto em que hoje se apresenta, e por serem atores dispostos à boas transformações.

Por fim, e especialmente à minha orientadora Suzana por irradiar confiança, por nutrir de esperança e fortalecer o caminhar. Por lapidar com ternura e ser incansável quando se trata de colaborar.

MUITO OBRIGADA!

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. Entre os piores índices de demografia médica do país destacam-se os indicadores da Região Norte. Com amplo território geográfico, baixa densidade populacional e concentração de residentes em áreas ribeirinhas, o Norte apresenta a menor relação de médicos por mil habitantes do Brasil. 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 Programa Mais Médicos, na melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB) na Região Norte do Brasil, a partir de dados do terceiro ciclo do Programa. Para tal foram avaliados 15 indicadores disponíveis dentro das diversas fases do 3º ciclo do PMAQ-B. A análise dos indicadores demonstrou 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. No entanto, observou-se um melhor desempenho das equipes de Mais Médicos nas questões de acolhimento e promoção da saúde. Da mesma forma como percebeu-se maiores diferenças no desempenho entre os profissionais com CRM Brasil, Intercambistas Individuais e Cooperados. Ademais, os baixos níveis de certificações apontam possíveis falhas na gestão do PMAQ, especialmente no que se refere a integração dos profissionais nas ações do Programa que garantem uma boa avaliação das equipes.

ABSTRACT

The public health consolidates as a human right that must be guaranteed to the population regardless of political and / or economic factors. Among the main obstacles to the access and the quality of health in Brazil is the scarcity of health professionals, especially in geographically remote areas and in situations of socioeconomic vulnerability. Among the worst medical demography indexes in the country stand out the ones from the Northern region. With a wide geographical territory, low population density and local population in riverside areas, the North has the lowest ratio of physicians per thousand inhabitants in Brazil. In order to solve these problems, programs such as Programa Mais Médicos - More Doctors Program (PMM) and the Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - Program of Access and Quality Improvement in Primary Care (PMAQ-AB) were developed. However, only the quantitative increase of professionals and care units are not synonymous of quality and guarantee of access to health. That way, the present study aimed to evaluate the performance of the 1.831 Family Health Teams, with and without a professional from the PMM, in improving access and quality of primary care (PMAQ-AB) in the Northern region of Brazil, since data from the third cycle of the Program. For this purpose, 15 indicators available within the different phases of the 3rd cycle of the PMAQ-B were evaluated. The analysis of the indicators showed that, sometimes, only 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. However, there was a better performance by the PMM teams in terms of reception and health promotion. In the same way as greater differences in performance were noticed among professionals with CRM Brazil, Individual Exchange Students and Cooperative Members. In addition, the low levels of certifications point to possible failures in the PMAQ management, especially in relation to the integration of professionals in the actions of the Program that guarantee a good evaluation of the teams.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Infográfico dos eixos estratégicos do PMM	15
Figura 2- Valores, Princípios e Elementos Estruturantes da Atenção Primária à Saúde	24
Figura 3- Mapas escassez médica no Brasil versus municípios com proporção de domicílios com renda per capita abaixo da linha de pobreza*	31
Figura 4- Evolução da população, do número de médicos e da razão médico por mil habitantes entre 1980 e 2020	34
Figura 5- Distribuição de médicos por unidade da Federação e faixas de densidade por mil habitantes	35
Figura 6- Mapa da Região Norte do Brasil	36
Figura 7 - Distribuição de médicos na Região Norte do Brasil em 2020.....	37
Figura 8- A: percentual de cobertura das equipes de APS por município, Região Norte, Brasil, 2013. B: localização das equipes avaliadas no segundo ciclo do PMAQ-AB, Região Norte, Brasil, 2013-2014	38
Figura 9- Clusters espaciais de valores associados à rotatividade de profissionais médicos da atenção básica.....	41
Figura 10- Fluxograma das fases do Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.....	47
Figura 11 - Etapas para a certificação PMAQ – AB 3º Ciclo	49
Figura 12- Descrição das categorias de certificação das equipes PMAQ 3º ciclo	57
Figura 13 - Mapa mental da categorização e análise dos dados.....	59
Figura 14 - Infográfico do desempenho das equipes ESF com base no PMAQ-AB, Região Norte do Brasil.	81

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Abordagens de Atenção Primária a Saúde	21
Quadro 2 - Perfil dos médicos participantes do PMM	33
Quadro 3 – Definições de conceitos associados à avaliação de políticas públicas	43
Quadro 4 - Indicadores e categorias de análise	53
Quadro 5 - Conceituação e método de cálculo dos indicadores a serem usados no estudo	54
Quadro 6 - Definição dos indicadores extraídos da Avaliação Externa do PMAQ 3º Ciclo ..	55
Tabela 1 - Distribuição de médicos por região do Brasil	30
Tabela 2 - Número de equipes ESF analisadas.....	52
Tabela 3 - Escala ordinal atribuída as certificações das equipes	58
Tabela 4 - 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	60
Tabela 5 - Equipes da ESF com e sem profissionais do Programa Mais Médicos, avaliadas no 3o ciclo PMAQ, na Região Norte do Brasil.	62
Tabela 6 - Número e percentual de equipes por categoria de certificação	78
Tabela 7 - Número de equipe e percentual por categoria de certificação.....	80

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Número de municípios que aderiram ao 3o ciclo do PMAQ-AB na Região Norte do Brasil.....	61
Gráfico 2 - Total de equipes com profissionais do Programa Mais Médicos, avaliadas no 3o ciclo PMAQ, na Região Norte do Brasil.	63
Gráfico 3 - Perfil dos profissionais do Programa Mais Médicos que compõem as equipes do 3o ciclo de avaliação do PMAQ-AB	64
Gráfico 4 - Característica de atendimento das equipes com e sem profissionais PMM, avaliadas no 3o ciclo PMAQ na Região Norte do Brasil.	66
Gráfico 5 - Diferença no atendimento demanda espontânea e oferta de serviços pelas equipes PMM e SPMM	67
Gráfico 6 - Característica de atendimento das equipes com diferentes perfis de profissionais PMM, avaliadas no 3o ciclo PMAQ na Região Norte do Brasil.	69
Gráfico 7 - Critérios de territorialização e população atendida pelas equipes com e sem profissionais PMM, avaliadas no 3o ciclo PMAQ na Região Norte do Brasil.	70
Gráfico 8 - Característica de territorialização e população atendida nos diferentes perfis de profissionais PMM das equipes avaliadas no 3o ciclo PMAQ na Região Norte do Brasil.	71
Gráfico 9 - 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.	73
Gráfico 10 - Característica de avaliação da satisfação do usuário nos diferentes perfis de equipes com profissionais do Programa Mais Médicos avaliadas no 3o ciclo PMAQ, na Região Norte do Brasil.	74
Gráfico 11 - Ações de promoção a saúde desenvolvidas pelas equipes com e sem profissionais PMM, avaliadas no 3o ciclo PMAQ, na Região Norte do Brasil.	75
Gráfico 12 - Ações de promoção a saúde desenvolvidas pelos diferentes perfis de equipes com profissionais do Programa Mais Médicos avaliadas no 3o ciclo PMAQ, na Região Norte do Brasil.....	76
Gráfico 13 - Média de Certificação das equipes avaliadas no 3o ciclo PMAQ, na Região Norte do Brasil.	78
Gráfico 14 - Média de certificação das equipes com diferentes perfis de profissionais do Programa Mais Médicos avaliadas no 3o ciclo PMAQ, na Região Norte do Brasil.....	79

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
1.1 OBJETIVOS	18
1.1.1 Objetivo Geral	18
1.1.2 Objetivos Específicos	18
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
3.1 Regulamentações e normativas de saúde no Brasil: com foco na Atenção Básica	19
3.1.1. Política Nacional de Atenção Básica de Saúde.....	20
3.1.2. Estratégia de Saúde da Família.....	24
3.1.2.1 Expansão da ESF: limites e desafios	26
3.1.3. Programa Mais Médicos: da falta de médicos as novas iniciativas.....	28
3.1.4 Distribuição dos médicos e qualidade da saúde na Região Norte do Brasil.....	35
3.1.5 Efeitos do Programa Mais Médicos nos indicadores da Atenção Básica.....	39
3.2 Avaliação de Políticas Públicas	42
3.2.1 Programa Nacional para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.....	46
3. METODOLOGIA	51
4.1 Cenário e população do estudo.....	51
4.2 Coleta de dados e seleção dos indicadores.....	52
4.3 Tratamento e análise dos dados	57
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	60
4.1 Adesão ao PMM e PMAQ-AB na Região Norte do Brasil.....	60
4.2 Avaliação do desempenho das equipes da ESF na Região Norte do Brasil	65
4.2.1 Características de atendimento das equipes ESF.....	65
4.2.2 Territorialização e População Atendida	69
4.2.3 Satisfação e demanda do usuário.....	72
4.2.4 Ações de promoção a saúde.....	74
4.2.5 Certificações das equipes PMAQ-AB	77
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERENCIAS	85

1. INTRODUÇÃO

A saúde é definida pela OMS (Organização Mundial da Saúde) 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 entanto, diferentes autores e organizações nacionais e internacionais (SANTOS, 2018; NUNES; COSTA; SANCHES, 2017; PFARWALLER et al., 2015) vêm relatando a escassez de médicos, especialmente em áreas como a Atenção Primária a Saúde (APS) – primeiro contato do indivíduo, família e sociedade com o sistema de saúde, bem como a má distribuição destes em regiões remotas, rurais e desassistidas (SANTOS, 2018). No serviço público brasileiro a falta de profissionais médicos na saúde também tem sido uma constante há anos. Segundo Carvalho e Sousa (2013), a falta de profissionais vem comprometendo as ações de gestão dos sistemas municipais e estaduais de saúde há mais de uma década, com algumas tentativas governamentais de solucionar a questão que, no entanto, apresentam visões diversas e disputam a hegemonia no discurso e na prática. Para Alburquerque et al. (2011), a escassez de profissionais causa fortes impactos negativos na equidade de acesso da população aos serviços de saúde, e como consequência na saúde da população local.

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 2 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. Entre os programas destacam-se: Projeto Rondon, Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS); Programa de Interiorização do Sistema de Saúde (PISS); Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) e Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (PROVAB). Porém diante dos poucos resultados destes programas e buscando atender a demanda por mais médicos, o governo federal criou o Programa Mais Médicos (PMM). Este foi instituído em julho de 2013, por meio de medida provisória (M.P Nº 621, DE 8 DE JULHO DE 2013) que foi convertida na Lei Nº 12.871, em 22 de outubro do mesmo ano.

O Programa Mais Médicos 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). Para tanto, o Programa foi estruturado em três eixos estratégicos: provimento emergencial de médicos, formação médica e infraestrutura das unidades básicas de saúde, como mostra a Figura 1. No eixo de provimento, além da ampliação do acesso ao atendimento médico para a população brasileira em áreas remotas e vulneráveis, o Programa visa o fortalecimento do processo de trabalho na Atenção Básica, intervindo na qualidade e na integralidade da atenção (KEMPER; MENDONÇA; SOUSA, 2016).

Figura 1- Infográfico dos eixos estratégicos do PMM



Fonte: elaborado pela autora (2021)

Segundo dados do Ministério da Saúde, ao final dos dois primeiros anos o Programa contava com 18.240 vagas preenchidas, entre profissionais nacionais e estrangeiros,

distribuídos em mais de 4 mil municípios e Distritos Sanitários Especiais Indígenas (MS, 2015). Apesar dos 6 anos de implantação do PMM, comemorado no ano de 2019, 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 algumas ações de monitoramento e avaliação de processos e resultados. Estas iniciativas 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.

Ademais, no que refere-se ao desenvolvimento e avaliação das políticas públicas, a teoria do ciclo da política pública compreende quatro momentos: a) a determinação da agenda, onde a dinâmica da definição do problema é questão essencial para a compreensão da política pública; b) a formulação e legitimação da política (seleção de proposta, construção de apoio político, formalização em lei); c) a implementação de políticas (operacionalização da política em planos, programas e projetos no âmbito da burocracia pública e sua execução); e d) a avaliação de políticas (relato dos resultados alcançados com a implementação das propostas e programas de governo, avaliação dos impactos dos programas e sugestão de mudanças) (PINTO, 2008).

Em suma, a etapa de avaliação das políticas públicas é um instrumento fundamental de auxílio do Estado na coordenação política dos interesses sociais. Esta prática agrega transparência à administração pública, e torna mais eficiente o gasto do governo. Por ter como objetivo fornecer informações sobre atingimento das metas dos programas e projetos desenvolvidos pelo Estado, ou sobre as dificuldades encontradas em seu processo de execução, a avaliação é considerada um dos principais instrumentos de gestão das políticas públicas. Neste sentido, a UNICEF assegura que a avaliação de políticas públicas, assim

como a avaliação de projetos, possibilita uma orientação aos tomadores de decisão quanto a sua continuidade e necessidades de correção, especialmente quando estas ainda estão em curso (UNICEF, 1990).

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, 2005). 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).

PMM e PMAQ, no fortalecimento do acesso e da qualidade dos serviços de saúde para toda população, a produção acadêmica sobre estes Programas ainda é incipiente no que tange seu aprofundamento teórico e metodológico. Segundo Viana et al. (2018), em estudo realizado com o objetivo de analisar a produção acadêmica referente ao Programa Mais Médicos, no período de 2013 a 2016, apesar da implementação do Programa ter sido acompanhada, desde as etapas iniciais, por vigorosa produção acadêmica e iniciativas para avaliar o Programa do ponto de vista da equidade, efetividade, formação profissional, implementação, práticas e processo de trabalho, abordagem midiática, análise política e outros temas, há necessidade de aprofundamento e estudos metodologicamente mais criteriosos.

Viana et al. (2018) constataram ainda que a maioria das pesquisas levantadas investigaram a distribuição do profissional médico nos municípios brasileiros, antes e depois da provisão emergencial, observando-se em que medida essa distribuição era coerente com as necessidades e prioridades identificadas. Em menor número, aparece a abordagem que busca mensurar a melhoria do acesso, a partir do Programa Mais Médicos, seja mediante indicadores produzidos pelos sistemas de informação, seja por relatos e entrevistas com usuários sobre a procura e oferta de serviços. Além disso, a escassez de pesquisas de

avaliação de resultados do Programa Mais Médicos no âmbito da melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica também é incipiente, sendo urgente e necessária.

Assim, o presente trabalho tem como problema de pesquisa: “A presença de profissionais do Programa Mais Médicos nas equipes de saúde da família contribui para a melhora dos indicadores do PMAQ-AB?”

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Dessa forma, tem-se como objetivo geral da presente pesquisa: Comparar o desempenho das Equipes de Saúde da Família, com e sem profissional do Programa Mais Médicos, na melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB) na Região Norte do Brasil, a partir de dados do terceiro ciclo do Programa.

1.1.2 Objetivos Específicos

Para atingir ao objetivo proposto serão seguidos os seguintes objetivos específicos:

- Identificar o quantitativo de adesão de equipes e/ou municípios aos Programas PMM e PMAQ-AB na Região Norte do Brasil;
- Verificar se a presença do PMM contribui na atuação da equipe no PMAQ-AB, comparando os resultados de equipes de saúde na Região Norte do Brasil;
- Identificar se existe diferença nos resultados dos indicadores do PMAQ-AB de equipes com médicos do PMM entre os perfis CRM Brasil, Intercambista e Cooperado;

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Regulamentações e normativas de saúde no Brasil: com foco na Atenção Básica

Segundo Carrapato, Correia e Garcia (2017), a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1946 define saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Esta definição (mantida inalterada até à atualidade) pressupõe que a condição de saúde de um indivíduo é um conceito complexo, multidimensional e dinâmico. Com o objetivo de preservar a saúde das populações foram criados os Sistemas de Saúde. Estes buscam, por meio de três níveis - atenção primária (atenção básica), atenção secundária (média complexidade) e atenção terciária (alta complexidade) -, otimizar a saúde da população (OMS, 1978).

Conforme Alves (2006), o sistema de saúde brasileiro passou por grandes transformações em suas estruturas de gestão e constituição em diferentes períodos históricos. Nos últimos 40 anos, as mudanças se apresentaram de forma mais radical tanto na gestão quanto no modelo assistencial em direção à universalização da assistência. A proposta brasileira atual de seu sistema de saúde começou a tomar forma em meados da década de 1970, junto ao movimento de redemocratização. Na década seguinte houve uma movimentação social em torno das políticas públicas, que reuniu iniciativas de diversos setores da sociedade, especialmente políticas relacionadas à saúde, a qual passou a ser analisada como uma questão social, política e um direito do cidadão, compondo um movimento denominado de “Reforma Sanitária”. Foi desenvolvido, dentro da reforma, um processo de Ações Integradas de Saúde (AIS) e foi introduzido o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Em 1986, é organizada a VIII Conferência Nacional de Saúde que aprovou o conceito de saúde como um direito do cidadão e desenhou a proposta e os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, a ser aprovado posteriormente na Assembleia Nacional Constituinte, em 1988 (LUZ, 2015; ALVES, 2006).

Dessa forma, o Sistema Único de Saúde (SUS), fruto de demandas sociais e de movimentos pela reforma sanitária, é um modelo organizativo garantido pela Constituição Federal de 1988 para efetivar a política de saúde brasileira. Ele compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, executados por órgãos das três esferas de governo e pela iniciativa privada contratada ou conveniada para prestar os serviços públicos complementarmente (VASCONCELOS; PAGLIUCA, 2006).

Por meio de seus princípios – universalidade, integralidade e equidade – o SUS procura cumprir o preceito constitucional que institui a saúde como “um direito de todos e dever do Estado”. Para desempenhar sua missão de garantir o acesso à saúde integral a todos é necessário que os três níveis de assistência à saúde (primário, secundário e terciário) estejam integrados e tenham uma permanente gestão compartilhada entre município, estado e união, dividindo responsabilidades na oferta dos serviços básicos de saúde, especializados, pré-hospitalares fixos e hospitalares de urgência e emergência.

As políticas públicas são um meio de possibilitar esse arranjo institucional do SUS, por permitir uma transversalidade entre os entes federados, na medida em que todos devem estar envolvidos desde sua concepção, execução e avaliação, para pensarem alternativas viáveis e capazes de resolver as necessidades de saúde da população.

3.1.1. Política Nacional de Atenção Básica de Saúde

De acordo com Herrera (2018), a “Atenção Básica de Saúde” ou “Atenção Primária à Saúde” termos equivalentes no Brasil, encontram-se em evidência, principalmente em função do crescente movimento mundial por mais investimentos na atenção primária, quando, num processo de avaliação de 40 anos da Conferência de Alma-Ata - realizou-se de 25 a 26 de outubro de 2018 em Astana, no Cazaquistão, a Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde, onde líderes mundiais se comprometeram, através da Declaração de Astana, em fortalecer seus sistemas de atenção primária de saúde como um passo primordial para alcançar a cobertura universal de saúde, mais uma vez reafirmando a consagrada Declaração de Alma-Ata de 1978.

Para Giovanella (2016), a concepção de atenção primária à saúde em Alma-Ata contempla três componentes essenciais: acesso universal e primeiro ponto de contato do sistema de saúde; indissociabilidade da saúde do desenvolvimento econômico-social, reconhecendo-se os determinantes sociais; e participação social. Essa concepção abrangente de atenção primária à saúde, que o movimento da Medicina social latino-americana cunhou como “atenção primária à saúde integral”, coaduna-se com diretrizes do SUS de garantia do direito à saúde. Todavia, essa não foi a abordagem de atenção primária à saúde, em geral, implementada no país. Incentivada por organismos internacionais, foi difundida uma abordagem “seletiva” de cesta de serviços “custo-efetivos” para pobres, que Testa (1992) referiu como “primitiva”, “medicina pobre para pobres”. Foi para se opor a essa concepção

que se assumiu no SUS a denominação “atenção básica à saúde”. Não obstante, atenção básica pode também aproximar-se da ideia de “serviços básicos de saúde”, correspondente a uma cesta de serviços médicos restritos, que antecedeu a Declaração de Alma-Ata, e que informou a proposta do PrevSaúde no final da década de 1970 e visava a ampliar a cobertura desses serviços no país.

O conceito de Atenção Primária “Seletiva” foi fundamentalmente ancorado em análises de custo-eficácia. Essa abordagem foi inaugurada a partir dos encontros de grandes agências financiadoras internacionais (Fundação Rockefeller, Banco Mundial, UNICEF, Agência de Desenvolvimento Internacional dos EUA, Fundação Ford, Centro de Pesquisa e Desenvolvimento Internacional do Canadá, entre outras) em Bellagio, na Itália, desde 1979, para discutir o custo e a abrangência das propostas da APS de Alma-Ata e se apoiou na oferta de um pacote seletivo de cuidados básicos em saúde (ROLIM, 2018).

De acordo com Rolim (2018), além das abordagens primitivas e de Alma-Ata, observa-se também o nível primário da APS, a APS abrangente e o enfoque saúde e direitos humanos, demonstrados no quadro a seguir.

Quadro 1– Abordagens de Atenção Primária a Saúde

ABORDAGEM	DEFINIÇÃO OU CONCEITO DE APS	ÊNFASE
APS SELETIVA	Enfoca um número limitado de serviços de alto impacto para enfrentar alguns dos desafios de saúde mais prevalentes nos países em desenvolvimento. Os serviços principais tornaram-se conhecidos como GOBI (monitoramento de crescimento, terapia de reidratação oral, amamentação e imunização) e algumas vezes incluíram complementação alimentar, alfabetização de mulheres e planejamento familiar.	Programa específico destinado a populações e regiões pobres a quem se oferece, exclusivamente, um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, provido por pessoal de baixa qualificação profissional.
NÍVEL PRIMÁRIO	Refere-se à porta de entrada do sistema de saúde e ao local de cuidados contínuos de saúde para a maioria das pessoas, na maior parte do tempo. Trata-se da concepção mais comum dos cuidados primários de saúde em países da Europa e em outros países industrializados. Em sua definição mais estreita, a abordagem é diretamente rela-	Nível de atenção em um sistema de serviços de saúde

	cionada à disponibilidade de médicos atuantes com especialização em clínica geral ou Medicina familiar.	
APS ABRANGENTE	Compreende a definição de APS na Declaração de Alma Ata, como uma forma singular de apropriar, recombinar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população.	Uma estratégia para organizar os sistemas de atenção em saúde e para a sociedade promover a saúde.
ENFOQUE EM SAÚDE E DIREITOS HUMANOS	Defende que o enfoque social e político da APS deixou para trás aspectos específicos de doenças e que as políticas de desenvolvimento devem ser mais inclusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação.	Uma filosofia que permeia os setores social e de saúde

Fonte: ROLIM (2018).

No contexto brasileiro, uma das políticas mais estruturantes do SUS é a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que estabelece as diretrizes para a organização da Atenção Primária na Rede de Atenção à Saúde (RAS), local onde são ofertados os serviços de saúde. De acordo com o Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos, historicamente, com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo (BRASIL, 2017).

A PNAB foi criada com o advento das novas formas de atendimento centradas no bem-estar da população, que resulta da experiência já vivida em conjunto aos responsáveis historicamente por desenvolver e consolidar o SUS, compondo-se de usuários, gestores das três esferas de governo, trabalhadores e principalmente as ações dos movimentos sociais (BRASIL, 2012). Aprovada pela portaria Nº 648, de 28 de março de 2006, que reestabeleceu as diretrizes e normas a fim de organizar a ABS, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), tinham como objetivo instaurar e propagar ações de “prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos” (SILVA; MOTTA, 2015).

De acordo com Herrera (2018), em 2011 a PNAB foi revista com o objetivo de preservar a centralidade da ESF e consolidar uma atenção primária forte, com a capacidade de prover cuidados integrais, promover a saúde, estender a cobertura dos serviços de saúde, e tornar-se a entrada principal do usuário no SUS, além de ser o eixo coordenador do cuidado e ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Em 2017 esta passou por uma nova revisão, realizada devido às transformações políticas que aconteceram no ano anterior. As alterações, de acordo com o Ministério da Saúde, foram realizadas visando à melhoria da assistência, ampliação dos atendimentos e reforço da equipe multidisciplinar.

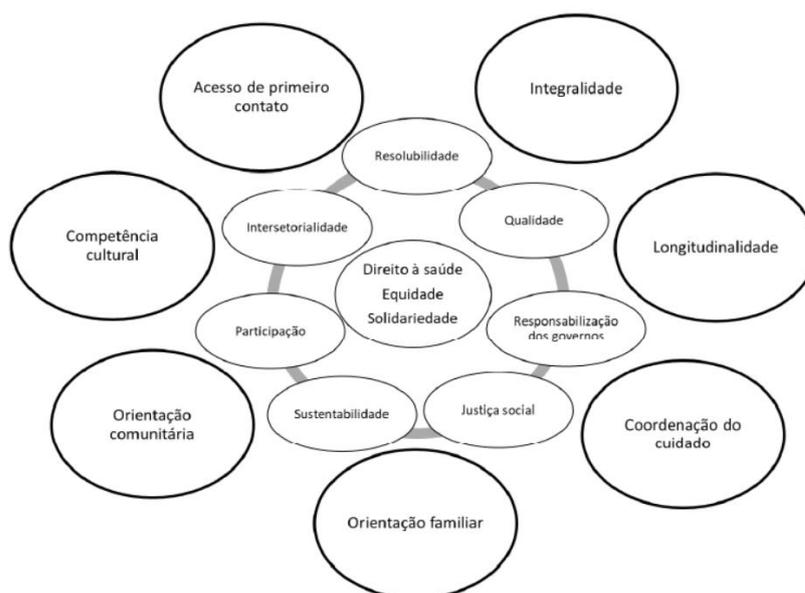
Como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, a Atenção Primária a Saúde (APS) ordena fluxos e contra fluxos de pessoas, processos e serviços, como estratégia na coordenação do cuidado integral ao cidadão. É importante salientar que os princípios e diretrizes do SUS estão contidos na Atenção Primária e garantidos na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Visam garantir assistência à saúde a todos, sem discriminação de quaisquer aspectos ou natureza e respeitando as diferenças existentes, para o exercício do direito a um atendimento justo, de qualidade e de acordo com as necessidades individuais e coletivas da população. A integralidade da assistência é a base para uma melhor qualidade em saúde e as ações devem estar voltadas para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, sem qualquer fragmentação, assistindo ao usuário integralmente.

Os benefícios de sistemas de saúde sustentados por atenção primária à saúde de qualidade são reconhecidos internacionalmente, e há certo consenso entre formuladores de políticas de que a atenção primária deva ser fortalecida. No entanto, predominam imprecisões quanto ao seu significado e observam-se, na formulação e na implementação de políticas de atenção primária à saúde, abordagens em disputas. A prioridade da atenção primária à saúde é evocada sob discursos díspares e abarca iniciativas por vezes contrapostas. As imprecisões conceituais decorrem das diversas influências que incidiram sobre a atenção primária ao longo de décadas (GIOVANELLA, 2016).

Para Rolim (2018), a APS no Brasil foi definida como um conjunto de valores, de princípios como um conjunto indissociável de elementos estruturantes (atributos) do sistema de saúde: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural, como mostra o fluxograma elaborado pela autora. Já Herrera (2018), destaca que a utilização do termo “Atenção Básica de Saúde”, tem essência do Movimento Sanitário Brasileiro, que buscou diferenciar-se

ideologicamente do conceito simplista de atenção à saúde, visando construir uma concepção de cidadania ampliada e um sistema público universal, mesmo que alguns autores afirmam que, quando adotado o termo “Atenção Primária”, os seus benefícios e qualidades são reconhecidos internacionalmente, e que esta deve ser fortalecida, pois ambos os termos correspondem a garantia do direito à saúde (GIOVANELLA, 2016).

Figura 2- Valores, Princípios e Elementos Estruturantes da Atenção Primária à Saúde



Fonte: Rolim (2018).

3.1.2. Estratégia de Saúde da Família

O Programa Saúde da Família, criado e implantado em 1994, é uma importante estratégia para reorganizar as práticas na Atenção Primária a Saúde (APS) e reorientar o sistema de saúde brasileiro, por meio do sistema de referência e contrarreferência. O Programa articula os demais níveis de complexidade de atenção com a APS, garantindo, assim, a integralidade das ações e a continuidade do cuidado. Trata-se de um modelo pautado no trabalho em equipe, priorização da família em seu território, acolhimento, vínculo, ações de prevenção e promoção da saúde, sem descuidar do tratamento e reabilitação (GARUZI et al., 2014).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como núcleo organizador do trabalho uma equipe mínima composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes

comunitários de saúde, responsáveis por uma população de aproximadamente 3 mil pessoas cadastradas à equipe, em territórios definidos. As equipes ESF podem estar ligadas a uma equipe de Saúde Bucal (odontólogo, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal) e a um Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF (BROCARDI et al., 2018). Segundo os autores, o NASF, criado, em 2008, com o objetivo de qualificar e tornar mais resolutiva a atuação da Atenção Básica, é constituído por uma equipe multiprofissional. A composição da equipe NASF, segundo diretriz ministerial, deve ser definida pelo gestor municipal, em consulta às equipes Atenção Básica, de acordo com as necessidades identificadas no território, com o perfil epidemiológico e com as condições socioeconômicas da população. Para Garuzi et al. (2014), a assistência alicerçada na equipe multiprofissional torna-se um elemento de grande valia, uma vez que a ideia interdisciplinar incorporada pela equipe multiprofissional permite a prestação do cuidado integral, tornando essas práticas, e em particular a do acolhimento, significativas nas relações afetivas entre os atores envolvidos (profissionais e usuários).

Para Rolim (2018), a ideia de proteção social e a conformação do sistema de saúde no Brasil têm modificado o papel legal do Estado na garantia do direito à saúde, assumindo vários formatos: desde o mais excludente até o universal. Para a autora, Entre os modelos de atenção, a Saúde da Família tem ocupado um lugar estratégico no Brasil. Este modelo tem inspirações nas experiências do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no Ceará, e do Programa Médico de Família, desenvolvido na cidade de Niterói, no Rio de Janeiro, tendo se consolidado a partir dos investimentos financeiros feitos pelo Ministério da Saúde com o apoio de agências de fomento internacionais. Neste sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é tida como mola propulsora de reorientação do modelo na Atenção Primária à Saúde (APS), ao propor atenção contínua a uma população de território definido, com o compromisso de proporcionar cuidado integral à saúde das famílias, por meio do trabalho interdisciplinar em equipe multiprofissional (SANTOS et al., 2018).

Entretanto, os autores destacam que, embora a ESF se configure como um instrumento importante e mobilizador de mudanças deve ser vista como campo de possibilidades, mais que modelo estruturado a ser incorporado acriticamente pelo país afora. Isso significa superar o ideário de formação de modelos ideais de saúde, defendendo a integralidade como princípio privilegiado para reorganização das práticas e reversão do modelo. Integralidade implica no compromisso com uma atenção resultante de práticas direcionadas às necessidades objetivas e subjetivas das pessoas em seu contexto social,

apreendidas e transformadas em ações por uma equipe multiprofissional, como a equipe de Saúde da Família (SANTOS et al., 2018).

3. 1.2.1 Expansão da ESF: limites e desafios

Nos últimos 30 anos, os princípios fundamentais que norteiam a atenção à saúde (universalidade, equidade e integralidade) vêm produzindo mudanças no paradigma da prática em saúde, em particular na atenção básica à saúde (PINTO e GIOVANELLA, 2018). Mendes (2011) destaca que os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas segundo as necessidades de saúde dos cidadãos e, como tal, devem operar em total coerência com a situação de saúde dos usuários. Para ele é imprescindível restabelecer-se a coerência entre a situação de saúde e o SUS, o que envolve a implantação das redes de atenção à saúde, uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade às condições de saúde da população brasileira.

Segundo Pinto e Giovanella (2018, p.1903)

A PNAB 2006, ao assumir a Saúde da Família como estratégia fortalece a mudança do modelo assistencial estabelecendo a equipe multiprofissional com função de porta de entrada preferencial e de coordenação da atenção na rede, e esta talvez seja a grande inovação. Sistemas de saúde que contam com uma “porta de entrada” organizada, ancorada em uma rede sólida e fortalecida de atenção básica tendem a apresentar melhores resultados. Esta função de “porta de entrada” (*gatekeeper*) tem sido apontada por diferentes autores como estratégia importante para hierarquização dos sistemas, além de garantir maior efetividade. Desde os anos 1960, alguns países já trabalham com este conceito: a unidade básica de saúde (UBS) é a porta de entrada obrigatória do sistema, servindo de filtro para o acesso aos serviços prestados por especialistas, constituindo-se num primeiro nível hierárquico do sistema de saúde.

Neste sentido, Jesus (2013) salienta que no Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica (2012) estabelece a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelagem de base e prioritária na expansão e consolidação da atenção básica. Em uma perspectiva da integralidade, a ESF apresenta-se como alternativa de superação do paradigma dominante no campo da saúde, possibilitando mudança na concepção do processo saúde-doença. Para a autora, a modificação do modelo de APS tradicional para o centrado na ESF é processual, um percurso que depende de condições de diversas naturezas e singulares, sendo importante identificar, em cada realidade, as potencialidades e fragilidades do processo que precisam ser explicitadas, estudadas, de forma a contribuir para consolidação do modelo proposto.

A ESF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, assim como para a relação com a comunidade, envolvendo os diversos níveis de assistência. Assume o compromisso de prestar assistência integral à população, na unidade de saúde e no domicílio, de acordo com suas necessidades, identificando fatores de risco aos quais a população está exposta. Dessa forma, permite à ESF intervir de forma apropriada por meio da humanização das ações em saúde, buscando a satisfação dos usuários via estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade e considerando sempre a saúde como um direito da cidadania (ARAÚJO, 2012).

Neste contexto Motta e Batista (2015, p. 200) destacam que

Lidando e tendo como base a lógica da articulação entre vigilância, atenção, proteção e gestão da saúde, a ESF representa a saúde centrada no usuário na concepção de qualidade de vida e da promoção da saúde, com foco na importância do conceito de autonomia / empoderamento (*empowerment*) – definido como o processo por meio do qual os indivíduos ou comunidades adquirem maior controle sobre as decisões e ações que afetam sua saúde, ampliando as possibilidades de controle dos aspectos significativos relacionados à sua própria existência – e garantindo o envolvimento e a participação da população nos programas de saúde . [...] Por propor um modelo usuário-centrado, a práxis da ESF, orientada pela intersetorialidade e fortalecimento da cidadania, tem como base a atenção centrada nas necessidades do usuário – e não mais no procedimento –, facilitando o acesso através da vigilância da saúde, da busca ativa e do acolhimento, e o estabelecimento de uma nova relação profissional de saúde e usuário, com responsabilização e estabelecimento de vínculo. O foco passa a ser a promoção da saúde, que permite a combinação de estratégias – ações do Estado, da comunidade, dos indivíduos, do sistema de saúde e de parcerias intersetoriais – e articula de forma transversal os mecanismos para redução das situações de vulnerabilidade e controle social.

Ainda de acordo com os autores, apesar dos avanços obtidos com o SUS e com a ESF, seus princípios orientadores ainda não são uma completa realidade no cotidiano dos serviços de saúde, destacando-se o desafio de compreender e praticar a integralidade na APS; o desafio da valorização e adequação do perfil dos profissionais/trabalhadores da ESF; a formação, a inserção e a práxis do agente comunitário de saúde e a dificuldade de trabalho em equipe nas unidades da ESF.

Para Cotta et al. (2006), a formação e a educação dos profissionais para abordagem do processo saúde-doença – com enfoque na saúde da família – são um dos desafios para o êxito do modelo sanitário proposto pelo SUS. Já para Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) a necessidade de melhorar o serviço prestado à população pelos profissionais de saúde, com base na qualificação, na capacitação e no aprimoramento do desempenho, é fator primordial na qualidade do atendimento em saúde. No entanto, o que observa-se é uma crise de situação de trabalho dos profissionais da saúde atuantes no âmbito do SUS, a qual abrange

desde a questão salarial e de carreira até a carência de recursos técnicos e materiais (OPAS, 2002).

Em suma, mesmo com o reconhecido movimento de cidadania e direito à saúde, construído através da ESF, diversos problemas ainda têm limitado o avançar da estratégia para consolidação e reorganização efetiva do SUS no território brasileiro. Em alguns cenários de gestão e de atenção, ainda não se valoriza a intersetorialidade como condição para uma atenção primária a saúde mais abrangente, o que envolve a compreensão da saúde como fenômeno indissociável do desenvolvimento econômico e social, dando significado à necessidade de enfrentar os determinantes sociais dos processos saúde-doença. Questões complexas – como investimentos inconsistentes em recursos humanos, remuneração inadequada dos profissionais que trabalham na área, contratação de profissionais qualificados e com perfil para atuar na APS, melhoria das estruturas física e tecnológica das unidades de saúde e comprometimento dos profissionais e da gestão dos serviços de saúde – ainda são aspectos renegados para a solução de transtornos que impedem que a ESF se concretize como força motriz e dê novos rumos ou contornos à efetivação do SUS que deseja-se (MOTTA; BATISTA, 2015).

3.1.3. Programa Mais Médicos: da falta de médicos as novas iniciativas

Os sistemas de saúde em todo mundo passam por importantes transformações, fruto, em parte, das transições (a) demográfica: população envelhecendo, queda da natalidade, aumento da expectativa de vida; (b) transição epidemiológica: aumento das doenças e agravos não transmissíveis e, ao mesmo tempo, manutenção de algumas doenças infectocontagiosas, ocasionando a dupla carga de doenças, associada ao aumento da morbidade e mortalidade por causas externas, (c) transição nutricional com mudança do padrão alimentar e consumo de produtos industrializados em ascensão, aumentando a obesidade, inclusive a infantil; (d) aumento da incorporação tecnológica de drogas e equipamentos, em alguns casos, iatrogênicos (TEMPORÃO, 2014; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Como solução a estes problemas, os Estados têm buscado estratégias de cooperação que potencializam os avanços tecnológicos e científicos e criam alternativas para os desafios dos sistemas de saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Ainda conforme o autor, os Sistemas de Saúde da maioria dos países têm demonstrado pouca ou nenhuma capacidade de

lidar com as necessidades de saúde da população, doenças emergentes e condições adversas ambientais e de risco, sem o apoio internacional.

Para Almeida et al. (2010), a escassez de profissionais médicos, má remuneração e má formação, ocasiona uma fuga de capital humano dos países em desenvolvimento para os países ricos. Em decorrência de baixos salários e falta de oportunidades, os países pobres têm perdido seus quadros profissionais com facilidade, gerando na comunidade internacional uma preocupação crescente com o Planejamento de Recursos Humanos em Saúde, face, a criação de um Pacto Global sobre o desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde, pela Organização Mundial de Saúde em 2006 (BUSS, 2010).

Frente a este contexto, observa-se uma série de iniciativas na busca da fixação e atração de profissionais de saúde para regiões onde evidencia-se tal escassez. Como exemplos, podem ser citados: estratégias de educação permanente dirigidas a todos os profissionais de saúde, ampliação da rotatividade de alunos na graduação nas clínicas e serviços em zonas rurais, aumento da interação de profissionais, diminuição da distância entre as escolas e os locais de trabalho (DE PAULA, 2017).

No Brasil, este também não é um problema novo. Segundo Maciel Filho (2007), desde 1950 a Organização PanAmericana de Saúde (OPAS) tem desenvolvido estratégias para estimular a organização da força de trabalho no país, mas os desafios não têm sido enfrentados de forma desejável. Segundo o autor, algumas estratégias de provimento de profissionais datam do período militar, como o Projeto Rondon e o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), seguido por ações como o Programa de Implantação de Unidades de Pronto Atendimento de Saúde (PISUS) e o Programa de Interiorização de Trabalhadores em Saúde (PITS), entre outros.

A situação política atual, com a crise financeira de 2008 e os problemas de corrupção e instabilidade dos governos, mostra uma realidade preocupante, pois o país está empobrecendo. Segundo Francisco Menezes, um economista brasileiro em entrevista ao jornal britânico *The Guardian*, “o país saiu do mapa da fome em 2014 e corre o risco de retornar”. As medidas de austeridade adotadas pelo atual e último governo vão empobrecer ainda mais a população e não vão resolver o problema, diz o economista. Com essas medidas de austeridade, a crise, que é mundial, se agrava no país e o sistema de saúde brasileiro enfrenta um dos seus maiores desafios de sobrevivência desde sua criação em 1988 (HU et al., 2016).

Entre as principais dificuldades da área da saúde no Brasil está a má distribuição dos profissionais no território nacional. Dados de 2014 demonstram a concentração de profissionais e a desigualdades entre as diferentes regiões brasileiras, como mostra a Tabela 1.

Tabela 1- Distribuição de médicos por região do Brasil

Região	Nº de médicos	População (nº)	Médicos/ 1000 hab.
Sul	62.703	28.795.762	2,18
Sudeste	232.180	84.465.570	2,75
Centro-Oeste	33.035	14.993.191	2,20
Nordeste	72.794	55.794.707	1,30
Norte	18.512	16.983.484	1,09
Brasil	419.224	201.032.714	2,09

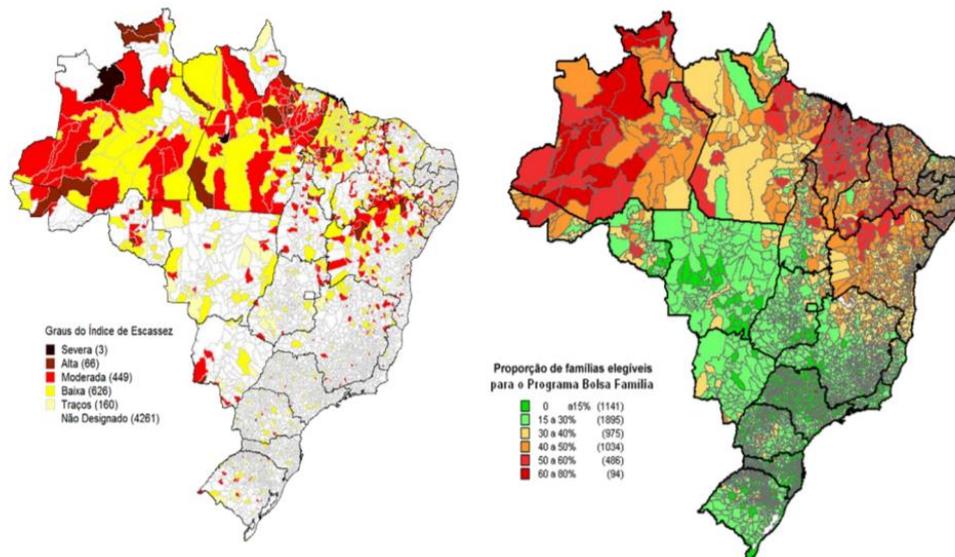
Fonte: adaptado de Scheffer (2015).

Para Scheffer (2015), esse processo de distribuição desigual de profissionais de saúde gerou um movimento no país na busca de soluções para essas iniquidades. Já Ribas (2016) garante que a ausência de profissionais de saúde em determinadas localidades não possui uma causa singular; trata-se uma questão multifatorial que geralmente combina aspectos como desregulação do mercado de trabalho e da formação profissional, desigualdade na distribuição geográfica e rotatividade entre os profissionais. Além disso, o autor destaca também o crescimento do número de municípios no país entre os anos 1950 – 2000, como um fenômeno relevante para o tema da escassez profissional. A quantidade de municípios no Brasil dobrou em 50 anos, fator que está diretamente ligado ao processo de descentralização da saúde, em função da gestão da maioria dos órgãos e estabelecimentos de saúde passar para o comando municipal.

Ainda segundo Ribas (2016), no ano de 2010 a Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (ESPM/FNESCION/UFMG) publicou um Relatório propondo a construção de um índice de escassez de profissionais de saúde. Este relatório apontou que a necessidade de médicos era ainda maior em municípios e regiões com índices elevados de necessidades sociais, tais como mortalidade infantil e nível de pobreza, como mostra a Figura 3. Já dados do Ministério da Saúde, no ano de 2012, além de insuficientes, mostram que os médicos brasileiros estavam mal distribuídos no território nacional. Em 22 Estados (80%) o índice de médicos/1.000 habitantes era inferior à média nacional, sendo que em cinco deles (todos

localizados nas regiões Norte e Nordeste) o índice era menor que 1 médico por 1000 habitantes (RIBAS, 2016).

Figura 3- Mapas escassez médica no Brasil versus municípios com proporção de domicílios com renda per capita abaixo da linha de pobreza*



Fonte: Ribas (2016)

* renda per capita = R\$137,00 (2007)

Em 2013, o governo federal iniciou um processo de regionalização, que procurava, dentre outras coisas, minimizar a iniquidade e a pulverização de recursos, aumentando a acessibilidade do cidadão aos recursos humanos e estruturais e aumentando a resolubilidade dos serviços de saúde. Também no mesmo ano, a população brasileira foi às ruas, reivindicando políticas públicas de qualidade e uma das pautas era a melhoria do sistema de saúde brasileiro (SUS). Com a pressão social, o governo se viu obrigado a dar uma resposta à população. Com o projeto já desenvolvido, o governo lançou a ideia do programa Mais Médicos e se fortaleceu para os vários embates que se sucederam até a criação da Lei do Programa Mais Médicos que foi uma das grandes vitórias do governo Dilma nesse processo (DE PAULA, 2017; SCHEFFER, 2015). Ou seja, dentro deste cenário que tem se desenhado nas últimas duas décadas, é que em julho de 2013, foi implantado o Programa Mais Médicos (PMM), criado para reduzir as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, ocasionadas pela carência e má distribuição regional e social de médicos no país.

O programa foi instituído pela lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 que altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras

providências com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS) e com os seguintes objetivos:

I - Diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;

II - Fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;

III - Aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;

IV - Ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;

V - Fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;

VI - Promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;

VII - Aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e

VIII - Estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

Para atingir os objetivos supracitados, o Programa Mais Médicos foi estruturado em três eixos:

a) Provimento emergencial: estratégia de contratação emergencial de médicos, que podem atuar exclusivamente na área de atenção básica em saúde, integrando ensino e serviço, pelo período de 3 anos, prorrogável por igual período, intitulado Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB).

b) Formação: a expansão do número de vagas para os cursos de Medicina e residência médica em várias regiões do país, e a implantação de um novo currículo com uma formação voltada para o atendimento mais humanizado, com foco na valorização da Atenção Básica.

c) Melhoria da infraestrutura da rede de saúde: ações voltadas à infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde.

No eixo de provimento (PMMB), conforme critérios adotados pelo Ministério da Saúde, o perfil profissional dos médicos participantes do PMM divide-se em: cooperação, diz respeito aos médicos cubanos trazidos em acordo feito com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS); CRM brasileiro que são os médicos formados no Brasil ou aprovados no

REVALIDADA; e intercambista que são os médicos estrangeiros ou brasileiros formados no exterior e inscritos no programa por demanda espontânea (NOGUEIRA et al., 2016), como mostra o Quadro 2.

Quadro 2- Perfil dos médicos participantes do PMM

PERFIL	CARACTERÍSTICAS
CRM BRASIL	Perfil designado aos médicos formados em Instituições de Ensino Superior (IES) no Brasil ou com diploma devidamente validado. Em ambas as situações eles possuem um registro ativo em algum Conselho Regional de Medicina no país. Estão excluídos deste perfil os médicos que ingressaram no Programa optando pela bonificação na prova de Residência Médica (PROVAB);
INTERCAMBISTAS INDIVIDUAIS	Perfil referente aos médicos de qualquer nacionalidade (inclusive brasileira) que se graduaram em uma instituição estrangeira. Estes profissionais também devem se inscrever através do site, porém passam por outras etapas que incluem procedimentos de imigração e curso preparatório. Serão neste trabalho identificados também apenas como “Intercambistas”, para abreviar o perfil;
INTERCAMBISTAS COOPERADOS	Esta denominação se refere aos médicos provenientes da Cooperação Internacional estabelecida entre o Governo Federal do Brasil e o Governo de Cuba. A seleção destes profissionais é feita pelo governo cubano que, por sua vez, repassa todos os dados necessários para que estes sejam inseridos no Programa. Este trabalho utiliza o termo “Cooperados” para identificar este perfil;

Fonte: adaptado de Ribas (2016).

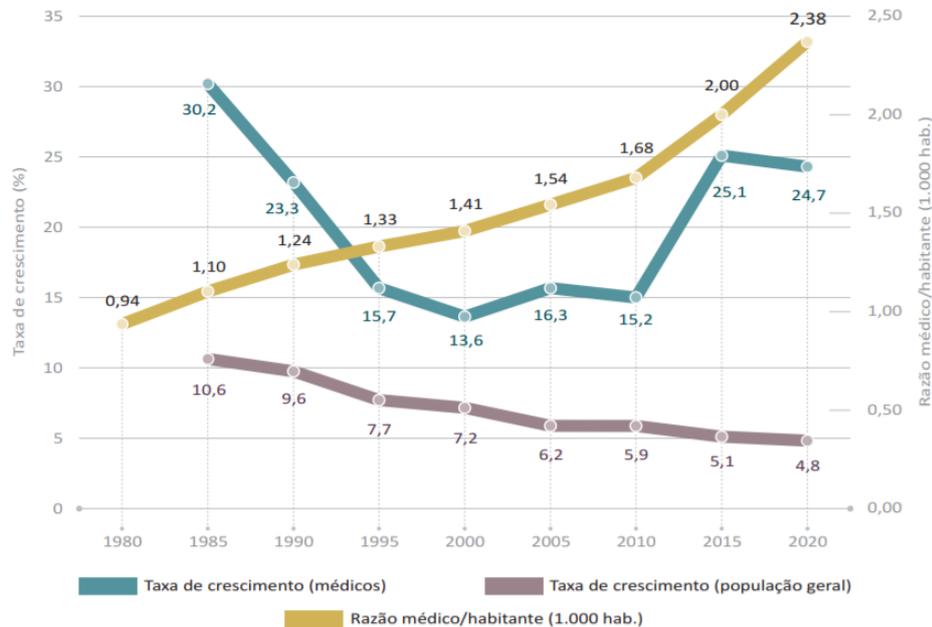
Segundo La Tinta (2017), o governo cubano foi parceiro do governo brasileiro desde o início, pela sua história de exportação da mão de obra médica para países em situações de guerra ou grande necessidade como é o caso das experiências desenvolvidas na Venezuela e no Haiti. Cuba assinou um acordo de cooperação como o Brasil, através da Organização Panamericana de Saúde, para a contratação temporária de cerca de 10 mil médicos cubanos.

Nos seis anos de execução do Programa foi possível preencher 18.240 vagas em 4.058 municípios brasileiros e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (OPAS/OMS, 2018). Em 2019, com a Medida Provisória número nº 890, o Programa Mais Médico deu lugar ao Programa Médicos pelo Brasil, preservando a finalidade de incrementar a prestação

de serviços médicos em locais de difícil provimento ou alta vulnerabilidade, e fomentar a formação de médicos especialistas em Medicina de família e comunidade, também no âmbito da atenção primária à saúde no SUS.

Segundo dados da Demografia Médica de 2020, realizada pela Faculdade de Medicina, da Universidade de São Paulo, o número de médicos tem aumentado no Brasil, enquanto a população tem diminuído, como mostra a Figura 4. No entanto, dados do mesmo relatório demonstram que a concentração de profissionais ainda prevalece nas regiões sul e sudeste (Figura 5), mantendo a desigualdade no atendimento de saúde.

Figura 4- Evolução da população, do número de médicos e da razão médico por mil habitantes entre 1980 e 2020



Fonte: Demografia Médica do Brasil (2020).

rural é vasto e tem na baixa densidade demográfica a sua característica principal. Além disso, é onde a saúde suplementar tem menor cobertura (SILVEIRA; PINHEIRO, 2014).

Segundo Garnelo et al (2018), a Região Norte concentra os piores índices de utilização dos serviços de saúde no País enfrentando baixa disponibilidade de médicos que é 7 vezes menor que a encontrada nas capitais do Sul do País, como mostra a pesquisa Demografia Médica do Brasil de 2020, ilustrada na Figura 7.

Figura 7 - Distribuição de médicos na Região Norte do Brasil em 2020

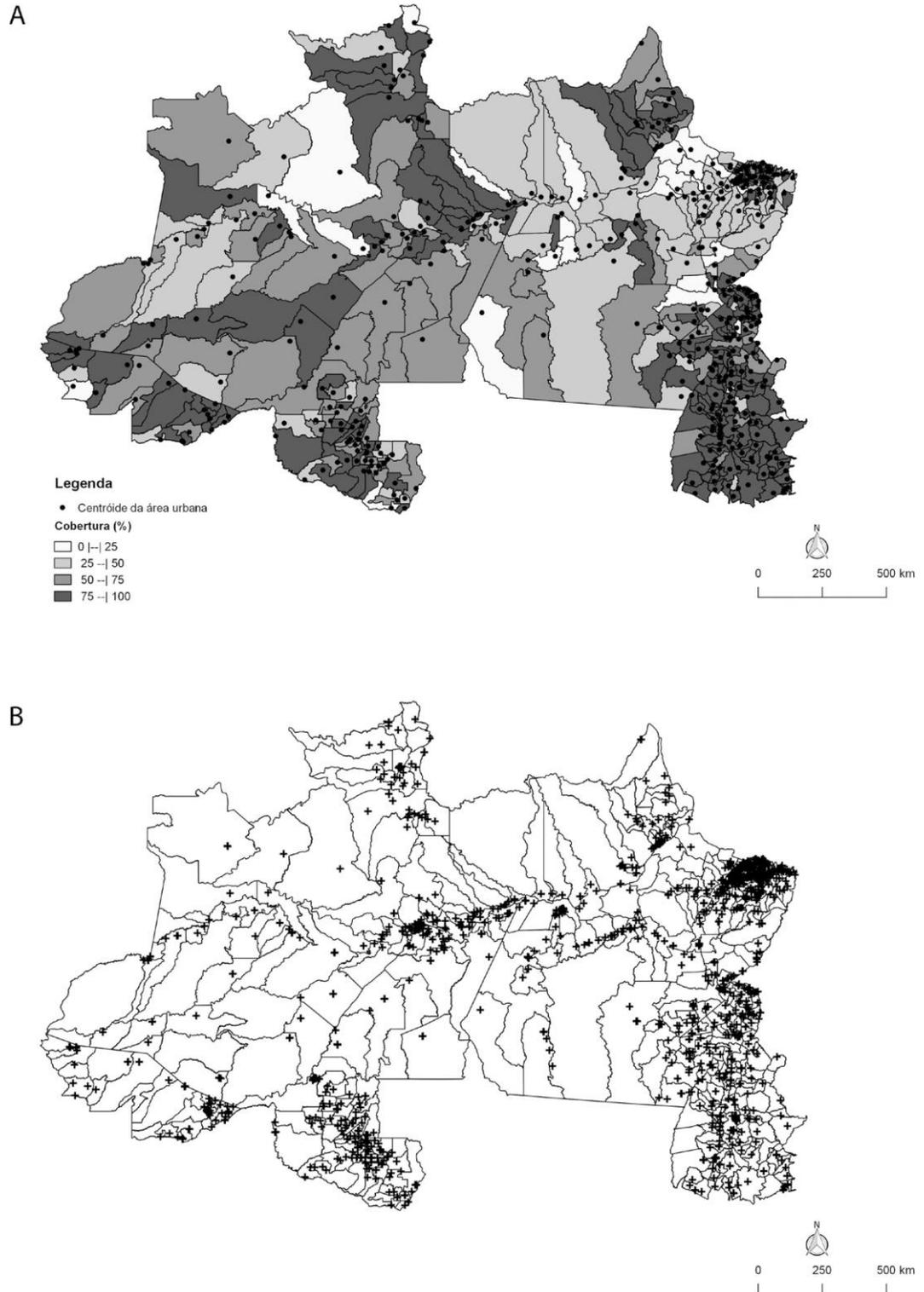
Distribuição de médicos segundo unidades da Federação e grandes regiões – Brasil, 2020

	Médicos	(%)	População	(%)	Razão
Brasil (registros)	523.528	100,0	210.147.125	100,0	2,49
Brasil (indivíduos)	478.010	100,0	210.147.125	100,0	2,27
Região Norte	23.964	4,6	18.430.980	8,8	1,30
Rondônia	3.160	0,6	1.777.225	0,8	1,78
Acre	1.058	0,2	881.935	0,4	1,20
Amazonas	5.398	1,0	4.144.597	2,0	1,30
Roraima	975	0,2	605.761	0,3	1,61
Pará	9.212	1,8	8.602.865	4,1	1,07
Amapá	1.006	0,2	845.731	0,4	1,19
Tocantins	3.155	0,6	1.572.866	0,7	2,01

Fonte: DMB (2020).

Ainda conforme Garnelo et al (2018) no ano de 2013, dos 450 municípios do NORTE, 34% apresentaram cobertura populacional de 100%. Para os pesquisadores quanto menor o porte populacional, maior o percentual de cobertura, o que demonstra os vazios assistenciais em grandes áreas da Região Norte, bem como a concentração de equipes em certos espaços, como as sedes municipais que nos estados do Amazonas e do Acre, onde as equipes 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 de Estratégia Saúde da Família (ESF) em cidades distribuídas ao longo das estradas, como mostra a Figura 8.

Figura 8- A: percentual de cobertura das equipes de APS por município, Região Norte, Brasil, 2013. B: localização das equipes avaliadas no segundo ciclo do PMAQ-AB, Região Norte, Brasil, 2013-2014



Fonte: Garnelo et al (2018).

Segundo os autores, a maioria das equipes avaliadas no segundo ciclo do PMAQ-AB (82%) está sediada em áreas urbanas dos municípios; além disso, 38,7% das equipes localizadas nas áreas urbanas (22,9% do total) realizam atendimento de populações rurais, ou seja, atuam em locais distantes de suas áreas de abrangência. A desfavorável estruturação da APS na Região Norte pode estar associada a implantação de equipes fora das suas áreas de abrangência. Este expediente, equipes para atender comunidades rurais alocadas em espaços urbanos e o acúmulo da oferta de serviços nas sedes dos municípios representam barreiras de entrada à unidade de saúde. O atendimento distante das famílias ainda dificulta o vínculo profissional-usuário neste tipo de território, comumente extenso e de alta dispersão populacional. Essa realidade espacial fica excepcionalmente acentuada na região amazônica (VASCONSELOS et al., 2020).

Conforme Silveira e Pinheiro (2014) não há como negar a necessidade de aumentar o número de médicos no Brasil, com especial atenção para as desigualdades existentes na Região Norte. Apesar da intensificação de políticas para a área médica com vistas à diminuição das desigualdades no período que precedeu 2017, não se têm verificado intervenções sobre a mercantilização da Medicina, deixando razoavelmente intocados os fatores que mantêm essa situação relacionados à convivência (ou competição) entre os serviços públicos e privados de saúde. Para os autores, a criação de uma carreira médica de Estado para a Atenção Primária no interior pode contribuir desvinculando a atuação médica da ótica de mercado. Ademais, as ações sobre os condicionantes macroestruturais que envolvem outras áreas (educação, meio ambiente, outros) ainda não conseguem visibilidade e investimento, e acontecem de maneira independente das ações de saúde. Nesse contexto, a intervenção do Estado é importante para a criação de um gradiente de força que favoreça o público em relação ao privado, o Norte em relação ao Sul, o interior em relação às capitais, e o rural em relação ao urbano.

3.1.5 Efeitos do Programa Mais Médicos nos indicadores da Atenção Básica

Apesar dos inúmeros avanços, sabemos que o SUS apresenta importantes desafios à sua consolidação. Dentre estes, destacam-se o financiamento, a gestão do trabalho e da educação, a constituição de redes regionalizadas de atenção à saúde, a mudança dos modelos de atenção e gestão bem como as bases de sustentação do sistema. Tais desafios incidem também sobre a atenção básica (PAIM, 2008). Neste sentido, O PMM se caracteriza como uma política inédita que conseguiu enfrentar, parcialmente, o desafio de reordenar a formação

e a atuação médicas, tensionando o poder desta corporação com medidas históricas (MELO, 2016).

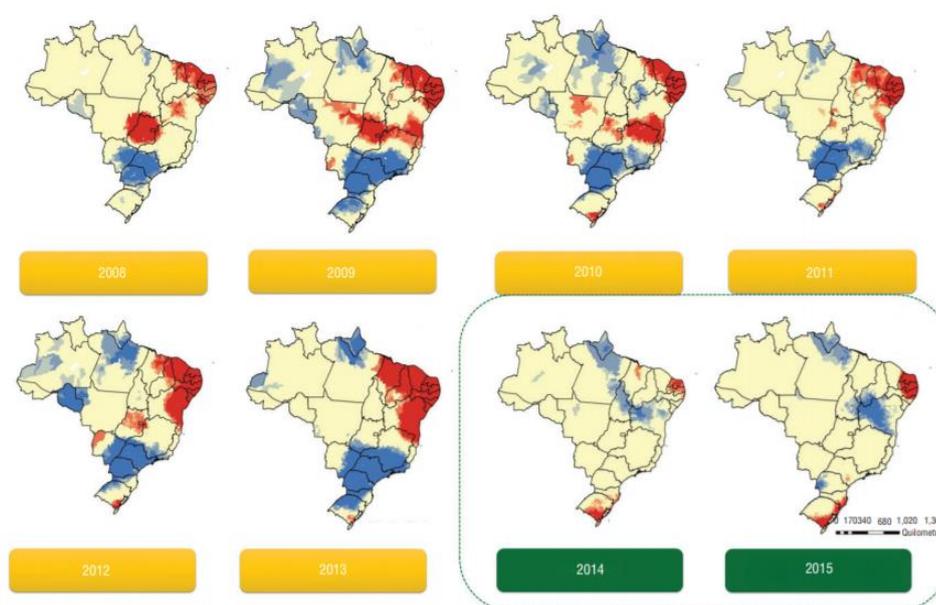
A respeito do conjunto geral de sugestões da OMS para ampliação do acesso a saúde por populações rurais e de territórios remotos, o PMM contemplou 37,5% das 16 recomendações. No entanto, segundo a literatura, as intervenções propostas pelos países em desenvolvimento se concentram em uma única ou poucas estratégias a fim de mitigar os fatores que poderiam contribuir para retenção dos recursos humanos em saúde (MACEDO e FERREIRA (2020). Para os autores, não obstante disso, existem poucas evidências empíricas do sucesso dessas intervenções em promover melhor distribuição dos profissionais de saúde. Particularmente, os efeitos dessas intervenções nos resultados de saúde são pouco conhecidos. Para os pesquisadores, estudos que avaliam o efeito destas estratégias apontam melhoria para o atendimento, redução de encaminhamentos e diminuição do tempo de espera. Porém, não houve menção às mudanças nos indicadores de mortalidade após as políticas implementadas.

No contexto nacional, Macedo e Ferreira (2020) ao analisarem os efeitos do PMM nos indicadores de AB, destacam que a estratégia do Programa Mais Médicos em reduzir as desigualdades de médicos no território pode ser considerada bem-sucedida na medida que os resultados dos efeitos do programa caminham nesta direção. Apesar de positivo os avanços em relação a cobertura e acesso da população aos serviços de saúde em curto espaço temporal, eles não se traduziram, como se esperava com o PMM, em melhorias da resolutividade da atenção básica. Dessa forma, os resultados observados pelos pesquisadores não permitiram observar os efeitos do programa na diminuição dos encaminhamentos para atendimento especializado, internação hospitalar, urgência e emergência, bem como aquelas internações que são sensíveis a atenção primária à saúde. Não obstante, as análises não consentiram observar reduções na taxa de mortalidade infantil. Muito pelo contrário, observou-se, no grupo de municípios vulneráveis analisados, houve piora na saúde infantil. O que denota dificuldades em promover melhorias na saúde pública. No entanto, os autores salientam que os resultados são de curto prazo e que foram controlados por fatores relacionados a infraestrutura municipal de prestação de serviços de saúde, recursos humanos e materiais e por questões sociais como acesso à água, nível educacional e de vulnerabilidade social que afetam os indicadores de saúde analisados.

Em estudo sobre a gestão de recursos humanos em saúde no Brasil, Barbosa et al. (2018) demonstram uma tendência de mudança nos indicadores de recursos humanos em

saúde. Segundo os autores, o estudo através de *clusters* espaciais evidenciou uma drástica redução na rotatividade médica em regiões que, antes da implantação do PMM, apresentavam valores elevados de rotatividade, como mostra a figura 9, a seguir. Além da rotatividade, tempo de permanência médio, em anos, dos profissionais médicos nas equipes de atenção básica, que vinha em tendência de queda, a partir de 2014 se inverteu na maior parte das regiões brasileiras.

Figura 9- Clusters espaciais de valores associados à rotatividade de profissionais médicos da atenção básica



Fonte: Barbosa et al. (2018)

* Vermelho: clusters espaciais com alta rotatividade médica; azul: clusters com baixa rotatividade de médicos; amarelo: regiões que não foram categorizadas como pertencentes a clusters estatisticamente significativos.

No contexto regional, ao avaliarem a implementação do PMM em 104 municípios do Mato Grosso, Mota e Barros (2016) observaram que, mesmo com as inúmeras dificuldades que afligem o estado, como a falta de medicamentos, insumos, equipamentos e a carência na infraestrutura física das unidades de saúde, a contratação de médicos foi decisiva para prestar assistência à aproximadamente 900 mil habitantes, pois diminuiu de forma significativa as desigualdades de acesso aos serviços e ações de saúde. Já no Vale da Ribeira, área de grande vulnerabilidade social e econômica, Silva et al. (2016) notaram o aumento no número de consultas para a população adulta e atendimento aos portadores de DST/Aids, com diminuição das consultas realizadas fora da área de abrangência da ESF, refletindo em um maior acesso dessa população aos serviços e ações da ABS. Da mesma forma, no Rio Grande

do Norte Silva et al. (2016) salientaram consequências positivas na facilidade de acesso, na atenção e no respeito dispensados aos usuários por médicos cubanos.

De modo geral, os estudos sobre os efeitos do PMM nos indicadores da ABS, ainda que poucos e alguns com metodologia limitada (como citam alguns autores), demonstram o importante papel do Programa, especialmente no que condiz o acesso a saúde por parte de populações mais vulneráveis, evidenciando que a política tem cumprido com seu objetivo. No entanto, salienta-se a necessidade de observar as consequências acarretadas pelas mudanças no PMM nos últimos anos, com as mudanças de governo.

3.2 Avaliação de Políticas Públicas

A política pode ser definida de diversas formas, desde seu sentido mais amplo, constituído a partir da criação da *polis*, na ligação com o Estado, a partir de Maquiavel, já como um fenômeno mais autônomo, até o desenho de programas que hoje entende-se como política pública, que são fortemente atreladas ao Estado, com grande influência de múltiplos atores (DE PAULA, 2017).

No que tange a definição da avaliação das políticas públicas, Costa e Castanhar (2003, p.972) destacam que,

A definição do que seja avaliação parece ser quase consensual. De acordo com a UNICEF (1990), por exemplo, trata-se do exame sistemático e objetivo de um projeto ou programa, finalizado ou em curso, que contemple o seu desempenho, implementação e resultados, com vistas à determinação de sua eficiência, efetividade, impacto, sustentabilidade e a relevância de seus objetivos. O propósito da avaliação é guiar os tomadores de decisão, orientando-os quanto à continuidade, necessidade de correções ou mesmo suspensão de uma determinada política ou programa.

É importante destacar que a avaliação da política pública é uma atividade complexa e que é uma etapa do planejamento da mesma. Dessa forma, é importante compreender alguns conceitos básicos atrelados à avaliação das políticas públicas, como mostra o Quadro 3.

Quadro 3– Definições de conceitos associados à avaliação de políticas públicas

TERMO	CONCEITO
POLÍTICA	estágio onde as propostas de ação pública ganham forma e estatuto, recebendo tratamentos formais mínimos, ao serem definidos metas, objetivos e recursos. As políticas transformam-se em programas quando é explicitada a estratégia de implementação e, por uma ação de autoridade, são criadas as condições iniciais para sua implementação
PLANO	é o conjunto de programas que buscam objetivos comuns. O plano ordena os objetivos gerais e os desagrega em objetivos específicos, que serão os objetivos gerais dos programas. O plano organiza as ações programáticas em uma sequência temporal, de acordo com a racionalidade técnica e as prioridades de atendimento
PROGRAMA	é um conjunto de atividades organizadas para serem realizadas dentro de cronograma e orçamento específicos disponíveis para a implementação de políticas ou para a criação de condições que permitam o alcance de metas políticas desejáveis
PROJETO	é um instrumento de programação para alcançar os objetivos de um programa, envolvendo um conjunto de operações, limitadas no tempo, das quais resulta um produto final que concorre para a expansão ou aperfeiçoamento da ação do governo. Quando essas operações se realizam de modo contínuo ou permanente, são denominadas de Atividades
OBJETIVO	é a situação que se deseja obter ao final da implementação do programa, mediante a aplicação dos recursos e da realização das ações prevista
EFEITO	é o que decorre da influência do programa. O objetivo está localizado temporalmente antes do início do programa. Os efeitos são resultados das ações do programa e podem ser intermediários, ocorrendo durante o programa, ou finais, que são os que perduram após o programa. Os efeitos podem ser procurados, quando foram estabelecidos como objetivos, ou não procurados, quando decorrem de um programa, sem prévia intenção formalizada.
IMPACTO	é o resultado do programa que pode ser atribuído exclusivamente às suas ações, após a eliminação dos efeitos externos. É o resultado líquido do programa.
EFICÁCIA	é a relação entre alcance de metas e tempo. Em outras palavras, é o grau em que se alcançam os objetivos e metas do programa, em um determinado período de tempo, sem considerar os custos implicados.
EFICIÊNCIA	é a relação entre custos e benefícios, onde se busca a minimização do custo total para uma quantidade de produto ou a maximização do produto para um gasto total previamente fixado
EFETIVIDADE	é a relação entre os resultados e o objetivo. “É a medida do impacto ou do grau de alcance dos objetivos”

Fonte: elaborado pela autora com base em Cunha (2018).

Segundo Cunha (2018), nas últimas décadas, a avaliação de políticas e programas governamentais assumiu grande relevância para as funções de planejamento e gestão governamentais. Apesar da existência de experiências anteriores, o interesse pela

avaliação tomou grande impulso com a modernização da Administração Pública. Em vários países, este movimento foi seguido pela adoção dos princípios da gestão pública empreendedora e por transformações das relações entre Estado e sociedade. Para o autor, a avaliação pode subsidiar o planejamento e a formulação das intervenções governamentais, o acompanhamento de sua implementação, suas reformulações e ajustes, assim como as decisões sobre a manutenção ou interrupção das ações. É um instrumento importante para a melhoria da eficiência do gasto público, da qualidade da gestão e do controle sobre a efetividade da ação do Estado, bem como para a divulgação de resultados de governo.

Ademais, Cunha (2018) garante que o crescente interesse dos governos nos estudos de avaliação está relacionado às questões de efetividade, eficiência, *accountability* e desempenho da gestão pública, já que estes estudos se constituem em ferramenta para gestores, formuladores e implementadores de programas e políticas públicas. As avaliações de políticas e programas permitem que formuladores e implementadores tomem suas decisões com maior conhecimento, maximizando o resultado do gasto público, identificando êxitos e superando pontos de estrangulamento.

Para uma caracterização mínima de avaliação de políticas públicas, dois pontos precisam ser destacados: o que se refere à sua posição no ciclo de políticas públicas e o que se atém aos seus diferentes tipos de análises e respectivas finalidades. No ciclo de políticas públicas, a avaliação situa-se na última fase, como uma etapa que sintetiza os resultados e revisa todo o processo ocorrido, auxiliando então em possíveis aprimoramentos futuros (PINTO, 2008; WU et al, 2014). Segundo Bonifácio (2018), a maneira como se realiza a avaliação de políticas públicas é variada. Usualmente, classificam-se quatro tipos de análises, que são dotadas de diferentes objetivos e alcance analítico. Embora haja diferentes nomenclaturas na literatura especializada, consideramos que as análises existentes em avaliação de políticas públicas são as seguintes: (1) análise de produtos e materiais, (2) análise de processos, (3) análise de eficiência e (4) análise de efetividade.

A análise de primeiro tipo consiste simplesmente na contabilização de materiais e de recursos humanos incorporados a partir da implementação de uma determinada política pública. Já a análise dos processos inclui a verificação da correição dos atos administrativos e legais e a otimização da logística. A análise do custo-benefício de uma política pública, a preocupação com o quanto se gasta e o quanto se consegue de resultado é o que usualmente se chama de eficiência. Por fim, a análise de efetividade consiste em mensurar impacto de uma política pública, ou seja, o quanto essa intervenção contribuiu para a transformação da

realidade social dos beneficiários. Assim, apresenta uma visão holística do processo e está em busca de relações de causalidade (BONIFÁCIO; SILVA; ROCHA, 2017).

Já Derlien (2001) identifica três funções atribuídas à avaliação de políticas: de informação, de alocação e de legitimação. Estas motivações são identificadas a diferentes fases da implementação de avaliações. Durante os anos 60, os países que impulsionaram a atividade estavam mais interessados na informação. Para eles, as questões principais a serem respondidas seriam: Como funcionam as políticas? Que efeitos produzem? Como se pode melhorá-las? A segunda fase, que tomou impulso durante os anos 80, e ainda hoje predomina, visa à alocação ou dotação orçamentária mais racional, e as questões básicas a que se propõe são: Que programas podem ser cortados a partir de resultados negativos? Quais são as consequências da privatização de certas atividades públicas? Como os programas podem ser reorganizados para atingir mais resultados com o mesmo montante? Já a função de legitimação não pode ser identificada a uma fase temporal, tendo sempre desempenhado papel importante no contexto político, ao menos para os países desenvolvidos da América do Norte e Europa analisados.

No Brasil, Costa e Castanhar (2003) reconhecem uma histórica valorização na formulação de programas públicos (sobretudo em áreas sociais) em detrimento da avaliação dos mesmos. Todavia, indicam evidências de que este desinteresse vem diminuindo graças a mudanças no cenário socioeconômico brasileiro a partir da década de 1980. Corroborando com esta ideia, Garcia (1997) argumenta que ainda podem ser citadas outras razões para a demanda por avaliações. Em primeiro lugar, a crise fiscal brasileira diminuiu a capacidade de gasto dos governos e aumentou a pressão por maior eficiência. Nesta questão, o fim do processo inflacionário teve importante papel, pois acabou com as receitas financeiras dos governos e expôs os problemas das finanças públicas. Em segundo, o aprofundamento da democracia trouxe novos atores sociais e reivindicações aos governos. Em terceiro, a longa crise econômica brasileira aumentou a desigualdade social e a busca pelos programas sociais do governo. Bem como, a desestruturação da função de planejamento, que deixou os governantes sem elementos de informação e avaliação.

No que tange a avaliação das políticas e programas referentes a saúde, o Brasil desde o final da década de 1990, pós Constituição de 1988, reconhece a saúde como um direito de todos e dever do Estado, e da implantação e regulamentação do SUS, por meio da Lei nº 8.080, a avaliação dos serviços de saúde, com ênfase na qualidade da assistência, vem conquistando espaço (NEVES, 2019). Segundo Castanheira et al. (2014), o incentivo à

avaliação da qualidade dos serviços da APS no Brasil contribuiu, e vem contribuindo, para a melhoria dos serviços e a expansão da atenção ao cuidado. Para os autores, avaliar é de relevância para investigar as políticas e práticas, e isto é reconhecido em nível internacional, pois através de documentos, diretrizes e publicações científicas é possível produzir um impacto maior nos Sistemas de Saúde que estão diretamente ligados a APS.

Donabedian (2003) afirma que a avaliação de qualidade em saúde deve ser construída a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, classicamente considerados uma tríade, sendo: ESTRUTURA - recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica. Incluindo o financiamento e disponibilidade de mão-de-obra qualificada; PROCESSO - atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos; RESULTADO - produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas.

Conforme Neves (2019), as iniciativas de avaliação e monitoramento da APS, criadas pelo Ministério da Saúde, se intensificaram a partir dos anos 2000, e vem sendo implementadas acompanhando a expansão da rede básica. Entre elas estão o Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF) e a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), posteriormente adaptada para autoavaliação das equipes de atenção básica por meio do Programa Nacional para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção (PMAQ).

3.2.1 Programa Nacional para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

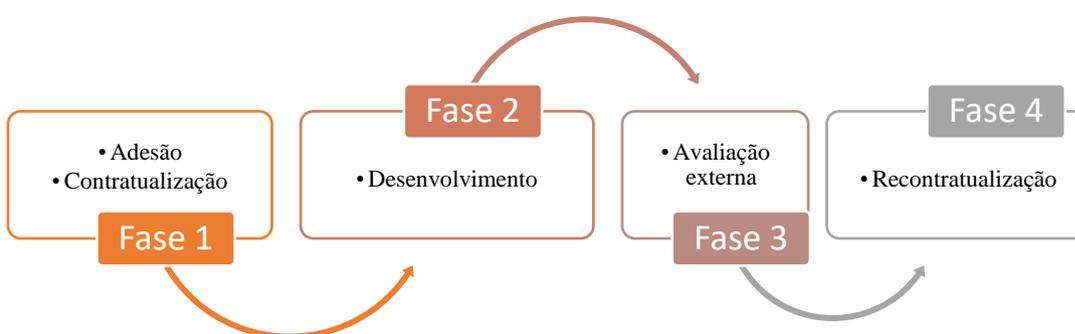
O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) está inserido no conjunto de ações e atividades desenvolvidas no âmbito do “Saúde Mais Perto de Você”, sendo uma das iniciativas mais recentes, em nível nacional, adotada pelo Ministério da Saúde, para qualificar a atenção básica à saúde, garantindo um padrão de qualidade comparável, tanto para o nível local quanto regional e nacional por meio de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde (SILVA et al., 2016). O mesmo foi criado pela Portaria nº 1.654, GM/MS de 19 de julho de 2011. Segundo dados do Ministério da Saúde, o Programa tem como objetivo, ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção básica, fator esse que contribuirá para o desenvolvimento de um padrão de qualidade comparável em todo o país, além de satisfazer os usuários, por meio da facilitação do acesso à unidade de saúde e pela qualidade

dos serviços prestados, instigar a ampliação do acesso e a melhoria da localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à ABS (BRASIL, 2015).

É um programa novo e que busca a melhoria e acesso a uma boa qualidade na saúde pública e tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar esta qualidade que é oferecida aos cidadãos do nosso país. Para tanto, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde e elevando o repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhoria no padrão de qualidade no atendimento (BRASIL, 2011).

O PMAQ está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica, como mostra a Figura 10.

Figura 10- Fluxograma das fases do Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica



Fonte: elaborado pela autora com base em Silva et al. (2013) e Neves (2019).

Na primeira fase ocorre a adesão ao Programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem acordados entre as equipes de Atenção Básica com os gestores municipais, e desses com o Ministério da Saúde num processo que envolve pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social. Uma vez homologada a adesão das equipes de atenção básica, era transferido ao município, fundo a fundo, 20% do valor integral do Componente de Qualidade do Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável). Já na fase dois, ocorre o desenvolvimento do conjunto de ações que serão realizadas pelas equipes de atenção básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo

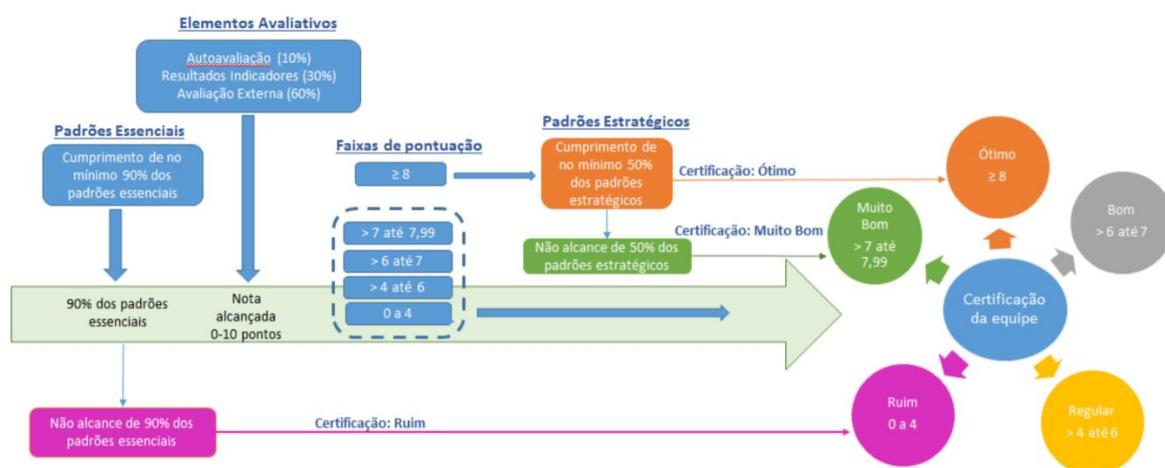
Ministério da Saúde, com o intuito de promover movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Essa fase está organizada em quatro dimensões - Autoavaliação, Monitoramento, Educação Permanente e Apoio Institucional - que devem ser estruturadas de forma contínua e sistemática. Na terceira fase acontece a avaliação externa, momento em que é realizado um conjunto de ações para averiguar as condições de acesso e de qualidade das unidades básicas e das equipes de atenção básica participantes do PMAQ. Por fim, na fase 4 acontece um processo de repactuação das equipes de atenção básica e dos gestores com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do programa (NEVES, 2019; SILVA et al., 2013).

Conforme explica Cavalcante (2014), a avaliação externa do PMAQ utiliza instrumento avaliativo construído a partir da revisão e adaptação da Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia da Saúde da Família (AMQ) e de outras ferramentas de avaliação de serviços de saúde utilizadas e validadas nacional e internacionalmente, a exemplo do *MoniQuor*, *PCATool* e *Quality Book of Tools*. Segundo a pesquisadora, o instrumento de avaliação externa está organizado em quatro módulos: I - observação da estrutura da UBS; II - entrevista com o profissional da EAB (equipe de atenção básica) e verificação de documentos na UBS; III - entrevista com o usuário na UBS; e IV - módulo online informado pelo gestor municipal e pela EAB de forma complementar aos demais módulos.

Mangueira (2016) destaca que, após a avaliação externa, as equipes devem ser certificadas, conforme o seu desempenho na implementação de processos auto avaliativos, verificação do desempenho alcançado para o conjunto de indicadores contratualizados, além do resultado da avaliação externa, em quatro categorias: Desempenho insatisfatório; Desempenho mediano ou abaixo da média; Desempenho acima da média; Desempenho muito acima da média. No entanto, a partir do 3º ciclo de avaliação do PMAQ algumas mudanças foram realizadas nas categorias de certificação das equipes. A certificação do 3º ciclo do PMAQ-AB foi norteada por parâmetros que permitiram mensurar o grau de qualidade do trabalho das equipes a partir da verificação de padrões contidos no instrumento de avaliação externa, incluindo a averiguação de padrões de qualidade essenciais e estratégicos; implementação de processos auto avaliativos (AMAQ e outros); e análise dos resultados

alcançados no conjunto de indicadores, conforme detalhados no diagrama a seguir (Figura 11).

Figura 11 - Etapas para a certificação PMAQ – AB 3º Ciclo



Fonte: DAB/MS (2019).

A classificação do desempenho da equipe no 3º ciclo do PMAQ-AB variou entre cinco categorias que traduziram as faixas de pontuação somadas aos critérios de cumprimento dos padrões de qualidades (gerais, essenciais e estratégicos). As categorias são:

- Ótimo: 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: 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: Equipes com 90% ou mais de cumprimento de padrões essenciais com pontuação maior que 6 até 7 pontos.
- Regular: Equipes com 90% ou mais de cumprimento de padrões essenciais com pontuação maior que 4 e até 6 pontos.
- Ruim: 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.

- g) Desclassificada: Equipes que se recusaram a realizar a avaliação externa ou equipes AB/SB que não possuíam cadeira odontológica

Assim, O repasse dos recursos financeiros no 3º ciclo do PMAQ –AB foi calculado conforme o desempenho obtido pela equipe somado ao fator de desempenho correspondente à classificação por cada tipo de equipe, Atenção Básica ou Atenção Básica/Saúde Bucal (AB ou AB/SB).

As dimensões e padrões propostos pelo PMAQ expressam diretrizes do SUS e refletem uma caminhada para a superação dos problemas priorizados. A qualidade não é apreendida como topos ou platôs e sim como “fluxo” e “movimento” devendo, por isso, ser fruto da atuação dos atores implicados, com capacidade de mudar cenários e, portanto, exige permanente adaptação e evolução da política, de suas estratégias e instrumentos avaliativos (BRASIL, 2011). Para Manguiera (2016), o PMAQ busca induzir as mudanças tanto no modelo de atenção quanto de gestão, com resultados que promovam o impacto na situação de saúde da população, promovendo o desenvolvimento dos trabalhadores e orientando os serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários. Dessa forma, a autora ressalta que, espera-se que o PMAQ seja capaz de permitir aos profissionais, a análise do seu trabalho por meio de instrumentos organizados e padronizados, identificando aspectos gerais da atenção básica, de modo que os gestores tenham uma visão ampla da atenção, sendo capaz de evidenciar as potencialidades e limitações, de forma que possam conduzir as mudanças para a melhoria do trabalho em equipe e a favor dos usuários.

3. 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 de Saúde da Família, com e sem médico do PMM, baseada nos indicadores do PMAQ-AB. Para Shea et al. (1995) sempre que um programa envolve diversas comunidades, o desenho multicêntrico em estudos de caso proposto por Yin (1989), é particularmente apropriado permitindo a descrição e explicação dos elementos de sucesso da implantação ao captar a Inter variabilidade. As principais vantagens deste tipo de estudo, se referem ao aumento do tamanho das amostras e ao poder de generalização. Pode-se agregar os dados populacionais, constituindo uma única unidade de análise, ou fazer uma agregação de médias e sua análise de variância intra/inter localidades.

Para tal, foram utilizados os dados secundários obtidos a partir dos resultados do último ciclo (3º Ciclo – 2017/2018)¹ 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.

4.1 Cenário e população do estudo

Quanto ao cenário e população do estudo, este se insere no cenário da Atenção Básica, no contexto das ações e serviços das equipes que participaram do 3º ciclo do PMAQ na Região Norte do país. Optou-se pelo uso dos dados do terceiro ciclo, por estes corresponderem a informações mais recentes do Programa, bem como pelo fato de já existirem estudos referentes aos ciclos anteriores.

Já 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 2), 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

¹ Para equipes que ficaram sem profissionais do PMM, considerou-se como período de competência os meses de julho, agosto e setembro de 2018.

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 2 - 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 pela autora (2021).

4.2 Coleta de dados e seleção dos indicadores

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 PMAQ²; 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. Segundo Minayo (2009), os indicadores constituem parâmetros quantificados ou qualitativos que servem para detalhar se os objetivos de uma proposta estão sendo bem conduzidos (avaliação de processo) ou foram alcançados (avaliação de resultados). Como uma espécie de sinalizadores da realidade, a maioria dos indicadores dá ênfase ao sentido de medida e balizamento de processos de construção da realidade ou de elaboração de investigações avaliativas. Já Jannuzi (2002) destaca que um indicador é um recurso metodológico que dentro da pesquisa acadêmica funciona como a ligação entre os modelos explicativos da Teoria Social e a realidade dos fenômenos sociais observados. Sob a ótica dos programas sociais, o indicador possibilita o monitoramento da realidade social, com o objetivo de formulação e reformulação dessa realidade.

² A Avaliação Externa do PMAQ diz respeito a entrevistas realizadas com as Equipe da ESF;

Dessa forma, os indicadores selecionados foram agrupados e categorizados em 5 categorias de análises, como mostra o Quadro 4 a seguir.

Quadro 4 - Indicadores e categorias de análise

CATEGORIAS DE ANÁLISE	INDICADORES
Características de atendimento das equipes	<p>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;</p>
Territorialização e População Atendida	<p>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;</p>
Satisfação do usuário	<p>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</p>
Promoção a saúde	<p>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;</p>
Certificação das Equipes	<p>Ótimo Muito Bom</p>

	Bom Regular Ruim Insatisfatório Desclassificada
--	---

Segundo dados do Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF (2015-2017), os indicadores quantitativos escolhidos para o presente estudo podem ser conceituados de acordo com o Quadro 5, a seguir.

Quadro 5 - Conceituação e método de cálculo dos indicadores a serem usados no estudo

INDICADOR	CONCEITO	MÉTODO DE CÁLCULO
Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante	Nº médio de atendimentos de médicos e de enfermeiros na Atenção Básica por habitante, em determinado espaço geográfico, no período considerado	$\frac{\text{No de atend. médicos e de enfermeiros}}{\text{População cadastrada}}$
Percentual de atendimentos de demanda espontânea	Percentual de atendimentos de demanda espontânea realizados por médicos e enfermeiros em relação ao total de atendimentos individuais na Atenção Básica, em determinado espaço geográfico, no período considerado.	$\frac{\text{No de atend. no dia e de urgência} * 100}{\text{Total de atendimentos}}$
Percentual de atendimentos de consulta agendada	Percentual de atendimentos de consulta agendada realizados por médicos e enfermeiros por consulta agendada em relação ao total de atendimentos na Atenção Básica, em determinado espaço geográfico, no período considerado	$\frac{\text{Nº de consultas agendadas atendidas} * 100}{\text{Total de atendimentos}}$
Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada	Nº médio de atendimentos de médicos e de enfermeiros na Atenção Básica por condição de saúde avaliada, multiplicado pela prevalência da condição no território, em determinado espaço	$\frac{(\text{Atend. HAS}) + (\text{Atend. Obs.}) + (\text{Atend. DM})}{(\text{Pop} * \text{Coef Prev Has}) + (\text{Pop} * \text{Coef Prev DM}) + (\text{Pop} * \text{Coef Prev Obs})}$ <p>Onde:</p> <p>Atend = número de atendimentos na condição avaliada</p> <p>Coef Prev = Coeficiente de prevalência da condição de saúde referente à UF de lotação</p>

	geográfico, no período considerado. As condições de saúde avaliadas consideradas são: (1) Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); 2) Diabetes Mellitus (DM); e 3) Obesidade (Obes).	da equipe (INE). Pop = população cadastrada vinculada à equipe (INE).
Percentual de encaminhamentos para serviço especializado	Percentual de encaminhamentos médicos de usuários para serviço especializado, em determinado espaço geográfico, no período considerado.	$\frac{N^{\circ} \text{ de encam. para serv. espec.}}{\text{Total de atend. médicos indiv.}}$
Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Atenção Básica	Percentual de serviços em Atenção Básica ofertados para a população, em determinado espaço geográfico, no período considerado	$\frac{\text{Quantitativo de ações e serv. realiz. pelas equipes}}{\text{Total de ações e serv. esperados por equipe}}$

Fonte: adaptado de Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF (2015-2017).

Já os indicadores extraídos do módulo II da segunda fase da Avaliação Externa do PMAQ 3º ciclo – entrevistas realizadas com membros das equipes ESF, estes podem ser conceituados de acordo com o Quadro 6 a seguir, como demonstra o Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF (2015-2017).

Quadro 6 - Definição dos indicadores extraídos da Avaliação Externa do PMAQ 3º Ciclo

INDICADORES	DEFINIÇÃO
Definição da área de abrangência da equipe;	Se existe uma delimitação para a área de atendimento da equipe;
População descoberta pela atenção básica no entorno do território de abrangência da equipe;	Se fora da área delimitada de atendimento da equipe, existe população sem atendimento básico de saúde;
Crítérios de risco e vulnerabilidade para a definição da quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe;	Se a equipe utiliza de critérios de risco e vulnerabilidade na dimensão de número de pessoas sob a responsabilidade da equipe;
Identificação de famílias elegíveis ao Programa Bolsa Família;	Se a equipe observa e encaminha famílias aptas ao cadastramento do Bolsa Família.
Atendimento para população rural, indígena e/ou comunidades tradicionais;	Se a equipe realiza ações junto a comunidades tradicionais, assentados e população rural; se existe veículo para deslocamento das equipes no território.
Avaliação de satisfação do usuário;	Se a equipe desenvolve e promove ações para acompanhar o nível de satisfação

	dos usuários atendidos.
Canais de comunicação para as demandas e reclamações dos usuários;	Se a equipe utiliza estratégias de comunicação que permitam aos usuários expressarem sua satisfação e/ou demandas sobre os serviços prestados pela UBS
Demandas e reclamações do usuário;	Se a equipe desenvolve ações com a gestão para discutir sobre as demandas dos usuários.
Conselho Local de Saúde na unidade de saúde ou outros espaços de participação popular;	Se existe um Conselho Local de Saúde ou outros espaços de participação popular para incentivar a participação dos usuários;
Promoção à saúde;	Se a equipe oferta ações de promoção da saúde direcionadas para diferentes grupos;
Promoção ao autocuidado;	Se a equipe oferta ações de promoção do autocuidado;
Promoção da cultura de paz e dos direitos humanos;	Se a equipe oferta ações de promoção a cultura da paz e dos direitos humanos;
Mobilização da população para questões de saúde que afetam à coletividade;	Se a equipe promove a mobilização da população na discussão das questões de saúde coletiva.
Promoção do Desenvolvimento Sustentável;	Se a equipe oferta ações de promoção ao desenvolvimento sustentável;
Participação no Programa Saúde na Escola;	Se a equipe oferta ações dentro do Programa Saúde na Escola.

Fonte: elaborado pela autora com base no Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF (2015-2017).

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 12, 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 12- 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

4.3 Tratamento e análise dos dados

No que tange à análise dos dados, estes foram tabulados e analisados com auxílio do *software* 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). As Equipes EPMM foram subdivididas de acordo com o perfil dos profissionais do PMM, ou seja, perfil CRM Brasil, Perfil Cooperado e Perfil Intercambistas, como mostra o fluxograma na Figura 9.

Vale ressaltar que do total 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 da Avaliação Externa PMAQ, as respostas foram adaptadas a uma escala ordinal, onde:

3 = equivale ao desenvolvimento das ações avaliadas por todas as equipes do grupo

2= equivale ao não desenvolvimento das ações avaliadas por nenhuma das equipes do grupo;

1= equivale a equipes que não responderam 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 a média e o desvio padrão de cada indicador para cada categoria de análise e para cada grupo de equipe (EPMM e SPMM). O mesmo foi realizado para a certificação das equipes, os conceitos foram transformados em uma escala ordinal, como mostra a Tabela 3 a seguir, para possibilitar a comparação de médias.

Tabela 3 - 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 pela autora (2020).

Posteriormente, as médias e desvio padrão de cada indicador foi comparado entre os diferentes grupos de equipes, através de estatística descritiva, como mostra o mapa mental apresentado na Figura 13.

Figura 13 - Mapa mental da categorização e análise dos dados



Fonte: elaborado pela autora (2020).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos dados analisados foi possível identificar resultados sobre o perfil e ao desempenho das equipes dos municípios que aderiram ao PMAQ se ao Programa Mais Médicos na Região Norte do Brasil, que serão apresentados na presente seção.

4.1 Adesão ao PMM e PMAQ-AB na Região Norte do Brasil

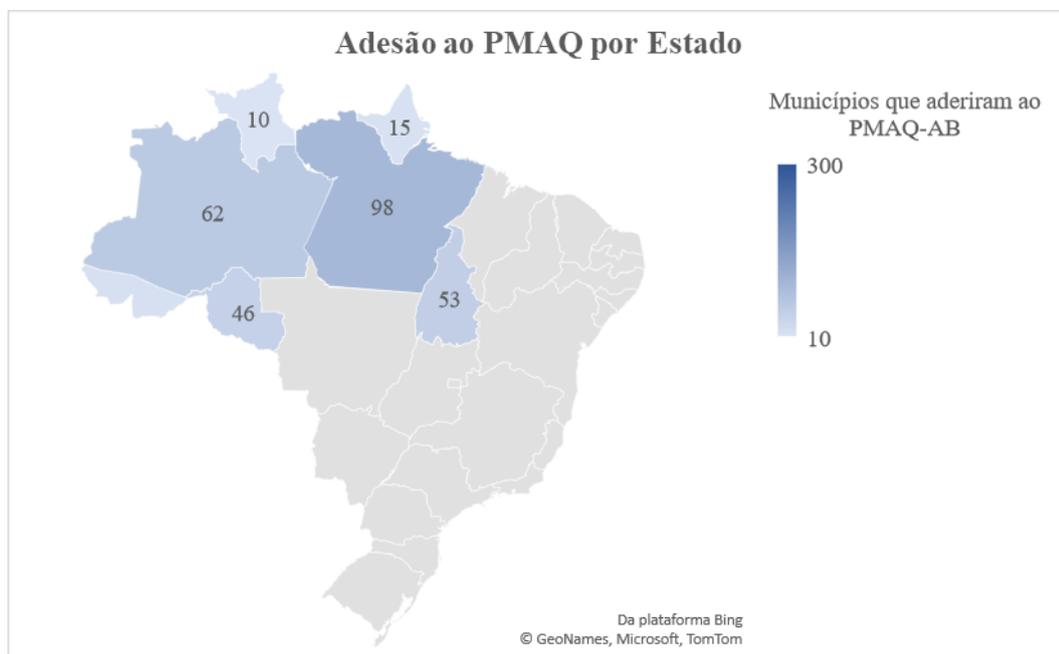
Em relação a adesão aos Programas PMAQ-AB e Mais Médicos na Região Norte do país, foi possível observar que dos 450 municípios existentes nos 7 Estados que compõem esta região, 66,7% aderiram ao PMAQ-AB, ou seja, 300 municípios. Destes, 69,3% possuíam equipes formadas por profissionais do Programa Mais Médicos, como mostra a Tabela 4 e o Gráfico 1.

Tabela 4 - 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 pela autora (2021).

Gráfico 1 - Número de municípios que aderiram ao 3o ciclo do PMAQ-AB na Região Norte do Brasil.



Fonte: elaborado pela autora (2021).

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 a pesquisa Demografia Médica do Brasil (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 5), atrás apenas de Roraima, com a maior taxa de equipes com profissionais do Programa Mais Médicos (51,93%), e do Amapá (39,83%).

Tabela 5- Equipes da ESF com e sem profissionais do Programa Mais Médicos, avaliadas no 3o ciclo PMAQ, na Região Norte do Brasil.

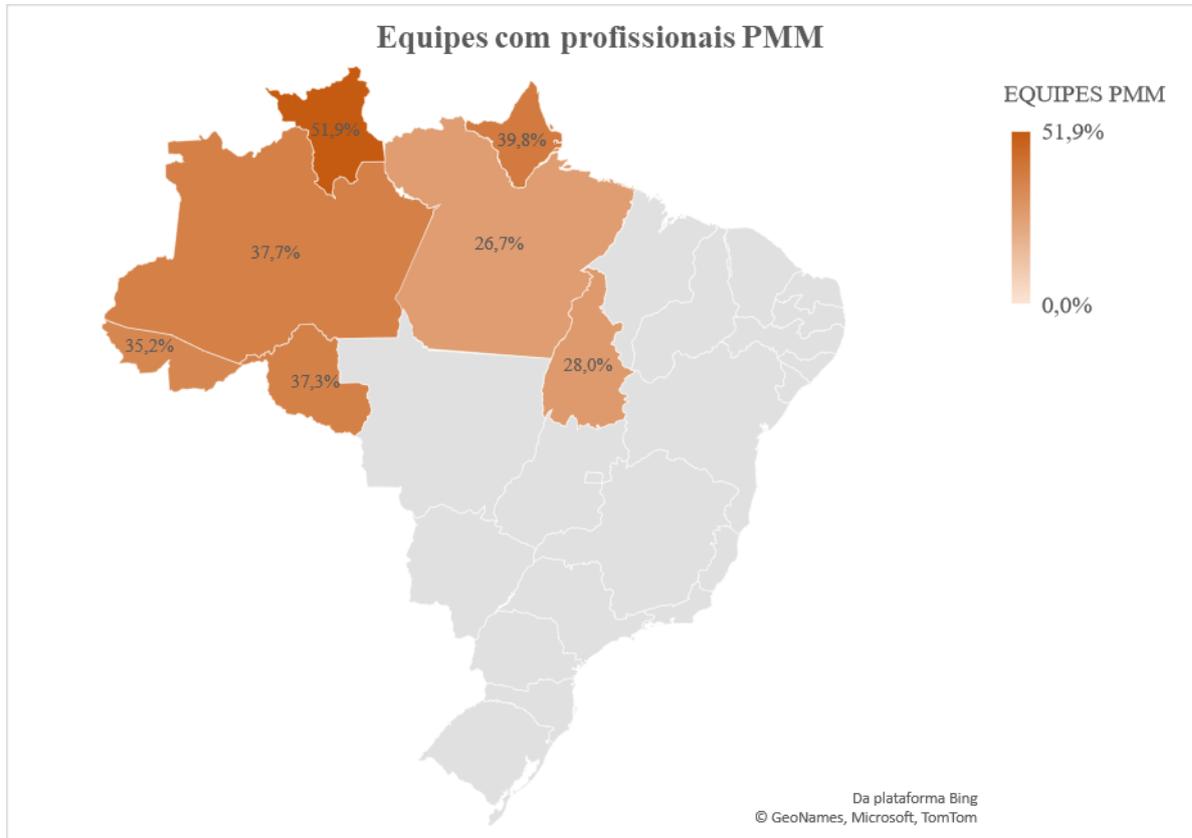
Unidade Federativa	Equipes sem PMM		Equipes com PMM	
AC	68	64,76%	37	35,23%
AM	230	62,33%	139	37,66%
AP	74	60,16%	49	39,83%
PA	481	73,32%	175	26,67%
RR	62	48,06%	67	51,93%
RO	183	62,67%	109	37,32%
TO	113	71,97%	44	28,02%
TOTAL	1211	100%	620	100%

Fonte: elaborado pela autora (2021).

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 7 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, Garnello 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.

Gráfico 2 - Total de equipes com profissionais do Programa Mais Médicos, avaliadas no 3o ciclo PMAQ, na Região Norte do Brasil.



Fonte: elaborado pela autora (2021).

Ao que se refere ao perfil dos médicos participantes do PMM na Região Norte do País, nas 620 equipes analisadas, 369 (59,5%) profissionais eram brasileiros, com perfil CRM Brasil, já 78 (12,6%) profissionais eram intercambistas individuais, seguido de 173 (27,9%) intercambistas cooperados (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Perfil dos profissionais do Programa Mais Médicos que compõem as equipes do 3o ciclo de avaliação do PMAQ-AB



Fonte: elaborado pela autora (2021).

O maior número de profissionais com perfil CRM BRASIL se deve a preferência do Programa em conceder vagas a brasileiros diplomados no país. Assim como na presente pesquisa, Santos (2018) ao analisar o perfil e a distribuição dos médicos do PMM nos anos iniciais do Programa também verificou a maior adesão ao PMM de profissionais brasileiros e

cubanos. Segundo a autora, os médicos aderem ao PMM por meio de editais, que estabelecem ciclos, lançados pelo Ministério da Saúde que convida os médicos a se candidatarem ao preenchimento de vagas ofertadas pelo programa. Para se cadastrarem no programa os médicos possuem 3 principais caminhos: por meio de edital, com inscrição direta no site do Programa Mais Médicos, por meio do tratado de cooperação com a OPAS ou por meio do PROVAB. A maior quantidade de médicos ingressou no programa pela OPAS (13.314 médicos), sendo oriundos de Cuba país com o qual foi estabelecido a cooperação. A segunda maior entrada se deu pela inscrição no Mais Médicos (7.833), que reúne médicos brasileiros ou intercambistas individuais originados de diversos países. E ainda pelo PROVAB (2.502), médicos graduados no Brasil que participavam do programa (SANTOS, 2018).

No que tange à diminuição no número de profissionais cooperados (Brasil-Cuba) atuantes nos Estados do Norte - uma vez que na primeira etapa do Programa mais de 360 médicos cubanos atuavam na Região Norte, esta pode estar vinculada às divergências políticas estabelecidas entre o governo Bolsonaro e o governo cubano ainda no ano de 2017, o que levou ao fim do contrato de mais de 8 mil médicos cubanos ao final do ano de 2018 (MS, 2018). Além disso, justifica-se o baixo número de médicos cubanos, pois muitas das equipes com profissionais PMM cooperados ficaram fora da presente análise por seus municípios de atuação não terem aderido ao PMAQ ou não terem respondido ao módulo II da Avaliação Externa do PMAQ, o que é passível da atuação destas equipes estar vinculada a regiões de difícil acesso, como os Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) e/ou regiões rurais e ribeirinhas.

É notável o aumento de profissionais médicos no Brasil através da criação do PMM (SANTOS, 2018; CARRILHO; FERES, 2017; ALENCAR, 2016). No entanto, é preciso compreender que o aumento quantitativo de profissionais da saúde possibilita a ampliação do acesso da população à atenção básica.

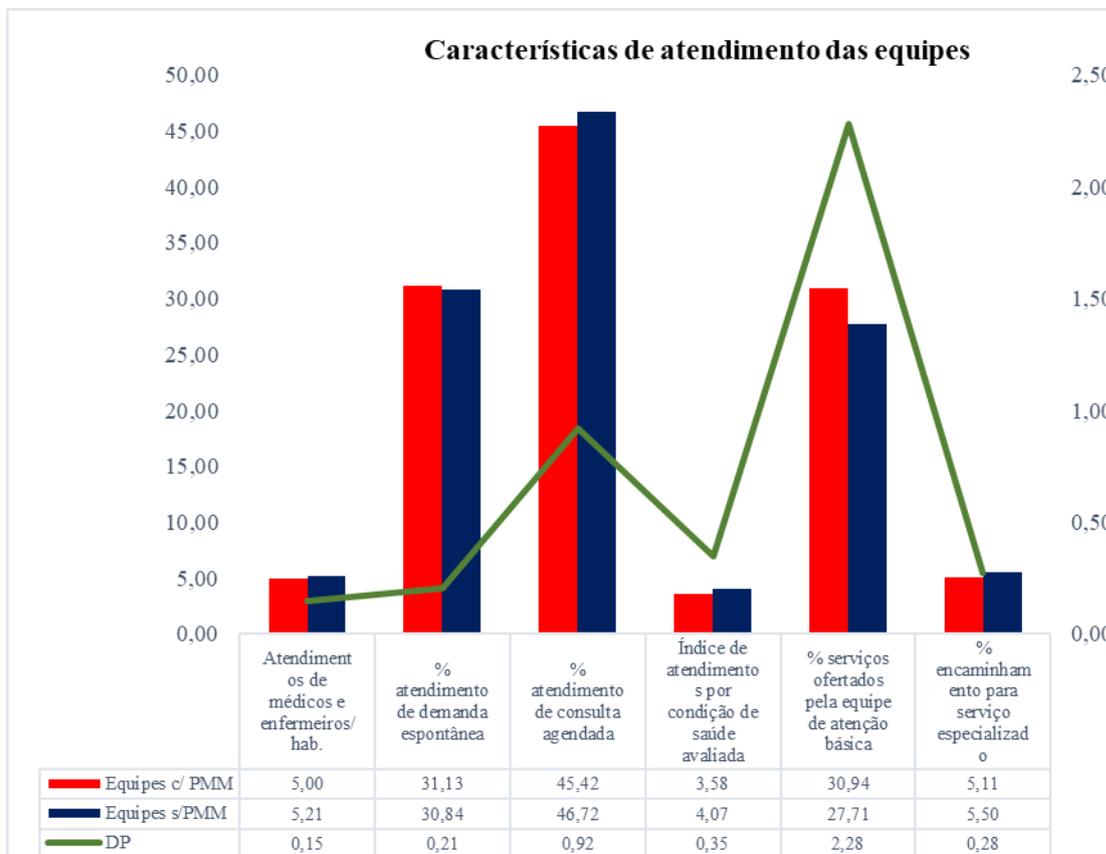
4.2 Avaliação do desempenho das equipes da ESF na Região Norte do Brasil

4.2.1 Características de atendimento das equipes ESF

No que refere-se a análise dos indicadores quantitativos da Avaliação Externa do PMAQ, correspondentes a categoria de análise “*Características de atendimento das Equipes*” apenas o indicador “*percentual de serviços ofertados pelas equipes de atenção básica*”

demostrou um desvio padrão de 2,28 indicando diferença significativa entre os serviços ofertados pelas Equipes com PMM (EPMM) em relação as Equipes sem PMM (SPMM). O primeiro grupo apresentou um percentual médio de 30,94% contra 27,71% da SPMM, como mostra o Gráfico 4. Já o “*percentual de atendimento por consultas agendadas*” mostrou-se mais efetivo nas equipes SPMM, com 46,72%, contra 45,42% das equipes com PMM, e desvio padrão de 0,92.

Gráfico 4 - Característica de atendimento das equipes com e sem profissionais PMM, avaliadas no 3o ciclo PMAQ na Região Norte do Brasil.



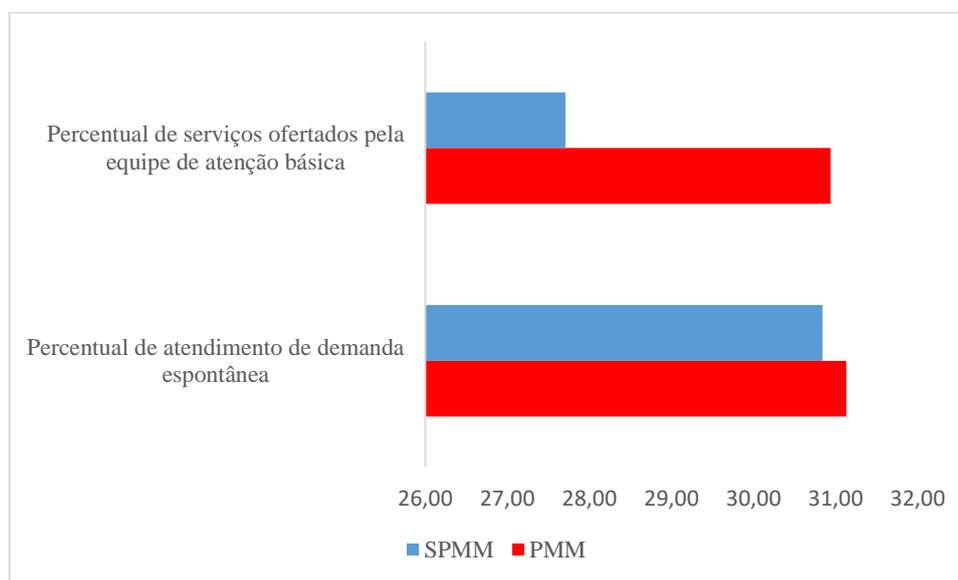
Fonte: elaborado pela autora (2021).

Vale salientar que, de modo geral, dos 6 indicadores analisados, as equipes sem profissionais do PMM apresentaram melhor desempenho em 4 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 favoráveis 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 interagida no processo.

Gráfico 5 - Diferença no atendimento demanda espontânea e oferta de serviços pelas equipes PMM e SPMM



Fonte: elaborado pela autora (2021).

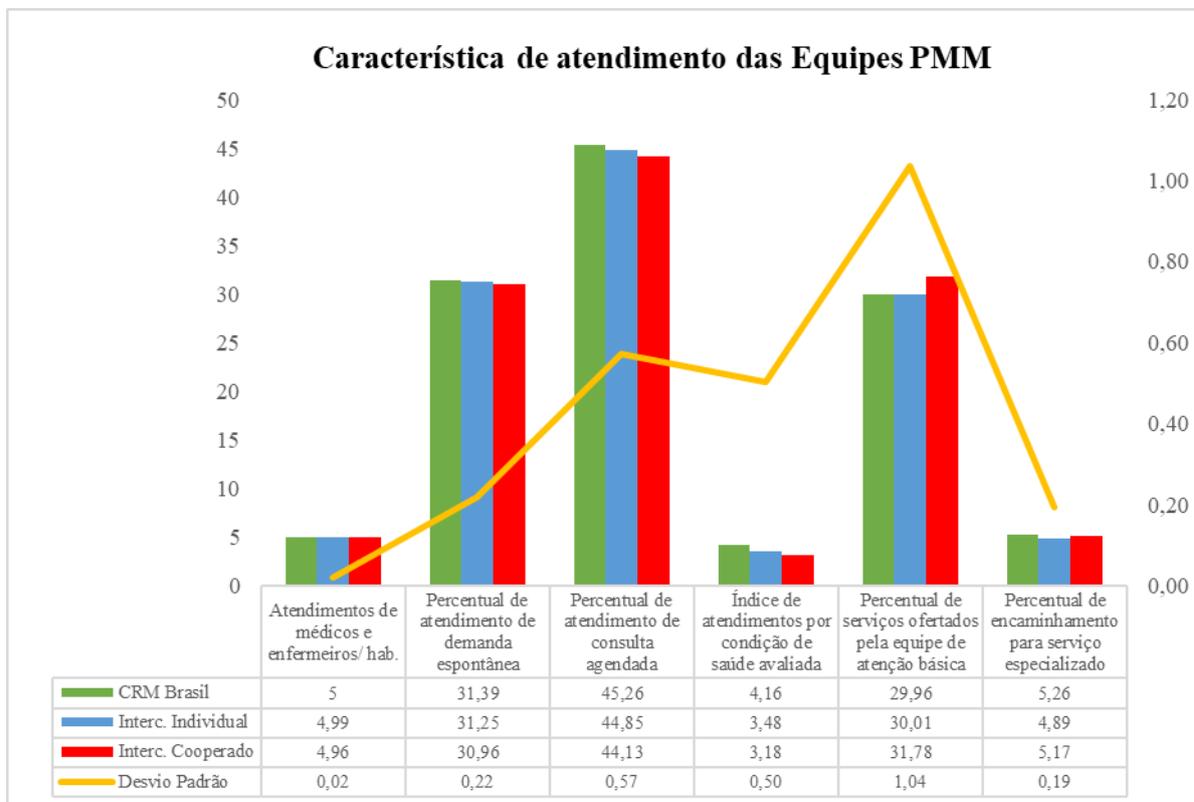
Ainda conforme Garnelo et al. (2018), o atendimento à demanda espontânea, especificamente na Região Norte do Brasil, está diretamente vinculado a pouca flexibilidade das equipes em acolher as demandas de usuários que enfrentam as grandes distâncias para chegar até a unidade. Para Barros e Sá (2010), ao priorizar a realização de procedimentos previamente programados, as rotinas operacionais preponderam sobre as necessidades dos

usuários e deixam em plano secundário à produção de vínculo e de acolhimento, gerando insatisfações e filas ou desistência da busca pelo cuidado.

Segundo Santos (2018), a maioria dos profissionais PMM da Região Norte está alocada em Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), seguido por municípios com os mais baixos níveis de receita pública per capita e alta vulnerabilidade social de seus habitantes. Dessa forma, a distribuição geográfica das equipes PMM em regiões com maior vulnerabilidade e de difícil acesso pode estar atrelada a uma maior flexibilidade das equipes em atender as demandas espontâneas, e por consequência um maior percentual de serviços ofertados pela atenção básica. Além disso, para Franco, Almeida e Giovanella (2018), a formação cubana, direcionada à prestação de serviços voltados à comunidade, pode ser um elemento facilitador nas relações entre os profissionais e os usuários, exprimindo melhoras nos dados de atendimento à população. Da mesma forma, a especialização em Saúde da Família, realizada por muitos profissionais PMM, também pode estar associada a este melhor “acolhimento” e flexibilização no atendimento, garantindo melhores indicadores nos serviços ofertados e demanda espontânea.

Quando analisado o desempenho de atendimento das equipes de acordo com os diferentes perfis de profissionais do PMM, também se percebe diferença no que se refere ao “*Percentual de serviços ofertados*”, com os médicos cooperados apresentando percentual médio 31,78%, enquanto intercambistas individuais e CRM Brasil apresentaram 30,01% e 29,96% respectivamente, e desvio padrão de 1,04. Já os 5 demais indicadores analisados apresentaram um melhor desempenho das equipes compostas com profissionais com CRM Brasil. No entanto, apenas os indicadores “*Percentual de atendimento de consultas agendadas*” e “*Índice de atendimento por condição de saúde avaliada*” apresentaram desvios padrão superior a 0,5 apontando uma pequena variação entre os dados.

Gráfico 6 - Característica de atendimento das equipes com diferentes perfis de profissionais PMM, avaliadas no 3o ciclo PMAQ na Região Norte do Brasil.



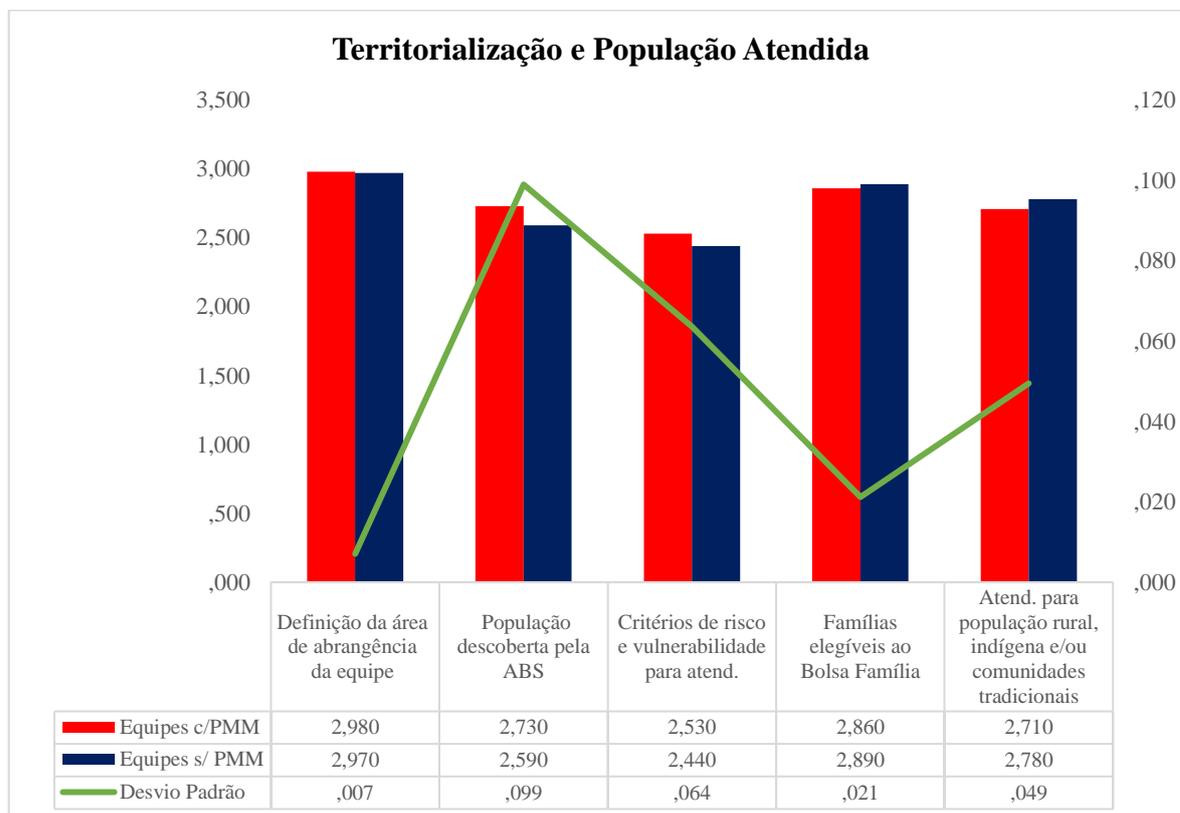
Fonte: elaborado pela autora (2021).

4.2.2 Territorialização e População Atendida

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 4 dos 5 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 “*Crítérios 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 7 a seguir.

Gráfico 7 - Critérios de territorialização e população atendida pelas equipes com e sem profissionais PMM, avaliadas no 3o ciclo PMAQ na Região Norte do Brasil.



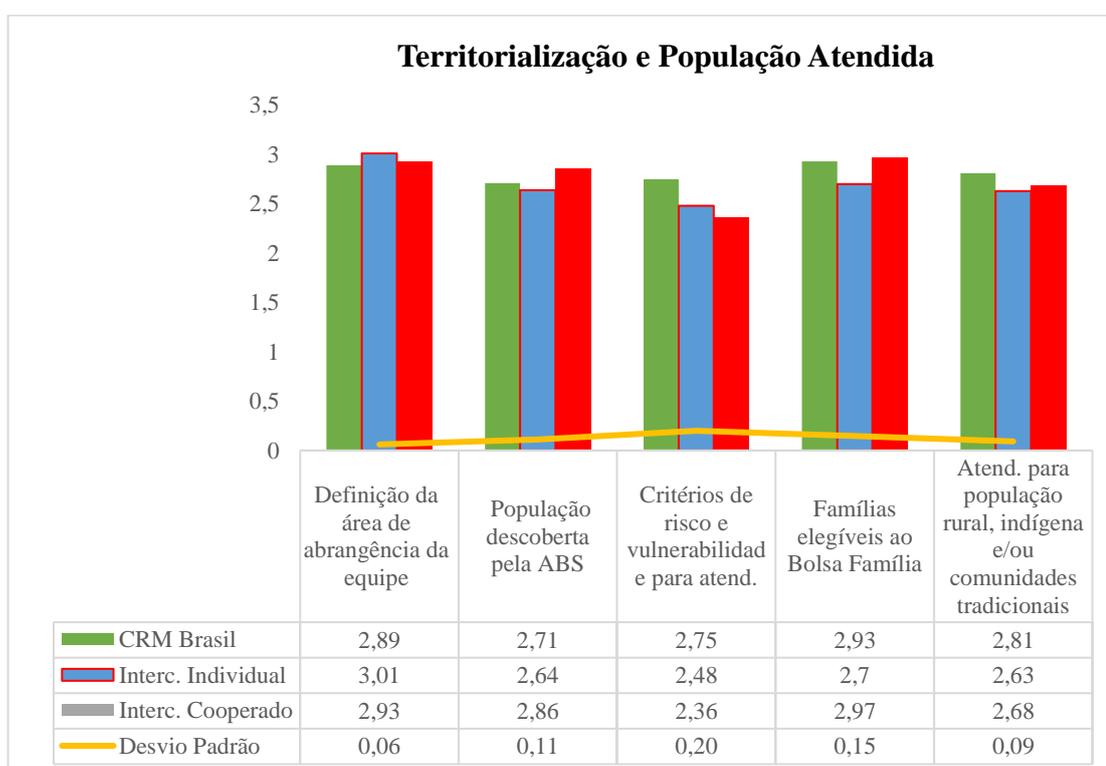
Fonte: elaborado pela autora (2021).

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.

Já no que diz respeito ao desempenho das equipes com profissionais do PMM em relação as “*Características de territorialização e população atendida*” evidencia-se uma diferença maior, embora o **desvio padrão não demonstre dispersão significativa**, como mostra o Gráfico 8. Em relação ao indicador “*Definição da área de abrangência pela gestão da equipe*”, no perfil intercambista 100% das equipes responderam ter uma área de abrangência definida, atingindo a média 3, seguido pelos profissionais cooperados com média 2,93 e 2,89

dos profissionais com CRM Brasil. Já os médicos cooperados mostram melhor desempenho no reconhecimento de população descoberta na área de abrangência das ABS (2,86) e na identificação e encaminhamento das famílias ao Programa Bolsa Família (2,97), enquanto os profissionais brasileiros apresentaram melhor desempenho no atendimento da população rural, indígena e/ou comunidades tradicionais. É importante destacar que apenas no grupo de profissionais com CRM Brasil é que foram desenvolvidas ações de observação dos critérios de risco e vulnerabilidade para atendimento (2,75) pela maioria das equipes, enquanto a maioria das equipes dos grupos intercambistas individual e cooperado responderam não observar estes critérios.

Gráfico 8 - Característica de territorialização e população atendida nos diferentes perfis de profissionais PMM das equipes avaliadas no 3o ciclo PMAQ na Região Norte do Brasil.



Fonte: elaborado pela autora (2021).

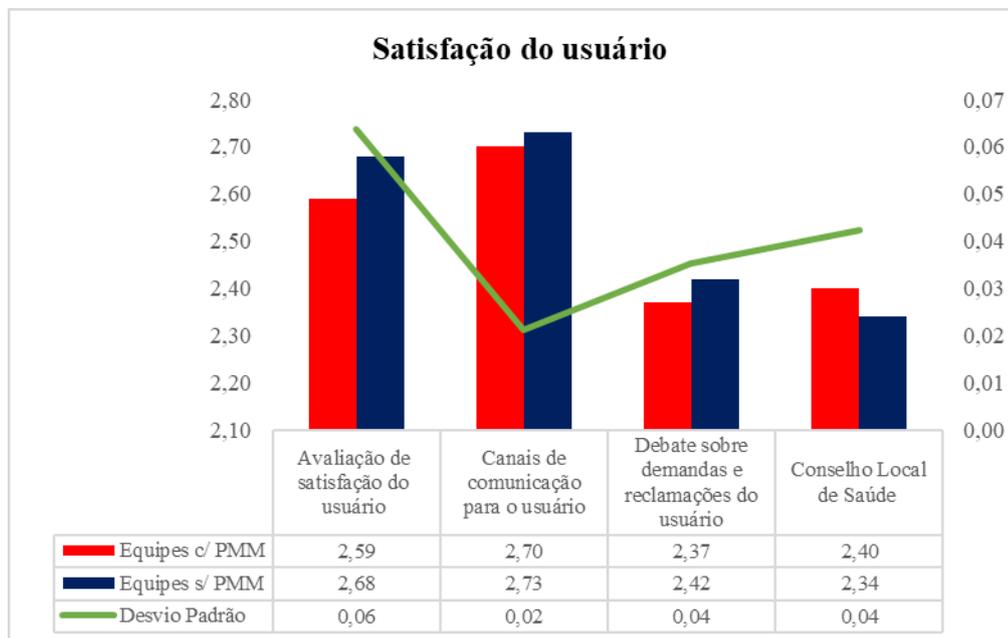
Para Justo et al (2017), o enfrentamento das determinações sociais em saúde deve abranger recursos existentes no próprio território; para tanto, a equipe e o médico generalista precisam compreender a comunidade, o modo como ela vive, as dificuldades e os recursos que podem ser usados para produção de saúde. Já Farias (2020) argumenta que a territorialização é uma política fundamental para dar consequência aos princípios do SUS no Brasil. Para o pesquisador, diversos instrumentos criados nesse início de século foram

importantes para se produzir um discurso unificador da ABS. Entre eles destaca-se a implementação do sistema de avaliação através do PMAQ e a regulação da formação médica pelo PMM. Ficou mais claro também o papel da ABS nas redes e na própria pactuação regional. Mas não se resolveu o problema financeiro para viabilizar um sistema de atenção territorializado. Então, as normativas passaram a orientar o modelo, mas a ideologia financeira era estranha ao próprio modelo que se queria adotar. E esse problema se intensificou com a crise política e com a produção de instrumentos de desconstrução do SUS e da ABS (FARIAS, 2020).

4.2.3 Satisfação e demanda do usuário

No que tange às ações das equipes para garantir a satisfação do usuário, as equipes sem profissionais do Programa Mais Médicos apresentaram médias (2,68) superiores às equipes com PMM (2,59), **embora o desvio padrão tenha ficado abaixo de 0,1**. 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 9.

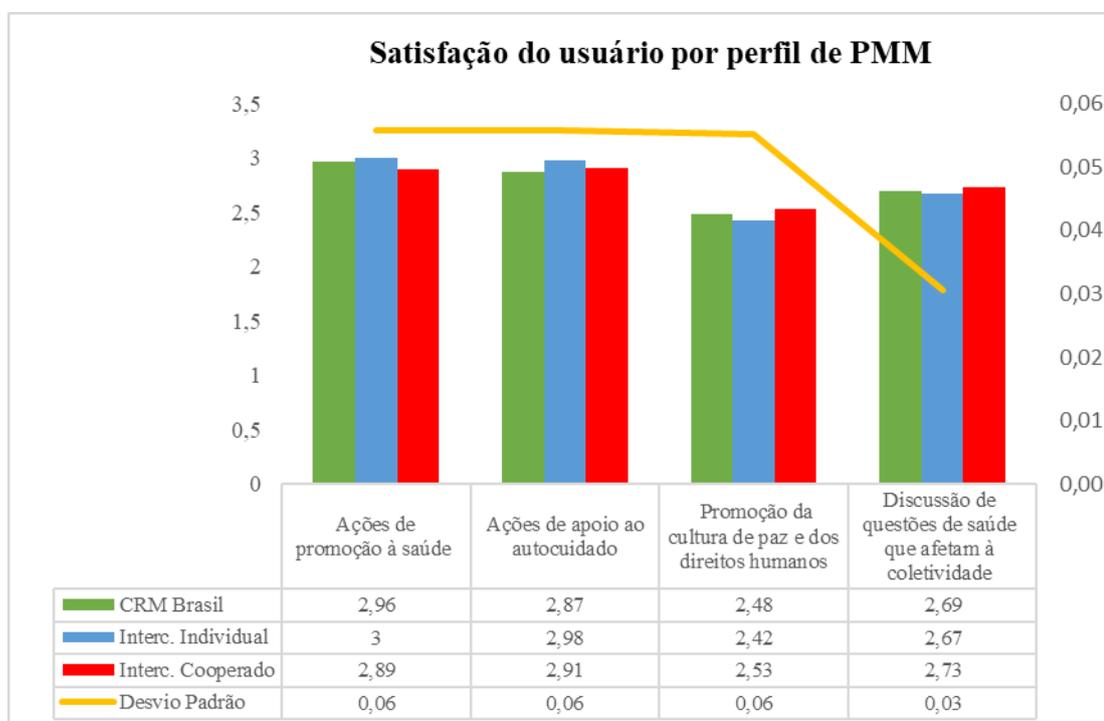
Gráfico 9 - Critérios de avaliação da satisfação do usuário usados pelas equipes com e sem profissionais PMM, avaliadas no 3o ciclo PMAQ na Região Norte do Brasil.



Fonte: elaborado pela autora (2021).

Sobre a análise das ações para avaliação de satisfação dos usuários e/ou atendimento de suas demandas dentro dos diferentes grupos de profissionais do PMM observou-se uma diferença maior entre as equipes, como pode ser visualizado no Gráfico 10. No indicador “*Avaliação da satisfação do usuário*”, as equipes com profissionais com perfil CRM Brasil demonstraram desenvolverem menos ações, com média 2,33 e **desvio padrão 0,21**, enquanto o grupo com médicos intercambistas e cooperados tiveram médias superiores a 2,5. Da mesma forma quanto aos “*Canais de comunicação*”, as equipes com CRM Brasil demonstraram menor média (2,56) quando comparada as outras equipes (2,73 e 2,84). Já em relação aos “*Debates sobre as demandas e reclamações do usuário*”, bem como “*Desenvolvimento de um Conselho Local de Saúde*”, ambos os grupos (CRM Brasil, Intercambista e Cooperado) apresentaram médias inferiores a 2,5, testemunhando que grande parte das equipes com médicos PMM não executam tais ações. Para Franco, Almeida e Giovanella (2018), a baixa participação em conselhos locais de saúde pelos médicos do PMM indicam dificuldades entre os trabalhadores de saúde no sentido de mobilizar e incentivar a população, para juntos promoverem intervenções.

Gráfico 10 - Característica de avaliação da satisfação do usuário nos diferentes perfis de equipes com profissionais do Programa Mais Médicos avaliadas no 3o ciclo PMAQ, na Região Norte do Brasil.

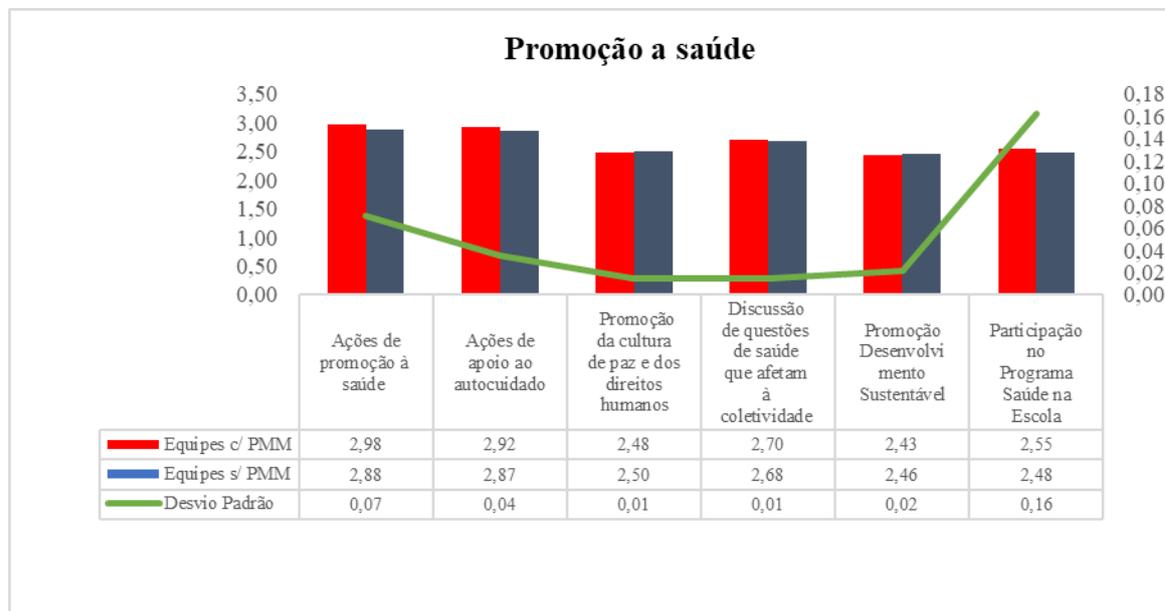


Fonte: elaborado pela autora (2021).

4.2.4 Ações de promoção a saúde

Em relação as ações de promoção a saúde, os 6 indicadores avaliados mostram similaridade entre as ações desenvolvidas pelos dois grupos de equipes da ESF, não diferindo quanto a presença ou não de profissionais do PMM. 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 a estas 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 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, **com desvio padrão de 0,16**, indicando uma maior adesão por parte das equipes com PMM, como mostra o Gráfico 11.

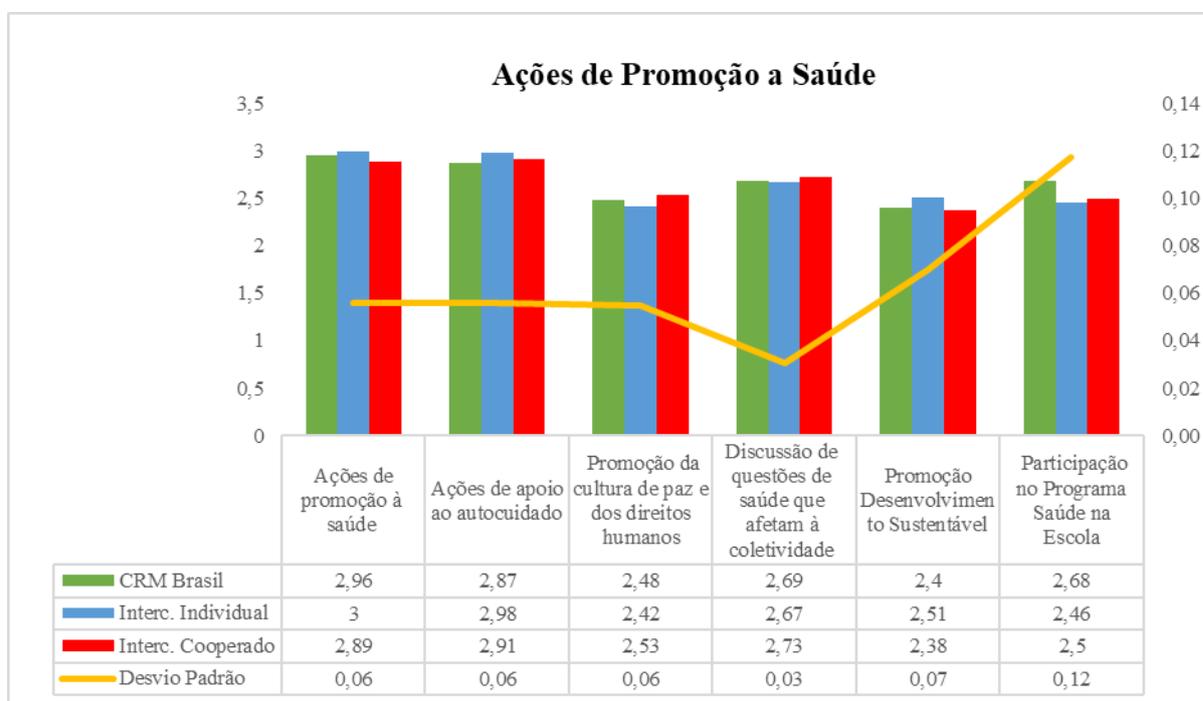
Gráfico 11 - Ações de promoção a saúde desenvolvidas pelas equipes com e sem profissionais PMM, avaliadas no 3o ciclo PMAQ, na Região Norte do Brasil.



Fonte: elaborado pela autora (2021).

Em referência aos diferentes perfis de equipes com profissionais do Programa Mais Médico, as análises também indicaram não haver diferença significativa entre os diferentes perfis de equipes. Na verificação dos diferentes perfis, os indicadores “*Ações de promoção a saúde*”, “*Ações de promoção ao autocuidado*” e “*Discussões de questões que afetam coletividade*” apresentaram médias superiores a 2,67, indicando a adesão dos diferentes perfis a estas ações. Do mesmo modo, os indicadores “*Promoção da cultura da paz e dos direitos humanos*”, “*Promoção ao desenvolvimento sustentável*” e “*Participação no Programa Saúde na Escola*” apresentaram médias entre 2,38 e 2,68 indicando a menor adesão das equipes. O indicador “*Participação no Programa Saúde na Escola*” demonstrou a **maior diferença** entre o perfil CRM Brasil, com média de 2,68, e o perfil intercambista individual, com média de 2,46. Estes dados apontam uma maior participação no Programa Saúde na Escola pelas equipes formadas por médicos brasileiros, em contrapartida às equipes com profissionais intercambistas, como é visível no Gráfico 12.

Gráfico 12 - Ações de promoção a saúde desenvolvidas pelos diferentes perfis de equipes com profissionais do Programa Mais Médicos avaliadas no 3o ciclo PMAQ, na Região Norte do Brasil.



Fonte: elaborado pela autora (2021).

Ademais, os escores médios de ambos os grupos de equipes da ESF avaliados no presente estudo evidenciam a participação da maioria das equipes nas ações de promoção da saúde, especialmente no que condiz a ações de autocuidado e discussões sobre a saúde coletiva. No entanto, alguns indicadores, como o Programa Saúde na Escola, ainda demonstram uma participação insuficiente das equipes, uma vez que estas aderiram ao PMAQ e estão sujeitas a avaliação. 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 (MEZADRI et al., 2017).

Neste sentido, Medina et al. (2018, p.79) 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”.

4.2.5 Certificações das equipes PMAQ-AB

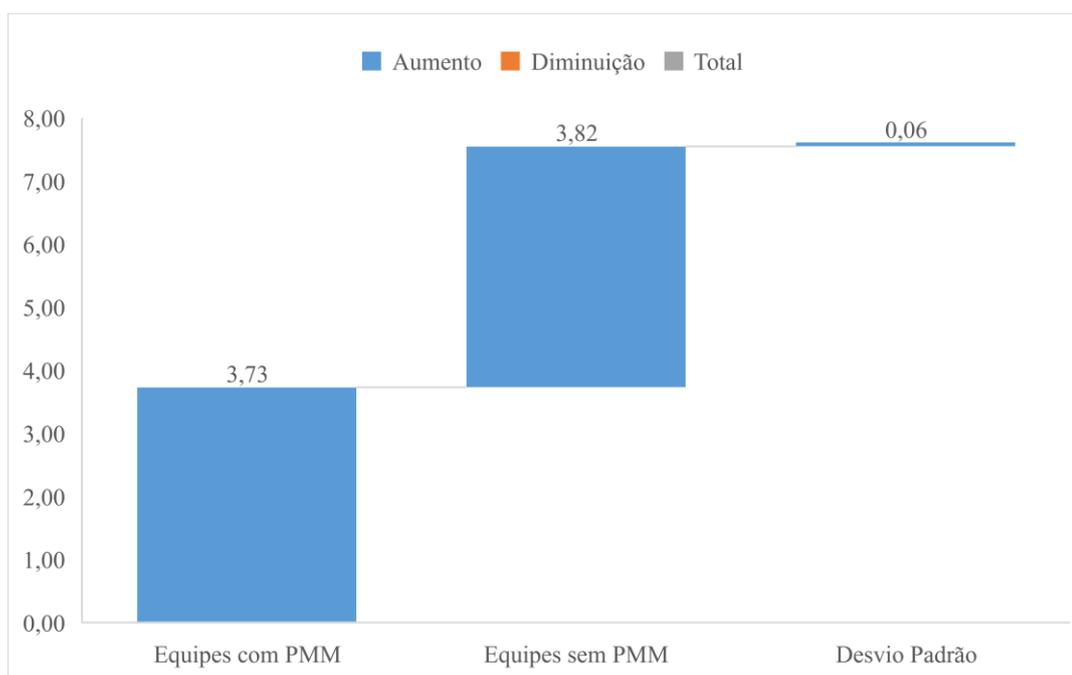
No que corresponde à certificação das equipes participantes do 3º ciclo de avaliação do PMAQ, observou-se que as equipes analisadas na Região Norte apresentaram baixo desempenho. Segundo os dados analisados, as equipes sem PMM apresentaram uma média de 3,82 o que corresponde na escala ordinal a classificação “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 12). 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, embora a média tenha sido 0,09 pontos inferiores ao grupo SPMM.

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 pela autora (2021).

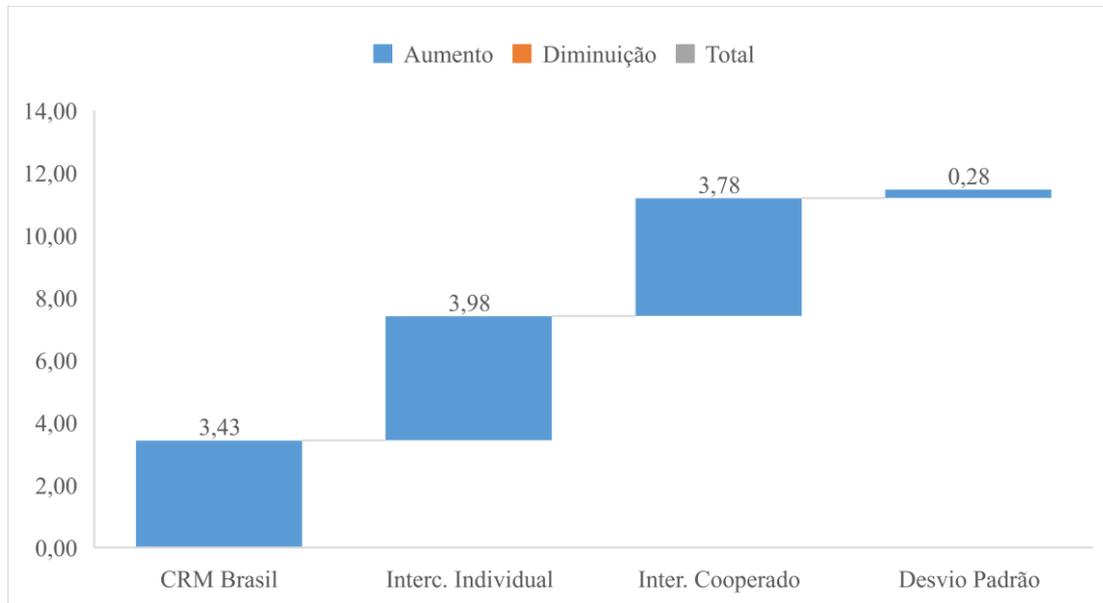
Gráfico 13 - Média de Certificação das equipes avaliadas no 3o ciclo PMAQ, na Região Norte do Brasil.

Fonte: elaborado pela autora (2021).

Em relação as certificações das equipes compostas por profissionais do Programa Mais Médicos analisadas, as equipes com perfis intercambistas individual e cooperado obtiveram média 3,98 e 3,78 respectivamente, indicando um desempenho da maioria das equipes próximo a classificação “Regular”. Já as equipes com profissionais com perfil CRM

Brasil obtiveram média 3,43 indicando uma proximidade da maior com a certificação “Ruim”, como mostra o Gráfico 13.

Gráfico 14 - Média de certificação das equipes com diferentes perfis de profissionais do Programa Mais Médicos avaliadas no 3o ciclo PMAQ, na Região Norte do Brasil.



Fonte: elaborado pela autora (2021)

Assim, no grupo CRM Brasil, 0,54% das equipes apresentaram certificação Ótima, enquanto 10,03% foram desclassificadas, já os maiores números de equipes concentram-se nas certificações ruim (24,12%) e insatisfatória (20,05%). Já no grupo de profissionais com perfil Intercambista Individual, com melhor desempenho, 1,28% das equipes obtiveram certificação Ótima, enquanto 5,13% foram desclassificadas, sendo a maior concentração de equipes certificadas como regular (28,21%) e Bom (24,36%). Em relação aos profissionais cooperados, 2,31% tiveram certificação Ótima, enquanto 4,05% foram desclassificadas. Já os maiores percentuais estiveram concentrados nas certificações Bom (24,86%) e regular (29,48%), apontando o bom desempenho das atividades com profissionais cubanos, como mostra a Tabela 7.

Tabela 7 - Número de equipe e percentual por categoria de certificação

Certificação	CRM Brasil		Interc. Individual		Interc. Cooperado	
	N	%	N	%	N	%
Ótima	2	0,54	1	1,28	4	2,31
Muito Bom	37	10,03	9	11,54	15	8,67
Bom	57	15,45	19	24,36	43	24,86
Regular	73	19,78	22	28,21	51	29,48
Ruim	89	24,12	10	12,82	33	19,08
Insatisfatória	74	20,05	13	16,67	20	11,56
Desclassificada	37	10,03	4	5,13	7	4,05
Média Geral	3,43	100%	3,98	100%	3,78	100%

Fonte: elaborado pela autora (2021).

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 relata Flores 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.

Ademais, os resultados da presente pesquisa podem ser ilustrados de acordo com o infográfico a seguir (Figura 14).

Figura 14 - Infográfico do desempenho das equipes ESF com base no PMAQ-AB, Região Norte do Brasil.



Fonte: elaborado pela autora (2021)

5. 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 Mais Médicos 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, os aspectos da formação profissional associado ao perfil dos profissionais que compõem as equipes do Programa Mais Médicos, bem como a crise política observada nos últimos anos nas relações Brasil-Cuba podem justificar as diferenças de desempenho das equipes PMM (CRM Brasil, Intercambistas Individuais, Intercambistas Cooperados) nos indicadores do PMAQ-AB.

Os melhores desempenhos dos profissionais cubanos em ações transversais à saúde voltadas a população local, como o encaminhamento para o Bolsa Família, o reconhecimento da existência de população descoberta, as ações para ampliação dos canais de comunicação e

do debate sobre as demandas dos usuários, a promoção da cultura da paz, dos direitos humanos e da saúde coletiva, indicam a importância da presença destes profissionais de formação humanitária, não apenas no acesso e cobertura a saúde, mas também na transformação da realidade local, especialmente em territórios com altos índices de vulnerabilidade socioeconômica e de escassez de profissionais de saúde, com os pequenos municípios do Norte e seus Departamentos Sanitários Especiais Indígenas. Já o baixo desempenho de equipes formadas por profissionais de perfil CRM Brasil, como no caso das certificações do PMAQ, apontam limitações não apenas da atuação destes profissionais, mas também nas questões que permeiam o ensino da Medicina no Brasil.

A escassez de médicos no país, especialmente no interior e em regiões geograficamente mais remotas, nos remetem as lacunas existentes nos programas de fixação de médicos no interior, como o Mais Médicos, e indicam a necessidade de ações mais amplas e sinérgicas, como a interiorização das escolas de Medicina. Frente a cenários como o fim da cooperação Brasil – Cuba em 2018, que levou centenas de médicos cubanos a deixarem o país e acentuou a má distribuição de profissionais de saúde, reforça-se a necessidade de estratégias que promovam a fixação mais efetiva de residentes em áreas rurais e/ou remotas em cursos de Medicinas no interior do Brasil, principalmente com enfoque na estratégia de saúde da família e na atenção primárias, buscando solucionar também aspectos da qualidade do serviço de saúde oferecido nestes territórios e não as questões quantitativas.

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.

Em suma, no que tange ao objetivo principal da presente pesquisa, pode-se concluir que o Programa Mais Médicos não melhora de modo abrangente todos os indicadores da avaliação do PMAQ-AB. Todavia, conclui-se a existência de diferentes desempenhos de acordo com o perfil de médico que compõe a equipe de ESF que aderiu ao PMM.

Assim, percebe-se que apesar das limitações presentes, 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.

Por fim, destaca-se as limitações do presente estudo no que se refere ao número de indicadores e categorias de análise avaliadas. Recomenda-se que em estudos futuros sejam incluídas nas análises indicadores referente a avaliação dos usuários, indicadores socioeconômicos dos municípios, bem como dados referentes as mudanças estruturais ocorridas no PMM e PMAQ frente às novas diretrizes políticas do Ministério da Saúde, permitindo correlações mais profundas e comparações com outros estudos desenvolvidos nas demais regiões do Brasil.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Maria do Socorro Veloso et al. Equidade e inclusão de grupos sociais na política de saúde: o caso do Recife, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 11, n. 1, p. 73-82, 2011.

ALMEIDA, Celia Maria de et al. A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”. RECIIS - **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 25-35, 2010.

ALVES, Márcio José Martins. **Sistema Único de Saúde**: de que sistema se trata. 2006. 201f. Tese (**Doutorado** em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006.

ARAÚJO, Maria Fatima Santos. O enfermeiro no Programa de Saúde da Família: prática profissional e construção da identidade. **Conceitos**. Disponível em: <https://www.anpocs.com/index.php/papers-26-encontro/gt-23/gt16-19/4470-mfaraujo-o-enfermeiro/file> Acesso em: 1 fev.de 2021.

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. 44 f.. **Dissertação** (mestrado profissional) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, São Paulo.

BARBOSA Allan Claudius Queiroz et al. Programa Mais Médicos: como avaliar o impacto de uma abordagem inovadora para superação de iniquidades em recursos humanos. **Revista Panam Salud Publica**, v.42, p. 1-8, 2018.

BARROS Delba Machado; SÁ Marilene Castilho. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. **Ciência Saúde Coletiva**, v.1, n.5, p.2473-2482, 2010.

BERTUSSO, Franciele Regina; RIZZOTTO, Marcia Lucia Frizzon. PMAQ-AB na visão de trabalhadores que participaram do programa em Região de Saúde do Paraná. **Revista Saúde debate**, v. 42, n. 117, p. 408-419, jun. 2018

BONIFÁCIO, Robert (Coord.). **Avaliação de políticas públicas: pesquisas iniciais**. Belo Horizonte: Fórum, 2018.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. Senado, 1988.

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p.18055.

_____. 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)**; manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 62 p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as leis nº 8.745, de 09 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 07 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013, seção 1, p. 1. Disponível em: <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%2012.871-2013?OpenDocument>. Acesso em: 1 Set. 2020. >
http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%2012.871-2013?OpenDocument

_____. Ministério da Saúde (MS), Ministério da Educação (MEC). Portaria Interministerial MS/MEC nº 1369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. **Diário Oficial da União**, 2013, 8 jul.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília: MS, 2015.

_____. 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Disponível em: < [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/ geral/pnab.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf)>. Acesso em: 01 jun. 2019.

BROCARDI, Denicla et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 130-144, 2018.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis. Revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007.

CARRAPATO, Pedro; CORREIA, Pedro; GARCIA, Bruno. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde soc. [online]**., v.26, n.3, p.676-689, 2017.

CASTANHEIRA, E. R. L. et al. Avaliação de serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno e médio porte no estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 679-691, 2014.

CAVALCANTE, Vânia Cristina Reis. **Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica do SUS (PMAQ-AB): análise da estrutura das unidades básicas de saúde do Maranhão**. 2014. 101f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família Rede Nordeste) - Rede Nordeste em Saúde da Família. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 2014.

CARVALHO, Mônica Sampaio de; SOUSA, Maria Fátima de. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 913-926, 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000400012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em: 22 nov. 2020.

COSTA, Frederico Lustosa; CASTANHAR, José Cezar. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, v. 37, n. 5, p. 969-992, 2003.

CUNHA, Carla Giane Soares. Avaliação de políticas públicas e programas governamentais: tendências recentes e experiências no Brasil. **Revista Estudos de Planejamento**, n. 12, 2018.

DEMOGRAFIA MÉDICA NO BRASIL. v. 9 / Coordenação de Mário Scheffer; Equipe de pesquisa: Alex Cassenote, Aureliano Biancarelli. - São Paulo: **Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina**, 2020.

DE PAULA, Juliana Braga. **Análise do ciclo de política do Programa Mais Médicos: Cooperação Cuba Brasil e seus efeitos para o trabalho médico**. 2017. 231f. Tese (Doutorado em Saúde Global e Sustentabilidade) – Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2017.

DONABEDIAN A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press; 2003.

ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO - EPSM/ NESCON/ FM/UFGM. **Dados Estatísticos sobre o impacto do Programa Mais Médicos no cenário de escassez de médicos em atenção primária no Brasil**. Belo Horizonte: NESCON/FM/UFGM; 2015. Disponível em: <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Pesquisa_Andamento/Impacto_Programa_Mais_Medicos.pdf>.

FARIAS, Mauro Rivaldo. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência saúde coletiva**, v.25, n.11, p.4521-4530, 2020.

FLORES, Gabriela Mendes da Silva et al. Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. **Revista Saúde debate**, v.42, n. 116, p. 237-247, 2018.

FRANCO, Cassiano Mendes; ALMEIDA, Patty Fidelis; GIOVANELLA, Lúgia. A integralidade das práticas dos médicos cubanos no Programa Mais Médicos na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.34, n.9, 2018.

GARCIA, Rosa Wanda Diez. Práticas e comportamento alimentar no meio urbano: um estudo no centro da cidade de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 3, p. 455-467, 1997.

GARNELO, Luiza, et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na Região Norte do Brasil. **Revista Debate Saúde**, v. 42, n.1, p.81-99, 2018.

GARUZI, Miriane et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 35, p. 144-149, 2014.

GIOVANELLA, L., et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. **Ciência saúde coletiva**, v.2, n.9, p. 2697-2708, 2016.

HERRERA, Sávia Denise. **Residência de Medicina da família e comunidade promove melhoria na atenção básica de saúde?**2018.131f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ciências da Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Universidade Federal do Tocantins. Palmas, 2018.

HU, Yannan et al. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 17 European countries between 1990 and 2010. **J Epidemiol Community Health**, v. 70, n. 7, p. 644-652, 2016.

JANUZZI, Paulo de Martino. Indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Administração Pública**, v.36, n.1, p. 51-72, 2002.

JUSTO, Larissa Galas et al. A territorialização na Atenção Básica: um relato de experiência na formação médica. **Interfaces**, v. 21, n.5, p.1345-1355, 2017.

JESUS, Reniani Vargas Lami. **A expansão da Estratégia Saúde da Família na Cidade do Rio de Janeiro 2009-2012: estudo de caso na Área Programática 5.3.** 2013.93f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional em Saúde Pública Sérgio Arouca – Fiocruz. Rio de Janeiro, 2013.

KEMPER, Elisandrea Sguario; MENDONCA, Ana Valéria Machado; SOUSA, Maria de Fátima. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v. 21, n.9, p.2785-2796, 2016. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.17842016>>.

Lima, Julia Gagno. Atributos da Atenção Primária nas regiões de saúde: uma análise dos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica [dissertação]. Rio de Janeiro: Fio-cruz; 2016. 244 p.

LUZ, Cesar et al. Monitoramento de terminologia na mídia: o Programa Mais Médicos. **Tradterm**, v. 25, p. 199-233, 2015.

MACEDO, Alex dos Santos; FERREIRA, Marco Aurélio Marques. Efeitos do Programa Mais Médicos (PMM) nos resultados da Atenção Básica à saúde. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v.10, n.1, p.195 -222, 2020.

MACIEL FILHO, Romulo. **Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.

MANGUEIRA, Andreлина Alves. **Organização do processo de trabalho e planejamento de ações das equipes de atenção básica no Nordeste: análise do PMAQ – AB**. 2016. 71f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Programa de Pós-graduação em Saúde da Família no Nordeste. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Nata, 2016.

MEDINA, Maria Guadalupe, et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? **Revista Debate Saúde**, v.38, n.esp., p.69-82, 2014.

MELO, Eduardo Alves. O que pode o Mais Médicos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2672-2674, 2016.

MENDES, Eugênio Villaça. **As redes de Atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011.

MEZADRI, TATIANA et al. 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**, v.8, n.3, p.38-47, 2017.

MOTA, Reinaldo Gaspar.; BARROS, Nelson Filice. O Programa Mais Médicos no estado de Mato Grosso, Brasil: uma análise de implementação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2879-2888, 2016.

MOTTA, Luis Claudio de Souza; BATISTA, Rodrigo Siqueira. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 39, n.2, p.196 -2007, 2015.

NEVES, Matheus; GIORDANI, Jessye Melgarejo do Amaral; HUGO, Fernando Neves. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1809-1820, 2019.

NOGUEIRA, Priscila Tamara Alves et al. Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.21, n.9, p. 2889-2898, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OMS, 1978

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.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de Atenção a Saúde. In. Giovanella, Lígia et al. **Política e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2008. p.547-573.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Hist. cienc. saude-Manguinhos [online]**, v.21, n.1, 2014, pp.15-36.

PFARRWALLER, Eva et al. Impact Of Interventions To Increase The Proportion Of Medical Students Choosing A Primary Care Career: A Systematic Review. **Journal Of General Internal Medicine**, v.30, n.9, p.1349–58, 2015.

PINTO, Isabela Cardoso de Matos. Mudanças nas políticas públicas: a perspectiva do ciclo de política. **Revista Política Pública**, v. 12, n. 1, p. 27-36, 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/html/3211/321127273003/>.

SANTOS, Leonor Maria Pacheco; COSTA, Ana Maria; GIRARDI, Sábado Nicolau. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Cien Saúde Coletiva**, v.20, n.11. p. 3547-3552, 2015.

RIBAS, Antônio Neves. **Programa Mais Médicos: uma avaliação dos resultados iniciais referentes ao eixo do provimento emergencial a partir da Teoria da Avaliação de Programas**. 2016. 119f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional) - Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares. Universidade de Brasília. Brasília, 2106.

ROLIM, Ana Carine Arruda. **Acesso e qualidade da atenção primária à saúde no Brasil: considerações sobre o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. 2018.199f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2018.

SANTOS, Fernanda Julyana. O Programa Mais Médicos: uma avaliação do impacto sobre indicadores de saúde do Brasil. 2018. 157f. **Tese** (Doutorado em Administração) - Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.

SCARATTI, Dirceu. **Um modelo para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde no Brasil: uma aplicação a municípios catarinenses**. 2007. 315f. 2007. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

SCHEFFER, Mário et al. Demografia Médica no Brasil volume 2. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. **Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo**. São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2015.

SILVA Priscila de Sousa, BEZERRA Hanna Haíssa, SOUZA Eduardo Carvalho, CARVALHO Mailson. Análise dos indicadores de desempenho de uma equipe de atenção básica à saúde. **Revista Saúde Contemporânea.**, v.12, n.1, p.470-476, 2016.

SILVA, Bruna. et al. Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2899-2906, 2016.

SILVA, Thiago. et al. Percepção de usuários sobre o Programa Mais Médicos no município de Mossoró, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2861-2869, 2016.

SILVA, Ticiane Raimundo; MOTTA, Roberta Fin. A percepção dos usuários sobre a política de saúde na atenção básica. **Mudanças-Psicologia da Saúde**, v. 23, n. 2, p. 17-25, 2015.

SILVEIRA, Rodrigo Pinheiro; PINHEIRO, Rosani. Entendendo a Necessidade de Médicos no Interior da Amazônia - Brasil. **Rev Bras Educ Médica**, v.38, n.4, p.451-459, 2014.

TEMPORÃO, José Gomes. Os desafios a enfrentar na saúde. **Associação Brasileira de Saúde Coletiva [online]**, dez. 2014. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/os-desafios-a-enfrentar-na-saude-artigo-de-jose-gomes-temporao/8701/>. Acesso em 13 de dezembro de 2020.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre, Artes Médicas/Abrasco., 1992.

VASCONCELOS Luciana Rodrigues; PAGLIUCA Lorita Marcela Freitas. Mapeamento da acessibilidade do portador de limitação física a serviços básicos de saúde. **Esc. Anna Nery**, v.10, n.3, p.494-500, 2006.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila et al. Regionalização e redes de saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1791-1798, 2018.

VUJICIC, Marko et al. Attracting doctors and medical students to rural Vietnam: insights from a discrete choice experiment, 2010.

WU, Xu et al. **Guia de políticas públicas**: gerenciando. Traduzido por Ricardo Avelar de Souza. – Brasília: Enap, 2014.

YIN, Robert. Case study research: Design and methods. **Rev.ed.** Beverly Hills,CA: Sage Publishing, 1989.