

18º Congresso Brasileiro de Sociologia
26 a 29 de Julho de 2017, Brasília (DF)

Grupo de Trabalho 14: **Saúde, Política e Sociedade**

O Programa Mais Médicos em Pernambuco: promoção da saúde e da cidadania em contextos sociais de vulnerabilidade

Alexandre Zarias
(Fundação Joaquim Nabuco /Universidade Federal de Pernambuco)

Josiane Lemos Machiavelli
(Universidade Federal de Pernambuco)

Suzy Luna Nobre Gonçalves Ferreira
(Universidade Federal de Pernambuco)

Débora Cintra Toscano de Brito
(Universidade Federal de Pernambuco)

Brasília
2017

O Programa Mais Médicos em Pernambuco: promoção da saúde e da cidadania em contextos sociais de vulnerabilidade ¹

Resumo

Este trabalho traz os resultados de um estudo de casos múltiplos acerca do Programa Mais Médicos (PMM) em três municípios de Pernambuco: Vitória de Santo Antão, Águas Belas e Ouricuri. Nesses locais, entre junho e agosto de 2016, foram selecionadas Unidades de Saúde da Família (USF), onde atuam médicos e médicas cubanos da cooperação entre o governo brasileiro e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS). O objetivo do PMM é reduzir os vazios assistenciais, por meio da expansão da rede de serviços da Atenção Básica, tendo como consequência a ampliação e a melhoria da atenção à saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). A metodologia empregada abrangeu dados quantitativos do Ministério da Saúde e do IBGE, e dados qualitativos obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas e grupos focais, envolvendo profissionais das Equipes de Saúde da Família (eSF) e usuários dos serviços. Financiada pela OPAS/OMS, a pesquisa que originou este estudo aponta não só uma melhoria da situação de saúde da população e a satisfação dos usuários com os serviços prestados pelas eSFs, mas também identifica as barreiras econômicas e sociais que impedem o acesso pleno às USFs como portas preferenciais de acesso ao SUS. Além disso, destaca-se que o PMM promoveu uma cultura do autocuidado entre as pessoas e o despertar de uma consciência a respeito do exercício da cidadania, que só pode ser efetivada por meio do usufruto de políticas públicas bem estruturadas.

* * *

INTRODUÇÃO

O projeto que originou este texto foi financiado pela Organização Pan-Americana de Saúde e teve como objetivo identificar as boas práticas e as experiências exitosas do Programa Mais Médicos na Atenção Primária à Saúde dos municípios pernambucanos de Águas Belas, Ouricuri e Vitória de Santo Antão. As informações aqui apresentadas constam na publicação “O Programa Mais Médicos em Pernambuco: experiências da Atenção Primária em Saúde dos municípios de Águas Belas, Ouricuri e Vitória de Santo Antão”, a ser lançada no segundo semestre de 2017.

A seguir, apresentamos os resultados de uma pesquisa de natureza qualitativa envolvendo equipe multidisciplinar composta por oito integrantes, pesquisadores da área de saúde e cientistas sociais. Nosso desafio foi captar, na perspectiva das pessoas envolvidas com a Atenção Primária em Saúde (APS), entre profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), de que maneira o Programa Mais Médicos (PMM) vinha

¹ Este texto é resultado da pesquisa financiada pela Organização Pan-Americana da Saúde, a qual originou a publicação “O Programa Mais Médicos em: experiências da Atenção Primária em Saúde dos municípios de Águas Belas, Ouricuri e Vitória de Santo Antão” (OPAS, 2017), como parte integrante da Série Estudos de Caso Sobre o Programa Mais Médicos.

contribuindo com a estruturação e realização dos trabalhos das equipes de saúde da família (ESFs) e, conseqüentemente, com a promoção da saúde nos municípios visitados.

O desenho da pesquisa compreendeu um estudo de casos múltiplos, cada um deles correspondendo às experiências registradas nos municípios pernambucanos de Águas Belas, Ouricuri e Vitória de Santo Antão. Nossas visitas a esses locais tiveram a duração de dois dias, período em que foram realizadas entrevistas semiestruturadas, grupos focais e registros de fotos, áudios e vídeos. Para subsidiar a análise do material assim obtido, também foram considerados os dados secundários, tais como os sociodemográficos produzidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os documentos administrativos da Secretaria de Saúde de Pernambuco e das secretarias municipais dos locais de pesquisa, e os fornecidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica do Ministério da Saúde (SIAB/MS), num intervalo entre os anos de 2012 e 2016. Todo esse processo de elaboração, execução e análise teve como referência pesquisas e estudos acerca do PMM já realizados no país.

Entre a obtenção de dados e sua posterior análise, a pesquisa seguiu duas estratégias metodológicas. A inicial, tradicionalmente usada na área de saúde, e que foi aplicada na estruturação das ferramentas de pesquisa, isto é, entrevistas semiestruturadas e grupos focais, procurou circunscrever diferentes dimensões do PMM. Entre elas: a pertinência do Programa, seus fundamentos, produtividade, efeitos, rendimento e o contexto da atuação dos médicos cooperados, levando-se em conta, igualmente, os pontos de vista dos diferentes profissionais que atuam na APS e dos usuários. Na estratégia final de análise, tendo-se à disposição todos os dados registrados e as informações obtidas, usou-se como referência o documento acerca da *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas* (OPAS, 2007). Dessa forma, todo o material reunido foi categorizado e examinado em função dos elementos funcionais e estruturais utilizados para orientar os sistemas de saúde fundados na APS.

O PROGRAMA MAIS MÉDICOS

A regulamentação do Programa Mais Médicos (PMM), por meio da Lei nº 12.871, em outubro de 2013, representa um dos mais significativos esforços do Governo Federal, com apoio dos estados e dos municípios, para aprimorar o Sistema Único de Saúde, especialmente, no que diz respeito ao fortalecimento da Atenção Primária à Saúde. De modo geral, o objetivo é levar mais médicos e médicas para as regiões onde há problemas de fixação ou ausência desses profissionais. Além disso, pretende-se aprimorar a formação médica no país, proporcionando maior experiência nas unidades de

atendimento do SUS; fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço; promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais de saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS (BRASIL, 2013a).

Em três anos, o PMM conseguiu incluir na APS aproximadamente 18.000 profissionais, distribuídos em mais de 4.000 municípios e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEIs (CARLOS, 2016). É importante ressaltar que parte substancial destes médicos e médicas, 62%, foram convocados a partir de uma cooperação internacional tripartite, entre o governo brasileiro, a Organização Pan-Americana da Saúde e o governo de Cuba. Como apontam Campos e Pereira Júnior (2016), o maior diferencial dos profissionais cooperados, em relação a maioria dos brasileiros, consiste na formação e experiência na Atenção Primária e em Medicina de Família e Comunidade.

Desse universo de municípios, selecionamos três para a composição de um estudo de casos múltiplos, incluindo Águas Belas, Ouricuri e Vitória de Santo Antão, localizados, respectivamente, no Agreste, Sertão e Zona da Mata pernambucana. Os resultados deste estudo foram alcançados por meio da análise de dados secundários e primários, obtidos entre os meses de julho e agosto de 2016.

PANORAMA DOS ESTUDOS ACERCA DO PMM

Atualmente, por configurar-se como uma das principais políticas públicas direcionadas à efetivação do direito à saúde, impactando diretamente na situação de cerca de quatro mil municípios brasileiros, vários estudos têm sido desenvolvidos acerca da implementação do PMM, no país, ainda que muito seja especulado pelos canais midiáticos, por parcelas da sociedade civil organizada e pela opinião pública de um modo geral.

Por ocasião de seu anúncio, os embates em torno da questão da saúde pública no Brasil retomaram um grau de notoriedade de que não gozavam desde os anos 1980, quando o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira levou ao reconhecimento constitucional da saúde como um direito de todos e dever do Estado, instituindo, assim, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Atualmente, os principais estudos sobre o PMM estão disponíveis em plataformas de disseminação de conhecimento, tais como na Plataforma de Conhecimentos do Programa Mais Médicos, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na *Scientific Electronic*

Library Online (SciELO). Os estudos apresentam diferentes abordagens acerca de questões que destacam o número e distribuição de médicos no país, enfatizando, assim, o eixo da provisão emergencial de profissionais e sua efetividade (OLIVEIRA et al., 2015; RIBAS, 2016; SOUZA, 2014); a importância dos espaços de educação permanente em saúde para qualificação do modelo de atenção oferecido à população, atividades que foram impulsionadas pelo exercício das supervisões acadêmicas requisitadas pelo programa (ALMEIDA et al., 2015; CASTRO, 2015; ENGSTROM et al., 2016); além daquelas que dão destaque à ampliação e interiorização das vagas de graduação em Medicina (SILVA JUNIOR et al., 2016), e ao estímulo à formação em especialidades prioritárias para o Sistema Único de Saúde (ALESSIO, 2015; SOUZA, 2014a), aspectos que correspondem a outros eixos do programa, mas que ainda não expressaram resultados consolidados devido ao processo de sua implantação.

Cabe destacar outra perspectiva adotada em análises do PMM, a saber, a que reconhece em sua relação com o usuário do serviço de saúde a interface mais fértil.

Em geral, tais estudos priorizam dois tipos de fontes para análise: os indicadores específicos da Atenção Primária à Saúde, dos respectivos municípios, e entrevistas com os diferentes atores envolvidos no cotidiano das unidades de saúde: usuários, gestores, profissionais de saúde e os supervisores que atuam no PMM.

Serve como destaque desses estudos uma pesquisa realizada no município de Altaneira-CE, em pleno sertão nordestino. A partir do banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), abrangendo os anos de 2011 a 2014, foi possível visualizar o aumento do número de visitas domiciliares e de atendimentos médicos, assim como uma redução significativa no número de encaminhamentos e de exames de apoio ao diagnóstico e à terapêutica. Esses dados evidenciam não só a potencialização da assistência dada aos usuários do SUS, mas também uma melhoria no fluxo da rede de serviços de saúde, quais sejam, os movimentos de referência e contrarreferência. Nesse município, também foi observado um aumento na notificação de casos de tuberculose e de hanseníase, o que os pesquisadores atribuíram esse fenômeno a uma intensificação da prática de busca ativa na rotina dos profissionais de saúde, indício de uma maior responsabilização destes pela situação de saúde da comunidade em que atuam (ALENCAR et al., 2016). Em síntese, tais indicadores atestam a importância da implantação do PMM no fortalecimento da APS.

Existem estudos que optaram por avaliar o serviço de APS por meio da fala de seus usuários. Para isso, elencaram categorias que dariam conta de tal experiência e produziram seus dados por meio de entrevistas semiestruturadas.

Um estudo realizado em Ceilândia-DF, revela que, num universo de 243 usuários, 95,1% são a favor do PMM; 91% julgam que sua implementação aumentou o número e o tempo das consultas e 57% avaliaram o atendimento médico como “excelente” (BRITO, 2014).

Já na zona rural de Porto Velho-RO, uma pesquisa com 96 usuários de sete Unidades de Saúde da Família mostra um alto grau de satisfação da população atendida pelos profissionais do PMM: 68,7% dos usuários preferem o atendimento prestado pelos médicos do PMM em relação ao dos demais e cerca de 77% acreditam que, apesar do idioma dos médicos estrangeiros, a comunicação com os médicos do PMM é melhor do que a comparada com profissionais não vinculados ao Programa. Ainda, segundo essa pesquisa, a satisfação dos usuários está diretamente ligada ao interesse do médico durante o atendimento (SANTOS; SOUZA; CARDOSO, 2016).

Há ainda estudos menos dedicados à quantificação das opiniões acerca do PMM, priorizando uma análise qualitativa das relações estabelecidas entre profissionais e usuários.

Numa USF de Juatuba-MG, Cruz (2015) identificou como elementos relevantes as mudanças na relação entre médico e usuário, que seria mais “aberta e comunicativa”, bem como na relação entre médico e equipe, destacando-se o “respeito e a proximidade”. Isso, segundo a autora do estudo, tem impacto direto na forma de condução da doença pelo usuário e do desenvolvimento das ações pela equipe, fortalecendo o princípio da integralidade do serviço de saúde.

Outro exemplo é a pesquisa desenvolvida por Zanotto (2016), no município de Balneário Arroio do Silva, extremo sul catarinense. Segundo relatos dos usuários de uma USF local, observou-se o destaque dado ao aumento do tempo de duração das consultas, ao novo modelo de atendimento prestado, expresso pela escuta e acolhimento, e à realização de exames físicos, pontos essenciais para definição de uma percepção favorável ao programa como meio de efetivação da APS, ainda que nesse processo sejam reconhecidas limitações impostas pela grande demanda de trabalho absorvida pela unidade de saúde, o que inviabiliza uma melhor estruturação do trabalho da equipe.

Considerando que o PMM parte da urgência em assegurar a efetivação do direito à saúde, a despeito das disparidades sociais e econômicas expressas no território brasileiro, Pereira, Silva e Santos (2015) propuseram um estudo dedicado ao impacto do programa em grupos populacionais mais específicos, no caso, comunidades quilombolas situadas nos estados do Pará e Rio Grande do Norte.

Dentre as muitas vulnerabilidades às quais estão expostas tais populações, destacam-se para os estudos de saúde as condições sanitárias precárias e as recorrentes situações de racismo institucional que as colocam em desvantagem no acesso a serviços públicos, incluindo o SUS. Aqui, além do atendimento mais “humanizado”, melhor relacionamento com a equipe e maior disponibilidade dos médicos, com o conseqüente aumento no número de consultas e visitas, elementos já elencados em outros estudos, há de se ressaltar uma maior adequação do exercício da Medicina às especificidades locais. Foi citado, por exemplo, o alinhamento do tratamento alopático a práticas próprias de Medicina Alternativa, os chás e garrafadas, muito presentes nessas comunidades, hoje reconhecidas como Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). Em contrapartida, os diversos sujeitos entrevistados, entre usuários e profissionais da equipe e gestão, enfatizam a necessidade de consolidação da rede de serviços de saúde do município e adoção de medidas que viabilizem a fixação de médicos, estendendo os resultados dessa intervenção a longo prazo.

Considerada a abrangência do PMM, seus resultados encerram as mais diversas características do contexto em que se desenvolvem as experiências dos médicos e médicas cooperadas. O registro dessas experiências tem, por isso, muito a contribuir para o entendimento e otimização do processo histórico de construção do SUS e de um modelo de atenção à saúde cada vez mais capacitado a responder às necessidades da população. É nesse sentido que a Organização Pan-Americana da Saúde vem organizando a publicação da série Estudos de Casos Sobre o Programa Mais Médicos, a partir de pesquisas realizadas em municípios dos estados do Maranhão, Paraná, Rio de Janeiro e Rio Grande do Norte.

O QUE SÃO BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE?

Boas práticas, ou *best practice*, em inglês, segundo o *New Oxford American Dictionary On-line* (c2017), refere-se ao conjunto de procedimentos ou técnicas que são aceitos ou prescritos como sendo o correto ou mais efetivo. O termo tem ampla utilização nas áreas de comércio e administração, e seu uso estendeu-se para uma infinidade de outras áreas, entre elas, a da saúde.

Do ponto de vista metodológico, registrar “boas práticas” impõe uma série de desafios. Em nosso caso, especificamente, o primeiro deles foi definir o que seriam “boas práticas em saúde no contexto do PMM”. O segundo, saber onde e como encontrar esses tipos de práticas. Foi necessário buscar diferentes pontos de referência para lidar com essas duas questões. Tínhamos um universo de 137 municípios pernambucanos onde

atuavam médicos da cooperação OPAS/OMS e Ministério da Saúde do Brasil no ano de 2015. Usando como ponto de partida outros estudos qualitativos, tomamos por princípio que sim, o PMM estava colaborando para “diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde”; e “fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País” (BRASIL, 2013a). Nesse sentido, numa análise mais geral, o programa em si constitui-se uma boa prática, uma política pública de saúde em benefício de uma população carente de serviços de todo tipo. Portanto, não importava qual município visitar, pois sabíamos de antemão que os médicos e as médicas cooperadas estariam ali para suprir uma lacuna. Restava saber como circunscrever a atuação desses profissionais no sentido de boas práticas em saúde. Para tanto, tomou-se como referência a definição de Atenção Primária à Saúde:

assistência essencial, baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante sua participação plena e a um custo que a comunidade e o país possam arcar, em todas e cada uma das etapas de seu desenvolvimento, com espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação (OPAS, 2009, p. 12).

Dessa forma, para a realização de nosso estudo de casos múltiplos, compreendemos boas práticas em saúde como aquilo que hoje é necessário para reforço e aperfeiçoamento da APS no âmbito do SUS. Isso se passa desde a realização do primeiro contato entre profissionais de saúde e usuários do sistema até a coordenação de atividades num nível amplo, gerencial e político.

CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS

Águas Belas, Ouricuri e Vitória de Santo Antão, apesar de possuírem características sociodemográficas diferentes, têm características similares acerca da rede de serviços de saúde que, na sua maioria, estão integrados com a APS.

Águas Belas

Situada no Agreste Pernambucano, a cerca 300 km da capital, Águas Belas tem aproximadamente 42 mil habitantes, sendo considerado, portanto, um município de pequeno porte. Delineado pela Serra do Comunati e pelo Rio Ipanema, seu território é formado por um distrito sede e pelos povoados Curral Novo, Garcia, Tanquinhos e Campo Grande, dispersos numa área de 886 km².

Tabela 3 – Dados gerais de Águas Belas	
Região	Agreste
Distância da capital, Recife (km)	316
Extensão territorial (km²)	885.986
População (2010)	40.235
População estimada (2016)	42.831
Densidade demográfica (habitantes/km² - 2010)	45,41
Índice Desenvolvimento Humano Municipal (2010)	0,526 (baixo)
Salário médio mensal – salário mínimo (2014)	1,8
Taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais - % (2010)	39,4
Taxa de mortalidade infantil (2014)	13,07

Fonte: (IBGE, c2016).

Importantes processos identitários marcam a dinâmica populacional de Águas Belas. Põe-se em destaque, por exemplo, a existência de uma aldeia indígena do povo Fulni-ô que, embora mantenha uma relação cotidiana com os não-índios, preserva elementos distintivos essenciais a sua cultura, a saber, sua língua, o "latê", ensinado aos mais jovens em uma escola bilíngue, e o ritual Ouricuri, que é uma cerimônia sagrada na qual a população indígena pratica um retiro de alguns meses. Já nos povoados mais afastados, estão as comunidades quilombolas Curral Novo, Quilombo, Pinhão e Tanquinhos, vivenciando diferentes etapas do processo de reconhecimento territorial.

Há, ainda, à beira do Rio Ipanema, pequenas comunidades ribeirinhas. A economia da cidade está ligada à agricultura familiar e à pecuária. Todas as segundas-feiras, já nas primeiras horas da manhã, boa parte da cidade se mobiliza em torno da feira local, onde se comercializam alimentos diversos, artesanatos, garrafadas (remédios caseiros) para as mais variadas finalidades e outras tantas miudezas. Além disso, encontra-se ali a convergência dos aspectos sociais, culturais e econômicos que caracterizam o município.

Águas Belas faz parte da V Região de Saúde, cuja sede fica no município de Garanhuns. Possui modelo de APS misto, com uma cobertura populacional pela Atenção Básica de 84,57%. A cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família (ESF) é de 81,05%. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, em julho de 2016, Águas Belas tinha

13 USFs, dentre as quais 11 possuíam médicos do PMM. Conta também com equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), e faz parte do Programa Melhor em Casa. Na área de saúde mental, conta com o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) e Residências Terapêuticas.

Ouricuri

Ouricuri está localizado no Sertão Pernambucano e ocupa uma área de mais de 2 mil km², distante cerca de 600 km de Recife, já na divisa com o estado do Piauí. Sua população está estimada em quase 70 mil habitantes, o que o classifica como município de médio porte. Com outros nove municípios, Ouricuri constitui a Região de Desenvolvimento do Araripe.

Região	Sertão
Distância da capital, Recife (km)	626
Extensão territorial (km²)	2.379.385
População (2010)	64.358
População estimada (2016)	68.236
Densidade demográfica (habitantes/km² - 2010)	26,56
Índice Desenvolvimento Humano Municipal (2010)	0,572 (baixo)
Salário médio mensal – salário mínimo (2014)	1,7
Taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais - % (2010)	27,9
Taxa de mortalidade infantil (2014)	17,11

Fonte: (IBGE, c2016).

Sua economia está estritamente ligada à pecuária extensiva e pequenas produções agrícolas voltadas, em geral, para subsistência, mas foi com a extração de gesso que o município passou a ganhar destaque. Junto com Araripina, Bodocó, Exu, Ipubi e Trindade, Ouricuri forma o Polo Gesseiro do Araripe, que é responsável por quase toda produção nacional da matéria prima.

Recentemente, Ouricuri concentrou ainda importantes investimentos que viabilizaram a instalação de um campus do Instituto Federal de Educação, Ciência e

Tecnologia do Sertão Pernambucano, unidades habitacionais do Programa Minha Casa, Minha Vida e do Hospital Regional Fernando Bezerra.

Ouricuri faz parte da IX Regional de Saúde, cuja sede localiza-se no próprio município. Os serviços ofertados por sua rede de saúde são, na maioria, públicos. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, o município detém 90% de serviços prestados ao passo que os outros 10% ficam a cargo da rede privada de saúde.

O município possui modelo de APS misto, com uma cobertura populacional pela Atenção Básica de 100%. A cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família é de 96,8% (BRASIL, [2017]). Em 2016, o município tinha 24 eSFs, dentre as quais 17 contavam com médicos do PMM.

Vitória de Santo Antão

Vitória de Santo Antão está localizada na Zona da Mata de Pernambuco, a 53 km da capital Recife. Sua população, com mais de 130 mil habitantes, caracteriza-o como um município de grande porte, sendo o décimo mais populoso do estado.

Tabela 5 – Dados gerais de Vitória de Santo Antão

Região	Zona da Mata
Distância da capital, Recife (km)	53
Extensão territorial (km²)	335.942
População (2010)	129.974
População estimada (2016)	136.706
Densidade demográfica (habitantes/km² - 2010)	348,8
Índice Desenvolvimento Humano Municipal (2010)	0,64 (médio)
Salário médio mensal – salário mínimo (2014)	2
Taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais - % (2010)	21,7
Taxa de mortalidade infantil (2014)	8,12

Fonte: (IBGE, c2016).

O desenvolvimento local tem sua trajetória inicialmente marcada pela cultura canavieira, caracterizada pela centralidade dos latifúndios e engenhos em torno dos quais se estabeleceram pequenas vilas. No decorrer do processo de modernização da região, surgiu um novo marco para vida econômica e social local com a fundação da Pitú, indústria de aguardente nacional.

A tradição industrial ali iniciada foi impulsionada nos últimos anos com a duplicação da rodovia BR-232, principal acesso à cidade, e a implantação do Complexo Portuário de Suape, distante 70 km. Tais investimentos reconfiguraram de forma abrupta a realidade local do município, que hoje é considerado um importante polo industrial do estado.

Nesse processo, vincularam-se outras iniciativas significativas, tal como a implantação de um campus da Universidade Federal de Pernambuco, além de investimentos imobiliários e comerciais diversos. Em paralelo, nota-se um desenvolvimento urbano marcado por um grande crescimento populacional, ocupação territorial desordenada e infraestrutura insuficiente.

No município, houve uma forte concentração de serviços de saúde ao longo dos anos, com ênfase para serviços privados, o que vem sendo revertido devido à expansão de serviços não-hospitalares vinculados ao poder público municipal. O município tem ampliado sua infraestrutura com a instalação de diversas unidades nos níveis primário, secundário e terciário, públicas e privadas.

Vitória de Santo Antão possui modelo de APS misto, com uma cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família de 71,13%% (BRASIL, [2017]). Em 2016, o município tinha 27 eSFs, as quais possuíam 17 profissionais ligados ao PMM.

O município conta também com três NASFs, unidades do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) rurais, participa do Programa Melhor em Casa e fez adesão ao PMAQ-AB em 100% das suas USFs.

O PMM NO CONTEXTO DA APS

Este estudo de casos múltiplos, ao objetivar a identificação e registro das boas práticas desenvolvidas a partir da implementação do PMM, em Pernambuco, optou por abordá-las sob o prisma de seus efeitos na organização e orientação de sistemas de saúde locais capazes de atender as necessidades de saúde e promover o desenvolvimento social.

Para a análise dos dados obtidos durante a pesquisa, adotou-se como referência os elementos necessários para um sistema de saúde baseado na APS. O ponto de partida principal é o documento **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas** (OPAS, 2007), que propõe a renovação da APS, levando em consideração a Declaração de Alma Ata (1978), e os avanços seguintes para a promoção da saúde contidos na Carta de Ottawa (1986), na Declaração do Milênio (2000) e preconizados pela Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde (OMS, 2010).

Tendo como âncora a Declaração de Alma Ata, expandindo suas diretrizes para o sistema de saúde como um todo, a OPAS/OMS compreende um sistema de saúde baseado na APS que segue:

uma abordagem abrangente de organização e operação de sistemas de saúde, a qual faz do direito ao mais alto nível possível de saúde sua principal meta, enquanto maximiza a equidade e a solidariedade. Tal sistema é guiado pelos princípios da APS de resposta às necessidades de saúde das pessoas, fomento da qualidade, responsabilidade governamental, justiça social, sustentabilidade, participação e intersetorialidade (OPAS, 2007).

Esse sistema estrutura-se a partir de valores, princípios e elementos. Os valores compreendem prioridades nacionais e servem para avaliar se “as estruturas sociais estão atendendo ou não às necessidades e expectativas da população” (OPAS, 2007). Dividem-se em “direito ao mais alto nível possível de saúde”, “equidade” e “solidariedade”. Os princípios são a base para o planejamento e execução de políticas públicas de saúde, envolvendo conjuntos de leis, critérios de avaliação, geração e alocação de recursos. São eles que ligam valores sociais aos elementos estruturais e funcionais do sistema de saúde (OPAS, 2007), sendo identificados da seguinte maneira: capacidade em responder às necessidades de saúde das pessoas, serviços orientados à qualidade, responsabilização dos governos, justiça social, participação, sustentabilidade e intersetorialidade. Na base desses valores e princípios encontram-se os elementos funcionais e estruturais da APS, os quais nos ofereceram o conjunto de categorias para a sistematização dos dados obtidos ao longo da pesquisa nos municípios de Águas Belas, Ouricuri e Vitória de Santo Antão. Ao todo, são 14 elementos: 1) cobertura e acesso universais; 2) atenção integral, integrada e contínua; 3) ênfase na promoção e prevenção; 4) atenção apropriada; 5) orientação familiar e comunitária; 6) mecanismos de participação ativa; 7) marco político, legal e institucional sólidos; 8) organização e gestão ótimas; 9) políticas e programas pró equidade; 10) primeiro contato; 11) recursos humanos apropriados; 12) recursos adequados e sustentáveis; 13) ações intersetoriais; e 14) planejamento para emergências e desastres.

Do ponto de vista analítico, dadas as definições para cada um desses elementos, é muito difícil delimitar onde começa um e termina outro. Na verdade, estão todos interconectados. Formam uma cadeia que implica todos os níveis de administração, financiamento e prestação de serviços em saúde. Envolve tanto os trabalhos das eSFs, desde a ação dos ACSs até o atendimento médico, quanto a formulação e execução de políticas públicas nas esferas municipal, estadual e federal.

Nosso esforço foi classificar a experiência da gestão em saúde, no contexto de execução do PMM, segundo a perspectiva de seus atores e atrizes: gestores municipais de saúde, coordenadores municipais da Atenção Básica, profissionais de nível médio e superior que compõem as equipes de saúde da família (médicos e médicas, enfermeiras, auxiliares ou técnicas de enfermagem e ACSs) e usuários e usuárias dos serviços de saúde.

Por isso, em torno de cada um desses elementos, buscou-se identificar as boas práticas em saúde segundo uma série de conhecimentos, habilidades e atitudes que colocam em prática a APS. Esse conjunto de elementos da APS ofereceu um mapa conceitual a partir do qual foi possível contextualizar as experiências de cada membro das eSFs e também de seus usuários. A partir desse referencial, este estudo de casos múltiplos deteve-se nos aspectos mais recorrentes nas falas dessas pessoas. É por isso que nem todos os elementos da APS estão contemplados na discussão desenvolvida. Os elementos marco político, legal e institucional sólidos; organização e gestão ótimas; políticas e programas pró equidade; e planejamento para emergências e desastres não se tornaram itens de sistematização e análise.

Em síntese, foi possível uma compreensão da atuação dos médicos e médicas cooperadas, em conjunto com suas equipes de saúde, na consolidação da APS no SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se afirmar que a principal conclusão obtida ao final da pesquisa foi a seguinte: o PMM é um catalisador dos elementos da APS. Essa percepção não decorre somente da soma dos dados secundários do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) com a legislação e os documentos administrativos consultados. Muito além disso, ela é resultado da experiência das eSFs. Está registrada nos relatos de médicos e médicas cooperadas, enfermeiras, técnicas, gestoras e gestores da saúde, ACSs e, fundamentalmente, dos usuários e usuárias do SUS.

Durante todo o período de pesquisa, priorizou-se o olhar das pessoas que fazem parte desse universo e são responsáveis por prestarem um serviço público de qualidade a uma população desassistida e sem a garantia de direitos sociais, entre eles, o da saúde. Sem desconsiderar programas sociais nas mais diversas áreas, a Estratégia Saúde da Família constitui a interface entre o Estado e uma população que dele depende, que carece de direitos, cujo dever é do poder público. Como foi mencionado por integrantes das eSFs, a baixa escolaridade, as condições precárias de moradia e saneamento, a

renda insuficiente, entre outras desigualdades sociais, enfim, constituem-se barreiras para a promoção da saúde.

O PMM, nesse contexto, é uma ferramenta de promoção da cidadania de forma efetiva. Contudo, isoladamente, é incapaz de contemplar todas as dimensões implicadas com a promoção da saúde. O acesso e a cobertura realizam-se pela redução de barreiras sociais, culturais, econômicas e geográficas. Portanto, há necessidade de outras ações associadas ao Programa, ou seja, da intersectorialidade. Não foi o idioma espanhol dos médicos e médicas, apontado no início do Programa, um dos entraves para sua efetivação e garantia da qualidade no atendimento. Em muitos casos, foi grande número de pacientes analfabetos que impedia a prestação de um serviço mais eficaz pelas equipes de saúde da família.

O PMM contribuiu com o provimento de profissionais em regiões desassistidas e com população em situação de vulnerabilidade, como é o caso dos municípios de pequeno e médio porte visitados, principalmente em áreas rurais, ribeirinhas e quilombolas. Possibilitou, dessa maneira, a inserção de médicos em municípios que não conseguiam atrair profissionais, seja por sua condição social e geográfica, seja pela incapacidade de promoverem políticas públicas exitosas de atração e fixação desses profissionais, problemas vivenciados anteriormente ao PMM.

Dessa forma, contar com médicos e médicas nos municípios promoveu a ampliação da comunicação e do vínculo estabelecidos entre as eSFs e a população, resultando no aumento do número e da frequência dos atendimentos e das visitas domiciliares, na ampliação do número de pessoas assistidas e, conseqüentemente, na melhoria das condições de saúde e diminuição dos encaminhamentos para os serviços de média e alta complexidade.

Esse tipo de atenção, que na fala da Secretária Municipal de Saúde de Águas Belas foi chamada de “real”, compreende o alcance de diferentes dimensões da APS, nos serviços de saúde, em benefício de uma população que raramente tinha acesso a um atendimento médico. Em todos os municípios pesquisados, as pessoas passaram a utilizar as USFs como porta de entrada preferencial do sistema de saúde. Reconheceram ali um equipamento público onde poderiam suprir suas necessidades por meio de serviços prestados com qualidade. Daí a satisfação com o PMM e o receio da sua extinção, pelo governo.

O aumento de demanda exigiu das eSFs planejamento e organização, o que se refletiu na integração de ações programáticas com demandas espontâneas por meio de

um planejamento das atividades internas das USFs e de sua integração com outros programas e políticas de atenção à saúde.

As visitas domiciliares foram impulsionadas, foram operacionalizadas pela eSFs com a participação dos médicos e médicas cooperadas. Nos três municípios, os gestores mencionaram o quanto a qualidade desse tipo de atendimento melhorou a partir do PMM. Esse cuidado, exercido com frequência, regularidade e continuidade, promoveu a criação e o fortalecimento de vínculos com a comunidade, potencializando as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, incluindo no rol de ações das eSFs práticas autoeducativas e de autocuidado, que ultrapassaram as necessidades terapêuticas.

Outra barreira relacionada com a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, identificada por médicos e médicas cooperadas, diz respeito à rigidez dos hábitos da população que procurava as USFs para ações exclusivamente terapêuticas, exigindo dos profissionais de saúde somente exames e prescrições de medicamentos. No contexto do PMM, como foi nos foi relatado, muitas dessas barreiras foram sendo superadas aos poucos. Pessoas que sofriam e desconheciam que estavam doentes, encontraram nas USFs um lugar para serem tratadas, desenvolvendo a corresponsabilização pelo cuidado, seguindo o tratamento recomendado, com mudanças de hábitos e estilos de vida, participando de atividades de educação em saúde.

Essa mudança relatada por usuários das USFs e também por profissionais que nelas atuavam, aproxima-se do modelo fundamentado nos princípios da APS. Um modelo de atenção centrado na pessoa, que os médicos e médicas cooperados desempenharam por meio do diálogo, do acolhimento e vínculo diferenciados. O toque, a conversa face a face, o olho no olho, a escuta, a manifestação de interesse a respeito da vida de cada um e de sua família são elementos destacados como diferenciais da conduta clínica. A doença, assim, deixa de ser um evento abordado numa perspectiva unicamente biológica para ganhar uma dimensão social que ultrapassa as fronteiras das USFs.

Essa forma diferenciada de configuração do processo de trabalho rompeu com a imagem do médico como detentor exclusivo de uma competência técnica, que hierarquiza a relação médico-paciente. Por isso, modificou a forma como as eSFs e usuários viam o médico. Esse profissional tornou-se mais próximo de outros membros da equipe, desenvolvendo trabalhos conjuntos, promovendo, com a horizontalização das ações, estímulo à cooperação e corresponsabilização da equipe. A partir do PMM, as eSFs desenvolveram um elo para a definição conjunta de metas e desenvolvimento de

habilidades de promoção à saúde, ampliando o escopo das práticas específicas de cada profissional.

Os grupos de orientação para hipertensos, diabéticos e tabagistas, as visitas domiciliares, o Programa Saúde na Escola (PSE), dos quais participavam médicas e médicos cooperados, por exemplo, promoveram a participação da população nas atividades das eSFs e no desenvolvimento de práticas de autocuidado que se estenderam pela comunidade. Registramos relatos de pessoas que começaram a levar para as USFs parentes e vizinhos, cobrando deles a regularidade nas visitas à unidade como forma de prevenção de doenças e agravos.

Assim, as eSFs passaram a reconhecer que, nesse novo contexto de promoção da saúde, muitas das demandas cotidianamente encaminhadas para outras instâncias da rede de atenção eram resolvidas na própria USF. Certamente, a resolutividade teve impactos, embora não tenham sido objetivamente mensurados. Ela está relacionada não somente com o cumprimento da jornada de trabalho estabelecida, problema que, frequentemente, ocorria com os médicos brasileiros que trabalharam nos municípios pesquisados, como também com o tipo de formação dos médicos e médicas cooperados.

A experiência desses profissionais, em seu país de formação, Cuba, e aquela adquirida em outras missões internacionais, não passaram despercebidas, fazendo com que o PMM funcionasse como um espaço de intercâmbio de experiências. No caso de Águas Belas, por exemplo, o fluxo de trabalho da rede foi aperfeiçoado por iniciativa dos médicos e médicas cooperados que, junto à gestão, negociavam a compra de materiais para a realização de procedimentos que antes não eram realizados nas unidades, tais como suturas, curativos, pequenas cirurgias, soroterapia etc.

Além disso, a forma de registro dos procedimentos, mais acurada entre os médicos e médicas cooperados, contribuiu com a gestão na produção de indicadores e no melhor planejamento das atividades da Secretaria Municipal de Saúde.

Outro fato constatado foi a mudança com relação à prescrição de algumas medicações de uso controlado, considerada excessiva pelos médicos cooperados. Com relação a isso, segundo uma ACS, houve uma “mudança cultural”. Essa mudança foi pautada pela rotina nas condutas clínicas anteriores ao PMM, período em que o acolhimento e a escuta qualificada eram substituídos pela prescrição de remédios e exames. Também, em Ouricuri e Vitória de Santo Antão, registrou-se um esforço para a adoção de práticas de racionalização do uso de medicamentos, tais como as atividades em grupo e os acompanhamentos domiciliares, práticas integrativas e complementares,

incentivando, assim, uma mudança nas concepções e condutas dos demais profissionais das eSFs e usuários.

Por fim, enfatiza-se que o PMM utilizou a promoção da saúde como um objeto de luta, uma realidade com a qual a população estabeleceu uma nova forma de relação com o Estado. A satisfação que encontraram não se resume à qualidade do atendimento prestado. Há uma relação com a experiência advinda de uma política pública que se realiza e é efetivada. Por meio dela, criaram-se laços afetivos, culturais e sociais que levaram as pessoas a se cuidar e a cuidar uma das outras.

Com o PMM, a saúde passou a fazer parte da vida em comunidade. O Programa propiciou a promoção da cultura do cuidado. E, aqui, a palavra acolhimento é uma das chaves para a compreensão dessa transformação. Ela apareceu com frequência na fala de todos nossos interlocutores. Acolher significa oferecer ou obter refúgio, proteção, conforto físico, amparo psicológico. Também significa hospedar, alojar. Acolhimento, portanto, é um ato mútuo, é a experiência entre profissionais de saúde e usuários, de onde nasceu uma consciência a respeito do exercício da cidadania que só pode se efetivar por meio da garantia do direito a políticas públicas bem estruturadas e executadas.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, A. P. A. et al. Impacto do programa mais médicos na Atenção Básica de um município do Sertão Central Nordestino. **Revista Eletrônica Gestão & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 10, n. 26, p. 1290-1301, Maio/Ago. 2016.

ALESSIO, M. M. **Análise da implantação do Programa Mais Médicos**. 2015. 89f. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde Coletiva) — Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

ALMEIDA, E. R. de et al. Projeto Mais Médicos para o Brasil: a experiência pioneira do apoio institucional no Ministério da Educação. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 9, n. 4, p. 49-66, dez. 2015.

ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011.

BEST PRACTICE. In: **NEW Oxford American Dictionary**. Oxford: Oxford University Press, c2017.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 out. 2013a. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 09 jul. 2013b. Seção 1, p. 01.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2012a. 110 p.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, c2008.

BRITO, L. M. de. **Programa Mais Médicos: satisfação dos usuários dos centros de saúde de Ceilândia quanto ao atendimento médico**. 2014. 93f. Monografia (Graduação em Saúde Coletiva). Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

CAMPOS, G. W. de S.; PEREIRA JUNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2655-2663, Set. 2016.

CARLOS, A. **Sustentabilidade do Programa Mais Médicos**. Goiânia: [s.n], 2016.

CARTA DE OTTAWA. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., Ottawa, 1986.

CASTRO, T. F. de. **Reflexões sobre a prática de supervisão no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e no Programa Mais Médicos**. 2015. 232f. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde Coletiva) — Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. de A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.

CRUZ, M. A. C. **A integralidade nas práticas de saúde após implantação do Programa Mais Médicos: a experiência da Unidade Básica de Saúde Samambaia: Juatuba/MG**. 2015. 175f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015.

DECLARAÇÃO DE ALMA ATA. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1., Alma-Ata, 1978.

DECLARAÇÃO DO MILÊNIO DAS NAÇÕES UNIDAS. In: CÚPULA DO MILÊNIO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1., Nova York, 2000.

ENGSTROM, E. M. et al. O supervisor e as estratégias educacionais dos encontros locorregionais no Programa Mais Médicos do Brasil: reflexões acerca de concepções e práticas. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 10, n. 1, p. 241-252, mar. 2016.

IBGE. **Cidades**. Rio de Janeiro: IBGE, c2016.

OLIVEIRA, F. P. et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 623-634, 2015.

OMS. CDSS. **Redução das desigualdades no período de uma geração**: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Portugal: Organização Mundial da Saúde, 2010.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana de Saúde/ Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS). Wahsington, DC: OPAS, 2007.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Sistemas de Saúde com base na Atenção Primária em Saúde**: estratégias para o desenvolvimento de equipes de Atenção Primária em Saúde. Wahsington, DC: OPAS, 2009. (Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas, n. 1).

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **O Programa Mais Médicos em Pernambuco**: experiências da Atenção Primária em Saúde dos municípios de Águas Belas, Ouricuri e Vitória de Santo Antão. (Série Estudos de Caso Sobre o Programa Mais Médicos 6). Brasília, DF: OPAS, 2017.

PEREIRA, L. L.; SILVA, H. P. da; SANTOS, L. M. P. Projeto Mais Médicos para o Brasil: estudo de caso em Comunidades Quilombolas. **Revista ABPN**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 16, p. 28-51, jun. 2015.

RIBAS, A. N. **Programa Mais Médicos**: uma avaliação dos resultados iniciais referentes ao eixo do provimento emergencial a partir da Teoria de Avaliação de Programas. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional) — Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

SANTOS, L. M. P.; COSTA, A. M.; GIRARDI, S. N. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3547-3552, nov. 2015.

SANTOS, M. A. M.; SOUZA, E. G.; CARDOSO, J. C. Avaliação da qualidade da Estratégia Saúde da Família e do Programa Mais Médicos na área rural de Porto Velho, Rondônia. **Revista Eletrônica Gestão & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 10, n. 26, p. 1327-1346, maio/ago. 2016.

SILVA JUNIOR, A. G. et al. Oferta de vagas de graduação e residência médicas no estado do Rio de Janeiro a partir do Programa Mais Médicos (2013-2015). **Revista Eletrônica Gestão & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 10, n. 26, p. 1347-1359, maio/ago. 2016.

SOUZA, B. P. A. de. **Projeto Mais Médicos para o Brasil em Pernambuco**: uma abordagem inicial. 2014. 43f. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) — Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014a.

SOUZA, L. de. **Representações do “Programa Mais Médicos” pelo site Pragmatismo Político e pelo Portal do Conselho Federal de Medicina.** 2014. 144f. Dissertação (Mestrado em Linguística) — Universidade de Brasília, Brasília, 2014b.

STARFIELD, B. **Atención Primaria: concepto, evaluación y política.** New York: Oxford University Press, 1992.

ZANOTTO, W. **Programa Mais Médicos: a percepção dos usuários e profissionais da equipe de saúde da família a respeito da qualidade da assistência no extremo sul Catarinense.** 2016. 119f. Monografia (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Araranguá, 2016.