

# O PROGRAMA MAIS MÉDICOS E ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE: UMA ANÁLISE PELA PERSPECTIVA DO GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE<sup>1</sup>

Murilo Fabel<sup>2</sup>

Maria Patrícia Silva<sup>3</sup>

Sávio Nunes de Freitas<sup>4</sup>

**Resumo:** O trabalho tem como objetivo apresentar uma análise sobre a capacidade do Programa Mais Médicos na cobertura de médicos para Atenção Primária a Saúde (APS), pela perspectiva de gestores de saúde. A pesquisa desenvolveu por meio de entrevistas semiestruturadas com gestores municipais de saúde de diferentes estados brasileiros. O Ministério da Saúde define APS como uma estratégia direcionada tanto ao indivíduo, quanto a coletividade; desenvolvida por meio de atividades gerenciais e sanitárias, as quais abrangem a promoção, a prevenção, a proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. O trabalho das equipes de saúde é direcionado a um território com uso tecnologias de baixa densidade e elevada complexidade, sendo a porta de entrada do sistema de saúde, pela perspectiva social, econômica e cultural da determinação da saúde. Nesse contexto, o Programa Mais Médicos (PMM), criado em 2013, entre seus eixos, mencionamos o recrutamento de médicos graduados no Brasil e fora do país para atuar em áreas mais vulneráveis. As

---

<sup>1</sup> Agradecemos a Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes pelo apoio institucional.

<sup>2</sup> Pós-doutor pela Universidade de Oxford, Doutor em Sociologia pela UFMG, Professor e Pesquisador da Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, murilo.fabel@unimontes.br

<sup>3</sup> Pós-doutora em Educação pela UFMG, Doutora em Ciências Sociais pela UERJ, professora na Universidade do Estado de Minas Gerais -UEMG

<sup>4</sup> Doutorando em Sociologia e Antropologia na UFRJ, Mestre em Sociologia pela UFMG e graduado em Ciências Sociais pela PUC-MG.

análises foram construídas a partir do porte do município, os primeiros resultados confirmam o PMM tem conseguido ampliar cobertura de profissionais médicos. Conclui-se que, nesse âmbito, o PMM é bem avaliado e tem contribuído com o fortalecimento da atenção primária.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, políticas públicas, gestores de saúde, Programa Mais Médicos.

### **THE MORE DOCTORS PROGRAM AND PRIMARY HEALTH CARE: AN ANALYSIS FROM THE PERSPECTIVE OF THE MUNICIPAL HEALTH MANAGER**

**Abstract:** The objective of this study is to present an analysis of the capacity of the More Doctors Program in the coverage of physicians for Primary Health Care from the perspective of health managers. For this, the research developed through semi-structured interviews with municipal health managers from different Brazilian states. The Ministry of Health defines primary care as a targeted strategy developed through management and health activities, which include the promotion, prevention, protection, diagnosis, treatment, rehabilitation and maintenance of health. The work of the health teams is directed to a territory using low density and high complexity technologies, being the gateway of the health system, through the social, economic and cultural perspective of health determination. In this context, the program, created in 2013, among its axes, we mention the recruitment of medical graduates in Brazil and abroad to work in more vulnerable areas. The analyzes were constructed from the size of the municipality, the first results confirm the More Doctors has managed to expand coverage of medical professionals. It is concluded that, in this context, the program is well evaluated and has contributed to the strengthening of Primary Health Care.

**Keywords:** Primary Health Care, public policies, health managers, Program More Doctors.

### **EL PROGRAMA MÁS MÉDICOS Y ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: UN ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA DEL GERENTE DE SALUD MUNICIPAL**

El trabajo tiene como objetivo presentar un análisis sobre la capacidad del Programa Más Médicos en la cobertura de médicos para Atención Primaria a la Salud (APS), por la perspectiva de gestores de salud. La investigación desarrolló por medio de entrevistas semiestructuradas con gestores municipales de salud de diferentes estados brasileños. El Ministerio de Salud define APS como una estrategia dirigida tanto al individuo, como a la colectividad; desarrollada por medio de actividades gerenciales y

sanitarias, las cuales abarcan la promoción, la prevención, la protección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y mantenimiento de la salud. El trabajo de los equipos de salud se dirige a un territorio con uso de tecnologías de baja densidad y alta complejidad, siendo la puerta de entrada del sistema de salud, por la perspectiva social, económica y cultural de la determinación de la salud. En este contexto, el Programa Más Médicos (PMM), creado en 2013, entre sus ejes, mencionamos el reclutamiento de médicos graduados en Brasil y fuera del país para actuar en áreas más vulnerables. Los análisis fueron construidos a partir del porte del municipio, los primeros resultados confirman el PMM ha logrado ampliar cobertura de profesionales médicos. Se concluye que, en este marco, el PMM es bien evaluado y ha contribuido con el fortalecimiento de la atención primaria.

**Palabras clave:** Atención primaria de salud, políticas públicas, gerentes de salud, programa Más médicos.

## **Introdução**

O período de início de maior uso de estratégias de Atenção Primária à Saúde (APS), no Brasil, em que pese a dimensão da integralidade, da promoção de saúde e prevenção de doenças, quase sempre, remota ao final dos anos 1970. E, no cenário internacional, essa é a década da Conferência de Alma Ata, o que certamente contribui na ênfase de novas iniciativas de gestão e assistência pela dimensão da APS. Tais momentos históricos são reconhecidamente assumidos como marco na construção de um modelo de assistência alternativo, proposta de uma reconfiguração e reformulação da agenda e políticas de extensão de cobertura, até chegar a redemocratização e universalização do acesso à saúde no país.

Ao examinar a história da APS no Brasil, Mendes (2012) considera como o primeiro ciclo histórico os trabalhos com centros de saúde da Universidade de São Paulo. Nos anos 1940, o segundo ciclo da história da APS no país, ocorre com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). O papel e o núcleo tecnológico uspiano, é conservado no terceiro ciclo, quando a partir de meados dos anos 1960 as Secretarias Estaduais de Saúde estabelecem medidas focalizadoras na prevenção de doenças e modelo de assistência médica direcionado ao grupo materno-infantil, estabelecidos com certo grau de verticalidade. Nos anos 1970, com a emergência de uma proposta de APS, defendida em Alma Ata, no Brasil começam alguns programas de extensão de cobertura, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1979, por exemplo; as iniciativas de experiências pilotos com projetos de gestão alternativos ao modelo hospitalocêntrico. A criação do INAMPS, a institucionalização das Ações Integradas de Saúde (AIS) que levaram para APS, parte da cultura médica do INAMPS, são características do quinto ciclo, estabelecido no início dos anos 1980. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a municipalização das unidades de APS teve como consequência uma expansão de cuidados primários. No decorrer da implementação da agenda e políticas do SUS, a implantação do PSF pode ser tomada como o sétimo ciclo do processo de desenvolvimento da APS na saúde pública brasileira (MENDES, 2015).

A participação das universidades foi fundamental no desenvolvimento dessas experiências com práticas e cooperação entre diversas agências e com apoio da comunidade (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008), e alguns trabalhadores da área da saúde. Ainda, a própria interiorização dos serviços de saúde, utiliza-se de práticas integrativas em cidades de pequeno porte, como em Montes Claros, em Campinas, por exemplo, e as iniciativas pela expansão de cobertura com o PIASS. Enfim, por muitos anos de cada um desses períodos a organização dos serviços de saúde no país girou em torno de um modelo, ainda, tipicamente centrado no hospital e na cura da doença. O que por consequência fragilizaria, em alguma medida, o trabalho com Atenção Primária à Saúde. Já que por muito tempo nos anos 1960 e 1970 os maiores investimentos foram destinados ao fortalecimento e construção de hospitais.

Ao ponto aqui de confirmar que, por muitos anos, o processo de construção dos serviços de saúde seguiu em movimentos que divergem e estabelecem, certamente, variações ideológicas da assistência no qual gestou uma organização do sistema, prevalecendo a hegemonia do primeiro pêndulo – o modelo hospitalocêntrico, individualista e biomédico. No que diz respeito a avanços e importantes encaminhamentos que possam ter ocasionado uma expansão da atenção primária o papel e o incentivo internacional para a implementação de uma agenda direcionada a APS está a Conferência de Alma-Ata e seus encaminhamentos, na década de 1970.

A atenção primária a saúde defendida em Alma Ata questionava a chocante desigualdade existente entre os povos, propondo alternativas em um caminho que efetivasse a universalização do direito a “Saúde para Todos nos anos 2000”. Entres suas metas determinavam iniciativas no âmbito da educação em saúde; o acesso a água tratada e saneamento; promoção e proteção à saúde; distribuição de alimentação e nutrição, imunização; cuidados com saúde materna infantil; prevenção de doenças endêmicas; tratamento adequado de doenças e fornecimento de medicamentos. Dessa maneira, ainda prevê proporcionar serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades de saúde. A chave principal para atingir seu propósito, segundo a declaração final da conferência seria mediada pelos cuidados primários de saúde, em um espírito fundado na ideia de contribuir para a ampliação da justiça social.

Em se tratando do Brasil, apesar das fragilidades e desafios enfrentados, ao longo da história de sua implantação, APS<sup>5</sup> é considerada como uma forte referência na agenda da reforma sanitária, a partir da institucionalização do SUS. Nesse processo histórico, a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, incorpora a defesa de um trabalho em saúde que preze a humanização, a universalidade, a integralidade, equidade e resolutividade, também no intuito de contar com participação comunitária, por meio de atividades de educação em saúde, por exemplo. Logo, o que de fato nota-se são iniciativas para a reconfiguração de um modelo de assistência à saúde, historicamente direcionado ao hospital, a cura da doença, fundado em assistência individual, biomédica especializada, guiado pelo uso de tecnologias.

A Atenção Primária em Saúde apontada como principal porta de entrada no sistema de saúde no Brasil, sustenta em seu arcabouço teórico (princípios norteadores) e prático (por suas ações e programas) a proposição de conversão do modelo assistencial biomédico para uma perspectiva baseada na prevenção e promoção da saúde. Para além de tal característica, no caminho da implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é considerada como o nível de atenção estruturador da (re)configuração do SUS.

A tendência à concentração de médicos nos grandes centros urbanos demonstra, em alguma medida, o interesse dos médicos ao trabalho nos níveis de média e alta complexidade. Portanto, a assimétrica distribuição do profissional médico no território brasileiro frente ao grande contingente populacional faz da oferta de serviços médicos insuficiente para atender toda a demanda. Um dos problemas enfrentados pela APS no Brasil é a escassez de recursos humanos. Nesse quadro, é conhecido: um dos grandes desafios da APS está em atrair médicos, vez que a grande maioria almeja desenvolver suas atividades nos grandes centros, investir em formação continuada em áreas que apresentam maior retorno e reconhecimento financeiro ou uma superespecialização. Logo, o quadro formado em grande parte do país é de escassez desse profissional. Uma realidade comum em

---

<sup>5</sup> No Brasil, conforme é possível identificar em diferentes programas voltas para cuidados primários, a APS é quase sempre denominada de Atenção Básica a Saúde (ABS).

diferentes países pelo mundo, segundo análise de Girardi et. al, (2016, p. 2676),

a escassez de médicos se somam as dificuldades de retenção destes profissionais nas regiões mais isoladas, mais pobres e vulneráveis e vários estudos atestam o constante esforço dos países em investigar o problema e propor estratégias para sua solução.

No Brasil, uma das alternativas encontradas foi a criação do Programa Mais Médicos (PMM), em julho de 2013, por meio de Medida Provisória que foi convertida em Lei em outubro do mesmo ano, após intenso debate junto à sociedade e tramitação no Congresso Nacional. O Mais Médicos somou-se a um conjunto de ações e iniciativas num cenário em que o governo federal assumiu a tarefa de formular políticas públicas para enfrentar os desafios que vinham condicionando o desenvolvimento da Atenção Básica (AB) no País (BRASIL, 2015, p. 15). Das metas constantes no PMM, estão o aumento de ofertas de vagas do curso de medicina; investimento em infraestrutura e; o recrutamento de médicos estrangeiros para postos de trabalho não ocupados por médicos brasileiros.

Com a criação do PMM, fica clara uma necessidade de fortalecimento da Atenção Básica, justamente em áreas de difícil acesso para o provimento de médicos. “Antes da implantação do PMM, cerca de 20% dos municípios brasileiros apresentavam escassez de médicos, principalmente naqueles de menor porte, mais distantes e com maior dificuldade de acesso, localizados nas regiões Norte e Nordeste do país” (GIRARDI et. al, 2016, p. 2676). A implantação do Mais Médicos trouxe um incremento da oferta e da cobertura de cuidados médicos na APS, ainda levou a uma ampliação de equipes de saúde da família na microrregião Norte de Minas Gerais, considerada de alta vulnerabilidade social (MORAIS, FAHEL, 2015).

Ainda segundo Girardi, et. al. (2016) em menos de 04 anos de existência já é evidente que o PMM ampliou o acesso e a garantia do direito à saúde a milhões de brasileiros através do provimento imediato, fato inédito na história do país, distribuindo mais de 14 mil médicos em território nacional e obteve um impacto positivo na redução da escassez de médicos inseridos na APS brasileira. No entanto, mesmo com esses números, ainda

é identificado no país uma má distribuição de médicos. Acrescenta, ainda, um resultado inusitado, o governo federal ao implantar o PMM pode ter influenciado na redução de contratação de médicos de maneira regular pelas prefeituras, que foram substituídos e não somados pelos profissionais do programa.

O Programa Mais Médicos desde sua criação esteve cercado de polêmicas, posturas dicotômicas de parte de alguns profissionais, especialmente os médicos. No que diz respeito às divergências, uma delas gira em torno da vinda de médicos estrangeiros para assumir postos de trabalho na APS. Ao que tem demonstrado ser um programa que convive com desafios comuns a APS, e ainda terá que provar sua razão de ser e continuidade.

Para Oliveira, *et. al.* (2015) um dos grandes méritos do Mais Médicos, pauta na sua proposta de mudança que dialoga com experiências nacionais e internacionais, na qual busca uma ampliação do acesso e melhoria da qualidade da APS e do SUS. O seu êxito dependerá da articulação dos três níveis de governo, e uma constante inflexão no sentido de buscar monitoramento e aprimoramento. Ainda, mesmo uma breve revisão sobre ações e possibilidades de avanços da APS o seu êxito não depende apenas de um profissional. A própria estrutura, aspectos de gestão e financiamento, a reorganização de equipe e sua interligação com outros setores, propõe a necessidade de uma interdisciplinaridade para o alcance dos atributos postos em Starfield (2002) e revisados por Mendes (2015), em diversos trabalhos. Cabe mencionar alguns dos atributos que nos auxilia na compreensão e parte dos objetivos da APS na estruturação dos serviços, segundo esses autores são: a APS a *porta de entrada* no sistema, que diz respeito exatamente a entrada no serviço de saúde; que deverá acontecer seguindo os atributos da longitudinalidade; da integralidade; coordenação do sistema; focalização na família; orientação comunitária e competência cultural. No âmbito das funções, como atributos derivados desses quatro atributos, encontram-se a resolubilidade, comunicação e responsabilização.

O reconhecimento da necessidade de um suporte constante ao longo do tempo, a traduzido na continuidade do cuidado, significa dizer que a APS possui o atributo da longitudinalidade. A *integralidade* materializa-se também em um trabalho de equipe multiprofissional, voltada para promoção,

prevenção, cura, cuidado e reabilitação. Nesse atributo está o reconhecimento de que os problemas e necessidades de saúde são determinados por questões biológicas, psicológicas e sociais. Ainda, para APS está a responsabilidade constante articulação e comunicação entre os diferentes níveis da atenção – é a própria *coordenação* da APS. *Comunicação* que prevê a participação da comunidade. Na APS, o cuidado em uma dimensão coletiva, volta-se para a comunidade e para a família, portanto o território e seu contexto também é importante para a APS, exigindo uma maior interação da equipe com essa unidade social. A *competência cultural* propõe uma relação horizontal que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e das famílias (Mendes, 2011).

## **Metodologia**

As informações aqui analisadas integram uma pesquisa maior realizada com o objetivo de analisar as dimensões das necessidades em saúde e oferta dos serviços de saúde com o objetivo de elaborar um índice de priorização de investimento na APS, hierarquizando os municípios brasileiros, com objetivo de destinar os recursos financeiros de acordo com a posição do município no ranking. Assim, o caminho metodológico para a definição dos municípios que são parte desse estudo, foi construído com o seguinte percurso.

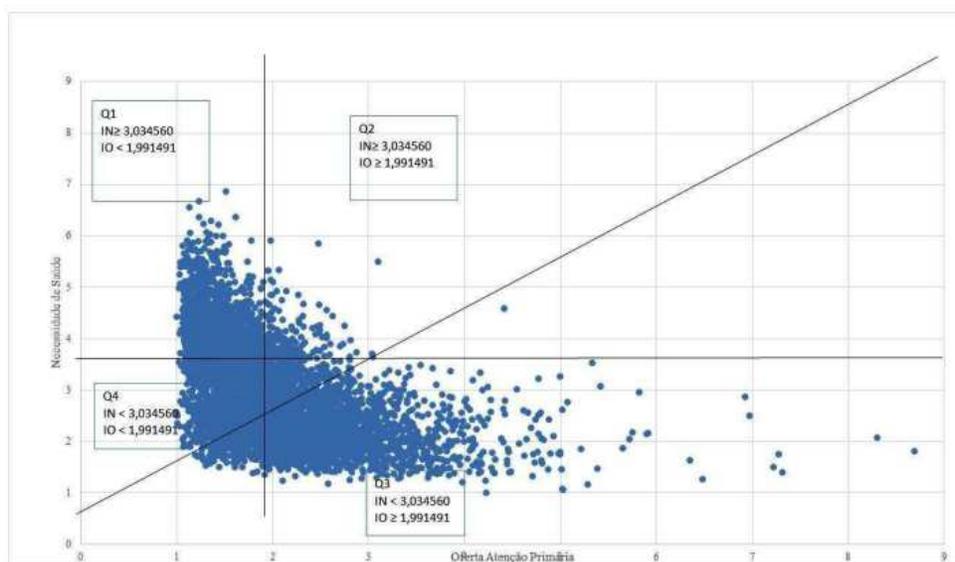
O primeiro passo foi a definição do tamanho da amostra, no que diz respeito a composição do quadro de municípios, estabeleceu-se critérios de seleção aleatória estratificada proporcional. Foram considerados como critérios de estratificação a posição do município nos quadrantes, definidos pela interseção reta definida a partir do ponto médio da Oferta na Atenção Primária) e da reta definida a partir do ponto médio da Necessidade em saúde) e pela faixa populacional.

Para as análises dos dados utilizou a técnica de pesquisa qualitativa que tem como pressuposto coletar dados primários sobre determinada questão de pesquisa ou explorar determinado fenômeno, de modo a buscar “padrões, ideias ou hipóteses”. Cologenese e Melo, utilizado por Cedro (2011), que descrevem as entrevistas semiestruturadas como um processo de interação entre entrevistador e entrevistados, onde os dados são

produzidos dados pelas fontes orais. Espera-se que as informações coletadas sejam suficientes para permitir a compressão da atenção primária nos municípios categorizados a partir dos índices de necessidade e de oferta elaborados na primeira etapa dessa pesquisa.

O quadrante 1(Q1) corresponde aos municípios cujo Índice de Necessidades (IN) foi maior ou igual a 3,034560 (IN médio) e o Índice de Oferta (IO) menor que 1,991491. O quadrante 2(Q2) corresponde aos municípios cujo IN foi maior ou igual a 3,034560 (IN médio) e o IO maior ou igual a 1,991491. O quadrante 3(Q3) corresponde aos municípios cujo IN foi menor que 3,034560 (IN médio) e o IO foi maior ou igual a 1,991491. O quadrante 4(Q4) corresponde aos municípios cujo Índice de Necessidades (IN) foi menor que 3,034560 (IN médio) e o Índice de Oferta (IO) menor que 1,991491, como mostra o gráfico 1.

**Gráfico 1** - Distribuição de municípios por quadrantes – Brasil -2010



Fonte: Dados da pesquisa, Elaboração própria

Assim, foram definidas 5 faixas populacionais, de acordo com os dados populacionais para o ano de 2010 segundo o IBGE: até 20.000 habitantes, de 20.001 a 50.000 habitantes, 50.001 a 100.000, 100.001 a 500.000 e mais de 500.001 habitantes. Essas faixas foram nomeadas, respectivamente, como P1, P2, P3, P4, P5.

Com base na posição do município nos quadrantes e na faixa populacional, foram definidos 20 estratos para os quais foram calculados os valores proporcionais. A definição da amostra por estratos seguiu a mesma relação proporcional. Também se estabeleceu como critério que fossem escolhidos para amostra pelo menos um município por estrato. A exceção foram os estratos para os quais não havia nenhum município, Q1P5 e Q2P5, respectivamente, quadrante 1 e faixa populacional 5 e quadrante 2 e faixa populacional 5. Ao longo da pesquisa muitos municípios não responderam aos nossos chamados para participar das entrevistas e por isso foram substituídos por outros municípios respeitando a lógica do quadrante e faixa populacional para que não houvesse desvios da primeira amostra.

**Tabela 1** - Municípios da população e da amostra por estrato – Brasil -2010

Estrato	Municípios		
	Pop		Amostra
	Nº	%	Nº
Q1P1	1606	28,9%	14
Q1P2	471	8,5%	4
Q1P3	97	1,7%	1
Q1P4	15	,3%	1
Q1P5	-	-	-
Q2P1	273	4,9%	2
Q2P2	71	1,3%	1
Q2P3	13	,2%	1
Q2P4	4	,1%	1
Q2P5	-	-	-
Q3P1	1195	21,5%	11
Q3P2	349	6,3%	3
Q3P3	162	2,9%	1
Q3P4	158	2,8%	1
Q3P5	36	,6%	1
Q4P1	840	15,1%	8
Q4P2	152	2,7%	1
Q4P3	53	1,0%	1
Q4P4	68	1,2%	1
Q4P5	2	,0%	1
<b>Total</b>	<b>5565</b>	<b>1,00</b>	<b>54</b>

Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração própria, 2016.

Por outra chave, pela dimensão qualitativa, em relação ao objetivo desse artigo, para conhecer a análise que os gestores municipais de saúde elaboram sobre a capacidade do Programa Mais Médicos na cobertura de médicos para Atenção Primária a Saúde, a pesquisa se desenvolveu por meio de entrevistas semiestruturadas. Sobre essa técnica, Haguette (2010) mostra que toda entrevista é um processo de interação social no qual o entrevistador recolhe informações do entrevistado. A autora cita quatro componentes que surgem nesse processo de interação: o entrevistador, o entrevistado, a situação de entrevista e o roteiro de entrevista. A socióloga mostra que a entrevista busca a objetividade, porém acredita que isso é impossível, mas todo cientista deve buscar essa aproximação. As entrevistas semiestruturadas e sua distribuição em módulos analíticos contribuíram se para a criação de uma matriz analítica e da elaboração do relatório final, no qual as respostas dos gestores foram categorizadas de acordo com cada módulo das entrevistas.

Optou-se pela definição do tamanho da amostra a partir da conveniência dos pesquisadores, sendo escolhido o número de cinquenta e dois (52) municípios. As 52 entrevistas contemplaram todas as regiões do país, assim distribuídas:

**Na região Sudeste** foram feitas entrevistas nos quatro estados da região (Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo) totalizando 18 (dezoito).

**Na região Nordeste** foram realizadas entrevistas em (06) seis estados (Bahia, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Maranhão Piauí e Ceará) totalizando (16) dezesseis entrevistas.

**Na região Norte** foram realizadas seis (06) entrevistas nos estados do Pará, Roraima e Tocantins. Já na região sul foram nove (09) entrevistas nos três estados (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul).

Por fim na **região centro-oeste**, foram realizadas duas entrevistas em dois estados (Goiás e Mato Grosso do Sul).

Os sujeitos abordados nas entrevistas foram os secretários de saúde, coordenadores de atenção básica e diretores da área de saúde dos

municípios, sendo esses últimos indicados pelos gestores municipais. Para a análise das entrevistas utilizou-se o software Nvivo.<sup>6</sup> A pesquisa caracterizada como uma abordagem qualitativa, seguiu nessa etapa com o pressuposto de debruçar sobre os dados primários no intuito de explorar determinado fenômeno, de modo a identificar “padrões, ideias ou hipóteses”, que descrevem as entrevistas semiestruturadas como um processo de interação entre entrevistador e entrevistados, onde os dados são produzidos dados pelas fontes orais (CEDRO, 2011). Assim sendo, na apresentação da discussão de resultados dessa pesquisa as análises mencionadas serão sempre as de maior destaque e que mais vezes repetiu entre as falas dos entrevistados, construídas como uma representação e leitura da perspectiva dos gestores entrevistados. As entrevistas foram realizadas pelos membros da equipe do Grupo de Pesquisa Saúde & Políticas Públicas da Fundação João Pinheiro – FJP e da Universidade Estadual de Montes Caros-Unimontes.

### **Percepções sobre APS, ESF e PMM**

Os gestores municipais de saúde compreendem a APS como a porta de entrada no sistema de saúde, corroborando esse entendimento com o primeiro atributo mencionado pelos estudiosos da área, Starfield (2002) e Mendes (2015). Conforme Giovanella e Mendonça (2012) a APS articulada como porta de entrada é uma prática social comum na gestão dos serviços de países europeus.

Nesses países, os cuidados primários correspondem aos serviços ambulatoriais não especializados de primeiro contato, porta de entrada no sistema de saúde, incluindo diferentes profissionais e um leque abrangente de ações preventivas e de serviços clínicos direcionados a toda a população. Os países europeus destacam-se pela garantia do acesso universal aos serviços de saúde e pelo amplo espectro de serviços ofertados. Assim, a ênfase do primeiro nível de assistência está na

---

<sup>6</sup> NVivo é um software que auxilia na análise de métodos qualitativos. Ele é projetado para organizar, analisar e encontrar informações em dados não estruturados ou qualitativos como: entrevistas, respostas abertas de pesquisa, artigos, mídia social e conteúdo web.

clínica e nos cuidados individuais – sejam estes preventivos, sejam curativos – e não contempla alguns aspectos da concepção abrangente da APS, mais voltada aos problemas coletivos, à atuação intersetorial e à participação social nos serviços de saúde (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2009, p.590).

Por outro lado, a percepção dos entrevistados não limita o sentido da APS a essa função. Os entrevistados destacam também a importância da APS para a estruturação do sistema de saúde, considerando que sua capacidade de resolutividade é alta. Portanto, podemos dizer que os gestores municipais de saúde compreendem também a APS como a coordenadora e estruturadora no serviço de saúde:

*A Atenção Primária no meu entender é o coração da saúde, porque tudo acontece na Atenção Primária, lá acontece Promoção, Prevenção é lá que o munícipe, por exemplo, chega. É a porta de entrada, na verdade é a Atenção Primária, as Unidades Básicas de Saúde, os Postos de Saúde da Estratégia da Família é onde tudo acontece, eu acho que a partir daí, e ela tem que ser resolutiva. ( Gestor de Cidade em SP).*

Ainda, os gestores mencionarem papel da APS como responsável para realizar a Proteção e Promoção a saúde, os gestores municipais demonstram um entendimento que afasta esse nível de atenção daquele entendimento de saúde como oposto de doença. A assistência à saúde na APS é assim reconhecida como um trabalho que deverá evitar doenças, que deverá promover saúde.

Nas falas identificamos uma conexão entre os investimentos na APS com as vantagens econômicas para o sistema de saúde dos municípios, aqui chamamos atenção para a eficácia desse nível de atenção, que não limita a ele mesmo, mas acabará afetando positivamente os outros níveis da atenção. A APS como *porta de entrada* no sistema corresponde a serviços médicos de medicina geral e ou de médicos de família (MENDES, 2012). Ao ser assim tomada a APS orienta o sistema de forma a reduzir os custos econômicos e satisfazer demandas próprias e restritas ao primeiro nível da atenção (INSTITUTE OF MEDICINE, 1994).

Conforme Giovanella e Mendonça (2012) a APS articulada como porta de entrada é uma prática social comum na gestão dos serviços de países europeus.

Nesses países, os cuidados primários correspondem aos serviços ambulatoriais não especializados de primeiro contato, porta de entrada no sistema de saúde, incluindo diferentes profissionais e um leque abrangente de ações preventivas e de serviços clínicos direcionados a toda a população. Os países europeus destacam-se pela garantia do acesso universal aos serviços de saúde e pelo amplo espectro de serviços ofertados. Assim, a ênfase do primeiro nível de assistência está na clínica e nos cuidados individuais – sejam estes preventivos, sejam curativos – e não contempla alguns aspectos da concepção abrangente da APS, mais voltada aos problemas coletivos, à atuação intersetorial e à participação social nos serviços de saúde (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2009, p.590).

Assim sendo, o que se espera com as estratégias realizadas na APS, é que esse nível do serviço seja muito bem delineado e eficiente, ao ponto de orientar a organização do sistema como um todo. Ou seja, o serviço/ assistência não se encerra na porta de entrada, ele apenas inicia ali.

Os gestores foram convidados a analisar quais os atributos da APS são colocados em prática nos municípios, que estão sob sua gestão. De maneira geral, os gestores reconhecem certa dificuldade para colocá-los em prática. A integralidade, materializada em ações de proteção e promoção a saúde e prevenção de agravos, foi o atributo mencionado pela maioria dos entrevistados, como o atributo que o município executa. Os gestores mencionam entre os principais programas com característica de promoção e proteção da saúde, aqueles direcionados à saúde da mulher, saúde do homem e à saúde dos idosos. Ressaltam também programas direcionados para o cuidado com a saúde da criança; a importância da imunização; o acompanhamento de gestante, a realização de testes rápidos para detecção precoce de doenças crônicas ou infectocontagiosas, dentre outras.

Em corroboração com o argumento de Fahel, Silva e Xavier (2018), ao analisarem a conexão APS e Estratégia de Saúde da Família, ponderam que a APS, a ESF e o Programa de Agente Comunitários de Saúde estão intimamente ligados, dentro de seu espectro de ações e significados direcionado para as potencialidades de ações para a integralidade e interdependência como políticas e estratégias de saúde, solicitamos aos gestores para avaliar essa relação APS e ESF. Das respostas, cabe mencionar o reconhecimento das potencialidades da ESF [ou PSF], com as seguintes características: o PSF por ser *indutor*, financiador; ações da APS condizentes

com a realidade da comunidade. Ou como sinônimo da prática de uma atenção primária de qualidade embasada no vínculo, na territorialização, na busca ativa da promoção da saúde, prevenção de doenças e de agravos, na participação da comunidade no que se refere à sua saúde.

Ao tratarem sobre os profissionais das equipes de saúde, os gestores analisaram também a função dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), confirmando a identidade desses profissionais como elo entre população e Equipe de Saúde da Família (eSF), responsáveis por fazer busca ativa e levar toda informação relevante, da comunidade, para os outros profissionais que compõem a equipe, entretanto mencionam que alguns usuários são resistentes em receber esses profissionais em seus domicílios.

O uso da concepção de territorialização é tratada como estratégia que delimita o espaço de ação, o que faz com que os profissionais das equipes compreendam a realidade assistida. Assim, permite conhecer melhor as necessidades de saúde da comunidade e acompanhem de perto famílias mais vulneráveis. Além disso, destacam também as ações da Estratégia de Saúde da Família como responsáveis pelos “desafogamento” (sic) da demanda nos hospitais. No que diz respeito às críticas pontuais, a questão do financiamento foi citada como um problema.

*O Programa Saúde da Família e agora Estratégia em Saúde da Família, ele é absolutamente crucial como indutor de ações da atenção primária para os municípios e também como financiador de ações de atenção primária para o município. Os municípios têm maior ou menor grau de estruturação, mas municípios menos estruturados precisam dessa indução que o PSF, que a ESF traz, principalmente agora, num período muito a propósito de falar de financiamento. Os municípios, não importa o porte, eles precisam desse financiamento. Então hoje o PSF, ele é um indutor e financiador, ele já não é mais um farol, uma linha guia de práticas específicas. Tipo, os municípios estão conseguindo se adaptar a sua própria realidade com a indução e com o financiamento do Ministério, através do PSF. ( Gestor de Cidade de SC)*

Ao responderem sobre o PMM nos seus municípios os gestores avaliam como um bom programa. Destacam a formação diferenciada dos médicos cubanos que é voltada para a atenção primária, elogiam o comprometimento desses médicos com a carga horária e sua disciplina. Os entrevistados chegam a dizer que os médicos cubanos ajudaram na mudança de atitudes

de médicos brasileiros em relação às demandas do trabalho, a mais mencionada foi que médicos brasileiros passaram a cumprir a sua carga horária.

O PMM é tido por parte dos gestores como uma importante alternativa para solução do problema “escassez de médicos”, agora eles teriam pelo menos um médico disponível de tempo integral na cidade, afirma um dos entrevistados. A rotatividade de médicos contratados pelo próprio município era muito grande devido falta de perspectivas para estes profissionais, principalmente em municípios de pequeno porte, e que a partir da implantação do Programa essa rotatividade diminui consideravelmente.

*Então, eu vou falar da minha cidade. Na minha cidade sim, ajudou porque a gente tinha um problema, municípios pequenos têm problemas para contratar médico para a Unidade Básica de Saúde. Então a gente não conseguia contratar médico no período da tarde, então a gente tinha médico no período da manhã, no período da tarde a gente nunca teve mesmo. Era assim, o pessoal reclama, e como se diz, não tem hora para ficar doente, não vai ficar doente só na hora da manhã. Então ajudou muito, porque daí ela faz o período da manhã e o período da tarde também, então isso já ajudou bastante e ela faz um trabalho com as gestantes muito bem feito, com as gestantes e com os recém-nascidos. (Gestor da Cidade do PR)*

As mudanças nos indicadores de saúde foram relatadas por alguns entrevistados como mudanças positivas. Os gestores avaliam que houve melhoria da qualidade do atendimento, diminuição dos procedimentos/encaminhamentos para média e alta complexidade, melhor desempenho da equipe, aumento das visitas domiciliares, bem como maior participação da população em programas e ações específicas de saúde:

*O programa melhorou a saúde. Às vezes algum caso de desnutrição ou alguma coisa que passava despercebido anteriormente com os bebezinhos, ela já detecta no início, na primeira avaliação do sétimo dia de gestação, qualquer coisa. Eu acho muito bonito o trabalho dela e a preocupação que ela tem. O sétimo dia que ela avalia o bebezinho, quando ela percebe alguma coisa estranha, ela já vai direto na minha sala, que a minha Secretaria é dentro de um Posto de Saúde, ela já vai lá e já fala: “Olha, eu preciso de tal exame para esse bebê, e esse bebê não está bem e eu não vou dormir bem enquanto esse resultado não vier parar em minha mão”. Então isso para mim, é muito gratificante, vim uma pessoa de um outro país, trabalhar com a gente e com a responsabilidade tão grande dessa. Nossa, eu apoio (Cidade do PR)*

## **A análise dos gestores por porte de Municípios**

Os gestores ao tratarem sobre impactos da APS no sistema como um todo completo e integrado, ponderam que a atenção primária deveria ser o grande norteador das ações, pois ela conseguiria resolver de 80 a 90% dos casos e assim desafogar os outros níveis de atenção. Que seu objetivo é a prevenção e a promoção à saúde. Gestores dos municípios grandes também afirmaram que a APS é aquele nível de atenção em que os cuidados são menos complexos e não dependem muito de um aparato tecnológico mais avançado. Essa é uma visão que se afasta do sentido real tratado pelo Ministério da Saúde, ao mencionar a relação APS e tecnologias, determina que “utiliza tecnologias elevada complexidade e baixa densidade, para resolver os problemas de saúde” (BRASIL, 2006).

No que diz respeito as críticas, observamos que as mesmas não estão ligadas a concepção do programa em si. Nos municípios pequenos os gestores relataram a questão do financiamento e da formação do profissional. A única crítica que os gestores dos municípios maiores fizeram é que o PSF funcionaria melhor em municípios pequeno, pois esses municípios conseguiram chegar a 100% da cobertura de seu território:

*Um programa excelente, porque o município... Já pensou se eu não tivesse pelo menos esse programa aqui no nosso município? Porque a gente mora muito distante de Araguaína, quase 200 quilômetros. Augustinópolis é a nossa referência, quase 100 quilômetros, e aí, assim, quando acontece qualquer emergência a gente tem um médico, porque o médico... Nas unidades de saúde na Estratégia de Saúde da família e tem que ter um médico no município, e no nosso tem. Na verdade é só 40 horas, só que ele reside. Ele mora e atende a gente a qualquer momento. Então é um programa muito bom porque tem médico, tem o dentista, tem os enfermeiros, tem agente comunitário de saúde que ajuda a gente também no município. ( Gestor municipal de Município de Pequeno Porte)*

De modo geral o PMM é melhor avaliado pelos gestores dos municípios de pequeno porte, pois segundo eles o programa veio para resolver uma questão da falta de profissional médico nessas localidades, mas também há relatos positivos dos gestores de municípios de grande porte, como pode ser observado no relato a seguir:

*[...] Eu acho que é fundamental o Programa Mais Médicos no meu município. Eu não vejo Cariacica sem o Mais Médicos porque eles prestam um serviço essencial. Porque hoje a gente trabalha com uma carga horária 20 horas, o contrato nosso de médico, e eles trabalham 20, quer dizer, cada dois nosso seria um Mais Médicos. E eles cumprem carga horária. Os nossos a gente não tem como cobrar carga horária, a gente cobra produção por valor. E eles, assim, fazem a visita domiciliar, faz as campanhas, fazem os atendimentos de mandato judicial, quando tem que fazer visitas, atividades educativas. Então, assim, é muito importante para o município o programa, a comunidade gosta muito, a gente recebe muitos elogios.* (Gestor municipal de Município de Grande Porte)

Ao responderem sobre a capacidade do PMM em solucionar a falta de profissionais médicos as respostas em geral dos gestores e gestoras foram positivas, afirmando que o PMM conseguiu atender umas das demandas na qual foi destinado. Um dos gestores destaca como PMM veio auxiliar os municípios menores. “Boa, muito boa. Eles dão uma boa ajuda principalmente para o município pequeno, e eles cumprem horário” (Município de SP).

Os gestores dos municípios de pequeno porte veem a Estratégia de Saúde da Família como um programa positivo, conforme a Quadro 1 e para justificar a resposta os argumentos são os mais variados. Alguns gestores mencionaram os aspectos de comunicação em relação às famílias assistidas pelo programa. Ainda, abordaram a importância dos agentes comunitários. Os gestores dos municípios de médio porte também destacam a grande importância da Estratégia de Saúde da Família para a APS. No que diz respeito aos municípios de grande porte, alguns gestores mencionaram a capacidade resolutiva que a ESF possui, como crucial para a assistência à saúde dos municípios.

**Quadro 1** - Número de Codificações de Percepções Positivas e Negativas por porte dos municípios brasileiros

<b>Estratégia de Saúde da Família</b>	Pequeno Porte	Médio Porte	Grande Porte
Positiva	64 %	4,%	21%
Negativa	7%	2%	2%
<b>Programa Mais Médicos</b>	Pequeno Porte	Médio Porte	Grande Porte
Positiva	48%	9%	25%
Negativa	7%	4%	7%

Fonte: Dados da pesquisa, elaboração própria, 2016.

A avaliação da Estratégia de Saúde da Família – ESF e do Programa Mais Médicos – PMM por parte dos gestores municipais é majoritariamente positiva indicando uma alta resiliência desses aos princípios e diretrizes da APS-SUS. No entanto, há avaliações negativas indicativas de algum grau de fragilização e crítica a ESF e ao PMM. Assim sendo, se evidencia a necessidade de sistemática avaliação e monitoramento da ESF e do PMM para o seu constante aprimoramento.

### **Considerações Finais**

A Atenção Primária a Saúde é compreendida pelos gestores, em sua maioria, como uma porta de entrada no sistema de saúde, mas fator fundamental para a organização do sistema como um todo interligado. No âmbito das críticas, mesmo que pontuais, cabe mencionar que são relativas ao modelo curativo que ainda está presente na saúde brasileira. Para os gestores abordados por esse estudo, a APS em seus municípios ainda tem desafios para alcançar todos os atributos que compõem esse nível da atenção, para que seja uma APS ampliada.

O PMM foi um programa criado para solucionar a questão da falta de profissionais em localidades que haviam carência de médicos. Assim, na percepção dos gestores entrevistados identificamos a confirmação de resultados positivos nesta tarefa. É importante frisar que o PMM não se resume a disponibilização desses profissionais para essas áreas. Também a criação de novas faculdades e vagas de medicina.

As manifestações dos gestores entrevistados, portanto, confirmam a importância do PMM para a qualidade da APS. O estudo direciona também para a necessidade de estudos mais detalhados sobre o Programa Mais Médicos, de tal modo que possa mensurar seus impactos em cada um dos atributos que constitui a Atenção Primária. Estudos que tratem sobre os desafios que precisam ser enfrentados, para além da questão do financiamento, por exemplo. Mas, que também perpassa a qualificação das equipes de saúde, não apenas resolver a quantidade de médicos, considerando que a APS se faz com uma equipe integrada.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa mais médicos – dois anos:** mais saúde para os brasileiros. Brasília : Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa\\_mais\\_medicos\\_dois\\_anos.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf)>. Acesso em Janeiro de 2017.

CEDRO, M. **Pesquisa social e fontes orais: particularidades da entrevista como procedimento metodológico qualitativo.** Disponível em: [http://www.ufpel.edu.br/isp/ppgcs/perspectivas\\_sociais/marco\\_2011/marcelo\\_cedro.pdf](http://www.ufpel.edu.br/isp/ppgcs/perspectivas_sociais/marco_2011/marcelo_cedro.pdf)> Acesso em: 16 mai. 2017 .

FAHEL, Murilo; Silva, Maria Patrícia. **A trajetória da atenção primária à saúde no Brasil** de Alma Ata ao Programa Mais Médicos. Belo Horizonte: PUC, 2019.

GIRARDI, Sábado Nicolau et al . Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro v. 21, n. 9, p. 2675-2684, Sept. 2016. Available from<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232016000902675&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016000902675&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em Janeiro de 2017.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M.H.M.de. Atenção Primária à saúde. In.: GIOVANELLA, L et al. (orgs). **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GIOVENELLA L, Mendonça M.H.M, Almeida P.F, Escorel S, Senna M.C.M, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva** 2009;14(3):783-94.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias qualitativas na sociologia.** 4 ed. ver. amp. Petrópolis: Vozes, 2010

MENDES E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde:** o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.

Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, E. V. **A Construção Social da Atenção Primária À Saúde**. Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

OLIVEIRA, Felipe Proenço de *et al* . Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface** (Botucatu), Botucatu , v. 19, n. 54, p. 623-634,

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.