



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA – CAV**

FÁBIO CÉSAR DA SILVA ARAÚJO

**ANÁLISE DOS INDICADORES DO PROGRAMA ESTADUAL DE
FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NOS MUNICÍPIO DA II
REGIÃO DE SAÚDE APÓS PROGRAMA MAIS MÉDICOS.**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2019

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
CURSO DE SAÚDE COLETIVA
NÚCLEO DE SAÚDE COLETIVA**

FÁBIO CÉSAR DA SILVA ARAÚJO

**ANÁLISE DOS INDICADORES DO PROGRAMA ESTADUAL DE
FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NOS MUNICÍPIOS DA II
REGIÃO DE SAÚDE APÓS PROGRAMA MAIS MÉDICOS.**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao curso de Saúde Coletiva
da Universidade Federal de Pernambuco,
Centro Acadêmico de Vitória, como
requisito para obtenção do título de
bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Ronald Pereira
Cavalcanti

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2019

Catálogo na fonte
Sistema de Bibliotecas da UFPE - Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Ana Lígia F. dos Santos, CRB4-2005

A663a Araújo, Fábio César Da Silva.

Análise dos indicadores do programa estadual de fortalecimento da atenção primária nos municípios da II Região de Saúde após Programa Mais Médicos. / Fábio César Da Silva Araújo. - Vitória de Santo Antão, 2019.
30 folhas.

Orientador: Ronald Pereira Cavalcanti.
TCC (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Bacharelado em Saúde Coletiva, 2019.
Inclui referências.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Política Pública. 3. Consórcios de Saúde. 4. Indicadores Básicos de Saúde. I. Cavalcanti, Ronald Pereira (Orientador). II. Título.

614.981 CDD (23. ed.)

BIBCAV/UFPE-315/2019

FÁBIO CÉSAR DA SILVA ARAÚJO

**ANÁLISE DOS INDICADORES DO PROGRAMA ESTADUAL DE
FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NOS MUNICÍPIOS DA II REGIÃO
DE SAÚDE APÓS PROGRAMA MAIS MÉDICOS.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
ao curso de Saúde Coletiva da Universidade
Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de
Vitória, como requisito para obtenção do título
de bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 12/12/2019.

Banca Examinadora:

Prof. Ronald Pereira Cavalcanti (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco/UFPE

Prof^a. Dara Andrade Felipe (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco/UFPE

Prof^a. Emília Carolle Azevedo de Oliveira (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco/UFPE

RESUMO

A Atenção Básica é um locus privilegiado para o desenvolvimento das práticas/ações de promoção à saúde. Todavia há uma escassez de médicos, e por isso foi criado em 2013 o Programa Mais Médico. Visando fortalecer essa área da saúde foi criada em 2013 a Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária (PEFAP). Diante disso, esta pesquisa tem como principal objetivo, analisar a média dos indicadores do Programa Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária (PEFAP), nos municípios da II Geres de Pernambuco, após adesão ao Programa Mais Médicos. Utilizou-se, portanto método descritivo exploratório de abordagem quantitativa, no período de 2013 a 2017. Como resultados encontrou-se que 85% dos municípios da II Região de Saúde de Pernambuco possuem médicos do Programa Mais Médico, somando 58 profissionais. E que há uma variedade na média dos indicadores do PEFAP, além de não ser encontrada diferença considerável entre os municípios com e sem o Programa Mais Médico. Conclui-se que há um número expressivo de médico do Programa Mais Médicos na II Geres de Pernambuco, porém, avaliando a percentagem geral dos indicadores do PEFAP, percebe-se que a média dos municípios que aderiram ao Programa Mais Médicos ficou 4,4 pontos acima daqueles que não aderiram.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Política Pública. Programa Mais Médicos. Indicadores de Saúde.

ABSTRACT

Primary care is a privileged locus for the development of health promotion practices / actions. However, there is a shortage of doctors, so the More Medical Program was created in 2013. And aiming to strengthen this area of health was created the State Policy for Strengthening Primary Care (PEFAP). Therefore, this research aims to analyze the average of the indicators of the State Program for Strengthening Primary Care (PEFAP), in the municipalities of the 2nd Geres of Pernambuco, after joining the More Doctors Program. Therefore, an exploratory descriptive method of quantitative approach was used. As a result it was found that 17 of the 20 municipalities of II Geres de Pernambuco have doctors from the Mais Médico Program, adding 58 professionals. And that there is a variety in the average of PEFAP indicators, besides not finding considerable difference between the municipalities with and without the More Medical Program. It is concluded that there is a significant number of physicians of the Mais Médicos Program in the II Geres de Pernambuco, however, there are no differences in the average PEFAP indicators between municipalities with and without the program.

Keywords: Primary Health Care. Public policy. More doctors program. Health indicators.

LISTA DE ABREVIACÕES

| | |
|--------|--|
| AB | Atenção Básica |
| ABS | Atenção Básica de Saúde |
| ACE | Agente de Combate às Endemias |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CIR | Comissão Intergestora Regional |
| ESB | Equipe de Saúde Bucal |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| GERES | Gerências Regionais de Saúde |
| PACS | Programa de Agentes Comunitários de Saúde |
| PEFAP | Programa Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| PSF | Programa de Saúde da Família |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| RS | Região de Saúde |
| SIM | Sistema de Informação de Mortalidade |
| SINAN | Sistema de Informação de Agravos de Notificações |
| SINASC | Sistema de Informação de Nascido Vivos |
| SI-PNI | Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Regiões de saúde do estado de Pernambuco. | 13 |
|---|----|

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 - Avaliação por desempenho..... | 18 |
| Quadro 2 - Municípios da Il Geres de Pernambuco e o quantitativo de Estratégia de Saúde da Família e médicos do Programa Mais Médicos. | 23 |
| Quadro 3 - Municípios de acordo com a média e média geral dos indicadores do PEFAP do 1º semestre de 2013 a 1º semestre de 2017..... | 24 |

LISTA DE GRÁFICO

| | |
|--|----|
| Gráfico 1 - Média geral dos indicadores do PEFAP do 1º semestre de 2013 ao 2º semestre de 2017 dos municípios com e sem Programa Mais Médicos..... | 26 |
|--|----|

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 10 |
| 2 REVISÃO DA LITERATURA | 13 |
| 2.1 Região de Saúde..... | 13 |
| 2.1.1 <i>Regiões de Saúde de Pernambuco</i> | 13 |
| 2.2 Atenção Básica de Saúde (ABS)..... | 14 |
| 2.3 Programa Mais Médicos..... | 16 |
| 2.4 Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária (PEFAP)..... | 17 |
| 3 OBJETIVOS | 20 |
| 3.1 Objetivo geral | 20 |
| 3.2 Objetivos específicos | 20 |
| 4 METODOLOGIA..... | 21 |
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 23 |
| 6 CONCLUSÃO..... | 27 |
| REFERÊNCIAS..... | 28 |

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil está entre os maiores constructos do movimento de Reforma Sanitária ainda em processo no país. Nas décadas de setenta e oitenta, intelectuais, trabalhadores, estudantes e movimentos sociais alimentaram um ideal de saúde pública e de qualidade para todos, e propuseram a reorganização do setor a partir de princípios e diretrizes organizativas. Finalmente, o projeto de reforma ganha força de lei na nova Constituição de 1988, quando as primeiras regulamentações sobre como construir o novo sistema de saúde do Brasil são expostas (PAIM *et al.*, 2011).

Os inquestionáveis avanços do SUS a favor das necessidades e direitos da população constituem patamar inabdicável de realizações, conhecimentos e práticas. No âmbito da Atenção Básica (AB), aumentou a integração das ações promotoras, protetoras e recuperadoras da saúde, apoiadas em diagnósticos epidemiológicos, sociais, formação profissional e processos de trabalho em equipe. Foi constatada na prática que a resolutividade pode chegar de 80% a 90% de atendimento às necessidades de saúde (SANTOS, 2018).

A Política Nacional de Atenção Básica está atualmente regulamentada pela Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que revisa as diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. A atenção básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. É a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. Deverá ser ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2017).

A Atenção Básica é, um lócus privilegiado para o desenvolvimento das práticas/ações de Promoção à Saúde, quer aquelas voltadas para os fatores de risco

ou para ações que compreendem empoderamento, participação social, busca pela equidade, informação qualificada, comunicação e educação em saúde e fortalecimento da intersetorialidade, de maneira a ampliar o cuidado e a efetividade de suas estratégias e ações (TEIXEIRA, 2014).

A promoção da saúde é praticada principalmente no território e possível de colaboração da Estratégia Saúde da Família (ESF). Visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. (BRASIL, 2017).

Um ponto importante na ESF é o estabelecimento da equipe multiprofissional que deverá ser composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o Agente de Combate às Endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017).

Buscando o fortalecimento da Atenção Básica e a melhoria do atendimento aos usuários do SUS, o Ministério da Saúde criou em 2013 o Programa Mais Médicos, que tem como objetivo levar esses profissionais para regiões onde há escassez ou ausência. O programa prevê, ainda, mais investimentos para construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de novas vagas de graduação e residência médica para qualificar a formação desses profissionais (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

Esse programa é responsável pela autorização do funcionamento dos cursos de medicina, pela formação médica no Brasil (incluindo a Residência e Especializações) e por fim, é responsável por garantir médicos por todo o país, especialmente nas regiões prioritárias, diminuindo as desigualdades regionais na área da saúde (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

Desde sua implantação o Programa Mais Médicos conseguiu colocar em desenvolvimento os seus três eixos pilares: a estratégia de contratação emergencial de médicos, a expansão do número de vagas para os cursos de Medicina e

residência médica em várias regiões do país, e a implantação de um novo currículo com uma formação voltada para o atendimento mais humanizado, com foco na valorização da Atenção Básica, além de ações voltadas à infraestrutura das Unidade Básica de Saúde (UBS) (BRASIL, 2019).

A Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária (PEFAP), criada pelo Governo de Pernambuco através da Portaria nº 720/2007, reafirma a estratégia de saúde da família como modelo para reorganização da atenção primária no SUS. Oferecendo incentivo financeiro e insumos estratégicos semestralmente para as equipes de saúde da família que forem certificadas ao atingirem os indicadores estabelecidos pela PEFAP (PERNAMBUCO, 2007).

Diante disso, essa pesquisa tem como pergunta norteadora o seguinte questionamento, existe diferença nos resultados dos indicadores do PEFAP nos municípios da Ilha de Itaipava que aderiram e os que não aderiram ao Programa Mais Médicos?

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Região de Saúde

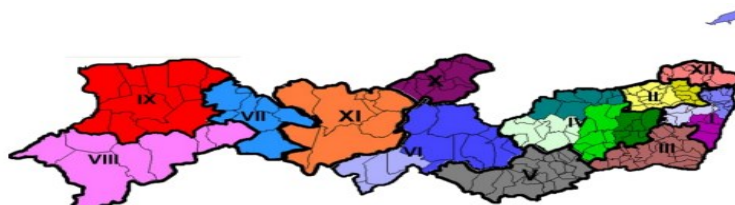
O Decreto nº 7.508, em junho de 2011, regulamentou a Lei nº 8.080/90 e definiu Região de Saúde como o “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Institui, ainda, as Comissões Intergestores como as instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS, a partir da organização e do funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo no âmbito nacional, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT); no âmbito estadual, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB); no âmbito regional, a Comissão Intergestores Regional, reconhecidas pela Lei nº 12.466/11. (BRASIL, 2011).

O foco dessas regiões de saúde é de abranger o planejamento, a organização e a execução dos serviços e ações de saúde oferecidos (PERNAMBUCO, 2011; PERNAMBUCO, 2019).

2.1.1 Regiões de Saúde de Pernambuco

Nos dias correntes, para dar apoio a seus 184 municípios o estado de Pernambuco é dividido em 12 regiões de saúde (Figura 1) que são agrupadas em quatro macrorregiões de saúde (PERNAMBUCO, 2019).

Figura 1 - Regiões de saúde do estado de Pernambuco.



Fonte: PERNAMBUCO, 2011.

Cada uma dessas 12 regiões de saúde possuem sede em um determinado município que a compõe, sendo essas denominadas de Gerências Regionais de Saúde (GERES) (PERNAMBUCO, 2011; PERNAMBUCO, 2019).

As localizações das GERES são: Geres I em Recife, Geres II em Limoeiro, Geres III em Palmares, Geres IV em Caruaru, Geres V em Garanhuns, Geres VI em Arcoverde, Geres VII em Salgueiro, Geres VIII em Petrolina, Geres IX em Ouricuri, Geres X em Afogados da Ingazeira, Geres XI em Serra Talhada e a Geres XII em Goiana (PERNAMBUCO, 2019).

A 2ª Gerência Regional de Saúde – GERES, é composta por 20 (vinte) municípios da zona da mata norte: Bom Jardim, Buenos Aires, Carpina, Casinhas, Cumaru, Feira Nova, João Alfredo, Lagoa de Itaenga, Lagoa do Carro, Limoeiro, Machados, Nazaré da Mata, Orobó, Passira, Paudalho, Salgadinho, Surubim, Tracunhaém, Vertente do Lério e Vicência. Totalizando uma população de 589.573 habitantes. Tendo como sede o município de Limoeiro, busca implantar o processo de regionalização e descentralizar o atendimento à população, com a responsabilidade de apoiar e supervisionar as ações e serviços dos 20 municípios de sua região.

2.2 Atenção Básica de Saúde (ABS)

Conceitualmente a Atenção Primária à Saúde (APS) foi difundido em 1920 através do Relatório Dawson, porém, a priorização da ABS se afluou na Conferência de Alma Ata em 1978, por meio da deliberação da priorização deste nível de atenção à saúde, como objetivo de prevenção de agravos a saúde da população (REZENDE, 2011).

A APS tem base central na fundamentação de cuidados imprescindíveis de saúde com foco em metodologias e tecnologias que sejam práticas, tenham base científicas enraizada, socialmente aprovada e seja realizada de caráter multiprofissional, onde estas devem ser instalada no alcance universal de todas as pessoas e de suas famílias, a fim de alcançar uma melhoria na saúde coletiva de toda população nacional (PASSERO, 2013).

O primeiro marco da ABS brasileira ocorre por volta de 1991 com o surgimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), porém este não foi criado a nível nacional, e sim em regiões específicas como foram o Norte e

Nordeste brasileiro, com o objetivo principal de combater a epidemia de doenças pontuais, que foram à cólera e os quadros diarreicos, além de orientar a população sobre a vacinação. Onde os profissionais que desempenhavam o papel no PACS eram os denominados Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que sofriam supervisão de um enfermeiro (SAMOTO, 2013).

Devido à boa experiência da implementação do PACS, surgiu em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), passando a ser um dos eixos norteadores do governo brasileiro, que passou a realizar elevados incentivos institucionais e financeiros, além de investirem na educação dos profissionais que vão prestar assistência na ABS, ou seja, foi através do PSF que a ABS ganhou relevância nacional. Contudo inicialmente este programa foi implementado seletivamente, ofertando reduzidos serviços de saúde, e tendo pouca relação com os demais níveis de atenção à saúde (SAMOTO, 2013)

Com o passar do tempo o PSF foi se fortalecendo de maneira gradual, e se tornou a porta de entrada para os serviços ligados ao SUS, mudando o modelo assistencial brasileiro que era prioritariamente curativista. Devido sua transformação, pouco mais de 10 anos após o surgimento do PSF este foi modificado para a Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo esta declarada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que foi criada inicialmente em 2006, porém foi revisada posteriormente nos anos de 2011 e 2017. Cuja última revisão, traz que os conceitos de APS e ABS são correspondentes (ASSIS, 2018; PINTO; GIOVANELLI, 2018).

As ESF que teve seu surgimento embasado na expansão e consolidação da ABS são formadas por uma equipe multidisciplinar de profissionais generalistas, no qual cada uma dessas equipes tem a responsabilidade de assistir um quantitativo máximo de 3.500 indivíduos, e para que a um dos seus princípios, que é a equidade, seja suprido quanto mais elevada for à vulnerabilidade da população que compõem a comunidade assistida, menor deve ser o número de indivíduos que será assistido pela aquela equipe (ASSIS, 2018).

Quanto à composição de profissionais, tem-se que estás equipes de ESF devem ser composta minimamente por: 1 médico generalista e/ou especialista em saúde da família; 1 enfermeiro generalista e/ou especialista em saúde da família, 1 auxiliar ou técnico de enfermagem e por ACS, que seu quantitativo depende do número de pessoas assistidas pela equipe. A está equipe mínima, pode ser acrescentada uma Equipe de Saúde Bucal (ESB), que deve ser composta de ao

menos: 1 cirurgião dentista generalista e/ou especialista em saúde da família e 1 auxiliar ou técnico em saúde bucal (COSTA, 2018).

A partir de 2000, a cobertura populacional pela ESF e pelas equipes de AB aumentou, alcançando em 2015, 59,9% e 63%, respectivamente. A atuação da ESF se destaca principalmente no Nordeste, onde apresenta 76% de cobertura, e vem crescendo no Sudeste, onde atingiu 49,2%²¹, em 2015. Essa expansão ampliou o acesso da população, especialmente entre aqueles com menores níveis de renda e escolaridade. (VIACAVA, 2018).

Além de organizar o acesso aos serviços de saúde do SUS a ABS e suas UBS, é considerado uma forma de aproximar os profissionais de saúde atuantes na ABS com os indivíduos e famílias que assistem embasa a relação de confiança entre ambas as partes, elevando à qualidade da assistência e, conseqüentemente, a qualidade de saúde da população (ASSIS, 2018).

A ampliação do número de postos e centros de saúde públicos, a mudança na porta de ingresso no sistema de saúde e a utilização de unidades públicas para o primeiro atendimento podem ser devidas à expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Além disso, a redução no percentual das internações por condições sensíveis à atenção primária também é um ponto a ser creditado aos efeitos da ampliação da ESF, seja pela efetividade da atenção básica ou pela redução dos riscos de exposição dos pacientes a cuidados desnecessários. (VIACAVA, 2018).

2.3 Programa Mais Médicos

Devido a uma grande pressão popular, o Programa Mais Médicos foi oficializado no território nacional no ano de 2013, através da Lei 12.871, de 22 de outubro. Todavia, a vinda para o Brasil de médicos provenientes de Cuba, já era discutido pelo governo federal brasileiro, desde os anos de 2007 (GUSSO, 2017).

Vale salientar, que antes da data de oficialização o Programa Mais Médicos foi implantado em Julho de 2013, por intermédio da Medida Provisória Nº 621, visto que havia uma grande falta de profissionais médicos no território nacional, principalmente para atuar na ABS (GIRARDI *et al.*, 2016).

Nesta perspectiva, destaca-se que anteriormente a inserção do Programa Mais Médicos no Brasil cerca de 20% das cidades exibiam escassez de profissionais

médicos. Com maior relevância para aquelas cidades de pequeno porte e de difícil acesso (GIRARDI *et al.*, 2016).

Salienta-se que o Programa Mais Médicos desde sua implantação é considerado pela literatura como uma das mais amplas políticas públicas brasileiras já aderidas pelo governo federal para sanar a escassez de médicos, que geralmente atinge os indivíduos e comunidades mais carentes (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Quanto a estruturação do Programa Mais Médicos, tem-se os 3 eixos de ação, que são (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b):

- Investimento e melhoria de infraestrutura das redes de atenção à saúde;
- Aumento da oferta de cursos e vagas em medicina. Além disso, foram incluídas extensas reformas educacionais na graduação e residência médicas;
- Implantação do Projeto Mais Médico para o Brasil. Esse eixo se refere ao fornecimento de profissionais médicos em localidades prioritárias do território nacional e da diminuição das desigualdades distributivas.

2.4 Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária (PEFAP)

Foi criada em Pernambuco em 2007, por intermédio da Portaria nº 720. Essa política tem como objetivo confirmar a ESF como modelo de reorganização da ABS do Sistema Único de Saúde (SUS) (PERNAMBUCO, 2007).

Essa oferta possui um incentivo econômico e de insumos para aqueles municípios que ao final de um semestre apresenta resultados satisfatórios nos indicadores da PEFAP (PERNAMBUCO, 2007).

Através da Comissão Intergestora Regional (CIR), a gerente da regional da II Geres juntamente com os Secretários de Saúde dos municípios, avaliam os indicadores de saúde da ABS através da PEFAP, com o objetivo de analisar o desempenho dos municípios em relação às pactuações da Secretaria Estadual de Saúde (SES) referente aos indicadores (PERNAMBUCO, 2007).

Sobre os 10 indicadores avaliados pelo PEFAP, tem-se que quatro deles ainda não apresentam um Sistema de Informação que ofereça os dados necessários para sua avaliação exata, são esses: Acompanhamento Hipertensão, Acompanhamento de Diabetes, Citopatológico em mulheres de 25 a 59 anos e Desnutrição nas crianças menores de 2 anos (PERNAMBUCO, 2007; PERNAMBUCO, 2018).

Diante disso, a Comissão Intergestora Bipartite, criou a Resolução CIB/PE nº 5052, de 20 de novembro de 2018, que estabelece que todos os municípios serão avaliados com a faixa 3 (máxima) nesses quatro indicadores (PERNAMBUCO, 2018).

Os outros seis indicadores do PEFAP serão analisados pelo banco de dados correspondente a sua notificação (PERNAMBUCO, 2007; PERNAMBUCO, 2018):

- Óbitos Maternos e Mulheres Férteis – Sistema de Informação de Mortalidade (SIM);
- Óbitos Infantis – Sistema de Informação de Mortalidade (SIM);
- Proporção de Nascido Vivo – Sistema de Informação de Nascido Vivos (SINASC);
- Cura de Hanseníase – Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN);
- Cura de Tuberculose – Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN);
- Cobertura Vacinal – Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI).

O cálculo desses indicadores são feitos através das faixa de pontuações, cada indicador terá três faixas de desempenho, podendo ser zerado quando o município não atinge a pontuação mínima da faixa 1. A cada semestre a Secretaria Estadual de Saúde (SES) publica uma Portaria com o resultado dos indicadores, a soma da pontuação dos 10 indicadores dará o valor percentual que deverá ser repassado aos municípios de acordo com seu desempenho. Segue abaixo a tabela com as faixas e pontuações por indicador:

Quadro 1 - Avaliação por desempenho.

| Faixas: | FAIXA 1 | | FAIXA 2 | | FAIXA 3 | |
|-----------------|----------------|------------|----------------|------------|----------------|------------|
| | Mín | Máx | Mín | Máx | Mín | Máx |
| Hipertensão | 68 | <80 | 80 | <90 | 90 | 100 |
| Diabetes | 70 | <80 | 80 | <90 | 90 | 100 |
| Hanseníase | 30 | <65 | 65 | <85 | 85 | 100 |
| Tuberculose | 5 | <65 | 65 | <85 | 85 | 100 |
| Citopatológico | 10 | <30 | 30 | <80 | 80 | 100 |
| Nascido Vivo | 22 | <50 | 50 | <90 | 90 | 100 |
| Óbitos Mulheres | 6 | <30 | 30 | <75 | 75 | 100 |

| | | | | | | |
|-----------------|----|-----|----|------|-----|-----|
| Óbitos Crianças | 5 | <30 | 30 | <75 | 75 | 100 |
| Vacina Tetra | 68 | <75 | 75 | <95 | 95 | 100 |
| Desnutrição | 12 | <6 | 6 | <1,7 | 1,7 | 0,3 |

Fonte: PERNAMBUCO, 2007.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar o desempenho dos indicadores do Programa Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária (PEFAP), nos municípios da II Geres de Pernambuco, após adesão ao Programa Mais Médicos.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar os Municípios da II Geres de Pernambuco que aderiram ou não ao Programa mais Médicos;
- Avaliar os indicadores do PEFAP dos Municípios da II Geres de Pernambuco no período de 2013 a 2017;
- Comparar os resultados do PEFAP entre os Municípios da II Geres de Pernambuco, que aderiram com relação aos que não aderiram ao Programa Mais Médicos.

4 METODOLOGIA

Para essa pesquisa foi utilizado o método descritivo exploratório de abordagem quantitativa, do tipo transversal. Onde o estudo descritivo é caracterizado por descrever uma população ou fenômeno alvo, se preocupando sempre em observar, analisar e registrar as informações obtidas, descrevendo as características de uma determinada população, e como complemento, tem-se o estudo exploratório, que opta em ter um maior e mais vasto conhecimento sobre uma temática que ainda é pouco abordada na literatura científica, assim se complementando e enriquecendo o estudo em foco (GIL, 2008).

Teve como área de abrangência a II Região de Saúde (II Geres) do estado de Pernambuco, que conta com 20 municípios com uma população de 589.573 habitantes (PERNAMBUCO, 2019).

Os municípios que compõem a II Geres são: Limoeiro (sede), Bom Jardim, Feira Nova, Lagoa do Carro, Lagoa de Itaenga, Nazaré da Mata, Surubim, Passira, Salgadinho, Orobó, Vertente do Lério, Machados, Buenos Aires, Casinhas, João Alfredo, Carpina, Paudalho, Vicência, Cumaru e Tracunhaém. (PERNAMBUCO, 2011; PERNAMBUCO, 2019).

Foram analisados os dados do PEFAP, do 1º semestre de 2013 ao 2º semestre de 2017. Onde foi apresentada a média dos resultados dos 10 indicadores por semestre e a média geral do tempo estudado nesta pesquisa, daqueles que possuíam Programa Mais Médicos e dos que não possuíam (Limoeiro, Nazaré da Mata e Tracunhaém). Ou seja, 17 municípios da II Geres de Pernambuco contam com o Programa Mais Médicos.

No que se refere às variáveis analisadas e que compõem a média geral dos indicadores do PEFAP, tem-se que são:

- Proporção de óbitos materno e de mulheres em idade fértil investigados;
- Proporção de óbitos infantis investigados;
- Proporção de nascidos vivos de mães com 07 (sete) ou mais consultas de pré-natal
- Proporção de portadores de hipertensão arterial acompanhados;
- Proporção de portadores de diabetes Mellitus acompanhados;

- Razão entre exames citopatológico cérvico – uterino em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nessa faixa etária;
- Percentual de cura de casos novos de Hanseníase;
- Percentual de cura de casos novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera;
- Cobertura vacinal com a vacina tetravalente (DTP+HIB) em crianças menores de um ano;
- Percentual de desnutrição em crianças menores de 2 anos.

Os resultados, para melhor compreensão foi apresentado em tabelas e gráfico, que foram organizados no Programa Microsoft Excel 2007. Salienta-se ainda que o estudo foi viável, pois as informações são de domínio público e estão disponíveis para consulta.



5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 20 municípios que integram a II Geres de Pernambuco, 17 deles nos dias correntes possuem médicos do Programa Mais Médicos, como pode ser observado no quadro 2.

Quadro 2 - Municípios da II Geres de Pernambuco e o quantitativo de Estratégia de Saúde da Família e médicos do Programa Mais Médicos.

| Municípios | Equipes Saúde da Família | Médicos do Programa mais Médicos |
|-----------------------|---------------------------------|---|
| Bom Jardim | 11 | 02 |
| Buenos Aires | 06 | 02 |
| Carpina | 19 | 07 |
| Casinhas | 07 | 02 |
| Cumarú | 06 | 01 |
| Feira Nova | 07 | 04 |
| João Alfredo | 11 | 01 |
| Lagoa do Carro | 09 | 03 |
| Lagoa de Itaenga | 09 | 01 |
| Limoeiro | 19 | 00 |
| Machados | 05 | 04 |
| Nazaré da Mata | 10 | 00 |
| Orobó | 10 | 02 |
| Passira | 12 | 07 |
| Paudalho | 21 | 09 |
| Salgadinho | 03 | 01 |
| Surubim | 20 | 09 |
| Tracunhaém | 05 | 00 |
| Vertente do Lério | 04 | 01 |
| Vicência | 12 | 02 |
| Total | 206 | 58 |

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Analisando o quadro 2, pode-se identificar que o quantitativo de médicos do Programa Mais Médicos na II Geres de Pernambuco varia e que está proporcional a quantidade de ESF que detém o município.

Além disso, destaca-se que os municípios que mais possuem médicos do Programa Mais Médicos é Paudalho e Surubim com 9 médicos cada, enquanto Cumaru, João Alfredo, Vertente do Lério, Salgadinho e Lagoa de Itaenga, possuem apenas 1 médico em sua ABS (Quadro 2).

Outra informação que é de extrema relevância é que os municípios de Limoeiro, Nazaré da Mata e Tracunhaém, não aderiram ao Programa Mais Médicos (Quadro 2).

Os dados demonstram que 85% dos municípios da II Geres aderiram ao Programa Mais Médicos, esses dados são superiores ao encontrado no estudo de Pinto et al (2017), que relata de 73% dos municípios nacionais aderiram ao Programa Mais Médicos.

No que se refere à média do PEFAP durante o período de tempo estudado, o quadro 3, evidencia que há uma discrepância entre as médias encontradas que semestralmente varia de 0 a 100.

Quadro 3 - Municípios de acordo com a média e média geral dos indicadores do PEFAP do 1º semestre de 2013 a 1º semestre de 2017.

| Municípios | 2013 | | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | | Média geral |
|------------------------|-------------|-----------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------|-------------|
| | 1º sem | 2º sem | 1º sem | 2º sem | 1º sem | 2º sem | 1º sem | 2º sem | 1º sem | 2º sem | |
| Bom Jardim | 80 | 82,5 | 90 | 92,5 | 100 | 0 | 92,5 | 90 | 92,5 | 97,5 | 81,8 |
| Buenos Aires | 0 | 0 | 82,5 | 0 | 95 | 97,5 | 0 | 95 | 95 | 90 | 55,5 |
| Carpina | 62,5 | 65 | 82,5 | 80 | 90 | 90 | 80 | 77,5 | 82,5 | 87,5 | 71 |
| Casinhas | 0 | 77,5 | 92,5 | 90 | 97,5 | 100 | 100 | 100 | 95 | 95 | 84,5 |
| Cumaru | 92,5 | 87,5 | 90 | 87,5 | 100 | 95 | 100 | 100 | 95 | 100 | 94,8 |
| Feira Nova | 80 | 0 | 0 | 0 | 97,5 | 97,5 | 92,5 | 97,5 | 0 | 90 | 55,5 |
| João Alfredo | 80 | 82,5 | 85 | 85 | 0 | 87,5 | 97,5 | 100 | 95 | 100 | 81,3 |
| Lagoa do Carro | 0 | 75 | 82,5 | 0 | 97,5 | 92,5 | 95 | 95 | 90 | 95 | 72,3 |
| Lagoa de Itaenga | 0 | 85 | 82,5 | 0 | 97,5 | 97,5 | 90 | 90 | 87,5 | 90 | 72 |
| Limoeiro* | 77,5 | 80 | 92,5 | 87,5 | 92,5 | 92,5 | 87,5 | 87,5 | 90 | 90 | 87,8 |
| Machados | 80 | 77,5 | 80 | 0 | 100 | 0 | 87,5 | 92,5 | 92,5 | 95 | 70,5 |
| Nazaré da Mata* | 87,5 | 85 | 85 | 80 | 100 | 90 | 97,5 | 100 | 97,5 | 95 | 91,8 |
| Orobó | 80 | 77,5 | 75 | 0 | 100 | 95 | 90 | 92,5 | 0 | 0 | 61 |
| Passira | 0 | 85 | 87,5 | 82,5 | 90 | 95 | 97,5 | 92,5 | 95 | 97,5 | 82,3 |
| Paudalho | 67,5 | 82,5 | 77,5 | 77,5 | 92,5 | 92,5 | 92,5 | 92,5 | 90 | 97,5 | 86,3 |
| Salgadinho | 0 | 82,5 | 85 | 87,5 | 95 | 92,5 | 97,5 | 97,5 | 97,5 | 100 | 83,5 |
| Surubim | 85 | 85 | 90 | 87,5 | 90 | 90 | 95 | 95 | 90 | 77,5 | 88,5 |
| Tracunhaém* | 82,5 | 0 | 0 | 80 | 0 | 0 | 87,5 | 87,5 | 0 | 0 | 33,8 |
| Vertente do Lério | 0 | 82,5 | 90 | 85 | 0 | 0 | 100 | 97,5 | 97,5 | 100 | 65,3 |
| Vicência | 0 | 75 | 75 | 82,5 | 90 | 90 | 90 | 92,5 | 90 | 92,5 | 77,8 |
| Total | | | | | | | | | | | 74,5 |

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019. Legenda: *Municípios sem Programa Mais Médicos.

Analisando o quadro 3, observou-se que 60% dos municípios em algum semestre do período estudado zerou os indicadores avaliados na PEFAP, desta maneira não receberam o incentivo financeiro e de insumos previsto na legislação estadual (PERNAMBUCO, 2007).

Tais evidências destacam a fragilidade da avaliação do PEFAP, visto que é raro que nenhum indicador tenha sido analisado, pois existem aqueles que são realizados por intermédio de notificações de sistemas de informações nacionais, mostrando assim que há uma subnotificação nesses municípios que zeraram em algum semestre os indicadores.

Essas subnotificações dificultam as Políticas Públicas, sejam federais, nacionais e até mesmo municipais, tanto no que tange as informações no que as medidas preventivas a ser tomadas para as situações de risco identificadas (FUNDACENTRO, 2019).

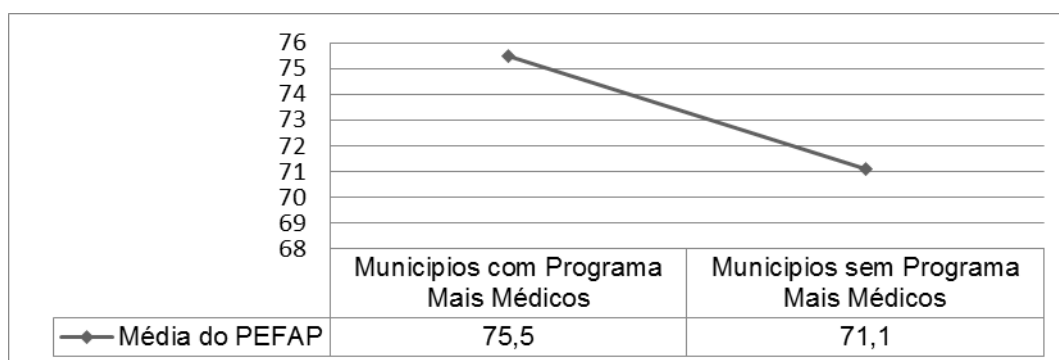
Se referindo as médias gerais dos indicadores do PEFAP do 1º semestre de 2013 ao 2º semestre de 2017, identifica-se no quadro 2, que a maior média encontrada entre foi em Cumaru (94,8), seguido de Nazaré da Mata (91,8) e Paudalho (86, 3). Já as menores médias são encontrados nos municípios de Tracunhaém (33,8), seguido de Feira Nova (55,5) e de Buenos Aires (55,5).

Analisando essas médias, tem-se que a maior e menor notas pertencem a municípios de pequeno porte, com quantidade de ESF similares, porém com resultados tão diferentes, Cumaru com 94,8 (possui o Mais Médico) e Tracunhaém com 33,8 (não possui Mais Médico). Porém, quanto aos índices que se seguem apenas o município de Nazaré da Mata, não possui o Mais médico, pois os demais são pertencentes aos municípios com maior quantidade de médicos do Programa Mais Médicos.

Outro ponto de relevância, se refere às médias gerais dos municípios com e sem Programa Mais Médicos, observados no gráfico 1, que evidencia uma diferença de 4,4 entre os municípios.

Evidenciando, que há uma diferença entre os municípios, porém esta é pequena. Todavia, deve-se levar em consideração o fato de que os municípios que aderiram ao mais médico, podem anteriormente possuírem uma defasagem nas médias de indicadores, pela escassez de médicos anterior ao programa.

Gráfico 1 - Média geral dos indicadores do PEFAP do 1º semestre de 2013 ao 2º semestre de 2017 dos municípios com e sem Programa Mais Médicos.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Esse resultado demonstrado no gráfico 1, revela que na Geres II houve impacto do Programa Mais Médicos, visto que a média dos municípios com o Programa Mais Médicos é maior (75,5) do que os que não possuem (71,1).

Todavia ressalta-se que não foi feita a análise comparativa entre o período que antecedeu a implantação do Programa Mais Médicos com a posterior.

É preciso destacar que o Programa Mais Médicos trouxe impactos positivos nacionalmente, como a provisão de médicos, onde a região nordeste onde se encontra a II Geres de Pernambuco recebeu o maior quantitativo de médicos do Programa, visto que só na II Geres do 1º semestre de 2013 ao segundo semestre de 2017 haviam 58 médicos do Programa Mais Médicos distribuídos em 17 municípios (NOGUEIRA *et al.*, 2016; OLIVEIRA; SANCHEZ; SANTOS, 2016).

Além dessas contribuições ressalta-se também a melhoria da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde, onde foram implementado recursos para a construção de 3.496 novas unidades e 3.417 reformas. O Programa Mais Médico, também impactou positivamente na formação de médicos, onde surgiu 70 novos curso dentro do período de 2013 a 2016, havendo ainda uma melhor distribuição das vagas pelos estados brasileiros (MOURÃO NETO *et al.*, 2018).

6 CONCLUSÃO

Diante os resultados, encontrados conclui-se que o Programa Mais Médico, está inserido de forma considerável na II Geres de Pernambuco. Porém os resultados quando comparados aos municípios com e sem o programa se encontra em pequenas diferenças nos seus resultados.

Todavia ressalta-se que a discrepância de médias por semestre e os semestres que foram zerados por grande parte dos municípios podem ter interferido dos resultados, sendo assim considerada uma problemática e um possível viés de pesquisa.

Por fim, recomenda-se que sejam realizados estudos que analisem a média dos indicadores do PEFAP no período anterior ao Programa Mais Médico na II Geres de Pernambuco, para que assim possa se analisar se há ou não diferença estatística entre os municípios que aderiram ao programa e aqueles que não.

REFERÊNCIAS

ASSIS, F. **Comunicação da contra referência de usuários com câncer em cuidados paliativos para a atenção primária à saúde**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade federal do Paraná, Curitiba- PR, 2018.

TEIXEIRA, Mirna Barros et al . Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 38, n. spe, p. 52-68, Oct. 2014.

BRASIL. **Decreto nº 7508/11**, Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

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. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013**. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Programa mais Médicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/component/tags/tag/mais-medicos>. Acesso em: 24 nov. 2019.

COSTA, B. F. **A atenção básica como cenário de implementação da educação interprofissional em saúde: na perspectiva dos residentes**. 2018. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal – RN, 2018.

FUNDACENTRO. **Subnotificação dificulta implementação de políticas públicas**. [S. l.]: Fundacentro, 2019. Disponível em: <http://www.fundacentro.gov.br/noticias/detalhe-da-noticia/2019/8/subnotificacao-dificulta-implementacao-de-politicas-publicas>. Acesso em: 25 nov. 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIRARDI, S. N. et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2675-2684, 2016.

GUSSO, G. D. S. Programa Mais Médicos: análise dos potenciais riscos e benefícios a partir da experiência como supervisor no município de Jandira. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-9, 2017.

MOURÃO NETO, J. J. et al. Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 42, p. 1-7, 2018.

NOGUEIRA, P. T. A et al. Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2889-2898, 2016.

OLIVEIRA, F. P. et al. “Mais Médicos”: a Brazilian program in an international perspective. **Interface**, Botucatu – SP, v. 19, n. 54, p. 623-634, 2015.

OLIVEIRA, J. P. A.; SANCHEZ, M. N.; SANTOS, L. M. P. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. **Cienc. Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2719-2727, 2016.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**, Londres, v. 377, n. 11, p. 1778-1797, 2011.

PASSERO, L. G. **Insatisfação dos usuários da atenção básica com o SUS:** análise multinível da pesquisa da ouvidoria. 2013. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre–RS, 2013.

PERNAMBUCO. Decreto nº 30.353, de 12 de abril de 2007. Institui a Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária (PEFAP). **Diário oficial de Pernambuco**, Recife, 12 abr. 2007.

PERNAMBUCO. **Resolução CIB nº 5052, de 20 de novembro de 2018.** Estabelece a avaliação máxima (3) do PEFAP para os Indicadores de Hipertensão, Diabetes, Citopatológico e Desnutrição, para todos os municípios que serão avaliados pelo PEFAP. Recife: Comissão Intergestora Bipartite, 2018.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Recife: Secretaria Estadual da Saúde, 2011.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual da Saúde. **Gerências Regionais de Saúde**. Recife: Secretaria-Executiva de Coordenação Geral, 2019. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/gerencias-regionais-de-saude>. Acesso em: 23 nov. 2019.

PINTO, H. A. et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. **Interface**, Botucatu, SP, v. 21, (Supl.1), p. 1087-101, 2017.

PINTO, L; P.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção

básica (ICSAB). **Ciênc. Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018.

REZENDE, P. S. **A atenção à saúde das mulheres: integralidade e gênero: estudo etnográfico em uma unidade de PSF em Salvador**. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA, 2011.

SAMOTO, A. K. **Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Básica, segundo modelo de atenção, na Região de Saúde do Rio Pardo-SP**. 2013. Dissertação (Mestrado em saúde Coletiva) - Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo – SP, 2013.

SANTOS, N. R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1729-1736, 2018.

VIACAVA, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, junho, 2018.