



Trabalho, Educação e Saúde

ISSN: 1678-1007

ISSN: 1981-7746

Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde
Joaquim Venâncio

Miranda, Gabriella Moraes Duarte; Mendes, Antônio da Cruz
Gouveia; Silva, Ana Lúcia Andrade da; Santos, Pedro Miguel dos
A ampliação das equipes de saúde da família e o programa Mais Médicos nos municípios brasileiros
Trabalho, Educação e Saúde, vol. 15, núm. 1, 2017, pp. 131-145
Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

DOI: 10.1590/1981-7746-sol00051

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406758198008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

redalyc.org
UAEM

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

A AMPLIAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O PROGRAMA MAIS MÉDICOS NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS

FAMILY HEALTH TEAM EXPANSION AND THE MORE DOCTORS PROGRAM IN BRAZILIAN MUNICIPALITIES

LA AMPLIACIÓN DE LOS EQUIPOS DE SALUD DE LA FAMILIA Y LO PROGRAMA MÁS MÉDICOS EN LOS MUNICIPIOS BRASILEÑOS

Gabriella Morais Duarte Miranda¹
Antonio da Cruz Gouveia Mendes²
Ana Lúcia Andrade da Silva³
Pedro Miguel dos Santos Neto⁴

Resumo O estudo analisou a evolução das equipes de saúde da família no Brasil, com base em dados secundários do Ministério da Saúde sobre as equipes de saúde da família implantadas em dezembro de 2012 e 2015 no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, segundo macrorregiões e portes populacionais dos municípios. Também foram analisadas internações por causas sensíveis à atenção primária, com base no Sistema de Informações Hospitalares, tendo como referência o ano de ocorrência da internação. Em 2015, mais de 70% dos municípios tinham aderido ao Programa Mais Médicos (quase 40% das equipes de saúde da família), assegurando a universalização em quase 100% dos municípios de menor porte populacional. Além da expansão, que incluiu mais de vinte milhões de habitantes, observou-se a substituição de equipes antes implantadas, sugerindo redução da rotatividade e fixação dos profissionais, o que pode ter sido estimulado pelo financiamento do Ministério da Saúde, desonerando os municípios. Internações por causas sensíveis à atenção primária reduziram-se ainda mais após a implantação do programa, sugerindo sua contribuição na melhoria do acesso e desempenho da atenção primária. Ainda há importantes desafios, e o programa representa um esforço para se alcançar a universalidade no sistema.

Palavras-chave Atenção primária à saúde; Estratégia Saúde da Família; Sistema Único de Saúde.

Abstract The study analyzed the development of family health teams in Brazil, based on secondary data from the Ministry of Health on family health teams deployed in December 2012 and 2015 in the National Register of Health Establishments, according to the municipalities' macro regions and population size. Also analyzed were hospitalizations for causes sensitive to primary care, based on the Hospital Information System, with reference to the year hospitalization took place. In 2015, more than 70% of the municipalities had joined the More Doctors Program (almost 40% of the family health teams), ensuring universalization in nearly 100% of the municipalities with smaller populations. In addition to the expansion, which included more than twenty million people, also analyzed was the replacement of the teams that had been deployed before, suggesting less turnover and fixation of the professionals, which may have been encouraged by funding from the Ministry of Health that reduced the municipalities' costs. Hospitalizations for causes sensitive to primary care further reduced after program implementation, suggesting its contribution to improving access to and the performance of primary care. There are still important challenges ahead, and the program is an effort to achieve system universality.

Keywords Primary health care; Family Health Strategy; Unified Health System.

Introdução

A atenção primária à saúde (APS) possibilita o cuidado longitudinal do indivíduo para a maioria dos problemas e necessidades em saúde, constituindo-se como espaço de cuidado mais próximo das pessoas. Pautada na atenção integral, representa o elo entre os diferentes níveis de atenção, estabelecendo a coordenação dos cuidados no contexto da família e da comunidade. Para cumprir o seu papel de ordenar e organizar o sistema de saúde, exige o entendimento da saúde como direito social e o enfrentamento dos determinantes sociais para promovê-la (Starfield, 2002).

Quanto mais um sistema de saúde é orientado para a APS, melhores são os níveis de saúde da população e a satisfação dos usuários, e menores os gastos, determinando sistemas mais efetivos, equitativos, eficientes e de maior qualidade – além de possibilitar uma distribuição mais equitativa da saúde nas populações, melhorando a saúde global e reduzindo as diferenças de saúde entre os subgrupos populacionais (Starfield, Shi e Macinko, 2005; Sousa et al., 2016; Rodrigues e Anderson, 2011).

Implantado no Brasil a partir de 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) destinava-se a atender populações desassistidas. Posteriormente, foi alcado à condição de estratégia, com a complexa missão de consolidar a APS e reestruturar os cuidados no sistema de saúde (Silva, Giovanella e Mainbourg, 2014).

Fundamentada no acesso universal, na integralidade da atenção e centralidade na família, a Estratégia Saúde da Família (ESF) parte da delimitação do território com a clientela adscrita, proporcionando melhor organização da demanda por meio do trabalho em equipe multiprofissional, com ênfase no estabelecimento de vínculos e criação de laços de compromisso e responsabilidade entre seus profissionais e a população (Shimizu e Carvalho Junior, 2012; Souza e Hamann, 2009).

A ocorrência de falhas nesse nível de atenção pode determinar as internações por condições sensíveis à atenção primária (Icsaps). Esse indicador tem sido amplamente utilizado em países com sistemas alicerçados na atenção primária, como Espanha, Austrália e Canadá (Campos e Theme Filha, 2012). Altas taxas de Icsap refletem fragilidades e baixa resolutividade na porta de entrada do sistema. Dessa maneira, sua análise subsidia a orientação de políticas e programas, bem como a reformulação de ações direcionadas às patologias em regiões específicas (Pereira, Silva e Lima Neto, 2015).

Em 2008, o Ministério da Saúde publicou a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Constituída por 19 grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a 10^a Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), ela é preconizada como

instrumento para avaliação da atenção primária e desempenho do sistema de saúde nas três esferas de gestão do SUS (Brasil, 2008).

Desde a sua implantação, houve uma expressiva expansão da Estratégia Saúde da Família no país. Em 2013, mais de 34.000 equipes estavam distribuídas no território nacional, em 5.328 municípios, representando uma cobertura de 55,2% da população com ESF (Sousa, 2014).

Apesar dos grandes avanços alcançados, nem sempre o aumento de cobertura representa mudança real no modelo assistencial e nas práticas dos cuidados (Mattioni, Budó e Schimith, 2011). Entre os principais desafios à sua implementação destaca-se o componente do contexto profissional, pelo qual perpassam diversos fatores, entre os quais: condições e ambiente de trabalho, motivação, realização no trabalho, forma de vínculo, estabilidade financeira e fixação dos profissionais (Guarda, 2009).

Nos últimos anos, a disponibilidade de profissionais médicos tem se apresentado como uma das principais causas do reduzido crescimento na cobertura da ESF. O quantitativo de médicos disponíveis é insuficiente para ocupar os postos de trabalho existentes e para a criação de novas equipes. Nesses municípios, identifica-se redução da carga horária de trabalho pelos médicos associada à alta rotatividade das equipes, comprometendo sobremaneira a prestação dos cuidados e a qualidade da assistência na atenção primária (Pinto, Souza e Ferla, 2014).

Diante dessa realidade, em 2013 foi implantado o Programa Mais Médicos (PMM), organizado em três eixos pilares: a estratégia de contratação emergencial de médicos; o investimento na infraestrutura da rede de serviços básicos; e a formação médica no Brasil, com 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 formação voltada para o atendimento mais humanizado, com foco na valorização da atenção básica (Brasil, 2015).

Segundo Campos (2013), a iniciativa do PMM revelou questões essenciais que merecem apoio, mas ao mesmo tempo trouxe aspectos polêmicos, que precisam ser debatidos. Entre os aspectos positivos, o autor destaca a expansão das equipes de atenção básica, principalmente em áreas de maior risco e de grande vulnerabilidade, o aumento das vagas dos cursos de medicina e a preocupação com a formação dos profissionais. Dentre as questões negativas, aponta a forma de contratação dos profissionais, a extensão da graduação em medicina e o número de vagas a serem ampliadas para graduação (Campos, 2013).

Passados três anos da implantação do programa instituído visando à garantia da universalização e ampliação do acesso ao sistema de saúde, o estudo aqui apresentado se propôs a analisar a evolução das equipes de saúde da família, convencionais e do PMM, nas regiões e municípios de todo o Brasil, descrevendo e discutindo o seu comportamento no país.

Percorso metodológico

Realizou-se um estudo⁵ ecológico, descritivo, para analisar o PMM, com base na evolução das equipes de atenção básica, nos períodos anterior e posterior à sua implantação. Foram analisados os números de equipes de saúde da família implantadas nos municípios do país nos anos de 2012 e 2015, selecionando-se o cadastro do mês de dezembro de cada ano.

As equipes foram caracterizadas em: 'convencionais', aquelas implantadas desde a criação do Programa/Estratégia Saúde da Família (as informações originaram-se do Departamento de Atenção Básica); e 'Mais Médicos', equipes contempladas pelo PMM incorporadas a partir de 2013 (as informações foram obtidas do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) (Brasil, 2016a; Brasil, 2016b).

As equipes do PMM foram classificadas como de expansão ou substituição, a partir da diferença absoluta entre o número de equipes em 2012 e 2015. O resultado dessa diferença foi denominado de expansão, sendo considerado como a incorporação de novas equipes à Estratégia Saúde da Família. As demais equipes do PMM foram classificadas como de recomposição, uma vez que não representavam a implantação de novas equipes, mas sim, possivelmente, a regularização de equipes que apresentavam alta rotatividade de profissionais médicos, em virtude de constantes contratações e desligamentos, como identificado por Ney e Rodrigues (2012), ou a substituição de equipes convencionais que existiam em 2012.

As equipes convencionais e Mais Médicos foram analisadas segundo regiões do país e porte populacional. Para as cinco regiões, a cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família foi obtida no Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (Brasil, 2016a).

Para análise dos municípios, definiram-se cinco portes populacionais: porte I (até 29.999 habitantes); porte II (de 30.000 a 99.999 habitantes); porte III (de 100.000 a 199.999 habitantes); porte IV (de 200.000 a 999.999 habitantes); e porte V (1.000.000 de habitantes ou mais). Para análise por porte populacional, o percentual de cobertura da ESF foi estimado pelo cálculo definido pela Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2016): número de equipes implantadas x 3.000 x 100/população residente.

Analisaram-se ainda as internações por causas sensíveis à atenção primária, com base na Lista Brasileira de Icsap do Ministério da Saúde (Brasil, 2008), apresentando-se os números absolutos e a taxa de internações por 10.000 habitantes. Os dados foram calculados com base no Sistema de Infor-

mações Hospitalares (Brasil, 2016c), utilizando como referência o ano de ocorrência da internação.

Para cálculo da cobertura populacional e das taxas de internações, utilizaram-se as estimativas populacionais intercensitárias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016).

Para cada um dos indicadores analisados, calculou-se o coeficiente de variação proporcional (VP) por meio da equação: $VP = [(indicador\ último\ ano/indicador\ primeiro\ ano) - 1] \times 100$.

Para verificar a tendência temporal da Estratégia Saúde da Família, realizou-se a análise de tendência linear. Foram estimados modelos de regressão linear simples, definidos como $Y = \alpha + \beta \text{ ano}$, sendo α o coeficiente médio no período analisado e β o incremento (acréscimo ou decréscimo) médio no período. O coeficiente de determinação indicou a capacidade de explicação do modelo. Todas as decisões foram tomadas considerando-se o nível de significância estatística de 5,0%.

Estudos que utilizam como fonte dados secundários podem ter limitações, em virtude das questões relacionadas ao processamento dos dados e à finalidade para os quais foram implantados. Entretanto, as discussões realizadas à luz da literatura possibilitaram a riqueza das interpretações. É importante que sejam realizados mais estudos para análise do impacto da implantação das equipes do PMM e do seu resultado na situação de saúde da população.

Foram utilizados os softwares Tabwin 36b e Microsoft Excel 2007 para construção e análise do banco de dados. A pesquisa atende aos preceitos éticos e todos os bancos de dados são de domínio público, não havendo identificação das pessoas, tampouco exposição a quaisquer riscos ou danos.

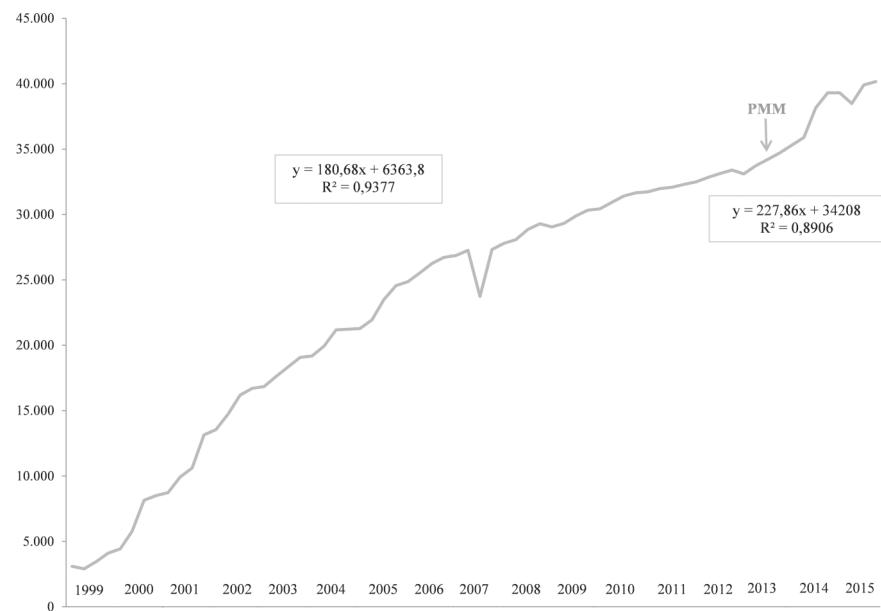
O Programa Mais Médicos e a atenção básica no país

Em janeiro de 1999, tinham sido implantadas no país 3.100 equipes de saúde da família, cobrindo pouco mais de 6,6% da população brasileira. Desde então, a Estratégia Saúde da Família cresceu significativamente no país, com a média de 180 equipes por mês, até julho de 2013 (Gráfico 1).

Em agosto de 2013, primeiro mês de implantação do PMM, 111 equipes foram incorporadas ao programa, representando 0,3% do total de equipes implantadas na época. A partir dessa competência, a expansão da ESF manteve-se crescente, com um aumento significativo de 228 equipes por mês, valor 26,7% superior ao período anterior.

Gráfico 1

Evolução das equipes de saúde da família no país – 1999 a 2015



Fonte: Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde (Brasil, 2016a).

O número de equipes de saúde da família passou de 33.404, em 2012, para 40.162, em 2015 – representando um aumento de 16,2% de cobertura populacional, com maior cobertura na região Nordeste (80,6%) e menor na Sudeste (52,1%) (Tabela 1).

Houve grande implantação de equipes do PMM, chegando a 15.820 equipes em 2015, o que representou 40,0% do total de equipes de saúde da família no país. Entre as regiões, a maior incorporação ocorreu no Norte (52,8%), ultrapassando o número de equipes convencionais, e a menor no Sudeste (33,3%). Já em valores absolutos, a região Nordeste apresentou o maior número de equipes do PMM (6.064).

Os municípios de menor porte populacional apresentaram as maiores coberturas da Estratégia Saúde da Família, chegando a 98,4% em 2015. Já nos municípios com maior número de habitantes, representados por 17 cidades do país, 34,1% da população estava coberta pela Estratégia.

As equipes convencionais prevaleciam em todos os municípios no período estudado, com maiores proporções entre os municípios de maior e menor porte populacional (71,5% e 62,3%, respectivamente). A maior incorporação de equipes do PMM ocorreu nos municípios com menos de 100.000 habitantes, com 10.084 equipes, representando 63,7% do total.

Tabela 1

Distribuição das equipes de saúde da família no país segundo regiões e porte populacional – dezembro de 2012 e dezembro de 2015

Abrangência		2012		2015					
		N	Cob*	Convencional		Mais Médicos		Total	
				N	%	N	%	N	Cob*
Região	Centro-Oeste	2.400	54,8	1.613	58,2	1.158	41,8	2.771	60,9
	Nordeste	12.861	72,6	9.001	59,7	6.064	40,3	15.065	80,6
	Norte	2.551	51,4	1.560	47,2	1.742	52,8	3.302	63,7
	Sudeste	10.948	44,2	8.780	66,7	4.380	33,3	13.160	52,1
	Sul	4.644	53,7	3.388	57,8	2.476	42,2	5.864	66,5
Porte populacional	< 30.000	13.481	89,4	9.648	62,3	5.836	37,7	15.484	98,4
	30.000 -- 100.000	7.739	57,5	5.182	55,0	4.248	45,0	9.430	66,3
	100.000 -- 200.000	2.808	42,4	1.886	54,7	1.560	45,3	3.446	48,9
	200.000 -- 1.000.000	5.113	33,5	3.976	59,4	2.718	40,6	6.694	41,3
	> 1.000.000	4.263	29,9	3.650	71,5	1.458	28,5	5.108	34,1
Brasil		33.404	54,8	24.342	60,6	15.820	39,4	40.162	63,7

Fonte: Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde, Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil, 2016a, 2016b; IBGE, 2016).

*Cob: cobertura populacional.

Das equipes do PMM, 57,3% substituíram equipes convencionais, já implantadas desde 2012, com maiores proporções no Centro-Oeste (68,0%) e no Nordeste (63,7%). Por sua vez, 42,7% das equipes do PMM foram responsáveis pela expansão das equipes de atenção básica no país, com maior proporção na região Sudeste, onde 50,5% das equipes no último ano estudado representavam novas equipes implantadas (Tabela 2).

Tabela 2

Distribuição das equipes de saúde da família contempladas pelo Programa Mais Médicos no país segundo regiões – dezembro de 2015

Região	Equipe Mais Médicos				Total
	Recomposição		Expansão		
	N	%	N	%	
Centro-Oeste	787	68,0	371	32,0	1.158
Nordeste	3.860	63,7	2.204	36,3	6.064
Norte	991	56,9	751	43,1	1.742
Sudeste	2.168	49,5	2.212	50,5	4.380
Sul	1.256	50,7	1.220	49,3	2.476
Brasil	9.062	57,3	6.758	42,7	15.820

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (Brasil, 2016b)

Em 2015, mais de 70,0% dos municípios do país tinham equipes do PMM. Entre aqueles sem equipes implantadas, mais de 90% eram cidades com menos de 30.000 habitantes. Das equipes do PMM, a substituição de equipes convencionais, já implantadas desde 2012, foi maior nos municípios de menor porte (até 29.999 habitantes). Por sua vez, a expansão de equipes do PMM, que representou a criação de novas equipes de atenção básica no país, foi maior nos municípios com mais de 200.000 habitantes (Tabela 3).

Tabela 3

Distribuição dos municípios e das equipes de saúde da família contempladas pelo Programa Mais Médicos no país segundo porte populacional – dezembro de 2015

Porte populacional	Mais Médicos									
	Municípios					Equipes – Mais Médicos				
	Recomposição			Expansão		Total				
	Sim	%	Não	%	Total	N	%			
< 30.000	2.906	65,6	1.525	34,4	4.431	3.833	65,7	2.003	34,3	5.836
30.000 -- 100.000	720	86,2	115	13,8	835	2.557	60,2	1.691	39,8	4.248
100.000 -- 200.000	139	88,5	18	11,5	157	922	59,1	638	40,9	1.560
200.000 -- 1.000.000	123	94,6	7	5,4	130	1.137	41,8	1.581	58,2	2.718
> 1.000.000	17	100,0	0	0,0	17	613	42,0	845	58,0	1.458
Brasil	3.905	70,1	1.665	29,9	5.570	9.062	57,3	6.758	42,7	15.820

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil, 2016b; IBGE, 2016).

Em relação às internações por condições sensíveis à atenção primária (Icsaps), observou-se a redução em todo o período estudado. Em 2009, ocorreram mais de 2,1 milhões de Icsaps em residentes de municípios que implantaram o PMM, passando para 1,8 milhão em 2015 (Tabela 4).

Entre 2009 e 2012 houve redução de 7,9% das Icsaps, enquanto entre 2012 e 2015 as internações foram reduzidas em 9,1%. As regiões Norte e Centro-Oeste apresentaram as maiores reduções, com uma queda de 21,0% e 19,1%, respectivamente, nos dois últimos períodos analisados.

Nesse mesmo período, o maior decréscimo ocorreu nos municípios do porte III (18,2%) e entre os municípios com população entre 30.000 e 100.000 habitantes (15,8%). Quanto menor o porte populacional, durante todos os anos, maior a taxa de internações por causas sensíveis. Os municípios com menos de 30.000 habitantes concentraram quase 30,0% das internações em 2015, representando 158,8 hospitalizações para cada 10.000 habitantes nesse ano.

Tabela 4

Distribuição das internações por causas sensíveis à atenção básica segundo regiões e porte populacional – municípios com equipes Mais Médicos, 2009, 2012 e 2015

Aragênci a		2009		2012		2015	
		Internações	/10.000 hab.	Internações	/10.000 hab.	Internações	/10.000 hab.
Região	Centro-Oeste	176.466	144,7	158.817	127,4	139.503	103,1
	Nordeste	700.505	143,7	614.516	126,3	574.625	111,7
	Norte	239.753	165,0	225.986	148,4	194.308	117,2
	Sudeste	657.929	94,7	647.426	93,2	614.488	83,6
	Sul	382.961	152,2	348.773	139,4	340.059	127,9
Porte populacional	< 30.000	658.139	200,0	582.860	177,9	546.759	158,8
	30.000 -- 100.000	571.233	168,1	512.890	148,5	460.254	125,0
	100.000 -- 200.000	205.776	120,2	185.905	106,4	163.709	87,0
	200.000 -- 1.000.000	379.136	86,7	363.639	83,3	351.567	75,3
	> 1.000.000	343.330	81,0	350.224	82,6	340.694	75,9
Brasil		2.157.614	126,8	1.995.518	116,8	1.862.983	106,2

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil, 2016c; IBGE, 2016).

O Programa Mais Médicos e a Estratégia de Saúde da Família: a busca da universalidade

A adoção da atenção básica para orientar e coordenar o sistema de saúde do país reforçou, a partir da segunda metade da década de 1990, a implantação do Programa Saúde da Família, tornando-se política de Estado, alçada à Estratégia estruturante para reorientar e organizar o modelo de atenção à saúde.

Desde a sua implantação, a Estratégia Saúde da Família tem se expandido no país expressivamente, embora com ritmos diferentes entre as regiões e os municípios com diversificados portes populacionais (Alves et al., 2014). Os dados demonstram que eram criadas, em média, 3.200 novas equipes de saúde da família por ano entre 2000 e 2005, reduzindo-se o ritmo de ampliação desde 2006. Com a implantação do PMM, ocorreu a retomada na velocidade de expansão e de incremento na cobertura da população a partir de 2013. Em 2015, passados quase dois anos da implantação do programa, houve a inclusão de mais de 15.000 médicos no SUS. Consequentemente, pelos resultados encontrados, mais de 6.000 novas equipes foram implantadas no sistema.

Todas as equipes contempladas pelo programa compõem mais de 40% do total de ESF no país, refletindo grande adesão ao programa por parte dos

municípios e estados do Brasil. Nesse período, o PMM havia contemplado mais de 70,0% dos municípios brasileiros, sobretudo na região Norte, que apresentava pouco mais de 50,0% de cobertura em 2012, mas que a expandiu para 63,7% em 2015, sendo nesse ano a maioria de suas equipes contempladas pelo PMM.

Os municípios que aderem ao programa, além do incentivo financeiro destinado ao custeio das equipes de saúde da família, ficam isentos do pagamento dos salários dos médicos, responsabilidade que passa a ser do Ministério da Saúde e que é assegurada mediante o repasse de bolsas, diretamente aos profissionais integrantes do programa. Cabem à gestão municipal as despesas relacionadas à alimentação e moradia dos profissionais médicos que participam do programa.

O PMM, segundo Campos (2015, p. 641), evidencia “a clara impossibilidade dos municípios implementarem e gerenciarem redes de atenção básica com qualidade, sustentabilidade e cobertura, para 80% da população”. Na ausência da intervenção do Ministério da Saúde, não se teria observado o aumento de médicos no SUS em tão pouco tempo. As equipes do PMM contribuíram não apenas para a expansão das equipes e cobertura da Estratégia Saúde da Família, mas também para a substituição de equipes já implantadas – comportamento que ocorreu em maiores proporções nas regiões Centro-Oeste e Nordeste e nos municípios de menor porte populacional (com até 29.999 habitantes).

Mesmo com os avanços alcançados, a dificuldade de acesso a serviços de saúde é ainda um dos principais desafios a serem enfrentados no país. Por isso, nos últimos anos, o Ministério da Saúde tem desenvolvido estratégias que buscam reestruturar o sistema de saúde, como

o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (1976), o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (1993), o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (2001) e, mais recentemente, o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (Provab) (Oliveira et al., 2015, p. 627).

O objetivo de todos eles é priorizar a atenção básica e responder à necessidade de provimento e fixação de médicos em todo o país.

No entanto, nenhum dos programas implantados havia conseguido suprir as necessidades dos municípios até a implantação do PMM ter a dimensão observada e necessária para responder à demanda dos municípios (Girardi et al., 2011). Destinado, entre outros objetivos, a prover profissionais para a atuação na atenção básica do SUS em regiões com maior necessidade, mais vulnerabilidade e dificuldade de atrair e fixar profissionais (Brasil, 2015), o Mais Médicos parece estar cumprindo sua missão.

Com a implantação do PMM, foi possível ampliar o acesso e alcançar uma cobertura de quase 100,0% da população nos municípios de pequeno porte do país, incidindo sobre os problemas de carência de quantidade e distribuição de profissionais médicos no território nacional. Entretanto, apesar dos avanços, há diferenças importantes entre a cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família. Apesar de a região Norte ter apresentado o maior crescimento no número de equipes implantadas, possui ainda a terceira menor cobertura populacional do país – o que significa que quase 40,0% de sua população não é alcançada pela principal estratégia de saúde do Brasil. O desafio persiste também na universalização da atenção básica nas grandes cidades, onde historicamente existem áreas de vulnerabilidade, as quais constituem importantes fatores de risco para a saúde da população.

Como observado, mais de 57,3% das equipes de saúde da família convencionais, implantadas em 2012, foram substituídas por equipes do PMM, principalmente nos municípios com menos de 30.000 habitantes. A implantação de novas equipes representou a ampliação do acesso à população, que não estava regularmente vinculada aos serviços. Além disso, as equipes incompletas ou com oferta irregular e intermitente de médicos passaram a contar permanentemente com um profissional do programa (Brasil, 2015).

As novas equipes representaram a inclusão de mais de vinte milhões de pessoas ao sistema de saúde, possibilitando a regularidade dos vínculos trabalhistas e a garantia do cumprimento da carga horária de trabalho, o que incidiu sobremaneira na transformação do processo de trabalho e na melhoria do cuidado na atenção primária no SUS. Mesmo com uma significativa proporção de substituição em detrimento da expansão real das equipes do PMM, as internações por condições sensíveis à atenção primária, que já vinham decrescendo desde 2009, continuaram a diminuir após a implantação do Mais Médicos, sendo essa redução maior no período posterior à implantação do programa no país.

Apesar da determinação multifatorial das Icsaps, trata-se de um indicador vastamente utilizado para avaliar a efetividade da APS. A redução significativa das Icsaps encontradas no estudo aqui apresentado aponta para a efetividade da ESF e sugere que o PMM pode ter contribuído para a melhoria do acesso e desempenho da atenção primária no SUS. Outros estudos podem aprofundar a análise em questão, incluindo pesquisas qualitativas com os usuários do programa.

As internações por condições sensíveis à atenção primária são consideradas como valioso indicador para o monitoramento e a avaliação. Essas taxas estão associadas a deficiências na cobertura dos serviços ou à baixa resolutividade da atenção primária para determinados problemas de saúde (Alfradique et al., 2009).

Estudos realizados em estados do Brasil têm identificado a relação inversa entre as taxas de Icsap e o aumento da cobertura da ESF, apontando

para a melhoria da assistência na atenção primária no país (Campos e Theme Filha, 2012; Pazó et al., 2012; Muraro et al., 2013).

Considerações finais

A universalização da assistência à saúde é um dos principais objetivos perseguidos pelo país. Entretanto, ainda existem importantes desafios para o alcance deste que é um dos princípios basilares do Sistema Único de Saúde.

O Brasil tem implantado estratégias para assegurar a universalidade, mas até então os resultados não eram suficientes para atender às demandas da população. Em 2013, a implantação do PMM representou mais uma dessas estratégias, e passados quase dois anos representava aproximadamente 40,0% das equipes de saúde da família no país. A adesão ao programa esteve presente em praticamente 100,0% dos municípios de menor porte populacional, grande maioria da realidade brasileira.

O debate deve ser orientado para que as ações sejam estruturais e permanentes. As estratégias precisam configurar-se como parte de políticas de Estado, com o objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção primária à saúde, orientadora e norteadora do modelo de atenção à saúde no Brasil.

Colaboradores

Gabriella Morais Duarte Miranda, Antonio da Cruz Gouveia Mendes, Ana Lúcia Andrade da Silva e Pedro Miguel dos Santos Neto participaram da coleta de dados, escrita e revisão do artigo. Não há conflitos de interesse.

Resumen El estudio que dio origen a este artículo analizó la evolución de los equipos de salud de la familia en Brasil, en base a datos secundarios del Ministerio de Salud, sobre los equipos de salud de la familia constituidos en diciembre de 2012 y 2015 en el Registro Nacional de Establecimiento de Salud, según macrorregiones y volumen de población de los municipios. También se analizaron internaciones por causas sensibles a la atención primaria, en base al Sistema de Información Hospitalaria, tomando como referencia el año de la internación. En 2015, más del 70% de los municipios habían adherido al Programa Más Médicos (casi el 40% de los equipos de salud de la familia), asegurando la universalización en casi el 100% de los municipios de menor volumen de población. Además de la expansión, que incluyó más de veinte millones de habitantes, se observó la sustitución de equipos antes implantados, lo que sugiere una reducción de la rotatividad y fijación de los profesionales, hecho que puede haber sido estimulado por la financiación del Ministerio de la Salud, desgravando los municipios. Las internaciones por causas sensibles a la atención primaria se redujeron aún más tras la implantación del programa, sugiriendo su contribución a la mejora del acceso y desempeño de la atención primaria. Todavía hay importantes desafíos, y el programa representa un esfuerzo para alcanzar la universalidad del sistema.

Palabras clave Atención primaria de la salud; Estrategia Salud de la Familia; Sistema Único de Salud.

Notas

¹ Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, Pernambuco, Brasil.

<gabymduarte@yahoo.com.br>

Correspondência: Rua Dom Pedro Henrique, 40, apto. 502, Boa Vista, CEP 50050-150, Recife, Pernambuco, Brasil.

² Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Departamento de Saúde Coletiva, Recife, Pernambuco, Brasil.

<antoniodacruz@gmail.com>

³ Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, Pernambuco, Brasil.

<anadasilva78@yahoo.com.br>

⁴ Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Departamento de Saúde Coletiva, Recife, Pernambuco, Brasil.

<pedromiguel@cpqam.fiocruz.br>

⁵ Pesquisa não financiada. Utiliza dados secundários, de domínio público, não sendo necessária a aprovação em comitê de ética.

Referências

- ALFRADIQUE, Maria E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto Icsap – Brasil). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1.337-1.349, 2009.
- ALVES, Marcia G. M. et al. Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38 (esp.), p. 34-51, 2014.
- BRASIL. Portaria n. 221, de 17 de abril de 2008. Publica a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, 18 abr. 2008. Seção I, p. 70-71. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=70&data=18/04/2008>>. Acesso em: 25 mai. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão no Trabalho e da Educação na 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>. Acesso em: 25 mai. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura de Saúde da Família. 2016a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 28 mai. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Consultas. Equipes. 2016b. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp>. Acesso em: 30 mai. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Morbidade hospitalar do SUS por local de residência. 2016c. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nrbr.def>>. Acesso em: 26 mai. 2016.
- CAMPOS, Amanda Z.; THEME FILHA, Mariza M. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 845-855, 2012.
- CAMPOS, Gastão W. S. *A saúde, o SUS e o Programa Mais Médicos*. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/radis-na-rede/saude-o-sus-e-o-programa-mais-medicos>>. Acesso em: 28 set. 2014.
- CAMPOS, Gastão W. S. Mais Médicos e a construção de uma política de pessoal para a atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 641-642, 2015.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *Guia de apoio à gestão estadual do SUS*. Nota Técnica. Indicadores: cobertura de Equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal. 2016. Disponível em: <www.conass.org.br/guiainformacao/notas_tecnicas/NT6-Cobertura-ESF-e-ESB.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2016.
- GIRARDI, Sábado N. et al. Índice de escazez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da atenção primária. In: PIERANTONI, Celia R.; DAL POZ, Mario R.; FRANÇA, Tania (orgs.). *O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. Rio de Janeiro: ObservaRH, 2011. p. 171-186.
- GUARDA, Flávio R. B. *Perfil sociodemográfico e motivação dos médicos que compõem equipes de saúde da família na Região Metropolitana do Recife*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.
- IBGE. Estimativas de População. 2016. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/>>.

cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poptbr.def>. Acesso em: 26 mai. 2016.

MATTIONI, Fernanda C.; BUDÓ, Maria L. D.; SCHIMITH, Maria D. O exercício da integralidade em uma equipe da Estratégia Saúde da Família: saberes e práticas. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 263-271, 2011.

MURARO, Caren F. et al. Estratégia Saúde da Família e as internações por condições sensíveis à atenção primária nos idosos. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 37, n. 1, p. 20-33, 2013.

NEY, Marcia S.; RODRIGUES, Paulo H. A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1.293-1.311, 2012.

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

PAZÓ, Rozalva G. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo: estudo ecológico descritivo no período de 2005-2009. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 21, n. 2, p. 275-282, 2012.

PEREIRA, Francilene J. R.; SILVA, César C.; LIMA NETO, Eufrásio A. Perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária subsidiando ações de saúde nas regiões brasileiras. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 997-1.007, 2015.

PINTO, Héider A.; SOUZA, Allan N. A.; FERLA, Alcindo A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38 (esp.), p. 358-372, 2014.

RODRIGUES, Ricardo D.; ANDERSON, Maria I. P. Saúde da família: uma estratégia necessária. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 18, p. 21-24, 2011.

SHIMIZU, Helena E.; CARVALHO JUNIOR, Daniel A. C. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2.405-2.414, 2012.

SILVA, Nair C.; GIOVANELLA, Ligia; MAINBOURG, Evelyne M. T. A família nas práticas das equipes de saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 67, n. 2, p. 274-281, 2014.

SOUSA, Maria F. A reconstrução da saúde da família no Brasil: diversidade e incompleteness. In: SOUSA, Maria F.; FRANCO, Marcos S.; MENDONÇA, Ana V. M. M. *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas: Saberes, 2014. p. 40-76.

SOUSA, Naira P. et al. Internações sensíveis à atenção primária à saúde em hospital regional do Distrito Federal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 69, n. 1, p. 118-125, 2016.

SOUZA, Maria F.; HAMANN, Edgar M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1.325-1.335, 2009.

STARFIELD, Barbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, 2002.

STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu; MACINKO, James. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, New York, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

—————
Recebido em 03/07/2016

Aprovado em 23/09/2016