

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

**Paulo Ricardo Teixeira da Silva**

**AMPLIAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA A PARTIR DA  
IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS EM GRAVATAÍ/RS**

**Porto Alegre  
2019**

Paulo Ricardo Teixeira da Silva

**AMPLIAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA A PARTIR DA  
IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS EM GRAVATAÍ/RS**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão Pública.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Porto Alegre  
2019

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

Reitor: Prof. Dr. Rui Vicente Oppermann  
Vice-reitora: Profa. Dra. Jane Fraga Tutikian

### **ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO**

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato  
Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

### **COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA**

Coordenador: Prof. Dr. Paulo Ricardo Zilio Abdala  
Coordenador substituto: Prof. Dr. Rafael Kruter Flores

### **DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)**

da Silva, Paulo Ricardo Teixeira

Ampliação da Estratégia de Saúde da Família a partir da  
implantação do Programa Mais Médicos em Gravataí/RS /  
Paulo Ricardo Teixeira da Silva. – 2019.

40 f.

Orientador(a): Ronaldo Bordin.

Monografia (Especialização) – Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em  
Administração, Porto Alegre, BR – RS, 2019.

1. Programa Mais Médicos. 2. Cobertura ESF. 3. Estratégia de  
Saúde da Família. I. Bordin, Ronaldo.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS  
com os dados fornecidos pelo autor.

### **Escola de Administração da UFRGS**

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico  
CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS  
Telefone: 3308-3801  
E-mail: eadadm@ufrgs.br

Paulo Ricardo Teixeira da Silva

**AMPLIAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA A PARTIR DA  
IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS EM GRAVATAÍ/RS**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão Pública.

Aprovada em 06 de junho de 2019.

**Banca Examinadora**

---

Examinador(a): Prof. Dr. Paulo Abdala

---

Examinador(a): Prof. Dr. Davide Carbonai

---

Orientador(a): Prof. Dr. Ronaldo Bordin

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos que me apoiaram e incentivaram nessa jornada em busca do aprimoramento do conhecimento e das habilidades que colaboraram para que eu me tornasse mais crítico e ciente das responsabilidades do gestor público.

## RESUMO

O Programa Mais Médicos do Governo Federal foi implantado em 2013 através da Lei 12.871/2013 com o objetivo principal de melhorar a distribuição de médicos, tentando equalizar o número de profissionais, o acesso ao atendimento médico e a distribuição dos recursos financeiros para todas as cidades brasileiras. O objetivo principal deste trabalho é identificar se o Programa Mais Médicos gerou a ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Gravataí/RS. Foram empregados dados referentes à cobertura da Estratégia de Saúde da Família anteriores e posteriores à implantação do Programa Mais Médicos no município, no período de 2013-2018. Houve ampliação da cobertura pela ESF, passando de 29,48% em 2013 a 47,65% de cobertura populacional em 2018 e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, passando de 24,19% em 2013 a 28,84% em 2018. Passados cinco anos da sua implementação, o município de Gravataí apresentou melhoras na cobertura das Estratégias de Saúde da Família, validando assim, a eficácia do Programa.

**Palavras-chave:** Administração e Planejamento em Saúde. Administração Pública. Políticas de Saúde. Recursos Humanos em Saúde.

# THE ENLARGEMENT OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN GRAVATAÍ / RS FROM THE IMPLEMENTATION OF MAIS MÉDICOS PROGRAM

## ABSTRACT

The Federal Government's Mais Médicos Program was implemented in 2013 through Law 12.871 / 2013 with the main objective of improving the distribution of medical doctors, trying to equalize the number of professionals, access to medical care and distribution of financial resources to all cities Brazilians. The main objective of this study is to identify if the Mais Médicos Program generated the expansion of the coverage of the Family Health Strategy (ESF) in the city of Gravataí / RS. This study is based on the collection of data related to the coverage of the Family Health Strategy before and after the implementation of the Mais Médicos Program in the municipality, in the period from 2013-2018. There was an increase in coverage by the ESF, from 29.48% in 2013 to 47.65% in population coverage in 2018 and the Program of Community Health Agents, from 24.19% in 2013 to 28.84% in 2018. Five years after its implementation, the municipality of Gravataí presented improvements in the coverage of the Family Health Strategies, thus validating the effectiveness of the Program.

**Keywords:** Administration and Planning in Health. Public Administration. Health Policies. Human Resources in Health.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde - 2013 a 2018.....	28
Figura 2 - Cobertura da Estratégia de Saúde da Família - 2013 a 2018 .....	30
Figura 3 – Cobertura da Estratégia de Saúde da Família no período ampliado - 2010 a 2018 .....	30
Figura 4 - Cobertura de Estratégia de Saúde da Família - mês a mês 2018.....	31
Figura 5 - Proporção de Internações por condições sensíveis à Atenção Básica .....	34



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Indicadores do HDJB - Dados 2018 .....	21
Quadro 2 - Unidades ESF e população atendida .....	24
Quadro 3 - Admissões de médicos (PMM) na ESF - período 2013 a 2018.....	25

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - atendimentos eletivos.....	20
Tabela 2 - atendimento em alta complexidade .....	21
Tabela 3 - ESF implementadas x população coberta x população geral 2013 a 2018 .....	31
Tabela 4 - Número de equipes alocadas na ESF - 2010 a 2018.....	32

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Ação Primária à Saúde
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ICSAB	Interações por Condições Sensíveis à Atenção Básica
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PMM	Programa Mais Médicos
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
USF	Unidades Saúde da Família
BD	Banco de Dados

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1.1 Problema de Pesquisa .....</b>	<b>12</b>
<b>1.2 Objetivo Geral .....</b>	<b>12</b>
<b>1.3 Objetivos Específicos .....</b>	<b>12</b>
<b>1.4 Justificativa.....</b>	<b>13</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>14</b>
<b>2.1 Estratégia de Saúde da Família.....</b>	<b>14</b>
<b>2.2 Políticas Públicas .....</b>	<b>15</b>
<b>2.3 Programa Mais Médicos .....</b>	<b>17</b>
<b>2.4 Identificação e características gerais do município de Gravataí .....</b>	<b>19</b>
2.4.1 Análise situacional da Saúde em Gravataí.....	20
2.4.2 Atenção Básica .....	22
2.4.3 Estratégia de Saúde da Família .....	22
<b>2.5. Programa Mais Médicos e expansão da Estratégia Saúde da Família em Gravataí.....</b>	<b>23</b>
<b>3 MÉTODOS .....</b>	<b>27</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>28</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>35</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>36</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O Programa Mais Médicos (PMM) foi instituído através da Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013, mais tarde foi convertida na Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013, se tornando política pública do Governo Federal. Tinha como meta suprir a falta de médicos no Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente nas áreas mais vulneráveis do país, sendo uma estratégia para a ampliação da cobertura da Atenção Básica.

Segundo Scheffer et al. (2018), em 2013 a proporção era de 1,8 médico para cada 100 mil habitantes. Em 2015, o número subiu para 2,1 médico para cada 100 mil habitantes. Neste mesmo período, os médicos realocados passaram a representar 48% dos profissionais em equipes de Atenção Básica.

A Atenção Básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde. Todo este conjunto tem como objetivo desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (MS, 2011).

A Portaria 2436/17 do Ministério da Saúde diz que a Equipe de Saúde da Família (eSF) é a estratégia prioritária na atenção à saúde tendo em vista a reorganização da Atenção Básica no Brasil conforme os preceitos do SUS, contribuindo para a expansão, qualificação e consolidação da política de atenção básica.

O Programa Mais Médicos faz parte de um grande esforço que visa a melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), pois além de colocar mais médicos onde há escassez ou ausência de profissionais o programa também prevê mais investimentos para ampliação, reforma e construção de Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O programa tenta resolver a questão emergencial do atendimento à população e também cria condições para que se possa ter um atendimento de qualidade para os que acessarem o SUS. Através do PMM são mais consultas médicas com profissionais capacitados para cuidar de toda a família e preparados

para solucionar 80% dos problemas que levam as pessoas a procurar atendimento. São mais atendimentos de pré-natal, de pacientes com doenças crônicas e problemas relacionados à saúde mental, da saúde da mulher, da criança, do adulto e do idoso, maior possibilidade de solução imediata em casos de pequena urgência, entre outros. Cuidado personalizado e humanizado perto de casa por um médico e uma equipe que se vincula ao paciente e sua família resolvendo problemas de saúde e evitando que as pessoas precisem de atendimento nas emergências, hospitais e consultas com especialista. E para quem mesmo assim precisar ser encaminhado, é certeza de menos tempo de espera, já que muitos pacientes terão seus problemas resolvidos nas unidades de saúde.

### **1.1 Problema de Pesquisa**

Em que medida o Programa Mais médicos transformou o quadro de saúde no município de Gravataí (RS), considerando a ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família?

### **1.2 Objetivo Geral**

Identificar se o Programa Mais Médicos gerou a ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família em Gravataí/RS no período 2013-2018.

### **1.3 Objetivos Específicos**

a) Comparar a taxa de cobertura da Estratégia de Saúde da Família em Gravataí (RS) antes e após a implantação do Programa Mais Médicos.

b) Sistematizar a evolução da cobertura da Estratégia de Saúde da Família a partir da implantação do Programa Mais Médicos em Gravataí (RS).

## 1.4 Justificativa

O desafio da falta de médicos é recorrente, principalmente na atenção básica. Há desequilíbrio na distribuição geográfica dos médicos, além da proporção de médicos por habitantes ser muito inferior à necessidade da população e do SUS. Dessa forma os grandes centros concentram a maior parte desses profissionais devido à maior possibilidade de desenvolvimento.

Conforme estudo realizado em 2011 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 58,1% dos 2.773 entrevistados disseram que o maior problema do SUS é a falta de médicos, e sugeriram que o aumento da quantidade de médicos deveria ser a principal medida a ser adotada.

Essa desigualdade leva à necessidade de mudanças na busca por diferentes estratégias para ampliar o acesso da população aos serviços de saúde em regiões de vulnerabilidade através do fortalecimento da Atenção Básica. Quanto mais precárias forem as condições socioeconômicas e sanitárias de uma região, maior será a necessidade de médicos e também a sua escassez. Dessa forma esse mercado de trabalho inflaciona reduzindo a capacidade dos municípios de atrair e fixar esses profissionais.

Diante dessa dificuldade, o Governo Federal instituiu em 22 de outubro de 2013 o Programa Mais Médicos, por meio da Lei 12.871 do Ministério da Saúde. O principal objetivo desta política é a redução da escassez de médicos em regiões fora dos grandes centros urbanos, reduzindo assim as desigualdades regionais de acesso à saúde pública, bem como para ampliar e fortalecer os serviços da atenção básica para os usuários do SUS de todo o território brasileiro.

Assim sendo, essa pesquisa justifica-se pela necessidade de averiguar qual impacto que este programa teve no âmbito municipal, no caso, em Gravataí. O intuito de fazer um diagnóstico atual do programa e comparar com momentos anteriores, tem a finalidade de avaliar e efetuar possíveis correções para melhorar o atendimento à população, a partir da verificação (ou não) de mudanças, positivas ou negativas, em relação à prestação de um serviço público com garantia constitucional.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Estratégia de Saúde da Família

Inicialmente denominada Programa Saúde da Família, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi criada em 1994, (BARROS, 2014; SORATTO et al. 2015) e visa a reorganização da Atenção Básica (AB) no Brasil, conforme preconizado pelo Sistema Único de Saúde.

Além de atender aos princípios básicos da AB, a ESF também preconiza:

I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam; II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população; III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade; IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e V - ser um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2006, p. 20).

A ESF surgiu da necessidade de nova abordagem ao atendimento à saúde pública, a fim de torná-la unânime para todas as unidades de atendimento básico no país e que envolvesse toda a família no atendimento, tendo como objetivo o fortalecimento da AB no Sistema Único de Saúde (BARROS, 2014).

Segundo Nota Técnica do Ministério da Saúde, a cobertura populacional da ESF se dá pelo percentual da população coberta pelas equipes de Saúde da Família em relação à estimativa populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), conforme o seguinte cálculo:

Número de eSF x 3.450 indivíduos / população residente estimada

Para fins de cálculo do indicador de estimativa populacional é sempre considerada a estimativa do ano anterior, atualizada em janeiro.



## 2.2 Políticas Públicas

As políticas públicas representam conjuntos de ações, programas e atividades desenvolvidas pelo Estado de forma direta ou indireta, tendo a participação de entidades públicas ou privadas, que tem o objetivo de assegurar determinado direito de cidadania, de maneira geral ou para determinado seguimento social, cultural, étnico ou econômico. Elas atingem a todos os cidadãos, de todas as escolaridades, independente de sexo, raça, religião ou nível social.

Os conhecimentos produzidos através das políticas públicas são amplamente utilizados por pesquisadores, políticos e administradores que trabalham com problemas públicos nas mais diferentes áreas.

As políticas públicas de saúde são ações e programas realizados pelo governo com o objetivo de pôr em prática os serviços de saúde previstos em lei. O acesso à saúde é assegurado na Constituição Federal de 1988 como um direito fundamental a todo cidadão. E é através das políticas públicas de saúde que esse direito é exercido, por meio da oferta de serviços de saúde à população.

Souza (2006, p. 26) resume política pública como:

“o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o ‘governo em ação’ e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real”.

O Estado deve criar e manter as políticas públicas de saúde, sendo que a responsabilidade pela prestação dos serviços de saúde é compartilhada entre as três esferas de governo: federal, estadual e municipal. Dentre as várias políticas públicas de saúde existentes no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é a mais importante e complexa delas.

Conforme Dye (2009) os modelos de análise de políticas públicas servem para auxiliar na identificação e direcionamento dos esforços necessários para compreender de forma simples e clara a política e as políticas públicas. Dessa forma as políticas públicas podem ser examinadas de acordo com os seguintes modelos:

- Modelo Institucional: Tem uma visão centrada no Estado, ou seja, uma política não se torna uma política pública sem antes ser adotada, implementada e feita cumprir por alguma instituição governamental. O governo oferece legitimidade e universalidade às políticas públicas. Além disso, o governo tem o monopólio da coerção.
- Modelo de Processo: É composto por um conjunto de processos político-administrativos tais como: identificar problemas; montar agenda; formular propostas de políticas; legitimar, implementar e avaliar políticas.
- Modelo de Grupos: A interação entre os grupos é o fato mais importante. Ao sistema político cabe administrar os conflitos entre os grupos estabelecendo as regras do jogo, negociando acordos, oficializando os acordos na forma de políticas públicas, e controlando o efetivo cumprimento desses acordos.
- Modelo de Elite: Tem a política como preferência das elites, onde as políticas públicas não refletem as demandas do povo. As massas são consideradas completamente passivas, apáticas e mal informadas.
- Modelo Racional: Política com o máximo de ganho social. Não se deve encarar o racionalismo em termos estritamente monetários, pois ele envolve o cálculo de todos os valores sociais, políticos e econômicos.
- Modelo Incremental: Devido ao foco na continuação das atividades de governos anteriores, o incrementalismo é considerado um modelo conservador.
- Modelo da Teoria de Jogos: É uma forma de racionalismo aplicada em situações de conflito onde a estratégia é minimizar a perda máxima e maximizar o ganho mínimo.
- Modelo da Opção Pública: É a política como deliberação coletiva de indivíduos movidos pelo interesse pessoal.
- Modelo Sistêmico: Políticas públicas como respostas do sistema político às forças que o afetam a partir do meio ambiente, também chamadas de “inputs” ou “entradas”.

A Administração Pública brasileira vem adotando sistemas de monitoramento e avaliação. Segundo Drucker (1997), as organizações sem fins

lucrativos não costumam priorizar o desempenho e os resultados. Entretanto estes são muito mais importantes e difíceis de medir e de controlar que no setor privado. O desafio do setor público é a dificuldade de adotar um sistema de monitoramento e avaliação de acordo com sua estratégia e missão.

Monitorar e avaliar as ações de uma organização é de suma importância para melhorar o seu desempenho. Ter um sistema de avaliação causa mudanças no comportamento das pessoas, pois direciona suas ações, altera as prioridades e reforça a busca por resultados. Para Osborne & Gaebler (1998), não medir os resultados faz com que os governos burocratizados raramente alcancem grandes conquistas.

### **2.3 Programa Mais Médicos**

O Programa Mais Médicos (PMM) foi regulamentado pelo Governo Federal através da Lei 12.871, em 2013, com o objetivo de sanar um sério problema de saúde pública no Brasil, que era a falta de médicos em número suficiente para atender adequadamente a população. O Programa buscava também formar profissionais médicos conforme as necessidades da realidade brasileira (PINTO et al. 2017).

De acordo com a Lei 12.871/2013, conhecida como a Lei do Mais Médicos, o PMM apresenta um conjunto de ações a serem implantadas no curto e no longo prazo, atendendo as questões emergenciais e estruturais que levaram à criação do Programa, e que atenderiam os seguintes eixos: a) provimento emergencial de médicos em regiões desassistidas e prioritárias para as estratégias em AB do SUS; b) investimento em infraestrutura da rede do SUS, com construção e ampliação de Unidades Básicas de Saúde, além de investimentos em sistemas de tecnologia visando modernização e adequação das Redes; e c) mudanças na formação médica no Brasil, que dentre outras características, mudam a dinâmica sobre a autorização para a instalação de cursos de medicina no sistema educacional brasileiro, conforme critérios de necessidade social (BRASIL, 2015).

O provimento em caráter emergencial de médicos para as regiões mais desassistidas do país, este foi iniciado ainda em 2013, com a fixação de médicos em localidades que careciam destes profissionais, com o intuito de ampliar a assistência

na Ação Primária à Saúde (APS). Como o Governo tinha tentado sem sucesso a adesão aos programas de interiorização pelos profissionais brasileiros, abriu-se a possibilidade de adesão de estrangeiros, o que foi realizado através de um acordo com o governo de Cuba através da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Até 2015 cerca de 79% dos 18 mil médicos incorporados no Programa vieram de Cuba (MEDINA et al. 2018, p. 347).

Segundo Moreira et al. (2017), o eixo referente a reestruturação física diz respeito a construção, reforma e ampliação pelo Governo Federal de Unidades Básicas de Saúde no país, e para atendê-lo, o Governo conta com o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, através das linhas atendidas pelo Programa de Aceleração do Crescimento (PAC).

Já o eixo referente a formação de médicos aborda a graduação, residência média e formação de especialistas para o SUS. A Lei do Mais Médicos determina redirecionar a formação dos profissionais médicos para as escolas médicas com expansão das vagas até então existentes, sobretudo voltada a interiorização da formação. O eixo contempla também novas Diretrizes Curriculares para o curso de Medicina através do Conselho Nacional de Educação. Para viabilizar esta determinância da Lei, diretrizes para celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) foram instituídas, entre gestores do SUS e as instituições de ensino em todo o país (MOREIRA et al. 2017).

Quanto aos médicos estrangeiros inseridos no Programa a partir de 2013, no final de 2018 o contrato com a OPAS (Organização Pan Americana para a Saúde) com quem era firmado, foi rescindido, após declarações do presidente eleito em 2018, que desagradaram ao governo cubano que decidiu sair do Programa, fazendo retornar à Cuba todos os seus quase 8 mil médicos lotados em unidades de saúde no Brasil. Com a saída dos médicos cubanos, o Ministério da Saúde realizou chamamento para médicos brasileiros formados no exterior, na tentativa de preencher as vagas deixadas pelos cubanos (MOREIRA et al. 2017).

Os objetivos para a implantação do PMM, além dos três eixos de atenção anteriormente citados, também eram: o fortalecimento da prestação de serviços na ABS; o aprimoramento da formação médica no país; o aumento da inserção do médico durante sua formação em unidades do SUS; o fortalecimento da política de

Educação Permanente entre as instituições de ensino-serviço; a promoção da troca de conhecimentos entre médicos de formação brasileira com os de formação estrangeira; o aperfeiçoamento do médico brasileiro para atuar nas políticas públicas de saúde do país, e ainda estimular a pesquisa na área de saúde (PINTO et al. 2014).

#### **2.4 Identificação e características gerais do município de Gravataí**

O município de Gravataí faz parte da 10ª Região de Saúde, que reúne os cinco municípios do Vale do Gravataí e a capital do Rio Grande do Sul (RS), Porto Alegre. A região é coordenada técnica e administrativamente pela 2ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul – 2ª CRS, que também é responsável pelos dezenove municípios da 9ª Região de Saúde, com os municípios da região carbonífera.

- Município: GRAVATAÍ
- Fundação: 23 de outubro de 1880
- Área Total: 497,82 km<sup>2</sup>
- Área Urbana: 121,37 km<sup>2</sup>
- Área Rural: 376,45 km<sup>2</sup>
- População: 255.660 habitantes– Censo IBGE/2010
- População Estimada: 279.398 habitantes – IBGE/2018
- IDHM 2010: 0,736
- Faixa do IDHM: Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799)
- Coordenadoria Regional de Saúde: 2ª CRS
- Macrorregião: Metropolitana
- Distância da Capital do Estado: 22 km
- Tipo de Gestão: Plena do Sistema
- Vias de Acesso ao Município: BR 290, RS 020, RS 118;
- Limites Municipais: A norte os municípios de Novo Hamburgo e Taquara, a leste o município Glorinha, a sul os municípios de Viamão e Alvorada e a

leste Cachoeirinha e Sapucaia do Sul.

### 2.4.1 Análise situacional da Saúde em Gravataí

A taxa atual de natalidade no município é de 13,7%, ou seja, 13,7 nascidos vivos a cada mil habitantes, enquanto a taxa de mortalidade infantil de crianças menores de um ano, em 2015, foi de 6,96/1000 nascidos vivos (PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATAÍ, 2018). O índice de mortalidade para cada cem mil habitantes, no período de 2015, foi de 0,68 para o sexo masculino e de 0,58 para o sexo feminino.

No Brasil, em 2015, a taxa de natalidade foi de 14,16 nascidos vivos para cada mil habitantes, e a taxa de mortalidade infantil foi de 13,82/1000 nascidos vivos (IBGE, 2019)

A morbidade hospitalar no município tem apresentado uma tendência de queda nos volumes de internações, representando um decréscimo de 8% entre os anos de 2008 a 2016 (PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATAÍ, 2018). Cerca de 11% dos atendimentos que ocorreram no período 2014 a 2017 foram eletivos, sendo que os principais atendimentos eletivos realizados em 2017 estão demonstrados na Tabela 1, a seguir:

Tabela 1 - Atendimentos Eletivos

<b>Subgrupo Procedimento</b>	<b>Internações</b>	<b>%</b>
Cirurgia do Ap. Digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	837	30%
Cirurgia do Aparelho Circulatório	445	16%
Cirurgia do sistema osteomuscular	359	13%
Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	330	12%
Outras cirurgias	242	9%
Cirurgia do aparelho geniturinário	230	8%
Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	152	5%
Cirurgia do aparelho da visão	150	5%
Cirurgia toácica	41	1%
Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	24	1%
Consultas / Atendimentos/ Acompanhamentos	9	0%
<b>Total</b>	<b>2819</b>	<b>100%</b>

Fonte: Regulação/SMS (2017)

Em relação à complexidade do atendimento, 2% são de alta complexidade e divididos nos seguintes subgrupos:

Tabela 2 - Atendimento em alta complexidade

<b>Subgrupo Procedimento</b>	<b>Internações</b>	<b>%</b>
Cirurgia torácica	128	34%
Tratamentos clínicos (outras especialidades)	70	19%
Outras Cirurgias	68	18%
Cirurgia do sistema osteomuscular	60	16%
Cirurgia do aparelho da visão	37	10%
Ações relacionadas à doação de órgãos e tecidos para transplante	10	3%
<b>Total</b>	<b>373</b>	<b>100%</b>

Fonte: Regulação/SMS (2017)

O município de Gravataí é gestor pleno dos recursos destinados à saúde, dispondo do Hospital Dom João Becker, único hospital do município, que atendeu em 2017 cerca de 47,1% do total de internações hospitalares aos residentes em Gravataí, sendo que 12% referiam-se a internações eletivas e 88% foram emergenciais.

Apenas 1,5% dos tratamentos de alta complexidade, em 2017 foram atendidos no Hospital Dom João Becker (HDJB) de Gravataí, e no período de 2013 a 2017, os dados da SMS demonstraram que houve uma queda de 67% no número de procedimentos realizados no hospital (PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATAÍ, 2018). O Quadro 1 apresenta a caracterização do Hospital Dom João Becker, referente 2018.

Quadro 1 – Características do Hospital Dom João Becker (HDJB), 2018

Total de leitos	193
Leito de internações	183
Leitos de UTI	10
Salas de Cirurgias	8
Atendimentos ambulatoriais	61.789
Internações	4.726
Procedimentos cirúrgicos	3.315
Partos Normais	441
Partos Cesáreos	423

Fonte: site do hospital (2019)

### 2.4.2 Atenção Básica

Na estrutura da Atenção Básica (AB), o município de Gravataí conta com 28 Serviços de Saúde, compostos por 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 18 Unidades de Saúde da Família (USF). Esses serviços desempenham papel central na Saúde do município e garantem o acesso da população às demandas de saúde.

Para o Ministério da Saúde, a AB é caracterizada pelo “conjunto de ações de saúde, [...], que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde” (PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATAÍ, 2018). As ações são voltadas ao atendimento individual e coletivo da população, e tem o objetivo de promover impactos na situação de saúde e de autonomia das pessoas.

As equipes multidisciplinares das UBS`s incluem especialidades como clínico geral, pediatra, ginecologista, odontólogo, enfermeiro e equipe de enfermagem, e o foco é a atenção assistencial, segmentada por categoria profissional. Apesar de nos últimos anos a cobertura assistencial na AB ter aumentado sensivelmente, o município de Gravataí ainda apresenta um índice menor do que a meta estadual, que é de 74% de cobertura populacional (PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATAÍ, 2018).

### 2.4.3 Estratégia de Saúde da Família

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) visa substituir o modelo da atenção assistencial para um modelo que valorize as ações de promoção e proteção à saúde, incluindo a prevenção de doenças e a atenção integral das pessoas. O objetivo é incluir ações de “promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes” (PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATAÍ, 2018).

Em Gravataí a implantação da ESF iniciou no ano de 2005 com lei municipal que criou os empregos públicos para as equipes atuantes no sistema. As ações de assistência referente a ESF correspondem a consultas médicas, de enfermagem e odontológicas, além de ações voltadas à educação em saúde, visitas



domiciliares, atividades educativas, acolhimento e trabalhos voltados ao planejamento, organização e avaliação dos atendimentos realizados. Desde a sua implantação no município, as ações da ESF se voltaram para o acréscimo na cobertura de atendimentos à população, bem como a reestruturação das unidades físicas, com investimento nas reformas e aplicações das unidades a fim de poder oferecer um serviço de qualidade à população.

## **2.5. Programa Mais Médicos e expansão da Estratégia Saúde da Família em Gravataí**

Em 2018 o município de Gravataí possuía 28 Serviços de Saúde na atenção básica. A composição destes serviços se dá através de 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 18 Unidades de Saúde da Família (USF). Esses serviços de saúde estão distribuídos regionalmente pelo território do município e agrupados, considerando suas características comuns, em quatro Distritos Sanitários (DS): DS Centro, DS Rural, DS Norte e DS Sul (Ver Quadro 2).

Os DS são estruturas administrativas, bem como espaços de discussão e prática onde são postas em prática as estratégias da atenção básica do município.

Quanto a expansão da ESF, no ano de 2013, impulsionado pelo Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e principalmente pelo Programa Mais Médicos, onde médicos foram alocados em equipes existentes, seja para compor a equipe em virtude de não dispor do profissional como também adequar o número de equipes em virtude do crescimento populacional.

Reacendeu-se também o processo de ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família no município em Unidades de Saúde que aguardavam conversão para este formato de assistência, garantindo assim, um melhor atendimento à população.

No Quadro 2 é possível visualizar a distribuição das Unidades de Saúde em Gravataí, com o nome das Unidades e o número estimado da população atendida pelas mesmas.

Quadro 2 - Unidades de Saúde e população atendida estimada

<b>Gerência</b>	<b>Serviços de Saúde</b>	<b>População</b>	<b>Total</b>
<b>Centro</b>	UBS Centro	15.404	65.839
	UBS Vila Aliança	12.773	
	USF Granville	6.053	
	UBS Itatiaia	6.900	
	USF Aristides D'Avila	6.944	
	USF Nova Conquista	7.182	
	USF Erico Verissimo	10.583	
<b>Rural</b>	USF Neópolis	6.479	40.385
	USF Itacolomi	6.457	
	USF São Marcos	2.651	
	USF Costa do Ipiranga	5.411	
	USF Morungava	7.065	
	USF Santa Cecília	2.553	
	USF Barro Vermelho	9.769	
<b>Sul</b>	UBS COHAB A	18.000	88.510
	UBS COHAB B	10.000	
	USF COHAB C	10.525	
	UBS São Judas Tadeu	26.070	
	USF Princesa Isabel	9.980	
	USF Parque dos Anjos	13.935	
<b>Norte</b>	UBS São Geraldo	10.816	85.901
	UBS Bonsucesso	6.600	
	UBS Vera Cruz	8.931	
	UBS Vila Branca	9.654	
	UBS Morada do Vale I	20.000	
	USF Aguas Claras	13.600	
	USF Parque dos Eucaliptos	9.400	
	USF Morada do Vale II	6.900	
<b>Total</b>			280.635*

\* Contagem populacional estimada

Fonte: DAB/SMS - 2017

Os profissionais do Programa Mais Médicos começaram a chegar a Gravataí em novembro de 2013, fomentando uma série de ações da gestão municipal de saúde. Em dezembro, o município recebeu mais um grupo de seis médicos. Em janeiro/2014, mais uma profissional se juntou ao grupo, e em abril, uma profissional ingressou no Programa, totalizando 15 médicos no Programa Mais Médicos, distribuídos conforme Quadro 3.

Quadro 3 - Admissões de médicos (PMM) na ESF - período 2013 a 2018

<b>2013:</b>	Admissões..... 12 Demissões .....0 Total.....12	<b>2016:</b>	Admissões..... 08 Demissões .....15 Total ..... 16
<b>2014:</b>	Admissões..... 11 Demissões .....0 Total.....23	<b>2017:</b>	Admissões..... 28 Demissões .....08 Total ..... 36
<b>2015:</b>	Admissões..... 01 Demissões .....01 Total .....23	<b>2018:</b>	Admissões..... 11 Demissões .....21 Total .....26
		<b>Total de médicos PMM ativos em dezembro/2018 = 26</b>	

Fonte: realizado pelo autor (2019)

Esta ampliação da ESF representou um aporte de mais 15 equipes de Saúde da Família, totalizando 37 eSF. Desta forma o município de Gravataí teve sua cobertura de ESF ampliada de 25% para 42%.

No início de fevereiro de 2014, foi disponibilizada no Sistema de Gerenciamento de Programas a opção de solicitar mais médicos do Programa. Estimulados com os bons resultados apresentados até então, com a boa aceitação das comunidades e sociedade civil, foram solicitados mais 11 médicos do Programa. Foi iniciado um processo de preparação para recepção dos mesmos, que incluiu reuniões nas diversas comunidades, reforma de prédios para adequação a novas equipes de saúde da família, retomada de prédio cedido à outra Secretaria para implantação de equipes de saúde da família em conformidade com o projeto inicial. Assim como também a construção de duas novas unidades através do Programa requalifica UBS.

Em abril de 2014, a Secretaria Municipal da Saúde foi comunicada pelo Ministério da Saúde que a solicitação dos 11 médicos feita por Gravataí não seria contemplada devido à definição de prioridades. Com o intuito de reverter esse fato, o Secretário Municipal da Saúde de Gravataí e sua equipe técnica, solicitaram que fosse repensada a distribuição dos profissionais do Mais Médicos a fim de atender à solicitação, tendo em vista toda expectativa gerada e todo planejamento e empenho de Gravataí para o sucesso do Programa Mais Médicos.

Assim, em abril de 2014, foi recebido um novo grupo de 5 Médicos Cubanos que, após um período de adaptação no município com roteiro de visita na rede de saúde de Gravataí, passou a integrar novas equipes de saúde da família das USF Morada do Vale II e USF Parque dos Eucaliptos.

No ano de 2015, só houve uma admissão de médico no Programa, aumentando para 8 em 2016. Em 2017 teve o maior aporte de médicos para o período analisado, com 28 admissões, e em 2018 foram admitidos 11 médicos. Durante o período da análise, assim como os médicos iam sendo admitidos, também acontecia saída desses médicos, por motivos diversos, finalizando o ano de 2018 com 26 médicos ativos nas ESF.

São vários os desafios a serem enfrentados no fortalecimento da AB no município e para isto é fundamental solucionar a problemática dos recursos humanos, que não contemplam a totalidade da estrutura existente. Essa questão tem sido resolvida de maneira emergencial nas Unidades Básicas através de empresa de serviços médicos e na Saúde da Família através da adesão ao Programa Mais Médicos (PMM). A alocação destes profissionais seja em equipes existentes ou para compor a equipe em virtude de não dispor do profissional como também adequar o número de equipes em virtude do crescimento populacional tem sido um grande potencializador na garantia de acesso da população aos serviços de AB.

No entanto, em 2016, o PMM, passou por reformulações a fim de priorizar a entrada de médicos brasileiros no Programa, atendendo assim as entidades representativas dos médicos, o que causou descontinuidade do Programa, com demora de reposição dos médicos cubanos em término de missão.

### 3 MÉTODOS

O método utilizado neste trabalho de pesquisa é a coleta de dados referentes à cobertura da Estratégia de Saúde da Família anteriores e posteriores à implantação do Programa Mais Médicos no município de Gravataí/RS no período 2013-2018. Para tanto, foram utilizados dados fornecidos pela Secretaria Municipal da Saúde de Gravataí/RS.

A pesquisa foi realizada a partir de dados coletados no site e-Gestorab e Portal BI Público, tendo como principais variáveis a população, o número de equipes de saúde da família, a estimativa da população coberta pela ESF, a cobertura da ESF em percentual e carga horária média do médico. Além de outras informações que sejam consideradas relevantes para a pesquisa fornecidas pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal da Saúde de Gravataí, o departamento responsável pela Estratégia de Saúde da Família do município.

O Portal BI Gestor Municipal foi desenvolvido pelo Departamento de Gestão da Tecnologia da Informação (DGTI) em conjunto com a Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES RS), utilizando ferramentas de Business Intelligence (BI), que permitem apresentar de forma sintética e visual as informações de saúde dos municípios e do Estado do RS.

Os indicadores estão organizados por temas: Pactuação Interfederativa de Indicadores (2017 - 2021); Atenção Básica; Infecções Sexualmente Transmissíveis/AIDS; Atenção Ambulatorial especializada e Hospitalar; Imunizações; Doenças Crônicas Não-transmissíveis; Eventos Vitais NIS; Meu município.

As informações do Portal são atualizadas semanalmente a partir das bases: SIM (Sistema de Informações de Mortalidade); SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos); SINAN (Sistema de Informações de Agravos Notificáveis); SIA (Sistema de Informações Ambulatorial); SIH (Sistema de Informações Hospitalares); SIPNI (Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações); IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística); e outras (Portal BI, 2019). Os dados dizem respeito aos cinco primeiros anos do Programa Mais Médicos em Gravataí, desde o início de sua implantação, em outubro de 2013 até o final de 2018.

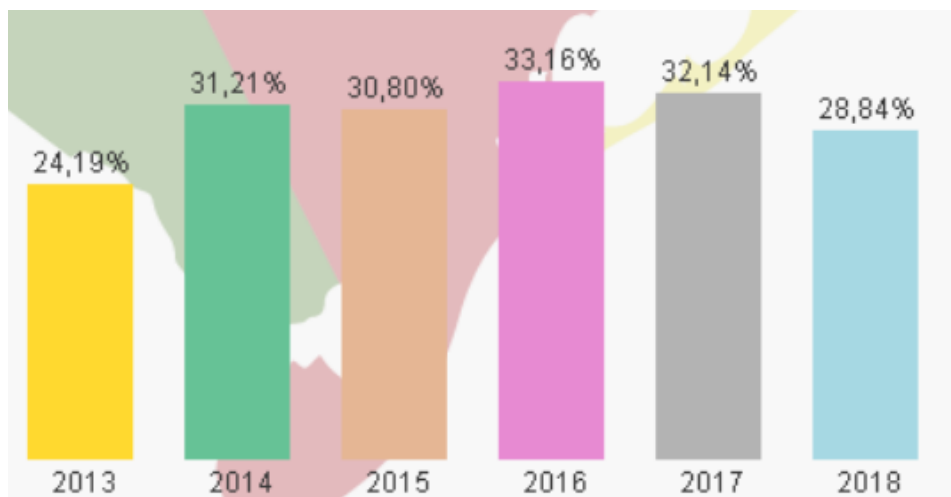
## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

OS Agentes Comunitário de Saúde (ACS) são profissionais instituídos no Sistema Único de Saúde em 1991 através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e têm contribuído para expandir a cobertura e a estrutura atendida pela AB no país (MOROSINI; FONSECA, 2018).

Segundo Moroni e Fonseca (2018), os agentes comunitários inicialmente responsáveis pelo desenvolvimento de atividades sanitárias de baixa complexidade, passaram a integrar as equipes multiprofissionais que atendem na ESF, sendo a sua atuação ligada às necessidades da organização do trabalho que diz respeito às rotinas de consultas médica, de enfermagem e odontológica nas unidades de saúde. Seu papel é de mediador, conforme as autoras, entre os serviços de saúde, os profissionais médicos e enfermeiros e a comunidade onde esses serviços estão inseridos. Portanto, tem um papel fundamental na promoção da saúde, agindo como um elo entre os profissionais envolvidos e a população em geral que carece do atendimento.

A Figura 1 apresenta a porcentagem de cobertura populacional de ações realizadas por agentes comunitários no período de 2013 à 2018, atuantes nos quatro Distritos Sanitários de Gravataí.

Figura 1- Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde – Gravataí, 2013 a 2018



Fonte: Departamento de Atenção Básica – DAB

Os dados da Figura 1 demonstram que em 2013 a cobertura por agentes de saúde era de 24,19%, ano de início do Programa Mais Médicos e das medidas estipuladas pelo mesmo, sendo que neste ano em questão, a cobertura praticamente manteve-se estável, iniciando o ano com 25,52% e finalizando o mesmo em dezembro com 24,19% de cobertura. A população residente no município era de 259.138 e a atendida pelo ESF foi em média de 63.150 habitantes/mês.

Nos anos seguintes, já com a interiorização dos médicos cubanos, a cobertura pelos ACS passou a 32,14% em 2017, reduzindo para 28,84% em 2018.

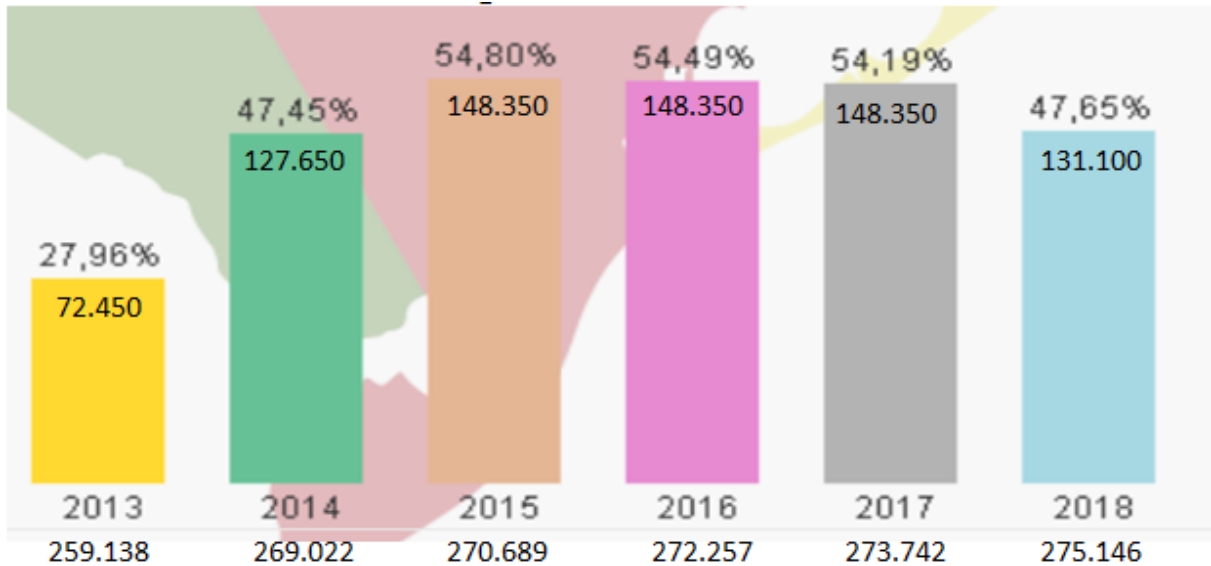
Goulart, 2002 (apud BARROS, 2014), cita que o papel da família é indiscutível quanto à adoção de atitudes favoráveis, ou não, para a preservação da saúde, conforme a dinâmica biossociocultural da família, sendo esta o meio básico para a aquisição de uma cultura de cuidados com a saúde, além de representar o berço de culturas e bases educacionais, tendo um papel fundamental e colaborativo para com os agentes e profissionais dos serviços de saúde no tocante a falta de continuidade nos tratamentos impostos e na adoção de medidas preventivas em saúde.

A implantação das ESF consiste em realizar o cadastramento das famílias, processar dados e informações sobre as famílias atendidas e ou visitadas, diagnosticar a comunidade com relação a fatores socioeconômicos e de saúde, e realizar a programação dos trabalhos mediante os diagnósticos realizados e em conjunto com a comunidade.

Conforme demonstra a Figura 2, houve um aumento na cobertura do atendimento pela Estratégia de Saúde da Família. Conforme os dados, em 2013 a população atendida pelas ESF era de 75.900 habitantes para uma população geral de 259.138 habitantes, um percentual de 27,96% da população. No auge da interiorização dos médicos cubanos, a taxa de cobertura atingiu 54,49%, quando a população total passou para 273.742 habitantes em 2017 (ver Tabela 3).

A Figura 2 demonstra a cobertura da ESF no município de Gravataí, tendo como base o período analisado, entre 2013 a 2018.

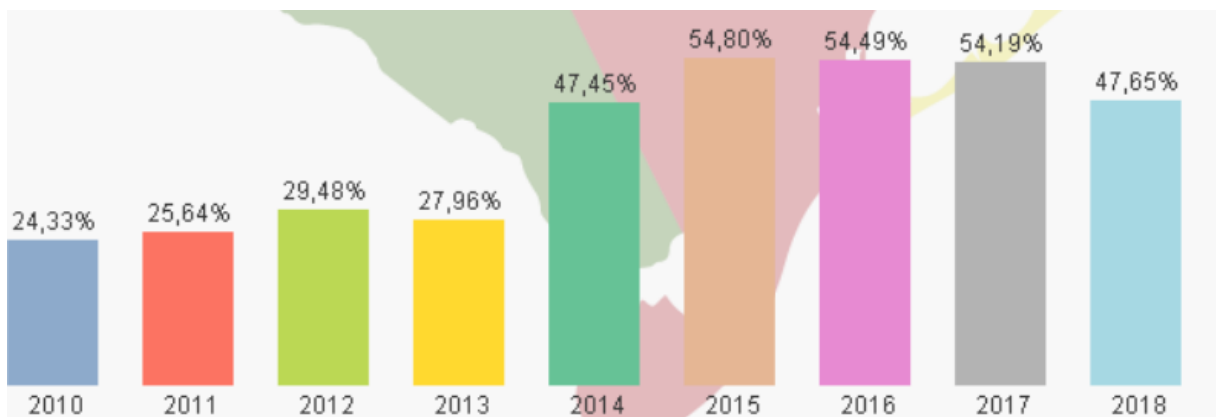
Figura 2 - Cobertura da Estratégia de Saúde da Família - Gravataí, 2013 a 2018



Fonte: Departamento de Atenção Básica – DAB

Na Figura 3, o gráfico de cobertura da ESF é ampliado, com relação à Figura anterior, inserindo dados desde o ano de 2010, ou seja, antes do início do Programa Mais Médicos. É possível verificar que em 2010, o índice de cobertura era de 24,33%, chegando a 29,48% em 2012. A partir daí fica evidente o incremento na taxa de cobertura da ESF nos anos seguintes à implantação do PMM, conforme já relatado.

Figura 3 – Cobertura da Estratégia de Saúde da Família no período ampliado - Gravataí, 2010 a 2018



Fonte: Departamento de Atenção Básica – DAB

A Tabela 3 demonstra a relação entre a população coberta pela ESF versus a população residente no município. Em 2013, a cobertura das ESF era de 27,96% de um total de 259.138 habitantes, enquanto em 2018 a cobertura passou para 47,65% da população de 275.146 habitantes.



Tabela 3 - ESF implementadas x população coberta x população geral - Gravataí, 2013 a 2018

ANO	POP. COBERTA	POP. RESIDENTE	%
2013	72.450	259.138	27.96%
2014	127.650	269.022	47.47%
2015	148.350	270.689	54.80%
2016	148.350	272.257	54.49%
2017	148.350	273.742	54.19%
2018	131.100	275.146	47.65%

Fonte: Departamento de Atenção Básica – DAB

Durante o período analisado, o crescimento populacional do município foi de 6,18%, enquanto a cobertura da ESF teve um incremento de 80,95%, considerando que em 2013 a população atendida pelas estratégias era de 72.450, subindo para 131.100 habitantes cobertos na ESF.

Os dados da Tabela 3 demonstram que a partir de 2014 houve maior cobertura das estratégias realizadas pela SF, sendo que de 2015 a 2017 foram os anos com maior cobertura populacional. O ano de 2018 apresentou quase que uma média de 51,41% na cobertura da população atendida, sendo que em dezembro, com o fim do contrato com a OPAS (médicos cubanos), a porcentagem atendida caiu para 47,65% da população, conforme demonstra a Figura 4, pois dos 34 profissionais do PMM ativos à época, 18 eram cubanos. Ainda em dezembro, 10 vagas foram preenchidas por médicos brasileiros que se inscreveram no programa, restando 8 vagas em aberto ao final de 2018.

Figura 4 - Cobertura mensal da Estratégia de Saúde da Família - Gravataí, 2018



Fonte: Departamento de Atenção Básica – DAB

A inserção de médicos no Programa permitiu a ampliação do número de equipes alocadas na ESF. Segundo Salazar (2015), a USF Augusta Meneguine de Viamão/RS teve uma ampliação na oferta de consultas de 164,58% no primeiro trimestre após a implantação do PMM comparado com o trimestre anterior ao programa. A Tabela 4 traz os dados desde 2010, e demonstra o incremento de equipes direcionadas para a ESF com a inserção dos médicos, conforme relatado no item 2.5 desta pesquisa.

Tabela 4 - Número de equipes alocadas na ESF - Gravataí, 2010 a 2018

Ano	n. de Equipes da ESF	Médicos Adm	Médicos Dem	Médicos Saldo
2010	19	-	-	-
2011	19	-	-	-
2012	19 a 22	-	-	-
2013	22	12	0	12
2014	22 a 37	11	0	23
2015	43	1	1	23
2016	39 a 43	8	15	16
2017	41 a 43	28	8	36
2018	40	11	21	<b>26</b>

Fonte: Departamento de Atenção Básica – DAB

De 2010 a 2012 havia uma média de 19 a 22 equipes trabalhando com as estratégias de SF em Gravataí. Em 2014 com a admissão de 11 médicos e mais os que chegaram no final de 2013, foi possível atender com 37 equipes alocadas nas ESF no município. Em 2015, foi admitido via Programa apenas um médico, mas havia 43 equipes formadas atuando na ESF. Nos anos seguintes, de 2016 a 2018 haviam cerca de 43 equipes formadas, o que representou um incremento de 110,53% no número de equipes atuando na Estratégia de Saúde da Família se comparado ao ano de 2012, com 19 equipes, e o ano de 2018, com 40 equipes formadas e 21 médicos admitidos no PMM (DAB, 2019).

Conforme Rojas (2015), a população coberta pela Estratégia de Saúde da Família em Pelotas/RS passou de 35,67% em 2012 para 69,12% em 2014. Somente em 2014 foram criadas 25 equipes de Saúde da Família, fato este que, segundo a autora, por si só já justificou a criação do Programa Mais Médicos.

Diante da lotação dos médicos do Programa inseridos nas unidades ESF, a Tabela 5 demonstra o resultado da cobertura populacional com a devida readequação das Unidades.

Tabela 5 - Variação da cobertura após inserção dos médicos do PMM nas ESF – Gravataí.

USF	Nº de Médicos pré PMM	Pop. Coberta ESF	Nº de Médicos pós PMM	Pop. Coberta ESF	Varição %
Águas Claras	UBS convertida em USF em 2014	0	4 PMM	14.000	100%
Aristides D'Ávila	2 (1 do quadro / 1 terceirizado)	7.000	2 (1 do quadro / 1 PMM)	7.000	0%
Barro Vermelho	2 (1 do quadro / 1 terceirizado)	7.000	3 (1 do quadro / 2 PMM)	10.500	50%
COHAB C	UBS convertida em USF em 2015	0	3 (2 do quadro / 1 PMM)	10.500	100%
Costa do Ipiranga	2 terceirizados	7.000	2 PMM	7.000	0%
Érico Veríssimo	3 terceirizados	10.500	3 PMM	10.500	0%
Granville	2 (1 do quadro / 1 terceirizado)	7.000	2 PMM	7.000	0%
Itacolomi	2 (1 do quadro / 1 terceirizado)	7.000	2 (1 do quadro / 1 PMM)	7.000	0%
Itatiaia	UBS convertida em USF em 2014	0	2 PMM	7.000	100%
Morada do Vale II	Inaugurada em 2015	0	2 PMM	7.000	100%
Morungava	2 terceirizados	7.000	2 PMM	7.000	0%
Neópolis	2 (1 do quadro / 1 terceirizado)	7.000	2 (1 do quadro / 1 PMM)	7.000	0%
Nova Conquista	2 (1 do quadro / 1 terceirizado)	7.000	3 (2 do quadro / 1 PMM)	10.500	50%
Parque dos Anjos	UBS convertida em USF em 2014	0	3 (1 do quadro / 2 PMM)	10.500	100%
Parque dos Eucaliptos	Inaugurada em 2015	0	3 (1 do quadro / 2 PMM)	10.500	100%
Princesa Isabel	UBS convertida em USF em 2014	0	3 PMM	10.500	100%
Santa Cecília	1 terceirizado	3.500	1 PMM	3.500	0%
São Marcos	1 terceirizado	3.500	1 PMM	3.500	0%
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>73.500</b>	<b>43</b>	<b>150.500</b>	<b>104,76%</b>

Fonte: Departamento de Atenção Básica – DAB

Obs: a capacidade de cobertura de cada ESF é de, no máximo, 3.500 habitantes

A Tabela 5, complementando a Tabela 4, demonstra que o aumento da cobertura populacional da ESF durante o período analisado – 2013 a 2018 – foi de 104,76%.

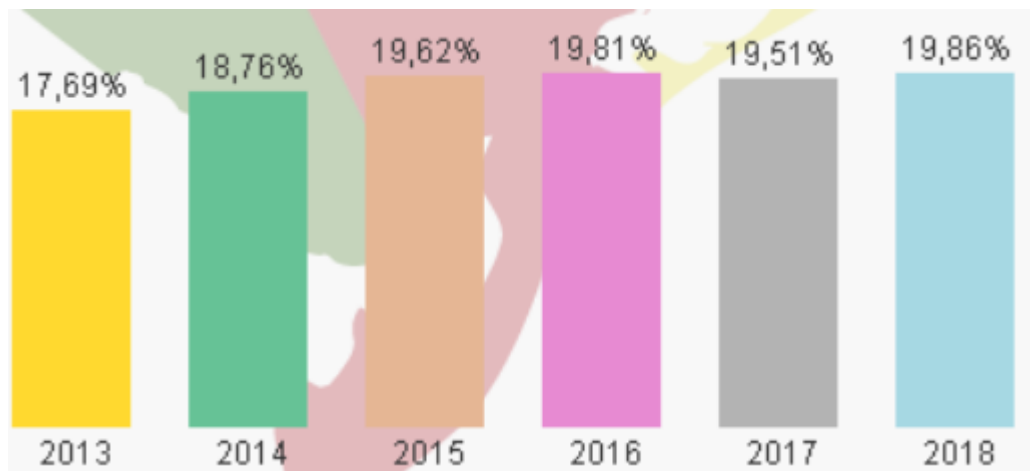
Conforme Mourão Netto et. al. (2018), foram identificados pelos autores 1.482 artigos sobre o PMM, dos quais 35 foram incluídos na revisão feita pelos mesmos. Tais estudos demonstraram que o programa teve resultados positivos, com aumento no número de médicos disponíveis, novas vagas ofertadas em cursos de medicina, maior oferta de consultas médicas e melhorias na estrutura física e nos processos de trabalho das unidades de saúde.

Um índice levantado na pesquisa foi de internações por Condições Sensíveis a Atenção Básica (ICSAB), índice este que mede a proporção de internações mais sensíveis à AB em relação ao total de internações clínicas realizadas na população do município. Este indicador deduz que sejam necessárias internações para tratar clinicamente de afecções, dentro de um conjunto de doenças

que entram na descrição da ICSAB, sendo que muitas dessas internações podem ser evitadas por ações realizadas junto à ESF que dá suporte às famílias, para que os cuidados resultem positivamente para a prevenção das patologias (REHEM; EGRY, 2011).

Segundo Rehem e Egrý (2011), o índice demonstra problemas de acesso aos serviços de AB e de qualidade dos serviços, como controle inadequado de doenças crônicas, políticas públicas insuficientes ou de baixo desempenho. Ou seja, serve para monitorar o desempenho do sistema de AB.

Figura 5 - Proporção de Internações por condições sensíveis à Atenção Básica, Gravataí, 2013-2018.



Fonte: Departamento de Atenção Básica – DAB

Conforme os dados discriminados na Figura 5, houve variação negativa no índice ICSAB: em 2013 o mesmo era de 17,69% e em 2018 foi de 19,86%. O que demonstra necessidade de manutenção e de ampliação da cobertura populacional, além de ações mais efetivas na Atenção Básica.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No município de Gravataí, constatou-se que algumas variáveis foram impactadas após a implantação do PMM, como exemplo, a cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família, que praticamente dobrou nos anos de 2015, 2016 e 2017, em pleno uso das diretrizes do Programa Mais Médicos, com relação ao ano de 2013. Na análise do período da pesquisa, a população coberta pela ESF teve um incremento de 80,95% em comparação ao início do PMM.

O número de equipes atuantes na Estratégia de Saúde da Família também foi ampliado durante a vigência do Programa Mais Médicos em cerca de 110,53% com relação ao período anterior ao Programa. O incremento de equipes permite abranger uma população maior nas estratégias direcionadas e ações desenvolvidas.

Quanto a cobertura de agentes comunitários atuando nas unidades de saúde do município, este índice não sofreu variação considerável no período analisado, mas houve uma melhora na cobertura populacional do mesmo, com um aumento anual em média de 5% na cobertura populacional.

Um índice levantado na pesquisa foi o de Internações por Condições Sensíveis a Atenção Básica (ICSAB). No período estudado não houve melhora do índice, cabendo um questionamento para as políticas públicas a nível de ESF que foram desenvolvidas no período e seu desempenho.

## REFERÊNCIAS

BARROS, I. C. **A importância da Estratégia de Saúde da Família: contexto histórico**. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Teófilo Otoni, 2014, 34 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. **Lei 12.871** de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis 8.745 de 9 de dezembro de 1993, e 6.932 de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm)>. Acesso em 28 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 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 28 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS, 2017 Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 28 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Programa Mais Médicos. **Governo Federal**: 2018. Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/conheca-programa>>. Acesso em: 27 abr. 2019.

DYE, Thomas R. Mapeamento dos modelos de análise de políticas públicas. In: HEIDEMANN, Francisco G.; SALM, José Francisco. **Políticas públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise**. Brasília: UnB, 2009.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS**. Repositório Institucional. São Paulo: UNIFESP, 2012. Disponível em: <<http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/10234>>. Acesso em: 28 abr. 2019.

MEDINA, M. G. et al. Programa Mais Médicos: mapeamento e análise da produção acadêmica no período 2013-2016 no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 346-360, set. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0346.pdf>>. Acesso em 29 abr. 2019.

MOREIRA, A. C. G. et al. Programa mais médicos: análise a partir de um modelo lógico. **Com. Ciências Saúde**, [s.l.], v. 28, n. 3 e 4, p. 291-302, ago. 2018. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs\\_artigos/v28\\_3programa\\_mais\\_medicos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/v28_3programa_mais_medicos.pdf)>. Acesso em: 26 abr. 2019.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n.1, p. 261-274, set. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0261.pdf>>. Acesso em 28 abr. 2019.

MOURÃO NETTO, J. J. et al. Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. **Rev. Panam Salud Publica**, [s.l.], v. 42, n. 2, p. 1-7, mar. 2018. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e2>>. Acesso em 08 jul. 2019.

OSBORNE, D.; GAEBLER, T. **Reinventando o governo**: como o espírito empreendedor está transformando o setor público. 10. ed. Brasília: MH Comunicação, 1998.

PEREIRA, F. J. R. et al. Perfil das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária subsidiando ações de saúde nas regiões brasileiras. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1008-1017, out-dez. 2015. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/sdeb/2015.v39n107/1008-1017/#>>. Acesso em 28 mar. 2019.

PINTO, H. A. et al. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. **Revista Divulgação em Saúde para o Debate**, Rio de Janeiro, n. 51, p. 105-120, out. 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>>. Acesso em 28 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. **Interface**, Botucatu, v. 21, Supl. 1, p. 1087-1101, ago. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v21s1/1807-5762-icse-1807-576220160520.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATAÍ. **Plano Municipal de Saúde: 2018 – 2021**. Gravataí: 2018. p. 326.

REHEM, T. C. M. S. B.; EGRY, E. Y. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 16, n. 12, p. 4755-4766, fev. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/24.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2019.

ROJAS, V. C. **Impactos na atenção básica do município de Pelotas/RS com a implantação do Programa Mais Médicos**. 2015. 40 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão Pública) – Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/131559>>. Acesso em: 04 jul. 2019.

SALAZAR, A. S. “**Programa Mais Médicos**”: um estudo do antes e do depois na estratégia de saúde da família (ESF) da Unidade de Saúde Augusta Meneguine no município de Viamão/RS. 2015. 30 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão em Saúde) – Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/130196>>. Acesso em: 04 jul. 2019.

SCHEFFER, Mário et al. Demografia Médica no Brasil 2018. São Paulo: [s.n.], 2018. Disponível em: <[http://www.flip3d.com.br/web/temp\\_site/edicao-97e48472142cfdd1cd5d5b5ca6831cf4.pdf](http://www.flip3d.com.br/web/temp_site/edicao-97e48472142cfdd1cd5d5b5ca6831cf4.pdf)>. Acesso em: 02 mai. 2019.

SORATTO, J. et al. Estratégia Saúde da Família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 584-592, abr-jun. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt\\_0104-0707-tce-24-02-00584.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00584.pdf)>. Acesso em 28 abr. 2019.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p.20-45, jul-dez. 2006. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-222006000200003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-222006000200003&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 28 abr. 2019.