

Interface - Comunicação, Saúde, Educação



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. Fonte: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000501181&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 jan. 2018.

REFERÊNCIA

PEREIRA, Lucélia Luiz; PACHECO, Leonor. O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e a garantia da atenção integral à saúde em áreas rurais na região amazônica, Brasil. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, supl. 1, p. 1181-1192, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000501181&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jan. 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0383>.

O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e a garantia da atenção integral à saúde em áreas rurais na região amazônica, Brasil

Lucélia Luiz Pereira^(a)
Leonor Pacheco^(b)

Pereira LL, Pacheco L. The challenges faced by the More Doctors Program in providing and ensuring comprehensive health care in rural areas in the Amazon region, Brazil. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1181-92.

The objective of this research was to assess how the More Doctors Program has been implemented in rural areas and the contributions made by providing physicians to ensure comprehensive health care. A study was conducted in a predominantly rural city in the state of Pará, involving 42 interviews with health professionals and managers, council members and users. The interviews then underwent content analysis. The results suggest that there have been improvements in primary health care – such as a higher number of consultations and expanded access to the primary care services offered – that can be attributed to the presence of the physicians and the use of more equitable strategies. However, there are still challenges to be confronted in order to ensure comprehensive health care in rural areas, such as maintenance of the program and overcoming recurrent problems, such as: lack of drugs and tests; limitations in follow-up on patients referred to other services; and weaknesses in the health care network.

Keywords: Primary care physicians. Rural areas. Health.

A pesquisa objetivou avaliar como o Programa Mais Médicos vem sendo implementado em áreas rurais e a contribuição do provimento de médicos para garantir atenção integral à saúde. Realizou-se estudo em município predominantemente rural no estado do Pará, conduzindo-se 42 entrevistas com: profissionais, gestores de saúde, conselheiros e usuários; submetem-se as entrevistas à análise de conteúdo. Os resultados sugerem melhorias na atenção primária à saúde – como aumento de consultas e ampliação do acesso aos serviços de atenção básica ofertados – atribuídas à presença do médico e às estratégias mais equitativas adotadas. No entanto, ainda persistem desafios a enfrentar para garantir atenção integral à saúde nas zonas rurais, como a manutenção do programa e a superação de problemas recorrentes, como: falta de medicamentos e exames, limitações no retorno dos pacientes referidos a outros serviços e fragilidades na rede de atenção à saúde.

Palavras-chave: Médicos de atenção primária. Áreas rurais. Saúde.

^(a) Departamento de Serviço Social, Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro. SER - ICC Norte, Brasília, DF, Brasil, 70910-900. lucelia@unb.br

^(b) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. DF, Brasil. leopac@unb.br

Introdução

Direito à saúde na perspectiva da integralidade da atenção

A saúde é direito de todos os cidadãos, reafirmado na Constituição Federal de 1988. Deve ser garantido de forma integral e universalizada. No Brasil, em 1988, foi implantado o Sistema Único de Saúde (SUS), com base nos princípios da Reforma Sanitária, com vistas a reorientar o modelo de atenção à saúde. Sendo assim, foi questionada a hegemonia do modelo biomédico de atenção, que enfatiza os aspectos individuais e biológicos, focando a assistência no adoecimento.

O SUS, em contraposição, defende um modelo de atenção integral onde as necessidades de saúde da população são consideradas no planejamento das ações assistenciais. Além disso, organiza o sistema com o objetivo de contemplar a promoção, prevenção, tratamento e recuperação a partir da atenção primária, secundária e terciária.

A integralidade da atenção, um dos princípios do SUS, pode ser compreendida a partir de duas dimensões ou níveis de análise: a primeira refere-se à organização da rede de serviços de saúde, onde percebe-se a necessidade de garantir ações articuladas de prevenção, promoção, proteção e recuperação, tanto no nível individual quanto coletivo, em todos os níveis de complexidade do sistema.

A segunda dimensão diz respeito à abordagem adotada na relação entre os atores (profissionais e usuários) tanto na oferta quanto demanda pelos serviços, ou seja, está relacionada ao processo de atenção, denotando a compreensão do indivíduo em sua totalidade, garantindo uma abordagem biopsicossocial^{1,2}.

Alguns autores ampliam o conceito de integralidade, considerando, além da organização dos serviços e compreensão do indivíduo: os atributos sobre o campo político³, garantia de equidade, com tratamento diferenciado para usuários em situação desigual, e foco da atenção no indivíduo⁴.

Para Ferreira⁵, a implementação de um sistema de saúde integral depende da relação entre outros princípios do SUS, como: universalidade, equidade e garantia do acesso. A universalidade expressa a ideia de que o Estado deve prestar atendimento a toda a população.

Semelhante à integralidade, o acesso também é alvo de debates, podendo se limitar à oferta de serviços de saúde à população; ou abarcar, também, a utilização e a qualidade da atenção no processo de cuidado, bem como se as respostas dadas pelo serviço são adequadas às necessidades apresentadas pela população, considerando o tempo, o espaço e a distância⁶.

Donabedian considera dois aspectos na definição de acessibilidade, um sócio-organizacional e outro geográfico⁷. O primeiro diz respeito a variáveis que influenciam o acesso à saúde, como: condição social, cultural, educacional e econômica. O segundo se refere à distância entre o serviço ofertado e o usuário. Portanto, abrange não só a disponibilidade de recursos, mas as características dos serviços e dos recursos, podendo potencializar ou limitar a utilização da rede pelos usuários⁸.

Em relação à equidade, pode ser entendida tanto numa perspectiva horizontal, tratamento igual para pessoas iguais, e vertical, definida como tratamento diferenciado entre indivíduos desiguais⁷. O princípio da equidade baseia-se na ideia de justiça social, objetivando reduzir diferenças sociais, a partir do atendimento diferenciado para necessidades diferenciadas⁹.

Características da atenção à saúde em áreas rurais

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a atenção primária configura-se como porta de entrada para o processo assistencial em saúde¹⁰. No entanto, na zona rural intensificam-se as desigualdades de acesso aos cuidados primários de saúde devido às diversas barreiras de acesso, relacionadas a questões geográfica, econômica, cultural e organizacional¹¹⁻¹³.

A população rural depende quase que exclusivamente do SUS para atenção à sua saúde. Devido à localização geográfica da UBS e às barreiras econômicas e de transporte para deslocamento,

geralmente os moradores das zonas rurais buscam serviços de saúde mais próximos da residência, havendo, assim, uma procura mais frequente pelo posto de saúde localizado na própria zona rural onde mora. A procura pela sede do município para atendimento geralmente ocorre na falta de profissionais de saúde na UBS ou devido à necessidade de atenção especializada.

Vários estudos apontam a dificuldade de recrutamento e fixação de profissionais no contexto rural, além de alta rotatividade dos profissionais das equipes do PSF¹⁴⁻¹⁶. Há diversos fatores relacionados a escassez de recursos humanos nessas regiões, dentre eles, destaca-se a localização geográfica, por serem áreas distantes dos grandes centros e, muitas vezes, de difícil acesso.

A população rural brasileira representa 18,75% da população total, cerca de 29,9 milhões de pessoas residindo em, aproximadamente, 8,1 milhões de domicílios, e 46,7% destas pessoas estão na linha de extrema pobreza¹⁷. Verifica-se que há uma tendência, no meio rural, de a população procurar os serviços de saúde majoritariamente em casos de doenças, e não para exames de rotina ou prevenção. Tais dados demonstram as especificidades desta população e a centralidade do SUS, uma vez que apresenta taxas menores de cobertura por plano de saúde se comparado à população residente em áreas urbanas¹⁸.

Considerando as iniquidades presentes no acesso aos serviços de saúde pela população do campo, o governo federal implantou, em 2013, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, visando à inserção social e o efetivo direito à saúde de populações historicamente excluídas do acesso aos serviços de saúde¹⁹. A política destaca que a população rural possui diversas desvantagens em relação à atenção à saúde, necessitando, portanto, de estratégias diferenciadas para a sua inclusão.

Nesse sentido, a política prevê a promoção da saúde das populações do campo, da floresta e das águas por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça/cor, etnia e orientação sexual, visando: o acesso aos serviços de saúde, à redução de riscos e agravos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas, e a melhoria dos indicadores de saúde e qualidade de vida¹⁹.

A integralidade da atenção à saúde nas áreas rurais é um desafio a ser enfrentado, uma vez que apresentam características que comprometem os princípios da universalidade e equidade no acesso e na utilização dos serviços. Nesta direção, em 2013, o governo federal implantou o Programa Mais Médicos (PMM), com o objetivo de fortalecer a atenção primária e reduzir o déficit de médicos em diversas áreas, dentre elas, nas zonas rurais e periferias dos grandes centros^{20,21}. O PMM supre a escassez da oferta de médicos na atenção primária à saúde a partir das seguintes medidas: 1) chamada de médicos para atuar em regiões mais necessitadas, onde há escassez e ausência desses profissionais; 2) oferta de cursos e formação dos médicos, com expansão de vagas de graduação de medicina e residência médica; 3) investimento em infraestrutura e equipamentos nas Unidades de Saúde.

O PMM foi instituído pela Medida Provisória n.621, de 08 de julho de 2013, e convertida em Lei n.12.871/2013, representando um pacto de melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)^{20,21}. Para atuação nos municípios, os médicos selecionados pelo Programa recebem uma bolsa de dez mil reais (R\$ 10.000) por mês, que é paga pelo Ministério da Saúde, ficando o município responsável pelo provimento de moradia, alimentação e transporte para a realização das atividades. O contrato com o médico é realizado por um período de três anos, podendo ser renovado uma vez, por igual período. As vagas do PMM podem ser preenchidas tanto por médicos formados em Universidades brasileiras ou com diploma revalidado no país, quanto médicos formados em instituições de Educação Superior estrangeira. É importante destacar que ocorre uma sequência de prioridades em relação à seleção dos médicos.

O presente trabalho tem por objetivo analisar de que forma o PMM vem sendo implementado nas áreas rurais de um município no estado do Pará, e as contribuições dos médicos nas equipes do PSF rurais para garantir atenção à saúde da população do município.

Percurso Metodológico

Realizou-se estudo de caráter qualitativo em um município no estado do Pará, a partir da realização de 42 entrevistas semiestruturadas com: 18 profissionais das equipes ESF, cinco gestores, quatro médicos do PMM, um representante do conselho municipal de saúde e 14 usuários. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas.

Os roteiros de entrevistas utilizados para usuários, médicos, profissionais das ESF, gestores e conselheiro buscaram apreender as percepções dos diferentes atores sobre a implementação do PMM e suas contribuições para melhorias na atenção à saúde. Para tal, foram incluídas questões sobre: situação de saúde nas comunidades, principais problemas de saúde percebidos, oferta de serviços pelo município, avaliação sobre implantação do PMM, bem como mudanças percebidas após atuação dos médicos do programa.

No caso dos gestores, optou-se por realizarem-se entrevistas com profissionais envolvidos diretamente na coordenação das ações de atenção básica, como: coordenadores da atenção básica, secretário de saúde e assessores. Já os usuários, médicos e profissionais das ESF entrevistados foram identificados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde foram alocados os médicos do PMM. A escolha foi por conveniência, ou seja, os atores estavam na UBS e foram convidados a participarem da pesquisa. Para a escolha do representante do controle social, priorizou-se o presidente do conselho local de saúde. Destaca-se que as entrevistas foram conduzidas respeitando as normas éticas de sigilo e anonimato, e o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado por Comitê de Ética.

Em relação ao perfil dos profissionais entrevistados, destaca-se que foram entrevistados: nove Agentes Comunitários de Saúde, dois enfermeiros, dois dentistas, três técnicos de enfermagem e três auxiliares, sendo que a maioria (12) possui mais de seis anos de atuação no município. Dos quatro médicos do PMM entrevistados, três estavam atuando na equipe de ESF há mais de dois anos. No caso dos usuários, foram entrevistados três homens, todos trabalhadores rurais, sendo um deles aposentado. Das 11 mulheres usuárias, todas afirmaram terem sido trabalhadoras rurais, no entanto, somente três permanecem nesta atividade, cinco são donas de casa e três são vendedoras.

Adotou-se a técnica de análise de conteúdo, com foco nas etapas, empregada por Bardin²²: pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados. Na execução das etapas de análise, utilizou-se, como ferramenta de apoio, o software Atlas-ti, procedendo, assim, à sistematização e categorização das informações e a análise à luz da literatura, com foco nas questões pertinentes ao estudo.

Resultados

O município em estudo foi criado na década de 1990 e localiza-se a cerca de duzentos quilômetros de Belém. Possui uma população pouco abaixo de trinta mil habitantes, que vivem, majoritariamente, na área rural (74%), segundo estimativa do IBGE de 2010. A principal atividade econômica é a agricultura. Mas, existem outras ocupações no Município, como a pesca e extração vegetal.

A rede de atenção primária à saúde neste município é constituída por nove PSF, sendo: três Estratégia Saúde da Família (ESF) e seis Estratégia Saúde da Família – Saúde Bucal (ESFSB), um Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) urbano e um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Em relação à atuação do PMM, os quatro médicos do Programa atuam em ESFSB rurais.

Atuação do Programa Mais Médicos: mudanças e desafios na APS em áreas rurais no estado do Pará

O PMM foi implantado no município em 2013, com a alocação de quatro médicos de nacionalidade cubana. Foram designados para atuar em quatro UBS localizadas em áreas rurais para compor as

equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Três UBS fazem parte do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS), sendo que duas unidades já foram inauguradas.

Os profissionais das UBS estudadas destacam o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção de agravos, tais como: consultas, imunização, cadastro e acompanhamento de usuários portadores de doenças crônicas, pré-natal, crescimento e desenvolvimento, visitas domiciliares e, em menor frequência, atividades em grupo e educativas na UBS e, também, em outros espaços, por exemplo, escolas.

De acordo com alguns profissionais, antes do PMM, um dos principais desafios enfrentados era a continuidade da atenção aos usuários, sobretudo de pacientes com doenças crônicas. Na fala de profissionais e usuários, este problema foi reduzido com a atuação dos médicos do PMM, tanto pela atuação mais presente na UBS, reduzindo a rotatividade existente, quanto pelo maior estabelecimento de vínculo com os usuários:

“Eu acredito assim, que é um programa muito bom porque eles cumprem o horário mesmo, antes as pessoas vinham e davam viagem perdida porque não tinha médico ou vinha muito pouco, faltava”. (Profissional de Saúde, PSF 1)

“Antes eu vinha aqui, chegava e sempre falavam que o médico não tava. Agora depois que entrou a médica cubana, sempre tá aqui, já vim de manhã, já vim a tarde, aí já animo mais a frequentar aqui ne”? (Usuária, PSF 4)

Por um lado, a presença dos médicos aumenta a assiduidade dos usuários no serviço e o acompanhamento das enfermidades, garantindo um maior acesso à atenção à saúde. Vários usuários apontam a importância de ter atenção médica todos os dias na área rural, e destacam o tratamento diferenciado oferecido pelos médicos cubanos: “Ela atende bem, é bem atenciosa. Assim, nas primeiras vezes que eu vim consultar, eu ficava com vergonha porque ela olha pra gente, quer conversar, pergunta um monte de coisas. Mas agora eu já acho bom ela ser assim com todo mundo” (Usuária, PSF 3).

Por outro lado, esta realidade evidencia a permanência de um modelo onde a referência do cuidado está centrado na figura do médico. Verificou-se a necessidade de uma atuação mais intensa das equipes para garantir uma atenção qualificada. Os usuários apontaram diversas situações de atenção, por parte dos profissionais, que podem estar comprometendo o estabelecimento de vínculo, tais como: mudança frequente de enfermeiros e dentistas na área, falta de privacidade e sigilo nos atendimentos, acolhimento inadequado e desqualificação de alternativas terapêuticas adotadas com base em práticas culturais, como: automedicação, benzenção e medicação caseira.

O conhecimento da realidade dos usuários e das necessidades de sobrevivência pode auxiliar à compreensão das equipes sobre as características do público atendido, buscando formas de não culpabilização das estratégias utilizadas para o atendimento, ao mesmo tempo que facilita a criação do vínculo, necessário ao fortalecimento da perspectiva de promoção da saúde.

Neste sentido, destaca-se, também, que a criação de vínculo entre usuário e serviço depende, ainda, da confiança estabelecida com os profissionais, por isso, a postura no atendimento é crucial. O relato de alguns usuários sobre a falta de sigilo e privacidade no atendimento dificulta essa aproximação, sobretudo em momentos que exigem certa intimidade/cumplicidade, exemplo do exame preventivo de câncer do colo do útero, pela maior exposição das usuárias.

Desta forma, é importante oferecer um acolhimento voltado às necessidades de saúde dos usuários, considerando características importantes deste grupo, nem sempre consideradas pelas equipes: alta vulnerabilidade socioeconômica e situações de insegurança alimentar, baixa escolaridade, realização de atividades laborais vinculadas à agricultura de subsistência, exigindo esforço físico, o que pode explicar os problemas de coluna relatados por vários usuários; e a situação de moradia, sem rede de esgoto, saneamento básico e água tratada, o que pode ocasionar diversas enfermidades.

Outros três fatores interferem na procura e continuidade da utilização dos serviços pelos usuários: a acessibilidade geográfica, falhas na atenção relacionadas à falta de medicamentos e dificuldades na realização de exames e, por último, limitações da rede de atenção especializada. Em relação ao primeiro fator, verificou-se que grande parte dos usuários da UBS entrevistados mora distante tanto da UBS de referência quanto da sede do município. Portanto, a barreira geográfica, composta pela distância e, também, pela má qualidade das estradas é uma realidade da zona rural, agravada pelo fato de que o transporte coletivo não é frequente e que a condição financeira dos usuários, nem sempre, permite o deslocamento pago.

Por isso, os médicos entrevistados destacam que o conhecimento da realidade dos usuários motivou a adoção de estratégias que permitem, a partir da organização da agenda, contemplar as necessidades dos moradores mais distantes – o que reflete numa maior quantidade de atendimentos por demanda espontânea ou definição de dias específicos para atendimento de moradores de áreas mais isoladas, buscando associar aos dias de transporte público.

Em relação ao segundo fator, houve diversas queixas por parte dos usuários e profissionais nas entrevistas. Usuários e profissionais destacam que a falta de medicamentos é uma questão recorrente no município, e que nem todos os pacientes têm condições financeiras para adquirirem a medicação, deixando, assim, de realizar o tratamento adequado para o controle da enfermidade crônica apresentada e prevenção de possíveis complicações.

No que diz respeito à realização de exames, tanto profissionais quanto usuários afirmam que há falhas na prestação deste serviço. As usuárias grávidas, por exemplo, apontam que, muitas vezes, o município não tem vaga para marcar exames de rotina para acompanhamento do pré-natal, por isso, realizam os procedimentos em clínicas particulares. No entanto, os profissionais reconhecem que a realidade econômica das usuárias limita a utilização da assistência privada, deixando, portanto, de realizarem os exames em tempo hábil para avaliação do desenvolvimento da criança.

Por fim, a questão da limitada referência e contrarreferência também pode ser considerada um fator que contribui para reduzir a participação dos usuários nas ações dos PSF estudados. Muitas falas dos usuários destacam a dificuldade de agendamento de consulta com especialistas, e que, às vezes, a utilização da UBS se configura como uma passagem burocrática para acessar a rede especializada de serviços. Por isso, alguns usuários não compreendem o PSF como uma estratégia de promoção de saúde, revelando uma crença cultural de que a atenção especializada tem uma resposta mais efetiva às suas demandas de saúde.

“Na atenção básica, eu posso me esforçar em oferecer uma consulta de qualidade para o usuário, mas as vezes eu vou precisar de exames complementares e de direcionar a pessoa para um especialista, as vezes essa continuidade não acontece”. (Médico PMM)

Contudo, diversos usuários apontam uma alteração de compreensão a partir da atuação dos médicos do PMM, e a participação na UBS já não é motivada somente pela busca de encaminhamento, mas, também, para resolução de problemas, antes considerados da esfera da atenção especializada, não somente por desconhecimento das atribuições da APS, mas, também, devido à falta de médicos para comporem as equipes do PSF.

Percebeu-se uma convergência nos apontamentos dos entrevistados sobre os desafios para a melhoria da integralidade da atenção à saúde no município, abrangendo três grupos: 1) falta de estrutura (exames, medicamentos, transporte e rede de referência e contrarreferência); 2) falhas no estabelecimento de vínculo com os usuários de forma que a referência seja a equipe e não somente o médico, potencializando uma atenção integral; 3) necessidade de aperfeiçoamento de recursos humanos, para melhor atuação das equipes do PSF, abrangendo cumprimento de carga horária, redução da rotatividade e realização de mapeamento do território para que a atuação esteja voltada às necessidades dos usuários, compreendendo as especificidades das áreas rurais.

Em relação às percepções de mudanças ocorridas após atuação dos médicos do PMM, as falas dos entrevistados podem ser sistematizadas em três subgrupos. Um primeiro grupo destaca a existência de uma prática clínica diferenciada. Os entrevistados avaliam positivamente o programa a partir de

elementos como modo de acolhimento e qualidade da atenção. Para os usuários, os médicos cubanos são “mais humanos”, uma vez que, durante a realização das consultas, são atenciosos, dialogam e buscam estratégias para criação do vínculo.

No segundo subgrupo, estão as questões relacionadas à permanência do médico no PSF. Os entrevistados destacam que a permanência no serviço possibilita a continuidade do cuidado e o acompanhamento dos usuários por um período mais prolongado, o que possibilita o conhecimento das necessidades particulares do público atendido, buscando contemplar usuários que trabalham na agricultura pela manhã ou, então, que residem em áreas rurais muito distantes. Tais estratégias contribuem não só para a criação de vínculos, mas, também, para a realização de atividades de médio prazo que possam: auxiliar no processo de promoção de saúde e prevenção de agravos à saúde, aumentar a resolutividade das ações e reduzir a procura por serviços hospitalares.

Por fim, no terceiro subgrupo estão as respostas associadas à realização da atenção primária. Para vários entrevistados, apesar de o sistema de saúde local ainda possuir uma lógica assistencial medicalizada, a atuação dos médicos do PMM fortaleceu a perspectiva da atenção primária à saúde, a partir da realização de: atividades de educação em saúde, planejamento das ações junto com a equipe, e realização mais frequente de visitas domiciliares. Esse diferencial de cuidado tem possibilitado uma maior participação dos usuários nas atividades do PSF e, também, uma maior organização das demandas por atendimentos.

Quadro 1. Desafios do Programa Mais Médicos segundo a percepção dos atores-chave entrevistados. Pará, 2015

Desafios apontados em relação ao Programa	Gestores	Profissionais PSF	Médicos PMM	Representante do Conselho	Usuários
Redução de recursos do governo federal para equipes do PSF com médicos do PMM	X				
Dificuldades na comunicação com médicos/ compreensão da língua		X			X
Preconceito em relação à atuação de médicos cubanos			X	X	X
Sustentabilidade do Programa	X	X	X	X	X
Dificuldade de as equipes e gestores reconhecerem a importância do trabalho em rede com outras áreas			X		

Fonte: Dados coletados em campo

No que diz respeito aos desafios de implementação do PMM, destaca-se que a preocupação sobre a sustentabilidade do programa foi unânime entre os entrevistados. Apesar de os gestores reconhecerem a importância do PMM para aumentar a assistência e qualidade da atenção à saúde no município, não houve falas sobre intenção de renovação da adesão ao PMM. Uma das razões que podem explicar este fato é o destaque dado pelos gestores à perda de recursos financeiros ocasionados pelas equipes compostas por médicos do PMM. Já os usuários, além do desafio vinculado à sustentabilidade do PMM, destacam que, no início, apresentaram dificuldades para compreensão da “língua do médico”, mas que esta dificuldade foi reduzida com o tempo.

Os médicos do PMM destacam, como principal desafio, a dificuldade de compreensão e reconhecimento, de profissionais e gestores, do trabalho desenvolvido por eles na atenção básica. Os médicos acreditam que falta uma compreensão mais aprofundada, por parte do município, sobre o papel da atenção básica e sobre a importância do trabalho em rede, que deve ser realizado não só nos diferentes níveis assistenciais na saúde, mas também exige uma aproximação com profissionais de diferentes áreas que possam contribuir para a promoção da saúde.

Outra questão ressaltada pelos médicos é a influência que a polêmica gerada em torno do programa provoca na avaliação da atuação dos médicos e na confiança que a população tem no trabalho realizado. Admitem que, no cotidiano, enfrentam algumas dificuldades relacionadas ao preconceito e desconfiança em relação ao trabalho desenvolvido. Reconhecem, no entanto, que os profissionais, aos poucos, têm compreendido a perspectiva de saúde e estratégias de trabalho utilizadas com intuito de fortalecer a atenção primária municipal.

Discussão

A análise sobre a implementação do PMM em PSF rurais do estado do Pará sugere uma melhora na atenção primária à saúde nestas localidades. Essa melhora ocorreu tanto em relação ao aumento de consulta e melhorias na atenção à saúde quanto na ampliação do acesso aos serviços ofertados pela UBS a partir de estratégias mais equitativas adotadas no planejamento das ações realizadas.

Um dos desafios ressaltados pelos médicos do PMM está relacionado à concepção limitada de atenção primária e de promoção da saúde que impede uma articulação em rede no município. Ressalta-se que a defesa da concepção ampliada de saúde significa compreender que a promoção da saúde envolve atuação não só na política específica, mas articulação setorial com outras áreas que também têm efeitos sobre a saúde²³.

Outro desafio apontado pelos médicos do PMM diz respeito à resistência apresentada por alguns profissionais sobre a atuação de médicos cubanos. Realidade semelhante foi observada em experiências similares em outros países²⁴⁻²⁶. No entanto, estudos mostram as contribuições dos médicos cubanos para a melhoria dos serviços de saúde em países participantes da cooperação, inclusive, no Brasil²⁷⁻³¹. Além disso, a pesquisa identificou que grande parte dos usuários e profissionais entrevistados avaliaram satisfatoriamente tanto o programa quanto a atuação dos médicos.

A alocação de médicos em áreas rurais do município foi avaliada como muito importante, tendo em vista que tais áreas apresentavam ausências recorrentes e alta rotatividade destes profissionais nas equipes do PSF.

É importante acrescentar que o estudo realizado apresenta limitações referentes à definição da população usuária participante. A escolha dos usuários ocorreu nas unidades de saúde, o que, em alguma medida, pode ter influenciado na avaliação positiva da implementação do Programa e na satisfação com o atendimento dos médicos do PMM, uma vez que os entrevistados estavam utilizando o serviço de saúde. Apesar de explicitar tal limitação, destaca-se que o estudo apresenta resultados semelhantes a outras investigações sobre o PMM que mostram uma alta satisfação dos usuários e, também, de profissionais com a implementação do Programa^{29,31}.

Metade da população mundial vive em áreas rurais e remotas e enfrenta dificuldades para o acesso adequado e equitativo a cuidados de saúde³². No caso da população rural, a questão da escassez de profissionais para trabalhar nestas áreas, bem como as barreiras relacionadas à distância das unidades de saúde, que dificultam o acesso da população, são relatadas em diversos estudos^{24,33}. Por isso, geralmente, os médicos cubanos são alocados em áreas rurais, distantes e remotas, ou seja, locais onde há dificuldades para provisão de médicos³⁴.

Observou-se que a população estudada vivencia uma acentuada vulnerabilidade social e de saúde, pelas dificuldades financeiras e, também, pela inadequada condição higiênico-sanitária. Esta é uma realidade apontada por outros estudos que abordam as condições de habitantes em áreas rurais^{35,36}.

No que diz respeito à atenção à saúde, os resultados evidenciaram que ocorreram avanços na operacionalização das práticas de saúde e processos de trabalho. No entanto, um fortalecimento mais efetivo depende também de avanços na dimensão organizativa/gerencial, ou seja, reorganização das ações e serviços e estabelecimento de relações entre as unidades de prestação de serviços³⁷. A valorização da atenção básica depende de uma combinação de estratégias que passa pela organização tanto dos processos de trabalho, como, também, da organização dos níveis de complexidade para efetivar a continuidade da atenção.

Os resultados indicam que muitos usuários tendem a valorizar os serviços especializados, voltados para a utilização de tecnologia e consumo de medicamentos³⁷. No entanto, ainda que inicial, percebeu-se que a UBS tem deixado de ser uma etapa burocrática para acessar a atenção hospitalar. Os usuários afirmam que a permanência dos médicos estimula a procura pelos serviços ofertados pelo PSF e possibilita uma maior participação em ações de educação em saúde ofertadas.

Por outro lado, ressalta-se a necessidade de se reforçar a atuação em equipe, como preconizado pela atenção primária^{10,38}. Os resultados apontam que os médicos do PMM buscam reforçar o trabalho em equipe tanto no planejamento das atividades da UBS quanto na realização das visitas domiciliares e ações de educação em saúde, no entanto, permanece a procura dos usuários por consultas médicas individualizadas.

Uma das explicações para a permanência desta realidade é o limitado vínculo da equipe com os usuários, relatado em diversas entrevistas que apontam inadequações no acolhimento, resultantes de falta de diálogo com os usuários, e a quantidade insuficiente de ações de educação em saúde. Portanto, as equipes de saúde do PSF devem intensificar as ações de diagnóstico em saúde nos territórios, para o conhecimento das necessidades dos usuários.

Ressalta-se a necessidade de futuros estudos qualitativos sobre a atuação do PMM em áreas rurais com públicos específicos, tais como: quilombolas, indígenas e ribeirinhas. Além disso, seria importante a realização de investigações quantitativas com o intuito de ampliar o escopo amostral e a generalização dos resultados.

Considerações finais

A investigação aponta que o PMM tem contribuído para um maior acesso das populações rurais à atenção primária à saúde, ainda que limitações nos cuidados à saúde permaneçam, tais como: falhas na atenção relacionadas à falta de medicamentos, dificuldades na realização de exames e limitações da rede de atenção especializada.

Há evidências de que os médicos do PMM adotam uma prática profissional que busca atender as especificidades da população rural, a partir de algumas estratégias: expansão de ações de educação em saúde, planejamento das ações junto com a equipe e melhor organização da agenda, buscando contemplar necessidades de moradores que residem em áreas distantes e/ou isoladas, realização mais frequente de visitas domiciliares, maior continuidade da atenção à saúde, possibilitando uma criação de vínculo, principalmente de usuários com doenças crônicas, maior presença nos serviços de saúde, ocorrendo conseqüentemente uma redução da rotatividade. Por fim, outro diferencial do PMM, relatado tanto por usuários quanto por profissionais, é o tratamento diferenciado oferecido pelos médicos cubanos, que demonstra uma prática clínica que respeita a cultura dos moradores, evidenciada num maior diálogo e atenção às demandas e necessidades particulares do público rural atendido.

A questão central a ser problematizada pelos órgãos governamentais e também pelas instâncias de controle social nos municípios são as estratégias a serem adotadas para garantir a sustentabilidade dos avanços alcançados com o PMM, ou seja, faz-se necessário discutir políticas de cunho estrutural que fortaleça as ações governamentais de garantia de acesso com qualidade às ações de saúde pelos usuários das zonas rurais.

A redução das inequidades e o fortalecimento da integralidade da atenção à saúde depende, sobretudo, da garantia do provimento de profissionais nas equipes dos PSF rurais. Depende, ainda, do desenvolvimento de estratégias que busquem enfrentar problemas recorrentes nos serviços de saúde na zona rural, como: as barreiras geográficas, a falta de medicamentos e de agendamentos de exames, as limitações da referência e contrarreferência e, especialmente, as fragilidades na rede de atenção.

Portanto, o fortalecimento da atenção primária à saúde nas zonas rurais estudadas e a garantia dos princípios de universalidade, integralidade e equidade, dependem não só da atuação dos médicos do PMM, mas de: uma aglutinação de saberes profissionais das equipes, respeito às práticas tradicionais de cuidados à saúde, uma articulação efetiva entre os vários níveis de cuidado e, por fim, a promoção

de estratégias que contemplem necessidades específicas do público rural, garantindo a prestação dos cuidados à saúde a seus moradores.

Colaboradores

Lucélia Pereira: Concepção do artigo, coleta de dados, análise dos resultados e revisão final do texto. Leonor Pacheco: Discussão e análise dos resultados, tradução dos resumos e revisão do texto.

Referências

1. Dalmaso ASW. Oferta e consumo de ações de saúde: como realizar o projeto da integralidade? *Saude Debate*. 1994;(44):35-8.
2. Giovanella L, Lobato LVC, Carvalho AI, Conill EM, Cunha EM. Integralidade da atenção em sistemas municipais de saúde: metodologia de avaliação e intervenção. *Saude Debate*. 2002;26(60):37-61.
3. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Uerj/IMS; Abrasco; 2001. p. 43-68.
4. Furtado LAC, Tanaka OY. Processo de construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso. *Rev. Saúde Pública*. 1998; 32(6):587-95.
5. Ferreira SC, organizador. *Gestão em saúde: contribuições para a análise da integralidade*. Rio de Janeiro: EPSJV; 2009.
6. Iturri JA. Acesso e integralidade da atenção. *Tempus*. 2014;8(1):85-90.
7. Sanchez RM, Cicoelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(3):260-8.
8. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Pública*. 2004;20(2):190-8.
9. Cunha JPP, Cunha RRE. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. In: Campos FE, Oliveira Jr M, Tonon LM, organizadores. *Cadernos de saúde I. Planejamento e gestão em saúde*. Belo Horizonte (MG): Coopmed; 1998. p. 11-26.
10. Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
11. Vieira EWR. Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do Município de Jequitinhonha. Jequitinhonha [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.

12. Arcury TA, Gesler WM, Preisser JS, Sherman J, Spencer J, Perin J. The effects of geography and spatial behavior on health care utilization among the residents of a rural region. *Health Ser Res.* 2005;40(1):135-56.
13. Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad Saude Publica.* 2007;23(10):2490-502.
14. Dolea C, Stormont L, Braichet JM. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bull World Health Organ.* 2010;88(5):379-85.
15. Silva, AS, Nogueira DA, Paraizo CMS, Fracoli LA. Assessment of primary health care: health professionals' perspective. *Rev Esc Enferm USP.* 2014; 48:122-8.
16. Pitilin EB, Lentsck MH. Atenção Primária à Saúde na percepção de mulheres residentes na zona rural. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* 2015; 49(5): 726-732.
17. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Políticas de promoção da equidade em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
18. Almeida FM, Barata RB, Montero CV, Silva ZP. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. *Cienc Saude Coletiva.* 2002;7(4):743-56.
19. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política nacional de saúde integral das populações do campo e da floresta. 1a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
20. Lei no 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 22 Out 2013.
21. Medida Provisória no 621, de 8 de Julho de 2013. Institui o "Programa Mais Médicos" e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 9 Jul 2013.
22. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010.
23. Catrib AMF, Dias MSA, Frota MA, organizadoras. Promoção da saúde no contexto da estratégia saúde da família. Campinas(SP): Saberes; 2012.
24. Asante AD, Negin J, Hall J, Dewdney J, Zwi AB. Analysis of policy implications and challenges of the Cuban health assistance program related to human resources for health in the Pacific. *Hum Resour for Health.* 2012;10:1-10.
25. Henrique F, Da Ros MA, Goronzi T, Soares GB, Gama LA. Modelo de atenção primária à saúde na Venezuela, misión barrio adentro I: 2003-2006. *Trab Educ Saude.* 2014;12(2):305-26.
26. Villanueva T, de Albornoz SC. Venezuelan doctors resent presence of thousands of Cuban doctors in their country. *Br Med J.* 2008;336(7644):579.
27. Cuban Headlines. Cuban doctors inaugurated new health services in Tuvalu a small Pacific island [Internet]. Valencia; 2010 [acesso 8 Mar 2016]. Disponível em: <http://www.cubaheadlines.com>
28. Fawthrop T. Impoverished Cuba sends doctors around the globe to help the poor. *Sydney: The Sydney Morning Herald;* 2006.
29. Tribunal de Contas da União (BR). Auditoria operacional: Programa Mais Médicos. Projeto Mais Médicos para o Brasil. Avaliação da eficácia do programa. Brasília:TCU; 2014 (TC no 005.391/2014-8).
30. Molina J, Fortunato MA, Suárez J, Oliveira G, Cannon, LRC. O Programa Mais Médicos e as Redes de Atenção à Saúde no Brasil. *Divulg Saude Debate.* 2014;(52):190-201.

31. Pereira LL, Silva HP, Santos LMP. Projeto Mais Médicos para o Brasil: estudo de caso em comunidades quilombolas. *Rev ABPN*. 2015;7(16):28-51.
32. Rourke J. WHO Recommendations to improve retention of rural and remote health workers - important for all countries. *Rural Remote Health*. 2010;10(4):1654.
33. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Cienc Saude Coletiva*. 2006;11(4):975-86.
34. Werlau, Maria C. Cuba-Venezuela health diplomacy: the politics of humanitarianism. In: *Papers and Proceedings of the 20th Annual Conference of the Association for the Study of the Cuban Economy*; 2010; Miami, Florida. *Cuba in Transition: Volume 20*. Florida; 2010. [citado 10 Fev 2016]. Disponível em: <http://www.ascecuba.org/c/wp-content/uploads/2014/09/v20-werlau.pdf>
35. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Banco de Dados Agregados (PNAD), 2011 [Internet]. 2011 [acesso 20 Jan 2016]. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/pnad/pnadpb.asp?o=3&i=P>
36. Costa CC, Guilhoto JJM. Saneamento rural no Brasil: impacto da fossa séptica biodigestor. *Eng Sanit Ambient*. 2014;19(no esp):51-60.
37. Teixeira CF, Solla JP. Modelo de atenção à saúde. Promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: Edufba; 2006.
38. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ª Edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

Pereira LL, Pacheco L. El desafío del Programa Más Médicos para la provisión y garantía de la atención integral de la salud en áreas rurales en la región amazónica, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1181-92.

El objetivo de la encuesta fue evaluar cómo se ha implementado el Programa Más Médicos en áreas rurales y la contribución de la provisión de médicos para asegurar atención integral de la salud. Se realizó un estudio en un municipio predominantemente rural en el estado de Pará, por medio de 42 entrevistas con profesionales, gestores de salud, consejeros y usuarios y las mismas pasaron por análisis de contenido. Los resultados sugieren mejoras en la atención primaria de la salud, como aumento de consultas y ampliación de acceso a los servicios de atención básica ofrecidos, atribuidas a la presencia del médico y a las estrategias más equitativas adoptadas. No obstante, todavía persisten desafíos que hay que enfrentar para asegurar la atención integral de la salud en las zonas rurales y también el mantenimiento del Programa y la superación de problemas recurrentes, tales como falta de medicamentos y exámenes, limitaciones en el retorno de los pacientes referidos a otros servicios y fragilidad en la red de atención de la salud.

Palabras clave: Médicos de atención primaria. Áreas rurales. Salud.

Submetido em 13/03/15. Aprovado em 05/07/15.