



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**



ANA FLÁVIA SILVA AMORIM ARRUDA

**AVALIAÇÃO DAS REDES DE SAÚDE ATRAVÉS DA VISÃO DOS MÉDICOS
DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS DO BRASIL NA PARAÍBA**

JOÃO PESSOA - PB

2019

ANA FLÁVIA SILVA AMORIM ARRUDA

**AVALIAÇÃO DAS REDES DE SAÚDE ATRAVÉS DA VISÃO DOS MÉDICOS
DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS DO BRASIL NA PARAÍBA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal da Paraíba, para obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Sérgio Soares Sousa

JOÃO PESSOA - PB

2019

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

A779a Arruda, Ana Flavia Silva Amorim.

Avaliação das redes de saúde através da visão dos médicos do programa Mais Médicos do Brasil na Paraíba / Ana Flavia Silva Amorim Arruda. - João Pessoa, 2019. 100 f.

Orientação: Eduardo Sérgio Soares Sousa.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCM.

1. Redes de atenção à saúde. 2. Integralidade. 3. Acesso. I. Sousa, Eduardo Sérgio Soares. II. Título.

UFPB/BC


ANA FLÁVIA SILVA AMORIM ARRUDA

**AVALIAÇÃO DAS REDES DE SAÚDE ATRAVÉS DA VISÃO DOS MÉDICOS
DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS DO BRASIL NA PARAÍBA**

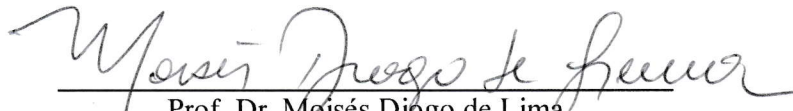
Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da
Universidade Federal da Paraíba, para obtenção do grau de Mestre.

Data: 25/04/2019
Resultado: APROVADO.

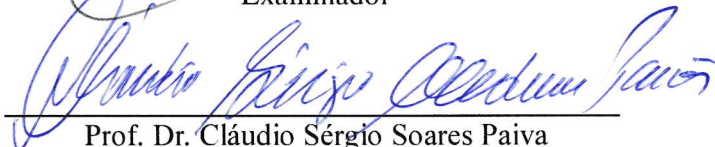
Banca Examinadora



Prof. Dr. Eduardo Sérgio Soares Sousa
Orientador



Prof. Dr. Moisés Diogo de Lima
Examinador



Prof. Dr. Cláudio Sérgio Soares Paiva
Examinador

Dedico este trabalho aos meus filhos, a mola propulsora de minha vida, o motivo pelo qual todos os dias tento fazer o meu melhor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, em especial a meus pais e a meu esposo que me apoia diuturnamente em minhas escolhas e que com paciência e compreensão entenderam o período de ausência para dedicação a este trabalho;

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Eduardo que me oportunizou aprofundar meus conhecimentos neste mundo envolvente da saúde coletiva, em especial neste tema tão profícuo;

Ao meu colega e chefe, Prof. Dr. Moisés, que tem sido espelho de conduta no desenvolver das ações gerenciais pertinentes ao tema aqui estudado e trabalhado na lida diária assim como também alavanca mestra para a conclusão deste trabalho;

Agradeço aos professores do curso e aos colegas, em especial a Alexandre, por todo o seu desprendimento, possibilitando a realização desta discussão.

RESUMO

Redes de Atenção à Saúde são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logísticos e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). O trabalho de saúde no formato de Redes é internacionalmente reconhecido como um modelo eficaz quando se pensa em promover saúde integralmente e também quando se faz necessário equalizar a distribuição dos serviços em grande área populacional ou territorial com responsabilidade sanitária e econômica. Desenvolver o princípio da integralidade foi e continua a ser um grande desafio enfrentado pelo Estado; desafio este, entre outros aspectos, muito relacionado à dificuldade de acesso aos serviços ofertados e à necessidade de coordenação do cuidado, que implica em permanente comunicação entre os serviços; para o qual necessitamos de uma atenção primária funcionante e robusta. O presente trabalho buscou, através da visão dos profissionais do Programa Mais Médicos do Brasil no estado da Paraíba, desenhar o acesso às redes de atenção à saúde no estado da Paraíba. Foi possível também desenvolver o perfil sócio demográfico dos profissionais atuantes no programa assim como caracterizar através da impressão destes profissionais, tanto o acesso às redes por macrorregião de saúde quanto a existência de hierarquização do trabalho em saúde.

Palavras-chave: Redes de atenção à saúde. Integralidade. Acesso.

ABSTRACT

Healthcare Networks are organizational arrangements of actions and health services of different technological densities integrated through technical, logistical and management support systems which seek to guarantee comprehensive healthcare (BRASIL, 2010). Health work in the Network format is internationally recognized as an effective model when it is thought to promote health in its entirety, and also when it becomes necessary to equalize the distribution of services in a large population or territorial area with economic and health responsibility. Developing the principle of comprehensiveness has been and continues to be a major challenge faced by the State; this challenge, among other aspects, is very much related to the difficulty to access the offered services and the need for care coordination, which implies continual communication between services, and for which we need functional and robust primary healthcare. The present study sought to design the access to healthcare networks in the state of Paraíba from the perspective of the professionals in the “More Doctors” Program of Brazil in the state of Paraíba. It was also possible to develop the socio-demographic profile of the professionals working in the program, as well as to characterize both access to networks by macro health region and the existence of a hierarchy in health work through the impression of these professionals.

Keywords: Healthcare networks. Comprehensiveness. Access.

LISTA DE SIGLAS

AS	Academia de Saúde
CAPs	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades odontológicas
Conass	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
Conasems	Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
PMMB	Programa Mais Médicos do Brasil
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	09
1	INTRODUÇÃO.....	10
2	JUSTIFICATIVA.....	25
3	OBJETIVOS.....	26
3.1	Objetivo Geral.....	26
3.2	Objetivos Específicos.....	26
4	METODOLOGIA.....	27
4.1	Desenho do Estudo.....	27
4.2	População.....	27
4.3	CrITÉrios de Inclusão e Exclusão.....	27
4.4	Procedimentos Operacionais.....	27
4.5	Técnicas de Análise.....	28
4.6	Considerações Éticas sobre a Pesquisa.....	28
	REFERÊNCIAS.....	29
	CAPÍTULO II – 1º ARTIGO: AVALIAÇÃO DA POSSIBILIDADE DE ACESSO AOS PRINCIPAIS PONTOS DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ESTADO DA PARAÍBA PELA VISÃO DOS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS.....	32
	CAPÍTULO III – 2º ARTIGO: AVALIAR PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS MAIS MÉDICOS DA PARAÍBA QUANTO À ADESÃO AOS INSTRUMENTOS DE COMUNICAÇÃO ENTRE AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	50
	CAPÍTULO IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
	ANEXOS.....	69
	ANEXO 1 - Instrumento utilizado na pesquisa.....	71
	ANEXO 2 - Termo de compromisso com o uso do material.....	99

APRESENTAÇÃO

Sou médica, de formação inicial em pediatria e área de atuação principal em neonatologia, com posterior desenvolvimento de ações na área da gestão de saúde, ao assumir cargos inicialmente de chefe do serviço de pediatria do Hospital Universitário Lauro Wanderley e em seguida, chefe da Divisão Médica do referido hospital, quando, concomitantemente, iniciei o mestrado em Saúde da Família pelo Mestrado Profissionalizante em Saúde da Família – Profsaúde.

Vemos diariamente a necessidade de manter diálogo com a rede em seus mais diversos âmbitos. Seja com atenção primária, seja com a atenção secundária e terciária, seja tentando comunicar as diversas pontas da rede.

A dificuldade do pleno desenvolvimento do sistema único de saúde perpassa pelas questões físicas impostas pela geografia do nosso país, assim como as questões financeiras, tão massacrantes do subfinanciamento ou a desproporção na relação médicos-população. Aqui neste trabalho, buscamos avaliar a construção do SUS em dois aspectos que necessitam de adequação dos itens acima citados, com construção de fluxos de acesso e alocação tecnológica adequada do ponto de vista de proporção e localização, assim também como a construção de fluxos e processos de trabalho que proporcionem o real envolvimento dos profissionais da rede entre si e com a problemática de cada indivíduo.

Acreditamos que para o desenvolvimento de ações que aproximem a população da saúde, em todos os seus aspectos, prevenção, promoção e reabilitação, se faz imprescindível aprofundar as questões que dizem respeito ao acesso e à comunicação dentro da Rede.

1 INTRODUÇÃO

Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logísticos e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). Esta definição consta em instrumento que estabeleceu diretrizes para a organização das RAS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e foi construída após discussão entre as áreas técnicas do Ministério da Saúde, e câmara técnica da Comissão Inter gestores Tripartite, composta por representantes do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

Nesse contexto, (MENDES, 2010) refere-se às RAS como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde, prestada no tempo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (MENDES, 2010).

Importante frisar estas definições para que o seu conhecimento nos proporcione entender a dimensão desses arranjos, as RAS, e a forma como a qual o governo as viabilizou.

O trabalho de saúde no formato de Redes é internacionalmente reconhecido como um modelo eficaz quando se pensa em promover saúde integralmente e também quando se faz necessário equalizar a distribuição dos serviços em grande área populacional ou territorial com responsabilidade sanitária e econômica.

Com a criação do SUS no Brasil, após a promulgação da constituição de 1988 que garante a *saúde como direito de todos e dever do Estado*, e com o surgimento da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, que o Estado vem promovendo transformações na distribuição dos serviços de saúde, na busca da sua promoção, tentando construir um modelo, desenhado em Rede, que melhor atenda às suas necessidades.

Como princípios da SUS, descritos na Lei 8.080, vemos a Universalidade, Equidade e Integralidade e como diretrizes, estão descritas a descentralização e a regionalização da saúde.

Promover a integralidade da assistência, ou seja, do cuidado, significa, além da oferta de gama de serviços demandados para o perfil populacional, ter caráter contínuo e coordenado (CONILL, 2004). Ressalte-se a importância de incluir na oferta de serviços, medidas que incorporem ações preventivas, sociais e comunitárias àquelas diagnósticas, curativas e paliativas.

Desenvolver o princípio da integralidade foi e continua a ser um grande desafio enfrentado pelo Estado; desafio este, entre outros aspectos, muito relacionado à dificuldade de acesso aos serviços ofertados e à necessidade de coordenação do cuidado, que implica em permanente comunicação entre os serviços; para o qual necessitamos de uma atenção primária funcionante e robusta.

No Reino Unido, a gama de serviços ofertados em nível local é extensa e há a preocupação de ampliá-la ainda mais. No entanto, apesar da noção de cobertura integral ter sido introduzida e vir sendo ampliada, no *National Health Service* (NHS), a avaliação dos mesmos concentra-se no acesso através de medidas de tempo de espera e equidade entre os grupos sociais, principalmente das minorias étnicas (CONILL, 2004), dada a importância desse requisito para o alcance do cuidado integral.

Em relação ao acesso aos serviços de saúde, temos que caracterizar o seu significado: Ao longo do tempo, o conceito de acesso modificou-se, tornando-se mais complexo, na medida em que incorporou novas dimensões como: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

A disponibilidade é percebida como a relação entre o volume e o tipo de serviços existentes, o volume de usuários e o tipo de necessidade (ASSIS; JESUS, 2012). Se constitui na representação da existência ou não de serviço de saúde no local e momento apropriado. Além disto, a disponibilidade compreende a relação entre tipo, abrangência, qualidade e quantidade dos serviços de saúde. Sua importância se relaciona diretamente com a possibilidade de mensuração de indicadores dos processos e resultados já que representa um conceito físico e geográfico, refletindo a entrada no sistema de saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

A capacidade de pagamento engloba conceitos relacionados ao financiamento do sistema de saúde, diz respeito tanto ao custo da saúde para cada indivíduo, quanto à sua capacidade de custeá-la (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Aceitabilidade é entendida como a relação entre as atitudes dos usuários, trabalhadores de saúde e práticas destes serviços (ASSIS e JESUS, 2012). A natureza dos serviços prestados e o modo como eles são percebidos pelos indivíduos e comunidades (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

A informação segue como dimensão essencial já que estar bem informado é resultado do processo de comunicação entre sistema de saúde e indivíduo. Permeia a noção de empoderamento (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). É necessário o conhecimento para que se seja assertivo nas decisões e no uso dos serviços de saúde.

Apesar de todos os prismas vistos que existe para o conceito de acesso, a disponibilidade é ainda a principal dimensão analisada quando falamos em acesso à serviços de saúde e necessidade de construção de Redes. Neste aspecto, o conhecimento detalhado da epidemiologia da região atendida é um dos principais pontos para o desenvolvimento do modelo de atenção acessível que oferte o serviço adequado à população, no local e volume necessários.

O Brasil, país com dimensões continentais, passa por momento de transformação proporcionada por grande mudança no perfil populacional que difere de outros países de situação socioeconômica semelhante.

Ao mesmo tempo em que se verifica queda nos índices de natalidade com conseqüente envelhecimento populacional, observa-se ainda importantes problemas relacionados à saúde reprodutiva com índices de morte materna e infantil por causas consideradas evitáveis (SAÚDE, 2010). Além do incremento imposto pelas condições de doenças crônicas e seus fatores de risco como má alimentação, tabagismo, sedentarismo, obesidade (SAÚDE, 2010). E incluindo-se a isto, ainda se vê persistência de doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição, e o crescimento de causas externas em decorrência do aumento da violência e dos acidentes de trânsito (SAÚDE, 2010), caracterizando a fragilidade e complexidade para o desenvolvimento de sistema de saúde que contemple adequadamente a necessidade da população e uma assistência plena.

Some-se a isto as condições geográficas territoriais brasileiras que por si só já elevam a sua complexidade.

Deste contexto, tornou-se premente a necessidade de melhor desenvolver a regionalização; diretriz do SUS já descrita em lei orgânica que visa delimitação de uma base territorial, levando em conta a divisão político-administrativa para o funcionamento do sistema de saúde, mas, mais do que isso, delimitação de espaços territoriais para a organização das ações de saúde, subdivisões ou agregações do espaço político-administrativo. Diz respeito à forma de organização dos serviços de saúde; anda em paralelo com a descentralização da gestão, que transfere o poder de decisão das políticas de saúde aos estados e municípios e com a hierarquização, que organiza os serviços de acordo com sua complexidade e estabelece vínculos entre os pontos da rede através da referência e contra referência (DUARTE, PESSOTO et al., 2015).

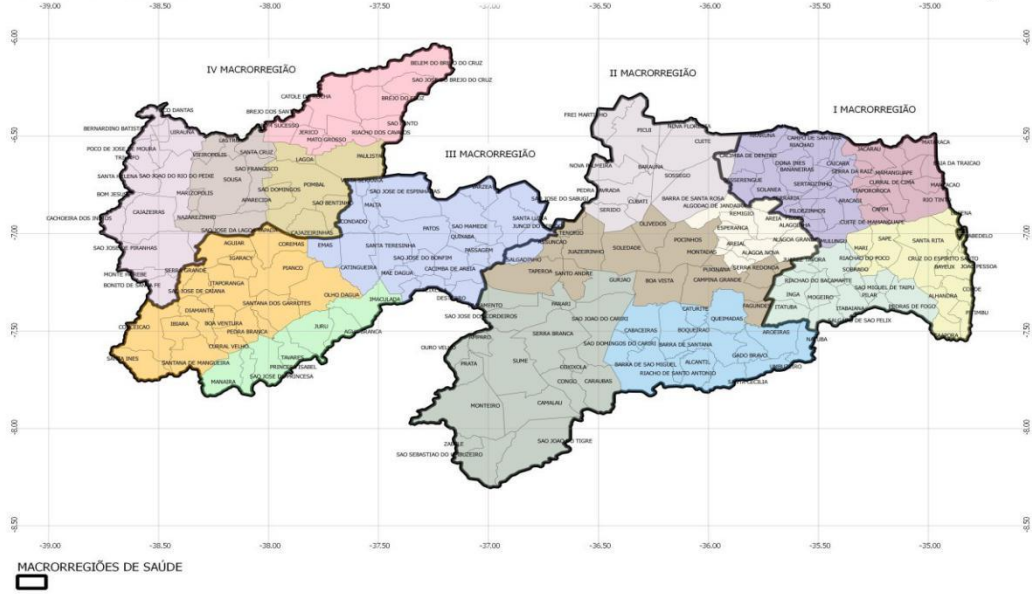
A Regionalização teve seu processo iniciado em 1991 com a edição das Normas Operacionais Básicas (NOB) que proporcionaram a descentralização político-administrativa do sistema. Posteriormente, em 2001, com o lançamento da Norma Operacional da

Assistência à Saúde (NOAS), estabeleceu-se regras para o processo de regionalização das ações e serviços de saúde. Entretanto, com a necessidade de avançar e consolidar o acesso da população, principalmente aos serviços de maior complexidade, é lançado em 2006 o Pacto pela Saúde: acordo firmado entre gestores do SUS que ressalta a relevância de aprofundar o processo de regionalização e de organização do sistema de saúde sob a forma de redes como estratégias essenciais para consolidar os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade, se efetivando em três dimensões (SAÚDE, 2010), cujos desdobramentos culminaram na edição do decreto 7.508 de 28 de junho de 2011, que determina que o SUS deve ser formado por rede regionalizada e hierarquizada, indicando o mínimo de serviços que cada região de saúde deve ofertar através das RAS: atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde (BRASIL, 2011), explicitando a complementariedade entre essas ações para garantir, minimamente, um cuidado integral em tempo oportuno (CARVALHO; JESUS; SENRA, 2017).

Na Paraíba, o desenvolvimento da regionalização, passo inicial para a implementação das RAS, contemplou a divisão do estado em 4 macrorregiões de saúde, cada macrorregião com 1 sede responsável por aglutinar todos os demais municípios da região nos serviços de maior complexidade, e cada macrorregião se subdividindo em um total de dezesseis regiões de saúde em todo o estado, também com polos responsáveis por um grupo menor de municípios, oferecendo atenção de média complexidade e em algumas situações de alta complexidade também. Desta forma, se pretendeu expandir as ofertas de serviço para o mais próximo possível da população de modo a atender às necessidades dos usuários com melhor e mais rápido acesso.

Segue mapa da Paraíba com suas divisões em macrorregiões e regiões de saúde, assim como os mapas das regiões de saúde, em separado, e suas respectivas populações.

PARAÍBA



Fonte: <<http://cosemspb.org/cir/>>.

1ª Região, composta por 14 municípios. População total: 1.215.711 habitantes.



2ª região, composta por 25 municípios, população total: 299.313 habitantes.



3ª região, composta por 12 municípios, população total: 189.835 habitantes



4ª região, composta por 12 municípios, população total: 108.166 habitantes



5ª região, composta por 18 municípios, população total: 115.684 habitantes.



6ª Região, 24 municípios, população total: 226.892 habitantes.



7ª região, 18 municípios, população total: 146.516 habitantes.



8ª região, composta por 10 municípios, população total: 112.731 habitantes.



9ª região, composta por 15 municípios, população total: 169.640 habitantes.



10ª região, composta por 09 municípios, população total: 113.080 habitantes.



11ª região, composta por 07 municípios, população total: 81.662 habitantes.



12ª região, composta por 14 municípios, população total: 170.371 habitantes.



13ª região, composta por 06 municípios, população total: 58.849 habitantes.



14ª região, composta por 11 municípios, população total: 144.065 habitantes.



15ª região, composta por 14 municípios, população total: 145.595 habitantes.



16ª região, composta por 14 municípios, população total: 516.861 habitantes.



Fonte: <<http://cosemspb.org/cir/>>.

De acordo com a distribuição exposta pelos mapas, tem-se a primeira macrorregião de saúde formada pela 1ª, 2ª, 12ª e 14ª regiões, com um total populacional de 1.829.460 habitantes, representando 47,9% da população do estado. A segunda macrorregião de saúde, composta pela 3ª, 4ª, 5ª, 15ª, e 16ª regiões, com um total de 1.076.141 habitantes, perfazem 28,2% da população do estado. A terceira macrorregião formada pela 6ª, 7ª, e 11ª regiões representam 11,9% da população total com 455.070 habitantes, assim como a quarta macrorregião, com 454.300 habitantes, formada pela 8ª, 9ª, 10ª, e 13ª regiões de saúde.

A necessidade de preenchimento das lacunas profissionais existentes em inúmeras regiões do país, medida inicial e paralela à formação das redes para obtenção de modelo de saúde requerido com intuito de adequar a prevenção, promoção e reabilitação para melhores resultados foi alvo do plano de governo ao sancionar a lei 12.871 de 22 de outubro de 2013, também conhecida como Lei do Mais Médicos.

A Paraíba por exemplo, no ano de 2012, era o 4º estado do Nordeste e o 15º estado do Brasil em distribuição de médicos por 1000 habitantes com a marca de 1,17 médico para cada 1.000 habitantes.¹

Além da cifra bem abaixo da média mundial de 3,2 médico para cada 1.000 habitantes, ainda contamos com uma distribuição errônea destes profissionais.

¹ Fonte: DEPREPS/SGTES/MS. Conforme inscrições primárias do Conselho Federal de Medicina em 2012. Considerando limite de idade de 70 anos e População Brasileira conforme Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2012.

Vale ressaltar que este modelo concentrado de médicos não pertence só ao Brasil. Este tipo de desigualdade de distribuição é descrito em vários países e regiões. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 50% da população mundial reside em áreas remotas, mas essas áreas são servidas apenas por 25% da força de trabalho médico (PINTO, 2015).

Estudo recente da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) mostrou que, mesmo com o aumento no número total de médicos, a sua distribuição mantém um padrão de grande concentração nas capitais e áreas de escassez nas zonas rurais. (PINTO, 2015).

De forma que mesmo países com alto índices de médicos por habitantes necessitaram já lançar mão de programas de recrutamento de profissionais estrangeiros com o intuito de preencher as lacunas das áreas geográficas mais remotas.

Com o objetivo de resolver esta importante deficiência, que obstaculiza já em um primeiro momento qualquer ideia de êxito em proporcionar saúde Universal e Integralmente, o governo lançou mão de extenso programa de saúde, intitulado Programa Mais Médicos que prevê ações de curto prazo, já empregadas, Projeto Mais Médicos e ações, em andamento, de médio e longo prazo.

Estas últimas proporcionarão o aumento do número de profissionais médicos no país, através de grande incentivo à abertura de novas escolas médicas e cursos de especialização, residência médica, principalmente nos locais que mais demandam destes profissionais.

No *quesito curto prazo*, a necessidade emergente de profissionais médicos, o *Programa Mais Médicos* previu o incentivo financeiro para o deslocamento de profissionais para os locais mais necessitados. Além disto, previu também, através de acordos de colaboração internacional, a importação de profissionais que pudessem preencher as lacunas advindas pela ausência de médicos no país, mesmo com o incentivo financeiro já citado, para o preenchimento de todas as vagas existentes.

Este foi o *Projeto Mais Médicos*, descrito no capítulo IV da lei 12.871, que contou com a colaboração de profissionais de diversos países, de forma maciça, de Cuba, país com vasta experiência neste tipo de cooperação.

O êxito do programa no sentido de proporcionar acesso universal aos serviços médicos em atenção básica, proveniente do preenchimento das lacunas existentes através do Projeto Mais Médicos foi importante passo para o novo desenho do Sistema Único de Saúde no país. Locais afastados, sem acesso à saúde, passaram a contar com profissionais especialistas em medicina comunitária e da família, o que qualificou o trabalho do SUS e tem sido um grande passo para o alcance de um de seus princípios, a Universalidade.

2 JUSTIFICATIVA

As redes de saúde são fundamentais ao bom funcionamento da assistência de saúde proposta pelo modelo do SUS no Brasil. Necessário se faz manter o contínuo monitoramento das mesmas, notadamente junto àquelas recém-criadas, com o intuito de avaliar o êxito das metas previstas nos planos de curto, médio e longo prazo.

Nesta perspectiva, valorizamos a visão deste modelo pelo médico da família, profissional que mais se aproxima do usuário, detentor de profundo conhecimento a respeito da real necessidade da população, coordenador do cuidado dos indivíduos sob sua responsabilidade regional, parte preponderante de uma rede bem organizada.

Desta forma, este profissional pode, qualificadamente, apontar para os gestores como a cadeia de serviços está atuando em determinada região em favor ou desfavor dos usuários. Se está sendo suficiente, se o acesso está acontecendo quando necessário e em que pontos ela, a Rede, precisa ampliar suas conexões e, conseqüentemente, seu leque de ofertas ou melhorar o seu gerenciamento.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar o acesso do usuário às principais redes de saúde instituídas a partir da visão do profissional integrante do PMMB na Paraíba.

3.2 Objetivos Específicos

- i. Caracterizar o perfil sócio demográfico dos profissionais inseridos no PMMB da Paraíba;
- ii. Analisar a possibilidade de acesso dos usuários aos principais pontos das RAS no estado da Paraíba por macrorregião;
- iii. Analisar a possível eficiência da hierarquização do cuidado entre os diferentes níveis de atenção à saúde no estado da Paraíba por macrorregião.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de estudo transversal de caráter retrospectivo realizado após recorte de amplo projeto de pesquisa intitulado “ANÁLISE POLÍTICO-SOCIAL DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO ESTADO DA PARAÍBA”.

4.2 População

A amostra de estudo foi constituída por profissionais médicos atuantes na área de medicina de família no estado da Paraíba, devidamente incluídos no Projeto Mais Médicos e Provab. O instrumento utilizado para a coleta das informações foi um questionário semiestruturado, disponibilizado eletronicamente, “Formulário de Avaliação do Programa Mais Médicos na Paraíba”, (anexo 1), construído de forma autoexplicativa entre julho e setembro de 2015, disponibilizado na plataforma *Google Docs*.

4.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

Não pertencer de forma oficial ao quadro de profissionais atuantes na área de medicina de família ligados ao Programa Mais Médicos e ao PROVAB e/ou não ter preenchido na totalidade o questionário foram os critérios de exclusão para a amostra de estudo.

Desta forma, 400 profissionais estavam aptos a participar da pesquisa pois formavam a base de trabalho para o ano de 2015 vinculados aos programas Mais Médicos e Provab para o estado da Paraíba compreendendo todas as macrorregiões de saúde do estado.

4.4 Procedimentos Operacionais

O questionário, antes de sua divulgação, foi apresentado à Comissão Coordenadora Estadual do PMMB em setembro de 2015 para prévia autorização. Após este passo, o material foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, em outubro de 2015, como anexo ao projeto de pesquisa

supracitado, sendo aprovado para uso com protocolo do CEP do CCS/UFPB em 22/10/15, sob o número CAAE 48948015.8.0000.5188.

4.5 Técnicas de Análise

A coleta de dados perdurou de dezembro de 2015, através da disponibilização *on line* do formulário, até setembro de 2016.

Efetivamente, 251 profissionais foram entrevistados compondo a amostra de estudo além 45 sujeitos foram excluídos pelas razões já expostas.

Para este estudo, foram utilizadas variáveis sociodemográficas dos profissionais entrevistados, assim como, também foram coletados dados que indicassem a região de trabalho (macrorregião de saúde) e, de forma específica, informações quantitativas e/ou qualitativas relacionadas aos serviços de saúde, recursos tecnológicos e humanos disponíveis que compõem, minimamente, os requisitos para a construção das principais redes de atenção à saúde.

A análise estatística dos dados foi executada em *software* de domínio público, SPSS 16.0 e implicou na demonstração das frequências absolutas e percentuais das variáveis de estudo agrupadas conforme as regiões geográficas de saúde do estado seguindo-se, posteriormente, de uma análise circunstancial das mesmas entre si.

4.6 Considerações Éticas Sobre a Pesquisa

Este estudo faz parte do Projeto de Pesquisa intitulado "ANÁLISE POLÍTICO-SOCIAL DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO ESTADO DA PARAÍBA", tendo aprovação do CEP do CCS/UFPB em 22/10/15, sob o número CAAE 48948015.8.0000.5188.

Somente serão analisadas as respostas dos médicos que responderam ao formulário online e que concordaram em participar da pesquisa através da resposta 'Sim' à pergunta 121 do formulário que autoriza o uso dos dados para pesquisa.

Após análise dos dados, este trabalho terá seus resultados abertamente divulgados para que possamos apreender as dificuldades indicadas, caso existam, e contribuir para a qualificação do serviço oferecido.

REFERÊNCIAS

ALVES, Maria et al. Rede de referência e contrarreferência para o atendimento de urgências em um município do interior de Minas Gerais- Brasil. **Rev. Méd. Minas Gerais**, v. 25, n.4, pp. 469-475-469, 2015.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. saúde coletiva**, v.17, n.11, pp.2865-2875, 2012.

BATTESINI, Marcelo; COELHO, Hellen dos Santos; SETA, Marismary Horsth De. Uso de programação linear para otimizar o acesso geografico em redes tematicas de atenção a saude. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n.7, 2018.

BRASIL. **Lei 8.080**, 19 de setembro de 1999. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 07 jul. 2018.

BRASIL. **Portaria 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 07 jul. 2018.

BRASIL. **Decreto nº 7.508**, de 11 de junho de 2011. Dispõe sobre a organização do SUS, planejamento, assistência e articulação interfederativa. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 07 jul. 2018.

BRASIL. **Lei 12.871** de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm>. Acesso em: 07 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS**. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BONFADA, Diego et al. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 555-560, 2012.

CARVALHO, Andre Luis Bonifácio de; JESUS, Washington Luiz Abreu; SENRA, Isabel Maria Vilas Boas. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciênc. saúde coletiva**, v.22, n.4, pp.1155-1164, 2017.

CONILL, Eleonor Minho. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n.5, pp.1417-1423, 2004.

COSEMS-PB. Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba. Disponível em: <www.cosemspb.org>. Acesso em: 07 jul. 2018.

DUARTE, Ligia Schiavon et al. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde & Sociedade**, v.24, n.2, pp.472-485, 2015.

DUBEUX, Luciana Santos; FREESE, Eduardo; FELISBERTO, Eronildo. Acesso a hospitais regionais de urgência e emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde. **Physis**, 2013, v.23, n.2, pp.345-369, 2013.

KANTORSKI, Luciane Prado et al. A integralidade no cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm**, 2009, v.30, n.4, pp.594-601, 2009.

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. saúde coletiva**, 2010, v.15, n.5, pp.2307-2316, 2010.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde & Sociedade**, v.20, n.4, pp.867-874, 2011.

LIMA, Luciana Dias, et. al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n.11, p. 2881-2892, 2012.

MEDEIROS, Cássia Regina Gotler; GERHARDT, Tatiana Engel. Avaliação da Rede de Atenção à Saúde de pequenos municípios na ótica das equipes gestoras. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.39, n. spe, pp.160-170, 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, n.5, pp.2297-2305, 2010.

PINTO, Hêider Aurélio. **Programa Mais Médicos - Dois anos: Mais Saúde para os Brasileiros**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2015.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, DC, v. 31, n. 3, p. 260–268, 2012.

SANTOS, Ana Luiza Roso dos.; FALER, Camília Susana. A rede de atenção básica na perspectiva dos usuários do sus de um município do médio alto uruguaí gaúcho. **Unoesc & Ciência**, v. 9, n. 1, pp. 15 - 22, 2018.

SILVA, Silvio Fernandes da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. Saúde coletiva**, v.16, n.6, pp.2753-2762, 2011.

TORRES, Soraya Figueiredo de Sousa; BELISARIO, Soraya Almeida; MELO, Elza Machado. A Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo de caso. **Saúde & Sociedade**, v.24, n.1, pp.361-373, 2015.

TRAVASSOS, Cláudia; VIACAVA, Francisco; FERNANDES, Cristiano; ALMEIDA, Célia Maria. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.5, n.1, pp.133-149, 2000.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila et al. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.6, pp.1791-1798, 2018.

CAPÍTULO II

AVALIAÇÃO DA POSSIBILIDADE DE ACESSO AOS PRINCIPAIS PONTOS DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ESTADO DA PARAÍBA PELA VISÃO DOS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

AVALIAÇÃO DA POSSIBILIDADE DE ACESSO AOS PRINCIPAIS PONTOS DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ESTADO DA PARAÍBA PELA VISÃO DOS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

EVALUATION OF THE POSSIBILITY TO ACCESS THE MAIN HEALTH CARE NETWORK POINTS IN THE STATE OF PARAÍBA FROM THE PERSPECTIVE OF PROFESSIONALS OF THE “MORE DOCTORS” PROGRAM

Ana Flávia Silva Amorim Arruda¹, Moisés Diogo de Lima¹, Eduardo Sérgio Soares Sousa¹, Melina Pereira Fernandes Paiva¹, Maria Celeste Dantas Jotha de Lima¹.

1 – Universidade Federal da Paraíba - UFPB, João Pessoa, PB, Brasil.

RESUMO

O artigo tem como objetivo analisar a perspectiva de acesso às redes temáticas de atenção à saúde no estado da Paraíba através da visão dos profissionais médicos participantes do primeiro ciclo do Programa Mais Médicos na Paraíba. A importância deste trabalho diz respeito à necessidade de se manter em contínua análise o modelo de implantação de atenção à saúde desenhado em redes, já tão consolidado mundialmente, porém, relativamente recente em sua utilização no Brasil. Foram analisadas, através de questionário semiestruturado, aplicado através de plataforma google docs, as respostas em relação à possibilidade de acesso aos principais pontos representativos de cada rede temática proposta pelo Ministério da Saúde. Os resultados não demonstraram diferença estatisticamente significativa (p 0,159) da possibilidade de acesso, independentemente da localidade de atuação do profissional entrevistado e, além da ausência de diferença, o entendimento final foi de boa perspectiva de acesso globalmente. Este resultado demonstra um crescimento do estado da Paraíba na possibilidade de proporcionar um SUS cada vez mais funcional sob a ótica de acesso às Redes de saúde.

Palavras-chave: Acesso, redes de saúde, abrangência.

ABSTRACT

The article aims to analyze the perspective of access to the thematic networks of healthcare in the state of Paraíba from the perspective of medical professionals participating in the first cycle of the “More Doctors” (Mais Médicos) Program in Paraíba. The importance of this work is related to the need to maintain continuous analysis of the implementation model of healthcare designed in networks, which is already so consolidated worldwide, but relatively recent in its use in Brazil. The answers regarding the possibility of access to the main representative points of each thematic network proposed by the Ministry of Health were analyzed through a semi-structured questionnaire, applied through google docs platform. The results did not show a statistically significant difference ($p 0.159$) in the possibility of access, regardless of the location of the professional interviewed, and in addition to the absence of difference, the final understanding was a good perspective of overall access. This result demonstrates growth in the state of Paraíba for the possibility of providing an increasingly functional SUS from the point of view of access to Health Networks.

Keywords: Access, healthcare networks, Comprehensiveness.

INTRODUÇÃO

Após um século da proposta de um novo modelo de organização dos sistemas de saúde, reconhecido e escrito por Dawson em 1920 na Inglaterra, estamos iniciando análises de como a implementação deste modelo está se comportando em nossa sociedade.

A organização do sistema de saúde em Redes, já amplamente reconhecida como um modelo funcional, entre outros por permitir a confirmação de inúmeros itinerários terapêuticos, surge como estratégia para melhor responder às necessidades populacionais,

tendo em vista a grande mudança demográfica que nos alcança desde meados do século passado.

Sob tal aspecto, a dinâmica populacional trouxe consigo diversos novos panoramas a serem analisados como, por exemplo, as condições crônicas de saúde e o aumento da sobrevida humana, oriunda do próprio desenvolvimento científico e tecnológico incorporado à saúde ao longo do tempo.

As novas categorias sanitárias que passam a coexistir nesse universo, como as oriundas de causas externas que são responsáveis por aumento expressivo da morbimortalidade e das doenças infectocontagiosas, caracterizando um complexo quadro epidemiológico de saúde que exige um rearranjo na forma de promover a atenção à saúde no mundo e, particularmente, no Brasil (Lavras, 2011).

Na perspectiva de novo modelo para a promoção da saúde, a organização em redes proporciona otimização de recursos tecnológicos e humanos partindo da premissa de duas condições basilares: cooperação mútua entre áreas geográficas delimitadas e o mapeamento das principais necessidades observadas por grupo populacional.

É importante ressaltar algumas das características do trabalho em rede, quais sejam: a necessidade da descentralização da responsabilidade e da decisão loco regional sobre quais são as prioridades de saúde da população entendendo que esta lógica proporciona o desenvolvimento de ações direcionadas às reais demandas populacionais com o uso racional de recursos e resultados mais satisfatórios.

Nesse sentido, a proposta governamental para o rearranjo do modelo de atenção à saúde instituído nos anos de 2011 a 2014, foi buscar formas pactuadas, em âmbito tripartite, de cinco redes temáticas prioritárias: a Rede Cegonha, a de Atenção às Urgências e Emergências, a de Atenção Psicossocial, a de Cuidados à Pessoa com Deficiência e a de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (Battesini et. al., 2018).

Da mesma forma, como conceito fundamental para o funcionamento do sistema de saúde em Redes, além do processo de instalação da descentralização, que gera autonomia decisória com consequente otimização de alocação de recursos, segundo necessidades locais regionais, outro conceito fundamental, a ser desenvolvido e implementado, está ligado à regionalização.

Essa proposta pressupõe a “existência de um conjunto de unidades (ou pontos de atenção), de diferentes funções, complexidades e perfis de atendimento, que operam de forma ordenada e articulada no território, de modo a atender as necessidades e demandas da população”, (Lima et. al., 2012), o que permite a otimização de recursos tecnológicos e humanos através do desenvolvimento da comunicação e cooperação interregional com consequente aumento racional do leque de ofertas de serviços de saúde.

Na Paraíba, a regionalização da saúde dividiu o estado em quatro macrorregiões, cada uma com uma sede responsável, aglutinando todos os demais municípios em relação à oferta de serviços de maior complexidade.

As macrorregiões se subdividem em dezesseis regiões de saúde, com municípios pólo em cada região, responsáveis por atender às demandas dos demais municípios menores e/ou menos estruturados, através de mútua pactuação entre eles.

É importante identificar que a primeira macrorregião do estado, sozinha, aglutina quase 48% da população total da Paraíba; a segunda, agrega cerca de 28% da população do estado, enquanto que, a terceira e quarta macrorregiões, detêm aproximadamente 11%, cada uma, dos habitantes da Paraíba. Esta diferenciação populacional, conforme estabelecida, espelha como está distribuída a oferta dos serviços de saúde de maior complexidade e, conseqüentemente, a grande dependência interregional (Paraíba, 2018).

Também é necessário caracterizar o estado da Paraíba demograficamente. O estado ocupa área de 56.468.435km², com população em 2018 estimada de 3.996.496 habitantes,

gerando densidade demográfica de 66,7 hab/km², o que o coloca em 8º lugar entre os estados da federação neste particular. Ainda sobre a distribuição populacional, a Paraíba ocupa o 3º lugar em percentual de idosos (maiores que 60 anos) com 12% da população e 14º colocação com 9,3% da população composta por crianças menores de 5 anos. Percebe-se ainda uma distribuição de 51,6% da população do sexo feminino e 48,4% do sexo masculino.

A Paraíba apresenta um IDH de 0,658 sendo o 23º no ranking entre os estados do país. Todas essas informações são importantes para planejar as ações de saúde requeridas pela população e garantir um desenho adequado da regionalização e consequente promoção das ações de saúde (Ibge, 2017).

Ainda, para garantir que a saúde seja plenamente alcançada, com a execução de assistência integral do cuidado, a organização do sistema em Redes requer que a atenção primária à saúde esteja consolidada e universalizada, possibilitando o ingresso das pessoas ao sistema, bem assim atuando para coordenar o cuidado aos mesmos (Brasil, Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, 2010). Neste sentido, o investimento na contratação de recursos humanos e de capacidade para atuação no SUS, no âmbito da Atenção Primária à Saúde e em trabalho em equipe, tem sido apontado como um dos grandes desafios para se conseguir efetivar o trabalho em redes de atenção (Gonçalves et. al., 2014).

Com este objetivo, em outubro de 2013, a Lei 12.871 instituiu o Programa Mais Médicos que, em suas disposições gerais, entre outras, objetiva:

- I- Diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde (Brasil, lei 12.871 de 22 de outubro de 2013, 2013).

Para a consolidação desta disposição, houve o recrutamento tanto de médicos brasileiros, com formação nacional, como de médicos brasileiros formados em escolas do exterior e de médicos estrangeiros. Esta ação possibilitou, em curto espaço de tempo, o

preenchimento de mais de 14.000 postos de trabalho, alguns dos quais ocupados pela primeira vez (Alessio e Sousa, 2017).

Nesse contexto, em que a regionalização e a municipalização já se consolidaram, estamos vivenciando período de análise crítica de como este modelo aplicado proporciona assistência à saúde, considerando os preceitos constitucionais.

Sob tal aspecto, “na situação em que se encontra a implementação do SUS, são necessários estudos que avaliem a organização e o funcionamento das RAS nos pequenos municípios e a capacidade destes em garantir a integralidade e a equidade em saúde para seus cidadãos, pois são estes municípios que apresentam a maior dependência externa” (Medeiros e Gerhardt, 2015).

Considerando o exposto, este trabalho, produto de dissertação de mestrado em Medicina da Família e Comunidade, objetiva caracterizar o perfil sócio demográfico da amostra, médicos participantes do Programa Mais Médicos na Paraíba. Obter a percepção deste grupo sobre a possibilidade de acesso, por instrumento e por região, dos usuários do SUS aos principais pontos que representam as redes de atenção à saúde, considerando instrumentos representativos das principais temáticas desenvolvidas, avaliando os resultados entre as macrorregiões de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, observacional, retrospectivo, quantitativo e analítico, integrante de um grande estudo intitulado “Análise Político-Social da Implantação do Programa Mais Médicos no Estado da Paraíba”.

O estudo envolveu a autoaplicação de questionário, disponibilizado eletronicamente através da plataforma *Google Docs*, referenciado como: “Formulário de Avaliação do Programa mais Médicos na Paraíba”.

Para verificar a existência de diferenças no acesso aos Serviços de Saúde entre as quatro Macrorregiões de saúde do estado da Paraíba foram aplicados questionários aos médicos participantes do Programa Mais Médicos para o Brasil, em atividades no estado, que compuseram o primeiro ciclo de participantes do referido programa, ciclo este que contemplou o biênio 2013 a 2015.

A coleta de dados perdurou de dezembro de 2015 (término do primeiro ciclo do programa) até setembro de 2016, estando disponibilizada eletronicamente durante todo este período.

O número de participantes da pesquisa refere-se ao quantitativo total de profissionais devidamente inscritos no Programa Mais Médicos no Estado da Paraíba o que corresponde, para esse período estipulado, 400 indivíduos. Destes, obtivemos, considerando a adesão à pesquisa e após a aplicação dos critérios de exclusão, 251 questionários válidos.

Os critérios de exclusão, contemplaram os indivíduos que, apesar de atuarem na atenção primária à saúde, no período da pesquisa, não tinham vínculo com o Programa Mais Médicos e/ou Provac, além dos indivíduos que não responderam a totalidade do questionário ou produziram rasuras ou duplas respostas nos mesmos, o que somou a exclusão de 45 questionários.

Além dos critérios de exclusão acima descritos, os questionários só foram considerados válidos e utilizados para o estudo se o entrevistado respondeu ao quesito 121, que autoriza o uso de dados para a pesquisa, escolhendo a alternativa “SIM”.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sendo aprovado através do protocolo n.º CAAE 48948015.8.0000.5188, em 22 de outubro de 2015.

No referido questionário de pesquisa criaram-se blocos de questões relacionadas ao problema. As questões foram apresentadas no formato de Escala de Likert com variações de 0

a 5, onde: 0- Inexistência, 1- Discordo Totalmente, 2- Discordo Parcialmente, 3- Nem Concordo/Nem Discordo, 4- Concordo Parcialmente e 5- Concordo Totalmente.

Para a verificação do Acesso aos Serviços de Saúde, foram aplicadas 10 questões: **1ª questão-** Seus pacientes conseguem ter acesso aos serviços abaixo discriminados sempre que você precisa encaminhá-los. [Hospital]; **2ª questão-** Seus pacientes conseguem ter acesso aos serviços abaixo discriminados sempre que você precisa encaminhá-los. [Maternidade]; **3ª questão-** Seus pacientes conseguem ter acesso aos serviços abaixo discriminados sempre que você precisa encaminhá-los. [Casas de parto]; **4ª questão-** Seus pacientes conseguem ter acesso aos serviços abaixo discriminados sempre que você precisa encaminhá-los. [UPA]; **5ª questão-** Seus pacientes conseguem ter acesso aos serviços abaixo discriminados sempre que você precisa encaminhá-los. [SAMU]; **6ª questão-** Seus pacientes conseguem ter acesso aos serviços abaixo discriminados sempre que você precisa encaminhá-los. [Ambulância]; **7ª questão-** Seus pacientes conseguem ter acesso aos serviços abaixo discriminados sempre que você precisa encaminhá-los. [SAD]; **8ª questão-** Seus pacientes conseguem ter acesso aos serviços abaixo discriminados sempre que você precisa encaminhá-los. [CAPS]; **9ª questão-** Seus pacientes conseguem ter acesso aos serviços abaixo discriminados sempre que você precisa encaminhá-los. [CEO]; **10ª questão-** Seus pacientes conseguem ter acesso aos serviços abaixo discriminados sempre que você precisa encaminhá-los. [Academia].

Para realização dos cálculos e Testes estatísticos utilizou-se o *software* SPSS 11.0. Com os valores obtidos através da Escala de Likert foi subsequentemente criada uma variável dependente contínua com a proposta de mensurar a percepção dos profissionais médicos em relação aos problemas abordados na pesquisa. Para tanto, utilizou-se de método aditivo que é o somatório dos valores das respostas de cada item, com obtenção de uma escala de variação entre 0 a 50, onde 0- Acesso Inexistente e 50- Acesso Totalmente Existente.

Para verificar a Normalidade da variável dependente contínua, obtida pelo método aditivo, aplicou-se o teste Shapiro-Wilk.

Para verificar a existência de diferenças no acesso aos Serviços de Saúde entre as quatro Macrorregiões de Saúde do Estado da Paraíba foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis, com nível de significância de 1% ($P < 0,01$).

RESULTADOS

Analisando os dados agrupados na tabela 1, observamos o perfil dos médicos participantes na pesquisa. Em relação à faixa etária, percebemos uma concentração maior de médicos mais jovens, entre 25 e 35 anos, em todas as macrorregiões do estado. Há predomínio de profissionais do sexo feminino, assim como predomínio de indivíduos brasileiros e com tempo de formação menor que 9 anos, o que é coerente com a faixa etária predominante dos profissionais. O último dado que chama a atenção neste perfil é que a grande maioria de profissionais não apresenta qualificação formal em medicina da família.

Tabela 1 - Características Gerais da amostra

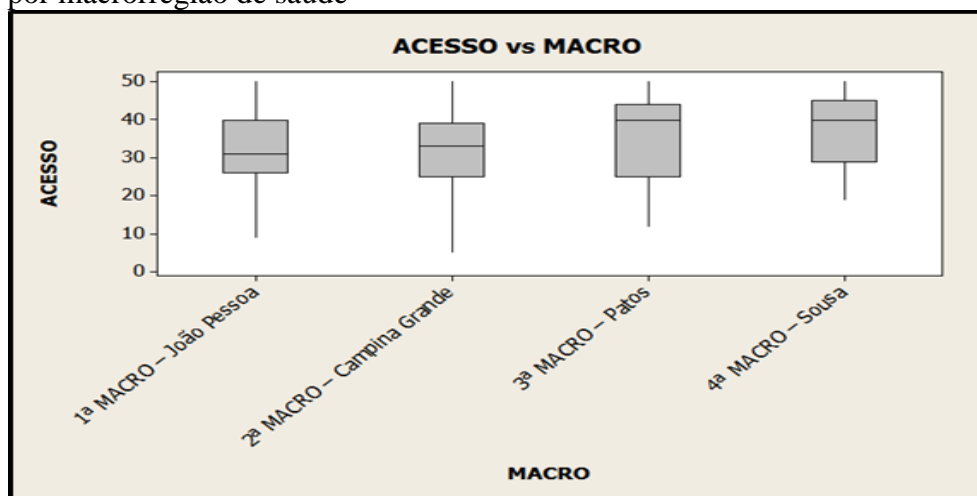
	Perfil	1° Macro	2° Macro	3° Macro	4° Macro	Total
Faixa Etária	25 I--- 35	42,5%	51,20	34,80	52,60	45,40
	35 I--- 45	24,40%	22,00	8,70	31,60	22,70
	45 I--- 55	11,00%	14,60	52,20	15,80	16,30
	55 e +	18,90%	11,00	4,30	0,00	13,50
	Não sabe/Não Respondeu	3,20%	1,20	0,00	0,00	2,10
Sexo	Masculino	48,80	42,70	56,50	68,40	49,00
	Feminino	51,20	57,30	43,50	31,60	51,00
Nacionalidade	Brasileiro	81,90	68,30	34,80	52,60	70,90

	Estrangeiro	18,10	31,70	65,20	47,40	29,10
Tempo de formação em medicina	Até 9 anos	60,60	64,60	34,80	52,60	59,00
	10 Anos ou +	39,40	35,40	65,20	47,40	41,00
Especialização em Saúde da Família	Sim	17,30	31,70	65,20	47,40	28,70
	Não	82,70	68,30	34,80	52,60	71,30

Fonte: Dados da pesquisa.

Aplicando o teste de Kruskal-Wallis para análise da percepção do acesso aos serviços de saúde por macrorregião, obtivemos o gráfico 1 que demonstra a ausência de diferença estatística sobre a percepção de acesso à rede entre os entrevistados independente da macrorregião de saúde do estado da Paraíba.

Gráfico 1 - Análise gráfica da percepção de acesso aos serviços da rede por macrorregião de saúde



DISCUSSÃO

Os resultados encontrados em nosso trabalho demonstram haver percepção de equivalência de acesso aos principais pontos da rede independente da macrorregião em que foram entrevistados os médicos. Este aspecto chama a atenção pois sabemos existirem grande concentração dos pontos de maior tecnologia em apenas duas das quatro macrorregiões de saúde do estado. E, pelos resultados encontrados, esta concentração de recursos, a princípio, não foi identificada como objeto de dificuldade de acesso dos usuários às redes, independente da região de saúde do profissional entrevistado.

Em paralelo com outros estudos que trabalham o acesso à rede, encontramos a descrição de dificuldades locais de oferta de serviços, com grande necessidade de deslocamento, sobretudo nos casos de alta complexidade, o que demonstra a grande interdependência entre as regiões de saúde (Santos e Faler, 2018). Pelos resultados encontrados em nosso estudo, analisando o desenho da Rede que temos em nosso estado com a grande concentração tecnológica e de recursos humanos especializados entre as duas primeiras macrorregiões, inferimos que esta interdependência prepondera também; entretanto não conseguimos identificar que a mesma seja um limitador pelo resultado de possibilidade de acesso equivalente entre todas as macrorregiões.

Em um segundo estudo, encontramos a descrição de acesso ao SAMU muito heterogênea, quando comparada entre as diferentes regiões (Viana et. al., 2018), o que não aconteceu em nosso estudo. Isso demonstra uma estrutura de transporte de urgência mais bem desenhada na rede construída no estado da Paraíba, o que corrobora para o bom resultado encontrado, apesar da grande interdependência interregional.

Na verdade, este aspecto pode ter contribuído para a possibilidade de manutenção de rede acessível a todo estado já que, para tal, é necessário e há a dependência de um sistema de

transporte regular funcionando. Entendemos que o SAMU, em sua essência, não deva atuar apenas como um sistema de transporte de pacientes; mas, em muitos momentos, pela distância enfrentada para acessar determinados pontos da rede, inclusive da Rede de Urgência e Emergência, tais como hospitais de trauma ou maternidades de alto risco ou Unidades de terapia intensiva, se necessita lançar mão de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. O mesmo entendimento se observa quando se compara os resultados aqui descritos com outros no que se refere a acesso ao hospital. Há grande dificuldade em relação às referências para internação (Viana et al., 2018), o que não foi demonstrado nos nossos resultados.

Estas diferenças entre os resultados encontrados em nosso trabalho e a literatura trazem questionamentos sobre a melhor abordagem metodológica para este tipo de análise, uma vez que a literatura traz mais estudos de ordem qualitativa, que não foi o método por nós utilizado. Assim como também traz à tona a diferença de avaliação quando se mudam os atores questionados. Perspectivas de profissionais de saúde divergem das perspectivas dos usuários, estes últimos em condição mais fragilizada, proporcionando leituras diferentes de situações semelhantes.

Ainda buscando entender as diferenças encontradas, este trabalho faz emergir em seus resultados alguns aspectos que merecem ser citados na questão do perfil da amostra já que 71,30% dos entrevistados não dispunham de especialidade na área de medicina de família e comunidade, assim como 29,10% tinham nacionalidade estrangeira. Estes aspectos merecem destaques já que podem nos levar a entender que a compreensão de acesso pode estar influenciada por vivência em outras realidades, por exemplo.

Outra forma de entender as diferenças encontradas diz respeito à compreensão de real melhoria dos serviços da rede oferecidos no estado da Paraíba, com progressivo aumento da possibilidade de acesso às mesmas, embora entendendo a necessidade de ampliação da oferta de serviços e de qualificação desta oferta. Para isto, o fortalecimento da atenção básica em

muito contribui na medida em que a saúde passa a ser trabalhada de forma holística e se diminui a visão hospitalocêntrica de distribuição de saúde.

Fazendo estas considerações, concluímos ser muito importante a continuidade de análises críticas sobre o funcionamento do modelo de saúde como é proposto e como está implantado. Comparações regionais do sistema vigente somadas à análise das taxas epidemiológicas de natalidade, mortalidade, mortalidade infantil, cobertura vacinal assim como estudo sobre longevidade populacional são um paralelo importante para conclusões precisas sobre o sistema existente e sua efetividade, lembrando que existe também, atrelado ao modelo proposto, o conceito de eficiência e que este conceito inclui o aspecto financeiro. Comparar a eficiência financeira entre os modelos de promoção de saúde também pode auxiliar na escolha do modelo mais adequado.

Assim, e por último, analisando o âmbito financeiro, há de se ponderar que um aspecto importante para o desenvolvimento de um modelo adequado de sistema de saúde também diz respeito ao financiamento e planejamento adequados.

Em trabalho publicado que teve como alvo a regionalização e o acesso aos serviços de saúde, entre seus resultados, observou-se as desigualdades de financiamento e de acesso aos serviços de saúde como os principais obstáculos para a efetivação da saúde sugeridos por gestores de 19 estados brasileiros (Lima et. al., 2012).

Limitações do estudo

Utilização de banco de dados pré-existente com limitação a alguns questionamentos pertinentes à construção de um desenho da rede mais refinado.

Aplicação de questionário de forma virtual, pois que, ao tempo em que proporciona fácil penetração em boa parte da amostra, considerando o vasto território envolvido, pode

gerar dificuldades de interpretação quanto às perguntas realizadas, sem maiores possibilidades de discussão a respeito.

Para a interpretação dos resultados como representando uma rede que oferte qualidade de assistência, há a necessidade de paralelos ao estudo com parâmetros do período e, previamente a ele, que indiquem melhoria ou não do estado de saúde da população, tais como taxas de natalidade, mortalidade, mortalidade infantil, índices de cobertura vacinal, ou ainda, caso tivéssemos dados completos compilados em nosso Índice de Desempenho do SUS (IDSUS). Este seria, na nossa avaliação, o melhor parâmetro para indicar o êxito da pesquisa.

CONCLUSÃO

Muitos são os aspectos interrelacionados para o bom funcionamento do sistema de saúde como está determinado pelos preceitos do SUS. Desenvolver integralidade, universalidade e equidade em região de dimensões continentais e particularidades diversas tanto de ordem econômica quanto geográfica e cultural como no Brasil é um desafio de elevado porte, principalmente se considerarmos o grau ainda incipiente de organização e desenvolvimento do próprio SUS, de tão jovem implantação.

São diversos aspectos a serem trabalhados e que se refletem e causam influências direta e indiretamente entre si.

O principal produto deste estudo é a avaliação da percepção de acesso às principais redes temáticas propostas e trabalhadas pelo Ministério da Saúde. É importante ressaltar que conseguir o acesso físico a estes instrumentos, isoladamente, não significa ter acesso à saúde na perspectiva da necessidade do indivíduo. Entretanto, este é um aspecto inicial que necessita ser mensurado e pode abrir caminho a serem trilhados para o melhor desenvolvimento da saúde da região a partir do momento que nos permite conhecer em quais locais e de que

maneira este primeiro contato com a Rede de saúde está acontecendo para, desta forma, poder ser usado como orientação para melhor desenhar, mapear e ou ordenar as redes ainda frágeis ou mal orquestradas.

Este trabalho, portanto, é útil na medida em que proporciona um ângulo de visão do acesso às redes de saúde no estado da Paraíba pelos profissionais de saúde. Devemos, contudo, agregar diversas outras perspectivas para construir melhor juízo de valor a respeito do tema já que, como mencionado, esta análise, sozinha, não é capaz de proporcionar um entendimento absoluto sobre o comportamento do desenvolvimento de redes em nossa região.

Já se sabe que o modelo clássico/teórico de desenvolvimento de Redes não é necessariamente o modelo ideal em toda e qualquer realidade. Em muito depende das necessidades locais e que, em geral, sistemas abrangentes e eficientes são compostos de modelos variados de acesso, individualmente construídos (Viana et. al., 2018). Desta forma, estudos contínuos que possibilitem compreender mais profundamente as necessidades populacionais, que não são estanques, mudam, com o passar do tempo, os entraves políticos e físicos, assim como a organização social destes grupos, em detrimento do desenvolvimento de modelos de saúde pré-moldados. E o que vai proporcionar a construção de um sistema eficaz, será aquele que proporcione desenvolver a saúde em todos os seus aspectos: universalidade e equidade, de maneira eficaz e sustentável.

REFERÊNCIAS

ALESSIO, Maria Martins; SOUSA, Maria Fátima de. Programa Mais Médicos: elementos de tensão entre governo e entidades médicas. *Interface (Botucatu)*, v.21, pp.1143-1156, 2017.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. saúde coletiva*, v.17, n.11, pp.2865-2875, 2012.

BATTESINI, Marcelo; COELHO, Hellen dos Santos; SETA, Marismary Horsth De. Uso de programação linear para otimizar o acesso geografico em redes tematicas de atenção a saude. *Cadernos de Saúde Publica*, Rio de Janeiro, v.34, n.7, 2018.

BRASIL. *lei 8.080*, 19 de setembro de 1999. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 07 jul. 2018.

BRASIL. *Portaria 4.279*, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 07 jul. 2018.

BRASIL. *Decreto nº 7.508*, de 11 de junho de 2011. Dispõe sobre a organização do SUS, planejamento, assistência e articulação interfederativa. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 07 jul. 2018.

BRASIL. *Lei 12.871* de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/12871.htm>. Acesso em: 07 jul. 2018.

BRASIL. *Programa Mais Médicos - Dois anos: Mais Saúde para os Brasileiros*- internet. Brasília: Ministério da Saúde. 2015. Disponível em: <file:///E:/artigos/Livro_2_Anos_Mais_Medicos_Ministerio_da_Saude_2015.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CARVALHO, Andre Luis Bonifácio de; JESUS, Washington Luiz Abreu; SENRA, Isabel Maria Vilas Boas. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. *Ciênc. saúde coletiva*, v.22, n.4, pp.1155-1164, 2017.

DUARTE, Ligia Schiavon et al. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. *Saúde & Sociedade*, v.24, n.2, pp.472-485, 2015.

GONÇALVES, Carolina Reis. et. al. Recursos humanos fator crítico para as redes de atenção a saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 26-34, 2014.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Panorama*. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/panorama>>. Acesso em: 15 mai. 2018.

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciênc. saúde coletiva*, 2010, v.15, n.5, pp.2307-2316, 2010.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde & Sociedade*, v.20, n.4, pp.867-874, 2011.

LIMA, Luciana Dias, et. al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n.11, p. 2881-2892, 2012.

MEDEIROS, Cássia Regina Gotler; GERHARDT, Tatiana Engel. Avaliação da Rede de Atenção à Saúde de pequenos municípios na ótica das equipes gestoras. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v.39, n. spe, pp.160-170, 2015.

PINTO, Hêider Aurélio. *Programa Mais Médicos - Dois anos: Mais Saúde para os Brasileiros*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2015.

SANTOS, Ana Luiza Roso dos.; FALER, Camília Susana. A rede de atenção básica na perspectiva dos usuários do sus de um município do médio alto uruguaí gaúcho. *Unoesc & Ciência*, v. 9, n. 1, pp. 15 - 22, 2018.

TORRES, Soraya Figueiredo de Sousa; BELISARIO, Soraya Almeida; MELO, Elza Machado. A Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo de caso. *Saúde & Sociedade*, v.24, n.1, pp.361-373, 2015.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila et al. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.23, n.6, pp.1791-1798, 2018.

CAPÍTULO III

AVALIAR PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS MAIS MÉDICOS DA PARAÍBA QUANTO À ADESÃO AOS INSTRUMENTOS DE COMUNICAÇÃO ENTRE AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA

AVALIAR PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS MAIS MÉDICOS DA PARAÍBA QUANTO À ADESÃO AOS INSTRUMENTOS DE COMUNICAÇÃO ENTRE AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA

TO EVALUATE THE PERCEPTION OF THE “MORE DOCTORS” PROGRAM PROFESSIONALS IN PARAÍBA REGARDING THE ADHERENCE TO THE COMMUNICATION INSTRUMENTS BETWEEN HEALTHCARE NETWORKS AND PRIMARY CARE

Ana Flávia Silva Amorim Arruda¹, Eduardo Sérgio Soares Sousa¹, Moisés Diogo de Lima¹,
Maria Celeste Dantas Jotha de Lima¹, Melina Pereira Fernandes PAiva¹

1- Universidade Federal da Paraíba, UFPB, João Pessoa, PB, Brasil.

RESUMO

O artigo tem como objetivo analisar a percepção dos profissionais mais médicos da Paraíba quanto à adesão aos instrumentos de comunicação entre os pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde. A importância deste trabalho diz respeito à necessidade de se analisar o grau de adesão aos instrumentos e qualificar a ocorrência da comunicação entre os entes da rede, na medida em que reconhece a necessidade de manter informado o profissional detentor da coordenação do cuidado e devolver ao mesmo a responsabilidade pela condução dos indivíduos usuários da rede. Foram analisadas, através de questionário semiestruturado, aplicado através de plataforma google docs, as respostas em relação à percepção de retorno dos registros dos usuários da rede, como notas de alta, instrumentos de contra referência, resultados de exames e registros de especialistas. Os resultados demonstraram a baixa percepção do retorno dos registros dos usuários da rede aos pontos de atenção. Esse dado independe da macrorregião avaliada ($p = 0,094$). Este resultado demonstra a necessidade de trabalhar a qualificação das atividades da rede de atenção com fins a valorizar a necessidade

das informações oriundas do processo de contra referência qualificando, ainda mais, o papel da atenção primária como coordenadora do cuidado.

Palavras-chave: Abrangência. Redes de saúde. Acesso.

ABSTRACT

The purpose of this article is to analyze the perception of the “More Doctors” Program professionals in Paraíba regarding the adherence to the communication instruments between the Healthcare Network care points. The importance of this work concerns the need to analyze the adherence degree to the instruments and qualify the occurrence of communication between the network entities, insofar as it recognizes the need to maintain the professional responsible for coordinating care informed and to return to it those responsible for the conduct of the individuals who are users of the network. The responses regarding the perception of returning the users’ records of the network, such as discharge records, counter-reference instruments, test results and specialist records, were analyzed through a semi-structured questionnaire through the google docs platform. The results showed a low perception of returning the users’ network records to the care points. This data is independent of the evaluated macroregion ($p = 0.094$). This result demonstrates the need to work on qualifying the activities of the care network in order to value the need for information derived from the counter-reference process, further qualifying the role of primary care as a care coordinator.

Keywords: Comprehensiveness. Healthcare Networks. Access.

INTRODUÇÃO

Integram os princípios do Sistema Único de Saúde a Universalidade, Equidade e a Integralidade. Ações integrais na saúde deve ser entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema¹.

Compondo os princípios e diretrizes do SUS, discriminadas na lei 8080, estão a Universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência e a descentralização político administrativa, com direção única em cada esfera de governo, através da:

- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
- b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde¹.

Estas diretrizes regimentam o funcionamento da saúde no país e são essenciais para que o plano desenhado para o Sistema Único de Saúde cumpra seu papel de forma eficaz.

A articulação da rede de atenção à saúde, com a construção de efetivos canais de comunicação entre a atenção primária e atenção especializada é um desafio a ser vencido, ainda hoje.

Nesse sentido, observa-se o aumento da complexidade do cuidado conseqüente ao incremento de outras situações de fragilidade, a exemplo da morbimortalidade por causas violentas, mudanças no estilo de vida e alimentação da população, associadas às condições crônicas prevalentes que teimam em recrudescer nos tempos atuais desencadeando um novo panorama de atenção à saúde e novas fórmulas de cuidado.

Este novo panorama traz consigo forte necessidade de mudanças nos processos de trabalho e nos fluxos de assistência que hoje ainda prevalecem no cotidiano dos profissionais da saúde. Isto por que, cada vez mais, a necessidade da assistência, de acordo com o painel de

saúde existente, se perpetua em relação aos problemas apresentados pelos indivíduos, seja no âmbito da reabilitação ou prevenção do acometimento em entes sabidamente herdeiros de patologias crônicas ou no acompanhamento de pessoas já acometidas.

Vale salientar que esta necessidade de recriação ou de ajustes nos modelos de atenção é inerente ao momento que estamos vivenciando, seja em modelo de saúde proposto para o sistema público, alvo de nosso trabalho, seja para modelo de saúde proposto em sistemas privados de assistência. Esta é uma necessidade universal.

Em paralelo ao panorama acima descrito, assistimos, na saúde, o desenvolver de grande tendência às sub especializações, com a formação de profissionais cada vez mais capacitados para o cuidado especializado e fragmentado. Se por um lado esta tendência proporciona excelência para atuação em áreas que exigem grande habilidade técnica e profundo conhecimento específico, corre, em paralelo, a necessidade por profissionais com conhecimento ampliado que possam atuar gerenciando as necessidades universais através do conhecimento individual das situações de vulnerabilidade, suas redes sociais e de apoio, sua condição socioeconômica e a sua leitura do significado da saúde. Estes profissionais atuam adequando as necessidades observadas individualmente e, também, atuam como elos de articulação entre a rede especializada e os indivíduos.

Este panorama é o que devemos buscar desenvolver na rede de atenção à saúde do SUS, que se torna, cada vez mais, complexa seja pela escala de usuários, seja pela distância a se percorrer.

Se não houver uma boa articulação das ações de saúde, tanto preventivas, quanto de promoção e reabilitação, perde-se a condição de proporcionar saúde, segundo as diretrizes inicialmente promulgadas e, por conseguinte, diminuição da efetividade e qualidade da atenção individual e coletiva que deve estar assegurada aos usuários do sistema de saúde.

Considerando que a integralidade implica na articulação de ações entre serviços e programas e na compreensão do usuário a partir da complexidade de suas necessidades reais, para o desenvolvimento do cuidado integral, principalmente em se tratando de um país que conta com área geográfica tão vasta e complexa como o Brasil, faz-se necessário adesão a instrumentos de comunicação e a processos de trabalho que proporcionem melhor articulação entre os entes da rede.

A concretização da integralidade, em se falando de processo de trabalho, ocorre na medida em que se desenvolve a comunicação entre os entes da Rede com a finalidade de compreender, discutir e melhor conduzir cada indivíduo que dela faz uso. Para tal, instrumentos como relatórios de referência, contra referência, registros de internamento, documentação de exames complementares, assim como gerenciamento do fluxo de usuários, através dos centros de regulação, são imprescindíveis.

Nesta perspectiva, é imprescindível um sistema universal onde todos os indivíduos tenham acesso à rede, primordialmente através da atenção primária. E, utilizando os conceitos acima desenvolvidos, o profissional que executa o papel de coordenador do cuidado, dentro do modelo do SUS, é o médico da atenção primária.

Em vistas a possibilitar a universalidade de acesso ao SUS, em outubro de 2013, a Lei 12.871 institui o Programa Mais Médicos que, em suas disposições gerais, entre outras, objetiva:

- II- Diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde².

Em termos de provimento imediato de profissionais, uma das premissas da lei 12.871, em 2015, 18.000 médicos estavam atendendo em 4.000 municípios e assistindo mais de 63 milhões de habitantes, anteriormente desassistidos pela atenção primária, fato este que

proporcionou grande incremento na inserção dos usuários, principalmente de áreas mais remotas, do SUS³.

Na Paraíba, o primeiro ciclo do programa, 2013 a 2015, oportunizou o preenchimento de 400 cargos de médicos em Unidades de Saúde da Família com provimento pelo programa Mais Médicos. Este quadro foi responsável por otimizar o potencial de alcance da saúde no estado, aproximando a população de um estado de universalização da saúde, no quesito porta de entrada.

Ainda falando do estado da Paraíba, é interessante ressaltar o modelo de regionalização implantado, pelo qual o estado é dividido em quatro macrorregiões e cada macrorregião se subdivide em dezesseis regiões de saúde. Estas últimas devem prover as suas regiões com os serviços de saúde secundários ambulatoriais. As macrorregiões estão formatadas para oferecer atenção secundária ambulatorial e alguns serviços de atenção primária, através da distribuição de hospitais regionais e maternidade.

Apesar do modelo proposto, muitas dessas regiões de saúde não possuem autonomia fora da atenção básica, necessitando do alcance à outras macrorregiões, para ter acesso a hospitais de maior complexidade como os hospitais de emergência e trauma, os centros de oncologia e até as maternidades de alto risco e centros de terapia intensiva.

Em distância, vale ressaltar que o estado ocupa 56.468.435Km²(área em km²) e tem população de aproximadamente 3.996.496 habitantes que se desloca, como dito, muitas vezes por todo o estado a fim de obter atendimento de saúde⁴.

Este artigo, fruto de pesquisa para construção de dissertação de mestrado objetiva avaliar a percepção dos médicos do Programa Mais Médicos na Paraíba, ciclo 2013 a 2015, em relação aos instrumentos de comunicação da rede de atenção à saúde tais como notas de alta, encaminhamentos, documentos de contra referência.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, observacional, retrospectivo, quantitativo e analítico, integrante de um grande estudo intitulado “Análise político-social da implantação do Programa Mais Médicos no estado da Paraíba”.

O estudo envolveu a auto aplicação de questionário, disponibilizado eletronicamente através da plataforma *Google Docs*, referenciado como: “Formulário de Avaliação do Programa mais Médicos na Paraíba”

Para verificar a existência de diferenças no acesso aos Serviços de saúde entre as quatro Macrorregiões de saúde do estado da Paraíba foram aplicados questionários aos médicos participantes do programa Mais Médicos para o Brasil, em atividades no estado, que compuseram o primeiro ciclo de participantes do referido programa, ciclo este que contemplou o biênio 2013 a 2015.

A coleta de dados perdurou de dezembro de 2015 (término do primeiro ciclo do programa) até setembro de 2016, estando disponibilizada eletronicamente durante todo este período.

O número de participantes da pesquisa refere-se ao quantitativo total de profissionais devidamente inscritos no Programa Mais Médicos no Estado da Paraíba o que corresponde, para esse período estipulado, 400 indivíduos, destes, obtivemos 251 questionários válidos

Os critérios de exclusão, contemplaram os indivíduos que, apesar de atuarem na atenção primária à saúde, no período da pesquisa, não tinham vínculo com o Programa Mais Médicos e/ou Provab, além dos indivíduos que não responderam a totalidade do questionário ou produziram rasuras ou duplas respostas nos mesmos, o que somou a exclusão de 45 questionários.

Além dos critérios de exclusão acima descritos, os questionários só foram considerados válidos e utilizados para o estudo se o entrevistado respondeu ao quesito 121, que autoriza o uso de dados para a pesquisa, escolhendo a alternativa “SIM”.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sendo aprovado para através do protocolo n. CAAE 48948015.8.0000.5188 em 22 de outubro de 2015.

No referido questionário de pesquisa criou-se blocos de questões relacionadas ao problema. As questões foram apresentadas no formato de Escala de Likert com variações de 0 a 5, onde: 0- Inexistência, 1- Discordo Totalmente, 2- Discordo Parcialmente, 3- Nem Concordo/Nem Discordo, 4 – Concordo Parcialmente e 5 – Concordo Totalmente.

Para a verificação de existência de retorno regular dos atendimentos realizados na rede, foram aplicadas 04 questões: **1ª questão-** Você recebe retorno regular dos atendimentos que seus pacientes fazem nos outros serviços da rede. [Boletim de atendimento (atendimentos hospitalares, UPA, SAMU)]; **2ª questão-** Você recebe retorno regular dos atendimentos que seus pacientes fazem nos outros serviços da rede. [Nota de alta (internação hospitalar)]; **3ª questão-** Você recebe retorno regular dos atendimentos que seus pacientes fazem nos outros serviços da rede. [contra referência (atendimentos de outros profissionais ou outras especialidades médicas)]; **4ª questão-** Você recebe retorno regular dos atendimentos que seus pacientes fazem nos outros serviços da rede. [Exames realizados nestes serviços].

Para realização dos cálculos e Testes estatísticos utilizou-se o *software* SPSS 11.0. Com os valores obtidos através da Escala de Likert, e subsequente criação de uma variável dependente contínua com a proposta de mensurar a percepção dos profissionais médicos em relação à utilização dos mecanismos de comunicação dentro da rede, abordados na pesquisa. Para tanto, utilizou-se de método aditivo que é o somatório dos valores das respostas de cada

item, com obtenção de uma escala de variação entre 0 a 20, onde 0 - Retorno Inexistente e 20 - Retorno Totalmente Existente.

Para verificar a Normalidade da variável dependente contínua, obtida pelo método aditivo, aplicou-se o teste Shapiro-Wilk.

Para verificar a existência de diferenças entre os retornos dos serviços da rede comparando as quatro Macrorregiões de Saúde do Estado da Paraíba foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis, com nível de significância de 1% ($P < 0,01\%$).

RESULTADOS

Com a finalidade de caracterizar e conhecer melhor o público entrevistado, segundo os dados agrupados na tabela 1, observamos o perfil dos médicos participantes na pesquisa. Em relação à faixa etária, percebemos uma concentração maior de médicos mais jovens, entre 25 e 35 anos, em todas as macrorregiões do estado. Registra-se ainda predomínio de profissionais do sexo feminino, assim como predomínio de indivíduos brasileiros em detrimento de estrangeiros e com tempo de formação menor que 9 anos, o que é coerente com a faixa etária predominante dos profissionais. O último dado que chama a atenção neste perfil é a grande maioria de profissionais que não apresenta qualificação formal em medicina da família, com predomínio de 71,30% versus 28,70% de profissionais com especialização na área.

Tabela 1 - Características Gerais da amostra

	Perfil	1° Macro	2° Macro	3° Macro	4° Macro	Total
Faixa Etária	25 I--- 35	42,5%	51,20	34,80	52,60	45,40
	35 I--- 45	24,40%	22,00	8,70	31,60	22,70
	45 I--- 55	11,00%	14,60	52,20	15,80	16,30
	55 e +	18,90%	11,00	4,30	0,00	13,50
	Não sabe/Não Respondeu	3,20%	1,20	0,00	0,00	2,10

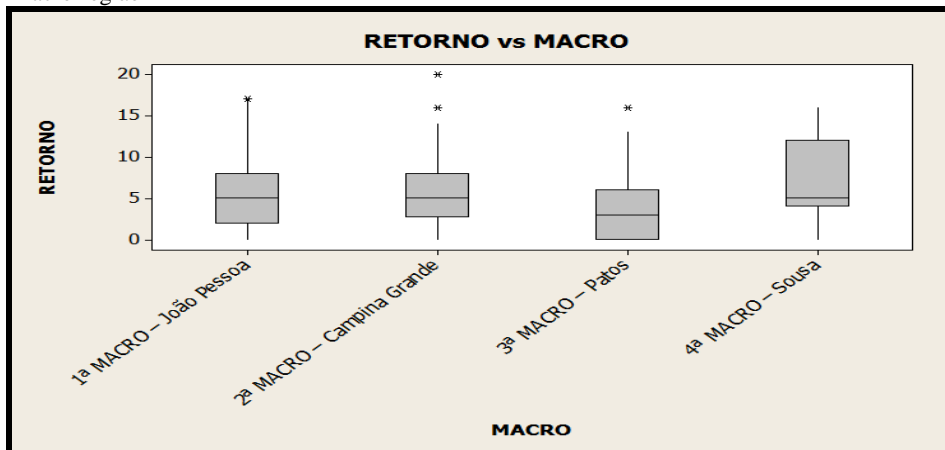
Sexo	Masculino	48,80	42,70	56,50	68,40	49,00
	Feminino	51,20	57,30	43,50	31,60	51,00
Nacionalidade	Brasileiro	81,90	68,30	34,80	52,60	70,90
	Estrangeiro	18,10	31,70	65,20	47,40	29,10
Tempo de formação em medicina	Até 9 anos	60,60	64,60	34,80	52,60	59,00
	10 Anos ou +	39,40	35,40	65,20	47,40	41,00
Especialização em Saúde da Família	Sim	17,30	31,70	65,20	47,40	28,70
	Não	82,70	68,30	34,80	52,60	71,30

Fonte: Dados da pesquisa.

Aplicando o teste de Kruskal-Wallis para análise da percepção dos entrevistados quanto à adesão aos instrumentos de comunicação por macrorregião, obtivemos o gráfico 1 que demonstra que não há adesão dos profissionais aos instrumentos que possibilitam a comunicação entre as equipes.

Em nossa análise amostral, é importante ressaltar que não há diferença estatisticamente significativa quanto à questão ($p = 0,094$), independentemente da macrorregião analisada.

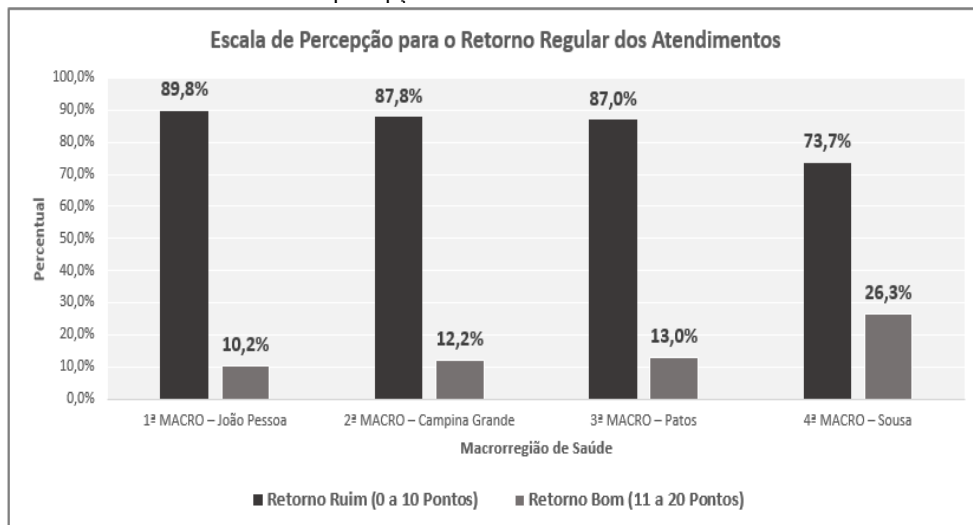
Gráfico 1 - Análise gráfica da percepção de adesão aos instrumentos de comunicação, por Macrorregião



Teste de Kruskal-Wallis, ($p = 0,094$).

Ainda em análise relativa aos resultados encontrados, os mesmos foram estratificados em Bom e RUIM, utilizando como referência para BOM: resultados entre 10 e 20 pontos e para RUIM: resultados inferiores a 10 pontos. O gráfico 2 demonstra as respostas aos quesitos por cada macrorregião. Por esta representação, fica evidente a percepção da baixa adesão aos instrumentos de comunicação, em todas as macrorregiões.

Gráfico 2 – Análise em escala de percepção de retorno



DISCUSSÃO

Os resultados encontrados neste estudo demonstram a fragilidade de um sistema que, apesar da grandiosidade numérica, falha em qualificar os seus processos. Os resultados confirmam o que outros estudos também demonstram, ou seja, temos uma rede fragmentada que pouco se comunica entre si e que, como consequência, se mantém sempre superlotada ou com resultados que demonstram a baixa eficiência ou o alto custo para funcionar e se mostrar resolutiva. Outros estudos corroboram o nosso achado e confirmam a fragilidade do sistema em relação à não utilização desses instrumentos onde diversos fatores que dificultam o desenvolvimento das potencialidades das RAS são, além da escassez profissional, as dificuldades de controle e coordenação⁵.

Para uma efetiva comunicação, há a necessidade de troca de informações e compartilhamento de opiniões entre os profissionais, com consequente estabelecimento de vínculo entre as pessoas e entre as instituições e construção das linhas de cuidado. Estas são protocolos que buscam delinear os fluxos, garantindo o acesso e o cuidado integral.

Faz mister esclarecer que a desarticulação ocasionada pela falta de comunicação entre os entes da rede prejudica, restringe ou interrompe o fluxo ao sistema de cuidado e como consequência, a integralidade das ações deixa de acontecer⁶.

Confirmando esta necessidade, trabalho exitoso de alta precoce de casos entendidos com possibilidade de contra referência, após seguramente registrados e com construção de efetivo canal de comunicação entre os entes da rede, proporcionou, através do envolvimento descrito, o retorno de diversos usuários à atenção primária como uma experiência positiva tanto para os usuários, com retorno ao convívio familiar precocemente, quanto para a equipe da atenção primária, ao receber um componente de sua área para o seu gerenciamento com todo o respaldo da equipe que imprimiu o cuidado anterior, e para a atenção hospitalar, esta última que com a alta precoce de alguns indivíduos, obteve a possibilidade de atender mais rapidamente um número maior de usuários que se encontravam em espera⁷.

Diante de todos estes aspectos citados, com falha nos processos de comunicação, possível dificuldade de adequada devolução dos usuários aos cuidados da atenção primária, que acarretam superlotação dos instrumentos secundários e terciários e dificuldade de coordenação do cuidado por parte dos profissionais de saúde da atenção primária, surgem expectativas de situações que necessitam de avaliação para conseguinte resolução destas falhas.

Nesse sentido, elencamos algumas possíveis causas que por ventura contribuíram para a evidência dos resultados encontrados nessa pesquisa: 1. a ausência de utilização dos instrumentos de comunicação atrelada à baixa expectativa de resolutividade da atenção, seja

em nível secundário ou terciário em relação à atenção primária; 2.baixa eficiência dos instrumentos disponibilizados para fins de comunicação; 3.dificuldade de comunicação, de ordem primária, por parte dos profissionais da rede; 4.dificuldade de qualificação do trabalho, com conseqüente dificuldade de comunicação, por exacerbada carga de trabalho.

Todos estes itens destacados acima são possíveis causas para o resultado encontrado. Entretanto eles não foram objeto desta pesquisa. Utilizamos-nos do senso comum, de profissionais da saúde e também da discussão de achados em outras fontes para levantar pontos que com grande probabilidade impactam no resultado da comunicação dentro do sistema de saúde.

Neste sentido, a comunicação virtual, com utilização de prontuários eletrônicos, apesar de terem uso limitado dentro da rede, poderiam melhorar o sistema de comunicação entre os entes, assim como a adoção de elementos de referência e contra referência nos moldes digitais também poderiam diminuir o ruído da comunicação, tornando-a mais eficaz.

A necessidade de entender a responsabilidade e a resolutividade da rede de atenção primária como presentes e imprescindíveis ao bom andamento dos casos individualmente e da rede como um todo, mesmo quando se trata de problemáticas de alta complexidade, são importantíssimos e perpassam pela necessidade tanto dos profissionais de valorizar àqueles que atuam nas pontas, assim como dos usuários.

Lutamos contra uma cultura ainda de descrédito em relação aos profissionais da atenção primária, muito abastecida pela dificuldade de manutenção de profissionais neste meio, com alta rotatividade de médicos e alguns períodos de ausência de profissional, dificultando a construção de vínculo entre a equipe e a comunidade. A nova política da atenção básica tem trabalhado fortemente para a solução desta problemática, com desenvolvimento de estratégias para fixação de profissionais na atenção básica, com objetivo de promover qualificação do vínculo e do cuidado⁸.

Apesar disso, ainda observamos, relativamente à proporção necessária, uma baixa procura dos profissionais médicos por este campo de atuação. Nesta descrença nos profissionais da atenção primária, seja por imaginar que a população não tem acesso a eles, seja por descrédito em seu trabalho por parte dos demais profissionais, a comunicação falha e o cuidado do usuário perde a integralidade ou se encharca na rede especializada.

CONCLUSÃO

O resultado deste trabalho traz à tona a necessidade de discussão de diversos aspectos. Tanto no que se refere ao modelo de RAS e a sua adequação às necessidades atuais de saúde quanto em relação aos seus processos de trabalho para que, sendo suficientes, funcionem de forma plena.

Ainda necessitando críticas, o ensino médico, apesar das novas propostas curriculares que trabalham a saúde e o indivíduo em nova perspectiva, tanto na saúde individual como coletiva, com mais ênfase à medicina global, ainda tem produzido profissionais com dificuldade de se comportar na produção de saúde em rede.

Desta forma, entendemos a necessidade de ajustes tanto nos processos de trabalho utilizados para o funcionamento da saúde em rede assim como na formação profissional para fins de adequar se a este modelo.

REFERÊNCIAS

¹ Brasil. lei 8.080, 19 de setembro de 1999. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. 19 set. 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 07 jul. 2018.

² Brasil. lei 12.871 de 22 de outubro de 2013. *Institui o Programa Mais Médicos*, 22 out. 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm>. Acesso em: 07 jul. 2018.

³ Brasil. *Programa Mais Médicos - Dois anos: Mais Saúde para os Brasileiros*- internet-. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <file:///E:/artigos/Livro_2_Anos_Mais_Medicos_Ministerio_da_Saude_2015.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2018.

⁴ Ibge. cidade.IBGE.gov.br. *IBGE*, 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/panorama>>. Acesso em: 22 mar. 2019.

⁵ Marta A. Desafios do cuidado em rede na percepção de preceptores de um Pet Redes em relação à pessoa com deficiência e bebês de risco: acesso, integralidade e comunicação. *Cad. Bras. Ter. Ocupacional*, São Carlos, p. 519- 532, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1052>>. Acesso em: 3 mar. 2008.

⁶ Gonçalves CR. Recursos humanos fator crítico para as redes de atenção a saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, p. 26-34, 2014. Acesso em: 2019.

⁷ Fratini JRG. Referência e Contra Referência: Contribuição para a integralidade em saúde. *Ciência Cuidado e Saúde*, p. 065- 072, Jan/Mar 2008.

⁸ Brasil. Política Nacional da Atenção Básica. *Portaria 2.436 21 de setembro de 2017*, 21 set. 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 03 abr. 2019.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho avaliou as redes de saúde temáticas da Paraíba sob a ótica dos profissionais Mais Médicos atuantes no período de 2013 a 2015 no referido estado. Dois aspectos foram estudados em relação às redes:

1. Possibilidade de acesso às redes temáticas ou a pontos da rede que os representassem;
2. Recebimento de contra referência, encaminhamentos, notas de alta ou resultado de exames dos usuários atendidos nas referidas redes pelos profissionais da atenção primária.

Os resultados demonstraram haver boa possibilidade de acesso às redes, entretanto, paralelamente a este resultado, também demonstraram a pouca adesão aos instrumentos de comunicação e retorno dos usuários atendidos na rede. Estes achados trazem à reflexão os aspectos qualitativos da atenção desprendida aos usuários da rede, uma vez que ao mesmo tempo em que se percebe bom acesso, os mesmos serviços não respondem de forma qualificada segundo os preceitos do Sistema Único de Saúde.

Faz mister frisar que os dois aspectos estudados tiveram os mesmos resultados observados em todas as macrorregiões de saúde do estado, de forma que a região geográfica, apesar de poder representar um entrave ao acesso, não demonstrou essa diferença nos dados observados, assim como também não serviu de obstáculo ou de estímulo ao desenvolvimento de uma boa comunicação entre os profissionais.

Estes achados nos levantam algumas possibilidades para as quais deveremos aprofundar estudos.

Seria o problema real do SUS para o alcance de uma boa qualidade de assistência a baixa proporção médicos: população?

As escolas médicas nos moldes que hoje funcionam dissipam conhecimento de forma adequada ao modelo de saúde proposto no país, estimulando a comunicação entre os profissionais e o trabalho em rede?

O modelo em redes, no formato que hoje se encontra o SUS, é suficiente e adequado para garantir saúde à população como proposto?

Estes questionamentos podem ser nortes para o aprofundamento de outros estudos referentes à saúde pública em nossa região.

No presente estudo, o formato em que se deu a pesquisa não nos traz respaldo suficiente para aprofundar os quesitos suscitados. Entretanto, foi suficiente para chamar atenção à necessidade de manter em constante avaliação os serviços prestados e nos moldes prestados, cada vez mais valorizando que volume e ou quantidade de atenção não tem relação direta necessária com qualidade de atenção, podendo na verdade gerar um ciclo vicioso dentro do sistema que impede a boa progressão do mesmo.

ANEXO 1 - Instrumento utilizado na pesquisa

[✎ Editar este formulário](#)

Mais Médicos - Formulário de Avaliação

*Obrigatório



ORIENTAÇÕES

Caro Colega,

Este formulário é parte integrante do processo de avaliação do Programa Mais Médicos na Paraíba, sendo de extrema importância sua resposta. Os dados serão analisados de forma agrupada e não individual, mantendo-se a confidencialidade de sua resposta na avaliação dos dados e na publicação dos resultados!

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

1. Nome do Médico *

(Escreva seu nome completo)

2. Data de Nascimento *

3. Sexo *

Masculino

Feminino

4. Raça *

- Negro
- Branco
- Amarelo
- Pardo
- Indígena
- Não sei / Não quero informar
- Outro:

5. País de Nascimento *

- Brasil
- Cuba
- Argentina
- Uruguai
- Venezuela
- Espanha
- Outro:

6. Registro Profissional *

(CRM XXXX ou RMS XXXX)

7. Qual o seu telefone/celular? *

(0-XX-Código da Região-XXXX-XXXX)

8. Qual o seu e-mail? *

9. Você permitiria usar os seus contatos para criação de canais de comunicação mais rápidos como lista de e-mails ou grupo de Whatsapp? *

- Sim
- Não

FORMAÇÃO PROFISSIONAL E EXPERIÊNCIA DO MÉDICO

10. Ano de Graduação em Medicina *

(Digite o ano com 4 dígitos)

11. País onde fez o curso de graduação em medicina. *

- Brasil
- Cuba

- Argentina
 Uruguai
 Venezuela
 Espanha
 Outro:

12. Instituição onde fez a Graduação em Medicina *

(Colocar o nome completo da instituição)

13. Você é Médico de Família e Comunidade(MFC)? *

(Considera-se MFC somente quem tem residência em MFC - ou equivalente - ou título pela SBMFC, não valendo a especialização da UNASUS)

- Sim, tenho residência em MFC (ou residência equivalente em caso de estrangeiros)
 Sim, tenho prova de título pela SBMFC
 Não

14. Você tem alguma outra Residência Médica? *

(Marque todas as residências já realizadas)

- Medicina Preventiva e Social
 Clínica Médica
 Pediatria
 Ginecologia e Obstetrícia
 Não
 Outro:

15. Você tem alguma outra pós-graduação? *

(Em caso negativo, pular a pergunta 16.)

	Sim	Não
Especialização em Saúde da Família pelo UNASUS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outras Especializações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mestrado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doutorado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Que outra pós-graduação você possui?

(Especifique o foco de todas as pós-graduações realizadas)

17. Qual o tempo de duração da graduação em medicina no local em que você fez o curso? *

4 anos

5 anos

6 anos

7 anos

8 anos

Outro:

18. Quanto tempo você dedicou a sua formação em residências médicas realizadas? *

(Para este tempo deve-se somar o tempo de cada uma das residências, não levando-se em conta o tempo de especializações, mestrado e doutorado)

Não fiz ou não completei nenhuma residência médica

2 anos

3 anos

4 anos

5 anos ou mais

19. O Programa Mais Médicos é seu primeiro emprego como médico? *

Sim

Não

20. Você já trabalhou como médico na Atenção Primária à Saúde antes de ingressar no Programa Mais Médicos? *

Sim

Não

21. Quanto tempo você tinha de experiência como médico atuando na Atenção Primária antes de ingressar no Programa Mais Médicos? *

(Descreva a quantidade de anos completos, colocando 0 para menos de 1 ano de experiência)

22. Você já trabalhou como médico em alguma missão internacional? *

(Caso sua resposta for 'Não' pular as pergunta 23 e 24)

Sim

Não

23. Em que países você já trabalhou como médico em missões internacionais antes de

Social

Em outras
residências

28. Você já recebeu alunos de medicina em sua unidade após ingressar no Programa Mais Médicos? *

(Marque sim caso tenha recebido alunos por pelo menos 3 meses)

- Não
 Sim

IDENTIFICAÇÃO DO PROGRAMA DE PROVIMENTO

29. Desde quando você ingressou no Programa Mais Médicos? *

Mês Dia 2016

30. Qual é a sua vinculação com o Programa Mais Médicos? *

- Mais Médicos
 Provab
 Outro:

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF)

31. Em que município você trabalha atualmente? *

32. Em que USF você trabalha atualmente? *

(Escreva o nome da unidade de saúde, conforme o cadastro no CNES)

33. Qual o CNES desta USF? *

34. Qual o caráter do imóvel em que está sua unidade de saúde? *

- Imóvel próprio da prefeitura, unidade padronizada
 Imóvel próprio da prefeitura, unidade não padronizada
 Imóvel cedido/emprestado por organização social
 Imóvel alugado
 Outro:

35. Quantas equipes existem na sua unidade incluindo a sua? *

1 2 3 4 5 6



36. Se mais de uma equipe, qual o nome da sua? *

37. A população que você atende mora em: *

- Zona Urbana
 Zona Rural
 Mista

38. Você realiza regularmente consulta médica fora da unidade? *

(Não considerar visita domiciliar)

- Sim
 Não

39. Com que frequência você precisa atender fora de sua unidade? *

(Não considerar visita domiciliar)

- Não preciso atender fora da minha unidade
 Todos os dias
 2 a 3 vezes por semana
 1 vez por semana
 Quinzenalmente
 1 vez por mês
 Outro:

40. Qual o perfil dos locais em que você atende fora de sua unidade? *

(Se não atender fora da sua unidade, marcar apenas a primeira opção)

- Não preciso atender fora da minha unidade
 Prédio próprio da prefeitura com boa estrutura
 Prédio próprio da prefeitura com estrutura precária
 Associação de moradores
 Igrejas
 Escolas
 Casa de pacientes/funcionários
 Outro:

41. Qual a população cadastrada sob responsabilidade de sua equipe de saúde? *

(Apresentar o dado existente no cadastro da secretaria municipal de saúde)

42. Você já teve que trocar de unidade desde que ingressou no programa? *

- Sim

Não

43. Por qual motivo você teve que trocar de unidade após o ingresso no programa? *

(Marque todas as opções que justifiquem a troca de unidade)

- Não precisei trocar de unidade
- Devido a problemas na estrutura física da unidade
- Devido a problemas com a equipe
- Devido a problemas de segurança
- Devido a uma população adscrita com mais de 4000 pessoas
- Devido a migração do Provab para o Mais Médicos
- Por decisão do gestor municipal
- Por descredenciamento do município
- Outro:

44. Desde quando você trabalha na USF atual? *

(Responder apenas em caso de já ter feito troca de unidade)

Mês Dia 2016

AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA

45. Que recursos foram disponibilizados pela gestão para trazer conforto térmico no seu consultório? *

(Marque 'Sim' ou 'Não' para cada um dos itens)

	Sim	Não
Janelas com boa circulação de ar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ventilador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ar-condicionado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

46. Avalie as afirmativas abaixo em relação à Estrutura Física do seu Consultório Médico. *

(Para cada um dos itens avalie o seu grau de concordância)

	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo, nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente
O conforto térmico no seu consultório de atendimento é adequado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O conforto luminoso no seu consultório de atendimento é adequado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A acústica no seu consultório de atendimento é adequada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A conservação de paredes e pisos no seu consultório de atendimento é adequada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

47. Quais recursos de mobília estão presentes em seu consultório de atendimento? *

(Baseado na Resolução 2056/2013 do CFM que estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas e critérios mínimos para seu funcionamento)

	Disponível e de boa qualidade	Disponível, porém de má qualidade	Não disponível
1 cadeira ou poltrona para o paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 cadeira ou poltrona para o acompanhante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 cadeira ou poltrona para o médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 mesa/birô	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 maca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 colchão para maca revestido com material impermeável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 maca ginecológica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 escada de 2 ou 3 degraus para acesso dos pacientes à maca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 local com chave para a guarda de documentos, livros, receituário especial e medicamentos sujeitos a controle especial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 biombo ou divisória	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 pia ou lavabo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lixeiras com pedal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chave ou ferrolho para fechar a porta durante o atendimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Persianas ou cortinas para fechar a janela durante o exame físico dos pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

48. Os insumos abaixo são disponibilizados pela gestão em quantidade adequada em seu consultório de atendimento. *

(Para cada um dos insumos avalie o seu grau de concordância em relação à disponibilidade do mesmo em quantidade adequada)

	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente
Lençol ou rolo de papel para a maca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toalhas de papel para secar as mãos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sabonete líquido/ Álcool em gel para a higiene das mãos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sacos de lixo para a lixeira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Papel higiênico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

49. De forma geral o seu consultório lhe dá plenas condições de prestar um atendimento de qualidade. *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

discordo totalmente concordo totalmente

50. A estrutura física dos ambientes abaixo discriminados está adequada para sua função. *

Deve-se levar em conta os seguintes critérios: Conforto Térmico; Luminosidade; Acústica; Pisos e Paredes (conservação); Móveis (cadeiras e armários)

	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente	espaço não existente
Recepção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consultório Odontológico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consultório de Enfermagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Farmácia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sala de Vacinação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sala de Curativos/Procedimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sala de expurgo/esterilização	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sala de Reunião/Grupos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Banheiro para Pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Banheiro para Funcionários	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Copa/Cozinha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

51. Avalie as afirmativas abaixo em relação a sua unidade de saúde. *

(Para cada um dos itens avalie o seu grau de concordância)

	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente
Há disponibilidade de água potável de boa qualidade para consumo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A limpeza da unidade de saúde é adequada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

52. A unidade de saúde em que atua, de uma forma geral, tem uma boa estrutura física. *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

discordo totalmente concordo totalmente

53. Você acha que a sua unidade de saúde teria condições estruturais de receber a Residência de Medicina de Família e Comunidade? *

- Sim
- Não

54. Desde o seu ingresso no Programa Mais Médicos, você percebeu alguma mudança estrutural induzida pelo programa? *

- Sim, para melhor
- Sim, para pior
- Não percebo mudanças

55. No caso de ter havido mudanças estruturais, descreva-as abaixo.

AVALIAÇÃO DE EQUIPAMENTOS, INSUMOS E MEDICAMENTOS PARA O ATENDIMENTO CLÍNICO

56. Os equipamentos de trabalho abaixo discriminados estão presentes em quantidade e qualidade adequadas para o atendimento dos pacientes. *

(Para cada um dos equipamentos avalie o seu grau de concordância em relação à disponibilidade do mesmo em quantidade e qualidade adequadas. Em caso de indisponibilidade total que impeça a avaliação marcar INEXISTENTE)

discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo nem	concordo parcialmente	concordo totalmente	inexistente
---------------------	-----------------------	------------------	-----------------------	---------------------	-------------

Luvas descartáveis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiras reagentes para hemoglicoteste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Espéculos vaginais (descartáveis ou não)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Material para coleta de citologia do colo do útero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DIU	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Material para curativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

58. As classes de medicamentos abaixo discriminadas são disponibilizadas em quantidade suficiente a cada mês. *

(Para cada uma das classes de medicamentos avalie o seu grau de concordância em relação à disponibilidade regular do mesmo em quantidade adequada. Em caso de indisponibilidade total que impeça a avaliação marcar INEXISTENTE)

	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente	inexistente
Medicamentos para hipertensão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medicamentos para Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antibióticos para crianças	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antibióticos para adultos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Analgésicos/antitérmicos para crianças	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Analgésicos/antitérmicos para adultos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anti-inflamatórios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anticoncepcionais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antiparasitários	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psicotrópicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medicamentos para uso oftalmológico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medicamentos injetáveis para urgência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Benzetacil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

59. Os impressos abaixo discriminados estão disponíveis na unidade com regularidade e em quantidade suficiente. *

(Para cada um dos impressos avalie o seu grau de concordância em relação à disponibilidade regular do mesmo em quantidade adequada. Em caso de indisponibilidade total que impeça a avaliação marcar INEXISTENTE)

	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente	inexistente
Pastas/Envelopes para Prontuário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Folhas de Evolução para Prontuário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Receituário Simples	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Receituário Branco Especial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Receituário Azul	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Folha de solicitação de exames	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atestado médico padronizado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fichas de encaminhamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carbono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

60. Os recursos de internet e informática abaixo discriminados estão disponíveis na unidade com qualidade e quantidade adequadas. *

(Para cada uma dos itens avalie o seu grau de concordância em relação à disponibilidade do mesmo em quantidade e qualidade adequadas. Em caso de indisponibilidade total que impeça a avaliação marcar INEXISTENTE)

	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente	inexistente
Computador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Impressora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prontuário eletrônico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Telessaúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AVALIAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

61. Qual é o tipo de sua equipe? *

(Parâmetro da equipe mínima ESF: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 4 a 6 ACS; Equipe mínima com Saúde Bucal: todos os anteriores e mais 1 odontólogo e 1 Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) ou Técnico em Higiene Dental (THD))

- Equipe mínima ESF
 Equipe ESF com saúde bucal
 Outro:

62. Sua equipe está completa? *

(Parâmetro da equipe mínima: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 4 a 6 ACS; Equipe mínima com Saúde Bucal: todos os anteriores e mais 1 odontólogo e 1 Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) ou Técnico em Higiene Dental (THD))

- Sim
 Não

63. Se não, quais profissionais estão faltando?

64. Qual a forma de contrato dos demais profissionais de sua equipe? *

	Prestador de serviços	Regime CLT	Regime Estatutário	Bolsista	Outro
Enfermeira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Técnica de enfermagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Odontólogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Técnico de Higiene Dental ou Auxiliar de consultório dentário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agentes Comunitários de Saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

65. Na sua unidade, tem alguma equipe em que esteja faltando médico? *

- Trabalho em unidade com uma só equipe
 Sim
 Não

66. Há profissional de segurança na sua unidade de saúde? *

- Sim
 Não

67. Há profissional para recepção na sua unidade de saúde? *

- Sim
- Não

68. Há profissionais do NASF no seu município que prestam algum tipo de apoio a sua unidade de saúde? *

(Considerar apoio na própria unidade ou através de encaminhamento)

- Sim
- Não

69. Há profissionais do NASF atuando na sua unidade de saúde? *

- Sim
- Não

70. Com que frequência há profissionais do NASF atuando na sua unidade de saúde? *

- Não há profissionais do NASF atuando na minha unidade
- Todos os dias
- 3 a 4 vezes por semana
- 1 a 2 vezes por semana
- Quinzenal
- Mensal

71. Quais papéis são desempenhados pelos profissionais do NASF no apoio a sua unidade? *

- Atendimento Clínico
- Apoio Matricial / Discussão de casos
- Apoio Gerencial
- Outro:

72. Qual a profissão/especialidade dos profissionais do NASF que apoiam a sua unidade? *

- Assistente Social
- Educador Físico
- Fisioterapeuta
- Fonoaudiólogo
- Nutricionista
- Pediatra
- Psicólogo
- Psiquiatra
- Terapeuta Ocupacional
- Outro:

AVALIAÇÃO PROCESSO DE TRABALHO

73. Qual o modo de funcionamento de sua unidade de saúde? *

- 1 turno
 2 turnos
 Horário corrido

74. Qual o tempo diário de funcionamento de sua unidade de saúde para o atendimento dos pacientes? *

(Coloque um número entre 0 e 8 horas considerando o que ocorre na maior parte dos dias)

75. Além dos pacientes cadastrados na sua equipe, você precisa prestar atendimento regular a pacientes de outras áreas? *

- Sim
 Não

76. Que outros paciente, além dos cadastrados na sua equipe, você precisa prestar atendimento regularmente? *

- Pacientes de áreas descobertas
 Pacientes de área de influência
 Pacientes de outras unidades
 Pacientes de outras equipes na minha unidade
 Não faço atendimento de pacientes não cadastrados na minha equipe
 Outro:

77. Quais dos serviços abaixo são oferecidos à população pela sua equipe de saúde? *

	Sim, mas eu não participo	Sim, e eu participo	Não
Acolhimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atendimento à demanda espontânea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atendimento de consultas agendadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Visita Domiciliar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coleta de citopatológico de colo uterino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pré-natal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puericultura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Curativos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vacinação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suturas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pequenas cirurgias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colocação de DIU	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grupos			

educativos/terapêuticos

78. Há aplicação de Benzetacil na sua equipe quando este medicamento está disponível? *

- Sim
 Não

79. Qual a forma de marcação na sua equipe para os pacientes que desejam ser atendidos no mesmo dia? *

(Pode ser marcada mais de um opção)

- Ordem de chegada (fila, distribuição de fichas)
 Acolhimento com classificação de risco
 Triagem até completar o número de fichas
 Todos que procuram a unidade são atendidos
 Outro:

80. Qual o número médio de consultas que você atende diariamente em sua unidade? *

(Considerar como referência um dia habitual de trabalho)

81. Qual o número de atendimentos realizados por você no último mês de trabalho? *

(Em caso de férias ou afastamento do trabalho maior que 5 dias no último mês, considerar o mês anterior. Responder com base nos dados enviados ao Esus)

82. Com que frequência você registra suas consultas em prontuário? *

- Nunca
 Raramente
 Eventualmente
 Frequentemente
 Sempre

83. Qual o método de registro de suas consultas em prontuário? *

- Registro orientado por problemas (SOAP = Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano de Cuidado)
 Método Tradicional (Queixa Principal, História da Doença Atual (HDA), Antecedentes, Hipótese Diagnóstica e Conduta)
 Resumido, registro só informações básicas
 Não faço registro em prontuário
 Outro:

84. As atividades em equipe abaixo discriminadas acontecem regularmente em sua equipe de modo a qualificar o trabalho da equipe. *

(Para cada uma das atividades avalie o seu grau de concordância em relação à ocorrência da mesma em frequência adequada. Em caso de inexistência total da atividade que impeça a avaliação marcar INEXISTENTE)

	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo, nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente	inexistente
Atendimento conjunto de vários profissionais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discussão de casos/projetos terapêuticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Planejamento de atividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atividades de grupo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discussão de indicadores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

85. Há reunião de equipe? *

- Sim
 Não

86. Qual a frequência da reunião de equipe? *

- Não há reunião de equipe
 Mensal
 Quinzenal
 Semanal
 Sem regularidade definida

87. O que funciona na unidade de saúde durante a reunião? *

- Nada, a unidade fica fechada
 Atendimento a demanda espontânea
 Farmácia
 Vacinação
 Marcação de exames
 Outro:

88. Você participa da reunião de equipe? *

- Sim
 Não

89. Com que frequência você participa da reunião de equipe? *

- Nunca
 Raramente
 Eventualmente
 Frequentemente

Sempre

90. Quais dos elementos abaixo estão presentes nas reuniões de equipe? *

(Marque 'Sim' ou 'Não' para cada um dos itens)

	Sim	Não
Pauta definida previamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tempo para informes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inscrições para falas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Metodologias participativas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Decisões por votação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Decisões por consenso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Construção de ata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Educação permanente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

91. Há atividades de educação permanente para a sua equipe? *

- Sim
 Não

92. Com que frequência há atividade de educação permanente para a sua equipe? *

- Não há atividades de educação permanente de forma regular
 Semanalmente
 Quinzenalmente
 Mensalmente
 Outro:

93. As atividades de educação permanente são para todos os profissionais ou separadas por categoria profissional? *

- Não há atividades de educação permanente de forma regular
 Separados por categoria profissional
 Todos os profissionais juntos
 Outro:

REDE DE SAÚDE

94. Seus pacientes conseguem ter acesso aos serviços abaixo discriminados sempre que você precisa encaminhá-los. *

(Para cada um dos serviços avalie o seu grau de concordância em relação à disponibilidade e facilidade de acesso ao mesmo. Em caso de indisponibilidade total do serviço que impeça a avaliação marcar INEXISTENTE)

	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente	inexistente
Hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maternidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Casas de parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unidade de pronto-atendimento (UPA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SAMU	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ambulância para transporte de pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Serviço de Atendimento Domiciliar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Centro de atenção psicossocial (CAPS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Academia da Saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

95. Você tem dificuldade para encaminhar pacientes para outros profissionais de saúde ou outros especialistas médicos? *

- Sim
 Não

96. Se sim, descreva abaixo de forma resumida as principais áreas/especialidades em que tem dificuldade para o encaminhar os pacientes.

97. Quais os principais motivos de dificuldades para encaminhar pacientes para outros profissionais de saúde ou outros especialistas médicos? *

(Marque todas as alternativas que representarem problema para encaminhamento na sua unidade)

- Falta de outros profissionais no município
 Longa fila de espera
 Resistência de outros profissionais a atender pacientes encaminhados por médicos do Programa

Mais Médicos

- Indisposição dos pacientes por dificuldades de transporte
- Indisposição dos pacientes por mau atendimento dos especialistas
- Não tenho dificuldades para encaminhar os pacientes
- Outro:

98. Você recebe retorno regular dos atendimentos que seus pacientes fazem nos outros serviços da rede.

(Para cada um dos tipos de retorno avalie o seu grau de concordância em relação à disponibilidade do mesmo em frequência adequada. Em caso de indisponibilidade total destes retornos que impeça a avaliação marcar INEXISTENTE)

	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente	inexistente
Boletim de atendimento (atendimentos hospitalares, UPA, SAMU)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nota de alta (internação hospitalar)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contra-referência (atendimentos de outros profissionais ou outras especialidades médicas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exames realizados nestes serviços	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

99. Você acha que a rede de saúde de seu município teria condições de receber a Residência de Medicina de Família e Comunidade? *

- Sim
- Não
- Outro:

AVALIAÇÃO DA SUPERVISÃO**100. Quantas visitas seu supervisor fez na sua unidade de saúde nos últimos 3 meses? ***

(Considerar visita somente a atividade realizada na sua unidade de saúde)

0 1 2 3 4 5 6

101. Que recursos pedagógicos o seu supervisor utiliza nas visitas à unidade? *

(Marque 'Sim' ou 'Não' para cada um dos itens)

	Sim	Não
Atendimento de pacientes pelo supervisor sob observação do supervisionado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atendimento conjunto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acompanhamento de consultas do médico supervisionado com feedback ao final	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discussão de casos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estudo imediato em livros ou outras recursos bibliográficos junto com o supervisionado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discussão de temas/artigos/capítulos pactuados e lidos previamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discussão de temas sem leitura prévia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uso do Telessaúde (0800)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

102. Que recursos pedagógicos você gostaria que o seu supervisor utilizasse nas visitas à unidade? *

(Marque 'Sim' ou 'Não' para cada um dos itens)

	Sim	Não
Atendimento de pacientes pelo supervisor sob observação do supervisionado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atendimento conjunto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acompanhamento de consultas do médico supervisionado com feedback ao final	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discussão de casos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estudo imediato em livros ou outras recursos bibliográficos junto com o supervisionado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discussão de temas/artigos/capítulos pactuados e lidos previamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discussão de temas sem leitura prévia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uso do Telessaúde (0800)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

103. Seu supervisor já participou de alguma reunião de equipe em sua unidade? *

- Sim
 Não

104. Qual o objetivo da participação do seu supervisor na reunião de equipe em sua unidade? *

- Ele nunca participou
- Apoiar na resolução de conflito entre profissionais
- Apoiar na qualificação do processo de trabalho
- Apresentar o programa e seu funcionamento
- Outro:

105. Avalie as afirmativas abaixo em relação ao apoio do seu Supervisor. *

(Para cada um dos itens avalie o seu grau de concordância)

	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo, nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente
Meu supervisor apoia na minha qualificação clínica de maneira satisfatória.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meu supervisor apoia na qualificação do meu processo de trabalho de maneira satisfatória.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meu supervisor apoia na qualificação do processo de trabalho da equipe de maneira satisfatória.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meu supervisor apoia nas demandas clínicas e de processo de trabalho com boa disponibilidade e rapidez.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

106. Seu supervisor faz reuniões de educação permanente com o grupo de médicos supervisionados? *

- Sim
- Não

107. Com que frequência seu supervisor faz reuniões de educação permanente com o grupo de médicos supervisionados? *

(Não considerar neste item a reunião locorregional)

- Mensalmente
- Trimestralmente
- Raramente
- Nunca

113. Descreva aspectos positivos que deveriam ser mantidos e negativos que deveriam ser melhorados de sua supervisão.

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO MÉDICO

114. Em relação aos recursos pedagógico do Programa Mais Médicos, avalie a sua satisfação com cada um dos itens abaixo. *

(Para cada um dos itens avalie o seu grau de concordância)

	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo, nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente
Estou satisfeito com o Tutor/Coordenador da minha região.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estou satisfeito com as Reuniões locais/regionais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estou satisfeito com o Curso de Especialização da UNASUS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estou satisfeito com o Cursos à distância do AVASUS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estou satisfeito com o Telessaúde (plataforma escrita).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estou satisfeito com o Telessaúde (Serviço 0800)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

115. Em relação ao Programa Mais Médicos de forma geral, avalie a sua satisfação com cada um dos itens abaixo. *

(Para cada um dos itens avalie o seu grau de concordância)

	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo, nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente
Estou satisfeito com a remuneração recebida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estou satisfeito com o Trabalho realizado na	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Atenção Primária.					
Estou satisfeito com minha equipe de trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estou satisfeito com a Gestão do município no qual trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estou satisfeito com a Comissão Coordenadora Estadual.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estou satisfeito com o Apoiador do Ministério da Saúde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estou satisfeito com o Apoiador do Ministério da Educação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

116. Avalie a sua satisfação geral com o Programa Mais Médicos. *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muito insatisfeito Muito satisfeito

117. Você gostaria de renovar seu contrato com o Programa Mais Médicos caso seja possível ao final do contrato vigente? *

- Sim
 Somente se houver mudança de município
 Não

118. Que elementos foram importantes para sua permanência no programa até este momento? *

(Marque 'Sim' ou 'Não' para cada um dos itens)

	Sim	Não
Bonificação de 10% para residência (Provab)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apoio da supervisão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apoio do Telessaúde (0800 ou plataforma escrita)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Valor da remuneração	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trabalho em equipe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relação com os pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Valorização pela gestão municipal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Afinidade com o trabalho na Atenção Primária	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vínculo diretamente com o	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

governo federal		
Atuação em grande centro ou na proximidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições de vida do município	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros fatores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

119. Você gostaria de seguir atuando na Atenção Primária após o término do Programa Mais Médicos? *

- Sim
 Não

120. Você desejaria atuar como preceptor/tutor da Residência de Medicina de Família, recebendo residentes em sua equipe de saúde? *

Está previsto na Lei do Mais Médicos disponibilidade de vagas de residência de forma universal para todos os egressos do curso de medicina. Para isso, será necessário uma quantidade enorme de preceptores na Atenção Primária.

- Sim, se for remunerado
 Sim, de qualquer jeito
 Não

120a. Você tem interesse em fazer a Residência de Medicina de Família? *

- Já tenho a residência de Medicina de Família (ou equivalente)
 Sim
 Não

INFORMAÇÕES FINAIS

121. Você permitiria usar os dados de sua resposta, preservando o sigilo de sua identidade e dados pessoais, para análise e elaboração de publicações científicas? *

(Para mais informações sobre esta pesquisa consultar abaixo)

- Sim
 Não

Caro Colega,

Este formulário é parte integrante do processo de avaliação do Programa Mais Médicos na Paraíba.

OBJETIVO GERAL

- Tem como objetivo geral avaliar o programa Mais Médicos na Paraíba em suas várias dimensões.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar um perfil do médico do mais médicos da Paraíba, incluindo sua formação e experiência;
- Traçar um panorama da estrutura física, insumos, equipamentos, medicamentos, recursos humanos e do processo de trabalho das unidades onde atuam os médicos do programa;
- Traçar um panorama da rede de serviços disponível para os médicos do programa;
- Avaliar o processo de supervisão;

- Avaliação do programa em relação aos demais aspectos pedagógicos;
- Avaliação sobre a capacidade do programa de induzir mudanças estruturais e de processo de trabalho na APS da PB;
- Avaliação de fatores associados com a fixação de médicos na APS;
- Identificação de potenciais municípios e unidades para receber a residência de medicina de família na PB;
- Identificar potenciais preceptores para a residência em MFC.

PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

- A participação nesse estudo envolve somente o preenchimento deste formulário online com o consequente envio das respostas.

BENEFÍCIOS/RISCOS DO ESTUDOS

- A sua participação é de fundamental importância para a avaliação do programa no estado da Paraíba, contribuindo para o planejamento das ações que venham a qualificar a sua atuação no programa no ano de 2016 e a Atenção Primária no estado como um todo.
- A participação no estudo não envolve qualquer risco associado,

CONFIDENCIALIDADE

- Todas as informações coletadas são armazenadas e analisadas por um sistema computadorizado, mantendo a confidencialidade de acordo com a legislação aplicável nacional. A informação é analisada sem o seu nome. As respostas irão receber um tratamento puramente estatístico e serão processados em geral, tendo em conta todos os participantes. Os resultados do estudo são apresentados sempre de uma forma abrangente e nunca, em hipótese alguma, individualmente. O tratamento dos dados será completamente anônimo.

ÉTICA EM PESQUISA

- Este formulário faz parte do Projeto de Pesquisa intitulado "ANÁLISE POLÍTICO-SOCIAL DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO ESTADO DA PARAÍBA", tendo aprovação do CEP do CCS/UFPB em 22/10/15, sob o número CAAE 48948015.8.0000.5188.

DÚVIDAS E OUTRAS INFORMAÇÕES

- Em caso de dúvidas e/ou maiores informações favor contactar o Tutor Alexandre José de Melo Neto pelo email halemao_jp@hotmail.com.

AGRADECEMOS PELA SUA COLABORAÇÃO!!!

Enviar

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

ANEXO 2 - Termo de compromisso com o uso do material

Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

Eu, **Ana Flávia Silva Amorim Arruda**, abaixo assinado(s), pesquisadora envolvida no projeto de título **Avaliação da Rede de Atenção à Saúde no estado da Paraíba pelo programa Mais Médicos do Brasil na Paraíba**, vinculado ao Programa **PROFSAÚDE- UFPB**, me comprometo a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos do Banco de Dados do **Questionário Programa Mais Médicos – Formulário de Avaliação**, vinculado à pesquisa ANÁLISE POLÍTICO-SOCIAL DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO ESTADO DA PARAÍBA aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPB, sob o número CAAE 48948015.8.0000.5188, e também a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Informo que os dados a serem coletados dizem respeito à utilização dos seguintes conteúdos do Questionário: **IDENTIFICAÇÃO E FORMAÇÃO DO MÉDICO, IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE DO PROFISSIONAL (ITENS 1 AO 44) ASSOCIADOS AOS ITENS DA AVALIAÇÃO DE REDES DE SAÚDE (ITENS 94 AO 99)**. Caso pretenda utilizar outras variáveis, farei nova solicitação e assinatura de novo Termo de Compromisso.

Por fim, comprometemo-nos a referenciar a origem do questionário em nossas publicações, bem como encaminhar os trabalhos escritos e artigos publicados ao Pesquisador Principal da pesquisa cujo questionário está vinculado.

João Pessoa, 05 de setembro de 2017.

Envolvidos na manipulação e coleta dos dados:

Nome completo	CPF	Assinatura	Telefone
Ana Flávia Silva Amorim Arruda	031.000.534-51		(83) 98886-5557