



**Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica**

**Guilherme Borghini Pazuello**

**Reflexos dos Programas Mais Médicos e Provac nos  
serviços de Emergências da cidade de São Simão (SP)**

**São Simão  
Fevereiro/15**

# 1 Introdução

O acesso garantido de toda a população brasileira à saúde pública consagrou-se a partir da legalização do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, quando houve, pela primeira vez, a inserção de uma seção específica para a saúde pública na promulgação da Constituição Federal de 1988 (1, 2). Esta define em seu Artigo 196 que:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (3).

O SUS é considerado a principal política pública no setor de saúde e o maior projeto de movimento sanitário do Brasil (1, 4). Este sistema apresenta um conjunto de princípios e diretrizes que partem de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia deste direito em todo o território nacional (5). Porém, a implantação do SUS ocorreu em 1990 a partir da publicação do Decreto Nº 99.060, de 7 de março de 1990, transferindo o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde, da promulgação da Lei Orgânica de Saúde (Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), que operacionaliza alguns dos princípios definidos na Constituição Federal de 1988 sobre o SUS, e da promulgação da Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que institui as formas de participação social do SUS (6). Entretanto, os avanços legais e práticos na implantação do SUS foram observados somente entre 1994 e 2002, com a emissão da Norma Operacional Básica de 1996, a criação de uma política de Atenção Primária à Saúde (APS), a criação do Piso de Atenção Básica (PAB), o fortalecimento dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF), a descentralização efetiva da gestão do SUS com a transferência de hospitais federais e estabelecimentos de saúde do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) para os estados e municípios, a definição de um arcabouço legal para regulamentação da saúde

suplementar e a definição de modelos de gestão autônoma para os hospitais públicos (6).

Como observado, desde a criação do SUS diversas políticas têm sido discutidas e executadas a fim de garantir uma maior eficiência e equitatividade no acesso à saúde. Neste sentido, é importante destacar as discussões em prol da APS. De acordo com PAIM *et al.* (2011), a APS tem o objetivo de oferecer acesso universal e serviços abrangentes ao cidadão, além de desenvolver ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Para assegurar tal objetivo, foram implantadas diferentes estratégias de repasse de recursos e organizacionais, como, por exemplo, o PAB e o PSF, respectivamente (4). Este último adquiriu aos poucos centralidade, convertendo-se em estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde e modelo de APS atuais (7, 8).

Segundo ALMEIDA (2014), o PSF, denominado atualmente como Estratégia Saúde da Família (ESF), conta com 35.812 equipes, distribuídas em 5.352 municípios, que cobrem 57% da população brasileira, o que representa quase 111 milhões de habitantes. Tais resultados, datados até janeiro de 2014, demonstram que a APS não se desenvolveu de maneira uniforme e homogênea nos municípios brasileiros de acordo com os pressupostos do SUS (8). Desta forma, a partir do ano de 2011, os Ministérios da Saúde e da Educação instituíram várias medidas para atrair profissionais, sobretudo médicos, para localidades com maior carência. Dentro desse contexto, destacam-se o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e o Programa Mais Médicos para o Brasil.

O PROVAB tem como objetivo estimular e valorizar o profissional de saúde que atua em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família (9), enquanto o Programa Mais Médicos para o Brasil tem a finalidade de aperfeiçoar médicos na APS em regiões prioritárias (10). Ou seja, ambos os programas têm como princípios básicos e estruturantes o provimento e a qualificação de profissionais da área da saúde em localidades de difícil fixação.

Neste sentido, o presente trabalho tem como objetivo avaliar os reflexos no número de atendimentos dos pronto-socorros a partir da implantação do PROVAB e do Programa Mais Médicos para o Brasil na cidade de São Simão, localizada no interior do estado de São Paulo.

## **2 Problema**

Muitas das atividades em saúde que deveriam ser feitas no âmbito da Atenção Básica (AB) continuam sendo realizadas em hospitais de alta complexidade, acarretando uma demanda muito grande de atendimentos e procedimentos desnecessários naquele nível de atenção. As possíveis razões para esse fenômeno poderiam ser: período curto de adaptação da população à nova dinâmica de saúde; falha no acolhimento; erro na territorialização com áreas descobertas pela Estratégia Saúde da Família; baixa resolutibilidade do trabalho desempenhado na AB; falta de material, equipamentos e medicação na AB; etc.

### **3 Justificativa**

A justificativa do presente trabalho é demonstrar que uma melhor organização das atribuições de cada nível de saúde se faz necessário. Os serviços de assistência terciários dispõem de tecnologias duras necessárias para o bom atendimento de pacientes graves, tendo menos recursos em tecnologias leves e leve-duras, enquanto a APS conta com as tecnologias leve e leve-duras como seu principal recurso de assistência. Assim, fortalecer as competências de cada unidade de atendimento garantiria uma melhor oferta de saúde e menor dispêndio financeiro ao município.

### **4 Objetivos**

#### ***4.1 Objetivo geral***

Pretende-se avaliar com esse projeto se o número de atendimentos realizados na Santa Casa da Misericórdia da cidade de São Simão diminuiu após a criação dos Programas Mais Médicos e Provab.

#### ***4.2 Objetivo específico***

Uma vez comprovado que o número de atendimentos da emergência diminuiu, pretende-se avaliar quais atividades desempenhadas na APS pelos médicos do PROVAB e do Mais Médicos para o Brasil tiveram impacto nessa redução.

## 5 Metodologia

O presente trabalho será observacional, transversal e agregado, nenhum tipo de intervenção clínica será realizada.

O universo da pesquisa será a Santa Casa da Misericórdia (SCM) da cidade de São Simão (SP).

Num primeiro momento será feita a coleta de dados contidos no Relatório Analítico de Produção Mensal/Anual alimentado por funcionários da Secretaria Municipal da Saúde de São Simão. Tal relatório abrange tanto o número total de atendimentos realizados pela SCM, quanto o número de atendimentos específicos como: atendimento de urgência, administração de medicamentos, aferição de pressão arterial, inalação/nebulização, suturas, remoção de cerume, realização de glicemia capilar, realização de eletrocardiograma, retirada de pontos de sutura, curativos, remoção manual de fecalomas, passagem de sonda nasogástrica, incisão e drenagem de abscesso, lavagem gástrica, cateterismo vesical de alívio, cateterismo vesical de demora, atendimento ortopédico, etc. Contudo para fins de análise serão considerados apenas o número total de atendimentos.

Num segundo momento será utilizada uma planilha de Excel, onde serão registrados o número de atendimentos mensais realizados pela Unidade de Emergência do mês de março até dezembro do ano de 2013, assim como do mês de março até dezembro do ano de 2014.

Por último, será feita uma análise de variação desses valores. Os resultados obtidos, caso comprovem a diminuição na demanda do serviço de emergência servirão para reiterar a importância dos programas voltados para a AB ou, no caso de um resultado negativo, para se tentar entender os motivos pelos quais a população local continua procurando a SCM mesmo após a implantação de tais programas. A partir daí, deverão ser aventadas algumas hipóteses como: período curto de adaptação da população à nova dinâmica de saúde; falha no acolhimento; erro na territorialização

com áreas descobertas pela Estratégia Saúde da Família; baixa resolubilidade da AB; falta de material, equipamentos e medicação na AB; etc.

Para a realização do presente estudo serão necessários: recursos humanos para providenciar e trabalhar com os dados, um computador com programa de Excel instalado para tabulação desses dados e um programa de análise estatística como o SAS System para providenciar o estudo de variação necessário.

## 6 Cronograma

<b>Atividades</b>	<b>03/15</b>	<b>04/15</b>	<b>05/15</b>	<b>06/15</b>	<b>07/15</b>	<b>08/15</b>
<b>Elaboração do Projeto</b>	X					
<b>Estudo da literatura</b>	X	X	X	X	X	X
<b>Coleta de dados</b>		X	X			
<b>Discussão e análise dos resultados</b>				X		
<b>Revisão final e digitação</b>				X	X	
<b>Entrega do trabalho final</b>						X



## **7 Resultados esperados**

Espera-se que o presente estudo seja capaz de comprovar que o número de atendimentos na Santa Casa Da Misericórdia de São Simão nos meses do ano de 2014 tenha sido menor em relação aos mesmos meses do ano de 2013. Com isso ficaria demonstrado, de maneira indireta que a AB vem cumprindo seu papel enquanto resolve os problemas do seu território de abrangência e acolhe sua população.

Sabe-se que a procura pelo serviço de emergência obedece a certa sazonalidade, sendo maior nos meses de inverno pelo agravamento de quadros respiratórios de maneira geral e nos meses do verão pelo maior número de queixas gastrointestinais. Por isso, nesses períodos a procura pela emergência será maior em relação aos outros meses do mesmo ano, porém espera-se que seja menor em relação ao mesmo período do ano anterior, quando os programas Mais Médicos e Provac ainda não tinham sido implantados.

## 8 Referências

- 1- Elias PE. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo em Perspectiva**, 18(3): 41-46, 2004.
- 2- Baptista TWF. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C. & PONTES, A. L. de M. (Org.). Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007, P. 29-60.
- 3- Constituição Federal de 1988 (BR). Brasília, DF, 1988.
- 4- Paim J *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, 377(9779): 11-31, 2011.
- 5- Noronha JC, Lima L D, Machado C V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA L *et al.* (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, P. 435-472.
- 6- Medici A. Propostas para melhorar a cobertura, a eficiência e a qualidade no setor saúde. IN: BAHCA E. & Schwartzman, S. (Org.). Brasil: A nova agenda social. Rio de Janeiro: LTC, 2011, P. 23-93.
- 7- Giovanella L *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3): 783-794, 2009.
- 8- Almeida PF. Mapeamento e análise dos modelos de Atenção Primária à Saúde nos países da América do Sul. Rio de Janeiro: ISAGS e UNASUR, 2014.
- 9- Portaria Interministerial Nº 2.087, de 01 de setembro de 2011 (BR). Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 02 set. 2011.
- 10- Portaria Interministerial Nº 1.369, de 08 de julho de 2013 (BR). Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 09 jul. 2013.



Secretaria de  
Gestão do Trabalho e da  
Educação na Saúde

Ministério  
da Saúde

