

Universidade do Estado do Amazonas (UEA)  
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA)  
Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS  
Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade

**PROGRAMA MAIS MÉDICOS E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A SAÚDE  
PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE IRANDUBA-AM**

Poliana de Castro Cameli

Orientador (a): Érica Patrícia Azevedo Sousa

**Manaus - AM**

**2020**

Universidade do Estado do Amazonas (UEA)  
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA)  
Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS  
Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade

**PROGRAMA MAIS MÉDICOS E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A SAÚDE  
PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE IRANDUBA-AM**

Trabalho realizado para conclusão do curso de Especialização de Medicina de Família e Comunidade. Visa fazer um levantamento e análise crítica das informações recebidas durante o período de curso por meio de um Portfólio, além de elaborar um projeto de intervenção.

Orientador(a): Érica Patrícia Azevedo Sousa de Castro

Poliana de Castro Cameli

**Manaus - AM**

**2020**

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	01
2. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE E DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....	01
3. CASO CLÍNICO .....	03
4. ANEXO - PROJETO DE INTERVENÇÃO .....	06

## RESUMO

A ideia central do artigo procurou mostrar os pontos importantes do atendimento primário sob a ótica dos pacientes, bem como os aspectos que necessitam de aperfeiçoamento dentro da realidade sócio cultural na qual a Unidade Básica de Saúde João Lima da Silva está inserida. O problema em questão se propôs descobrir de que forma o Programa Mais Médicos pode contribuir para a prevenção de doenças e promoção de saúde na população de Iranduba. O artigo objetivou investigar se o Programa Mais Médicos em funcionamento no município de Iranduba-Am possibilita a cobertura do atendimento primário em seu local de origem, os agravos de doenças mais notificados e os reais benefícios relatados pela população após a sua inserção. Trata-se de uma pesquisa exploratória que utilizou como instrumentos a observação participativa, procurando informações utilizando os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade, examinando fatos e fenômenos, e um questionário com perguntas fechadas de múltipla escolha que discorreu sobre as premissas da problemática investigada. Desse modo, ficou evidenciado a importância do Programa para os indivíduos que residem no município, minimizando deslocamentos que outrora eram realizados para suprir a falta de médicos e a enorme demanda por tratamentos de saúde, bem como a maior agilidade nos agendamentos e o acesso mais rápido a esses tratamentos.

**Palavras chave:** Programa Mais Médicos. Estratégia Saúde da Família. Promoção de Saúde.

## **1. APRESENTAÇÃO**

Chamo-me Poliana de Castro Cameli, finalizei minha graduação no ano de 2016 pela UNL (Universidade Nilton Lins).

Atuo como médica pediatra no Instituto Médico de Clínica e Pediatria desde 2016 até o presente.

Tenho pós-graduação Lato Sensu com Especialização Profissional em Pediatria Clínica finalizada em 2018 pela FACIS – Faculdade de Ciências da Saúde de São Paulo.

Minha motivação para entrar no foi para conhecer um pouco mais da saúde da família e explorar mais o lado ambulatorial que me identifico.

## **2. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE**

### **2.1 Unidade de Atuação**

A unidade de atuação chama-se UBS João Lima da Silva, situada à Rua Auton Furtado S/N, bairro Cidade Nova, município de Iranduba-AM. A área de abrangência corresponde ao bairro Cidade Nova e possui 608 famílias cadastradas.

### **2.2 Programas e participantes**

Saúde da Criança: 84 participantes;

- Saúde do Adolescente: 270 participantes;

- Saúde da Mulher: 86 participantes;

- Saúde do Homem: 72 participantes;

- Saúde do Idoso: 76 participantes;

- HIPERDIA: 100 participantes;

- Tuberculose e Mal de Hansen: sem casos no momento, porém, faz-se a prevenção e orientação da população em geral;
- Saúde Mental: 05 participantes;
- Pré Natal: 15 participantes;
- Programa Saúde na Escola (PSE): +- 350 alunos.

### **2.3 Pontos favoráveis da unidade**

A UBS João Lima da Silva está localizada em uma rua principal, o que facilita o acesso do usuário.

### **2.4 Pontos que necessitam de melhorias**

A UBS não tem sede própria, funciona em um prédio alugado que não possui estrutura para ser utilizada como preconizado pelo Ministério da Saúde.

Não possui recepção, sala de espera, sala de vacina, almoxarifado, farmácia. O consultório é inadequado para atendimento, não possui ventilação e iluminação adequados e móveis aparentemente descartados de outras unidades.

Não temos funcionário de serviços gerais diariamente, o que prejudica a higiene e apresentação da Unidade, e, nos faz ter de limpar a Unidade por conta própria

Entretanto, uma sede própria esta em fase de construção, com previsão de inauguração para agosto de 2020.

### 3. CASO CLÍNICO

J.F.S., 2 anos e 2 meses, feminino, parda, natural de Manaus, residente em Iranduba, Bairro Cidade Nova.

QP: Tosse com catarro verde, febre e diarreia.

#### HDA:

Início do quadro aos dois meses de idade com tosse produtiva associada a expectoração espessa e esverdeada e múltiplas infecções respiratórias, com várias internações, incluindo tratamento para tuberculose pulmonar há um ano (mãe diagnóstica com tuberculose pulmonar no 6º mês de gestação). Refere ainda, desde o início do quadro, evacuações líquido-pastosas, volumosas de odor fétido contendo restos alimentares. Há um mês vem apresentando febre de 37,7° C a 38° C, sem horário definido. História do parto e neonatal: nascida de parto cesáreo, Apgar 9/9, idade gestacional de 33 semanas com peso de nascimento de 1065g, pequena para idade gestacional. Intercorrências no período neonatal: hipoglicemia e icterícia neonatal, permanecendo internada na UTI Neonatal por 17 dias; alta com 38 dias de vida.

História alimentar: leite materno exclusivo até 3 meses de vida.

História do Crescimento e desenvolvimento: Atraso na fala e no desenvolvimento motor, ganho pondero-estatural abaixo do esperado.

História Vacinal: em dia.

História Familiar: Irmão com deficiência de IgA e mielodisplasia;

mãe hipertensa: estatura: 145cm.

Pai etilista social e tabagista: estatura: 170cm.

História Social: núcleo familiar, casa de madeira sem saneamento básico.

#### Exame físico:

Peso: 8530g Estatura: 81 cm PC: 45,5 cm.

IMC: 13,1kg/m<sup>2</sup>.

Emagrecida, bom estado geral, ativa e cooperativa.

Postura atípica, massa muscular hipotrofiada.

Microadenopatia cervical, axilar e inguinal bilateral.

Discreto aumento do diâmetro antero-posterior do tórax.

Murmúrio vesicular audível sem ruídos adventícios. FR: 28 irpm.

Aparelho circulatório e abdome sem alterações.

Exames solicitados na oportunidade da consulta: Hemograma, Radiografia de tórax, EAS, EPF, sangue oculto nas fezes e proteína C reativa (PCR).

### **Impressão Diagnóstica**

Pré-escolar de 2 anos e 2 meses com desnutrição e déficit de ganho pondero-estatural. Quadro arrastado de tosse com secreção espessa, episódios febris e infecções de vias aéreas de repetição. Relato de diarreia crônica.

O peso e estatura da criança ao nascer refletem as condições intrauterinas às quais a mesma foi submetida. Fatores fetais, placentários e maternos podem interferir no crescimento do feto. São fatores maternos frequentemente associados à restrição do crescimento intrauterino: toxemia, hipertensão ou doença renal, hipoxemia, doença crônica ou má nutrição, uso de drogas.

A presença de infecção fetal crônica (ex.: toxoplasmose, rubéola ou sífilis congênitas) também é importante causa de retardo no crescimento. A infecção recente por toxoplasmose (alternativa na questão), seria dada pela presença de IgM e não IgG no sangue materno.

Existe também forte correlação entre RCIU e baixo nível socioeconômico. Famílias de baixas condições socioeconômicas apresentam taxas elevadas de anemia e outras condições mórbidas, assim como cuidados de pré-natal inadequados.

A Fibrose Cística, principal hipótese para este caso clínico, é uma doença pulmonar e gastrointestinal; assim, o crescimento insuficiente é multifatorial, podendo dever-se à pobre ingestão alimentar, às perdas calóricas fecais, à má absorção, infecções crônicas e às necessidades energéticas aumentadas (pelo esforço respiratório).



#### **4. ANEXO**

**Universidade do Estado do Amazonas (UEA)  
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA)  
Universidade Aberta do SUS - UMA-SUS  
Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade**

#### **PROGRAMA MAIS MÉDICOS E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE IRANDUBA-AM**

Trabalho de conclusão de curso apresentado a Universidade Estadual do Amazonas que servirá como requisito para obtenção do título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade, orientado pela professora Sibila Lilian Osis.

**Poliana de Castro Cameli**

**MANAUS-AM  
2020  
PROGRAMA MAIS MÉDICOS E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A SAÚDE  
PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE IRANDUBA-AM**

Poliana de Castro Cameli<sup>1</sup>

**RESUMO**

A ideia central do artigo procurou mostrar os pontos importantes do atendimento primário sob a ótica dos pacientes, bem como os aspectos que necessitam de aperfeiçoamento dentro da realidade socio cultural na qual a Unidade Básica de Saúde João Lima da Silva está inserida. O problema em questão se propôs descobrir de que forma o Programa Mais Médicos pode contribuir para a prevenção de doenças e promoção de saúde na população de Iranduba. O artigo objetivou investigar se o Programa Mais Médicos em funcionamento no município de Iranduba-Am possibilita a cobertura do atendimento primário em seu local de origem, os agravos de doenças mais notificados e os reais benefícios relatados pela população após a sua inserção. Trata-se de uma pesquisa exploratória que utilizou como instrumentos a observação participativa, procurando informações utilizando os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade, examinando fatos e fenômenos, e um questionário com perguntas fechadas de múltipla escolha que discorreu sobre as premissas da problemática investigada. Desse modo, ficou evidenciado a importância do Programa para os indivíduos que residem no município, minimizando deslocamentos que outrora eram realizados para suprir a falta de médicos e a enorme demanda por tratamentos de saúde, bem como a maior agilidade nos agendamentos e o acesso mais rápido a esses tratamentos.

**Palavras chave:** Programa Mais Médicos. Estratégia Saúde da Família. Promoção de Saúde.

<sup>1</sup> Médica do Programa Mais Médicos do Município de Iranduba.  
E-mail: pollycameliczs@hotmail.com

## SUMÁRIO

Introdução e Justificativa .....	1
Problema e Hipótese .....	1
Objetivo Geral .....	1
Objetivos Específicos .....	2
Historicidade do Sistema de Saúde no Brasil.....	2
Programa Mais Médicos.....	3
Sistema Único de Saúde .....	4
Estratégia Saúde da Família .....	5
Metodologia.....	7
Recursos Necessários .....	8
Planejamento de Intervenção.....	8
Proposta de Avaliação .....	9
Resultados Esperados .....	9
Análise dos Dados Obtidos no Questionário .....	10
Considerações Finais.....	13
Cronograma .....	14
Referências .....	15

## INTRODUÇÃO

Irlanduba é considerado o maior produtor de hortifrutigranjeiros da região e produz 75% dos tijolos e telhas consumidos no estado, está localizado na Região Metropolitana de Manaus, no estado do Amazonas, situado à margem esquerda do Rio Solimões, conectando-se à capital amazonense através da Ponte Jornalista Phelippe Daou. Segundo estimativas do IBGE (2019), o município possui 48.296 habitantes.

Sua localização permite a existência de dois ecossistemas, no Rio Negro figuram paisagens paradisíacas, praias, cachoeiras e florestas abundantes, ao longo do rio Solimões, extensas áreas de várzea com atividades agrícolas e pesqueiras.

De acordo com Maciel (2014), Irlanduba é o município amazonense com maior número de sítios arqueológicos registrados, com mais de 100 sítios descobertos até o momento. Desde 1995 é desenvolvido o Projeto Amazônia Central (PAC), coordenado pelo Museu de Arqueologia e Etnologia da Universidade de São Paulo - Mae/UsP, em parceria com a Universidade Federal do Amazonas, com trabalhos de escavação, formação de profissionais técnicos e educação patrimonial.

No que se refere a saúde, conta com 18 Unidades Básicas, dando suporte e acolhimento aos seus moradores. Os atendimentos ocorrem diariamente, com marcação prévia pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Um dos principais diálogos dos habitantes diz respeito ao fato da necessidade de deslocamento em busca de assistência à saúde, a escassez de profissionais e a demora nos atendimentos, fato bastante minimizado com a implantação do Programa Mais Médicos.

Partindo dessas premissas, o problema em questão se propôs descobrir de que forma o Programa Mais Médicos pode contribuir para a prevenção de doenças e promoção de saúde na população de Irlanduba.

A hipótese levantada infere que a partir do acesso mais rápido aos serviços médicos é possível trabalhar fatores preventivos e diagnosticar pretensas patologias possibilitando identificá-las a partir do atendimento primário.

De modo geral o estudo procurou investigar se o Programa Mais Médicos em funcionamento no município de Iranduba-Am possibilita a cobertura do atendimento primário em seu local de origem, os agravos de doenças mais notificados e os reais benefícios relatados pela população após a sua inserção.

Os objetivos se propuseram verificar se houve diminuição nos processos de deslocamento do município de Iranduba para Manaus em busca de atendimento primário de saúde;

Observar durante os atendimentos quais são as doenças de maior prevalência e as queixas mais recorrentes relatadas pelos pacientes;

Pesquisar os principais benefícios proporcionados pelo Programa Mais Médicos para os habitantes do município de Iranduba;

O artigo se justifica na intencionalidade de mostrar e divulgar o trabalho realizado pelos profissionais pertencentes ao Programa Mais Médicos, a correlação existente entre atendimento primário e promoção de saúde, as possíveis contribuições trazidas pelo Programa para o melhoramento no processo de saúde-doença, estimulando ao mesmo à produção de novas pesquisas científicas concernentes ao tema.

## **BREVE HISTORICIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL**

Pode-se dizer que o sistema de saúde no Brasil se caracterizou, historicamente pelo dualismo entre atividades preventivas e curativas na atenção à saúde. O governo brasileiro teve a especificidade de produzir e regular à saúde pública desde os anos de 1930, por meio da medicina previdenciária, utilizando como política a compra de serviços de terceiros na área da assistência médica, induzindo assim a chamada produção de procedimentos. Em 1977, 80% do valor dos financiamentos aprovados para a área de saúde foram destinados ao setor privado.

Para Franco (2019) o modelo de assistência privatista tornou-se dominante na segunda metade do século XX induzido pelo processo da industrialização brasileira. Até o início da década de 1970, somente os contribuintes das caixas de assistência dos trabalhadores (CAP's 12 e dos IAPs 13 e, posteriormente, do INPS 14) e seus dependentes diretos devidamente munidos da "carteirinha", tinham acesso aos serviços de saúde de melhor

qualidade. Aos indigentes, aos desempregados, aos trabalhadores domésticos, aos trabalhadores rurais e aos autônomos restava a filantropia das Santas Casas de Misericórdia. Isso colocou em discussão de que a universalidade de cobertura e atendimento à saúde no Brasil trouxe consigo a noção de direito social em detrimento a noção anterior de concessão.

A crise desse modelo foi qualificada por Mendes (2015) em quatro dimensões: a ineficiência, a ineficácia, a iniquidade e a insatisfação da população, atribuindo-lhe características mais estruturais que circunstanciais. A crise e a reforma dos sistemas de saúde são fenômenos praticamente globalizados, porque o que sucede na realidade é uma profunda reforma nos estados capitalistas em geral.

Em 1970 teve início o processo de redemocratização política e social no Brasil. A mobilização nacional pela luta cidadã se materializou na área da saúde, por meio do ideário do Movimento da Reforma Sanitária. Integrava o movimento professores universitários, estudantes de medicina, profissionais da saúde, sindicalistas, militantes partidários de esquerda e populares. O objetivo principal dos reformistas confundia-se entre uma oposição ao regime autoritário e a transformação do Sistema Nacional de Saúde. Sua luta era direcionada para a criação de um sistema único de saúde gratuito e universal, essencialmente gerido pelo estado, e que atribuísse caráter complementar ao setor privado. Ficava claro que o modelo atual era incapaz de impactar as diversas realidades de saúde vigentes no país.

O setor de saúde, marcado por uma história de desigualdades, dissociações de comando entre esferas do governo e duplicidade de prestação de serviços, vivenciou assim, um sólido movimento pró-reforma sanitária, tudo pela conquista de uma proposta que privilegiasse a universalidade de atendimento nos serviços de saúde e o dever do estado em garantir esse direito. Essas propostas foram consagradas pela Constituição de 1988, que estabeleceu o lema: Saúde é direito de todos e dever do Estado (Fernandes, 2014, p. 10).

## **PROGRAMA MAIS MÉDICOS**

O Programa Mais Médicos (PMM), foi criado em julho de 2013 por meio de Medida Provisória que foi convertida em Lei em outubro do mesmo ano, após

intenso debate junto à sociedade e tramitação no Congresso Nacional. O Mais Médicos somou-se a um conjunto de ações e iniciativas num cenário em que o governo federal assumiu a tarefa de formular políticas públicas para enfrentar os desafios que vinham condicionando o desenvolvimento da Atenção Básica (AB) no País. A Atenção Básica é a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), que deve ordenar o acesso com equidade aos demais serviços da rede de saúde, estar presente em todos os municípios e próxima de todas as comunidades, garantindo acesso universal, com qualidade e em tempo oportuno.

A Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) define como modo prioritário de organização da (AB) no Brasil a Estratégia de Saúde da Família (ESF), criada como programa na década de 90 e incrementada em sua expansão e complexidade, em especial nos últimos anos. A expansão da Estratégia de Saúde da Família apresentou, nos últimos sete anos, um aumento de cobertura de apenas 1,5% da população a cada ano, segundo informações do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), sendo a dificuldade dos gestores municipais em atrair e fixar médicos nas equipes de Saúde da Família (ESF) um dos fatores que dificultaram essa expansão.

Em 2013, ano de criação do Programa, o Brasil tinha uma proporção de médicos por habitante significativamente inferior à necessidade da população e do SUS. Esses médicos estavam mal distribuídos no território, de modo que as áreas e as populações mais pobres e vulneráveis eram as que contavam proporcionalmente com menos médicos. Muitas cidades não tinham médico residindo no território do município e grandes contingentes populacionais não contavam com acesso garantido a uma consulta médica.

Nesse aspecto, o Programa recruta profissionais graduados no Brasil e fora do País, brasileiros e estrangeiros, para atuar nas áreas com maior necessidade e garantir a essas populações o direito concreto e cotidiano ao acesso universal e com qualidade aos serviços de saúde. Esses profissionais participam de uma série de atividades de educação e de integração ensino-serviço para que desenvolvam uma atenção à saúde de qualidade de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica. O Mais Médicos assegurou, também, medidas estruturantes de médio e longo prazos, como



aquelas que visam intervir de forma quantitativa e qualitativa na formação de médicos no Brasil: desde a abertura de novas vagas de graduação e residência médica, até a reorientação da formação de médicos e especialistas conforme as necessidades do SUS. A iniciativa previu, ainda, a expansão de vagas de graduação nos locais com maior necessidade de médicos e menos ofertas de vagas por habitante.

## **O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Alinhando-se às diretrizes da Organização Mundial da Saúde, a Constituição brasileira reconhece que a saúde depende de condições de bem-estar físico, mental e social, sendo diretamente influenciada pela alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços sociais.

Todo brasileiro passou a ter garantido por lei o acesso às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, propostas concretizadas no Sistema Único de Saúde (SUS).

O novo sistema de saúde apontava para uma superação do modelo assistencial, dominado pela assistência individual propondo um novo modelo baseado na integralidade da atenção à saúde. O SUS pôs fim, em pouco tempo, à figura iníqua dos indigentes sanitários, promovendo a integração do INAMPS ao sistema público único de saúde.

O mercado deixava de ser o maior critério para organizar e distribuir serviços. Em seu lugar surge o planejamento, realizado não a partir do poder aquisitivo das pessoas, mas de suas necessidades em saúde. O atendimento passa a ser universal, todos podem utilizar o sistema, gratuito e organizado, hierarquizado, segundo a complexidade da atenção e regionalização, conforme a distribuição populacional e do quadro de morbimortalidade das comunidades.

“Dessa forma, o SUS rompeu a trajetória de formação do Estado brasileiro assentada na centralização e com uma concepção de cidadania que vinculava os direitos sociais à inserção no mercado de trabalho” (Santos, 2016, p. 29).

Assim, o SUS veio atualizar a concepção do processo de saúde-doença, na visão de uma nova prática sanitária, articulando a dimensão biológica da doença à sua dimensão social e econômica. O conceito de saúde evolui de uma

concepção negativa (ausência de doença) para uma concepção afirmativa (qualidade de vida) e a dinâmica da saúde passa a ser compreendida como uma acumulação ou produção social sujeita a permanente transformação. Tem como campo de conhecimento a interdisciplinaridade e como campo de prática a intersetorialidade.

## **A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Fernandes (2014) afirma que não foi suficiente, porém, dispor de uma base jurídica formal e ampla para resolver os importantes problemas de saúde dos brasileiros.

É nesse contexto que a Estratégia Saúde da Família surge como elemento dinamizador do SUS e como eixo estruturante rumo à reorientação do modelo de atenção à saúde, a partir do primeiro nível de cuidar, da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde.

O referido autor informa que a implantação do ESF foi precedida pela experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), instituído pelo Ministério da Saúde em 1991. A partir daí começou-se a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais o indivíduo.

Cabe assinalar que o êxito dos PACS impulsionou a formação do PSF, levando ao primeiro documento do programa, com a data de setembro de 1994.

Fernandes (2014) argumenta que ao propor o PSF, o Governo Federal teve dois grandes objetivos: o primeiro foi, sem dúvida, substituir o modelo assistencial curativo/hospitalocêntrico pelo modelo preventivo, ou seja, pelo modelo de atenção primária de saúde, e com isso racionalizar os altos custos da saúde pública no Brasil. O segundo grande objetivo foi descentralizar as políticas de saúde, na intenção de tornar a saúde pública mais resolutiva, adotando uma postura de parceria com os governos estadual e municipal.

O último foi caracterizar uma estratégia que possibilitasse a integração promovendo organização das atividades em um território definido com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados.

A Saúde da Família é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. As equipes de Saúde da Família têm como objetivos centrais a prestação da assistência integral,

contínua, com resolutividade e qualidade, as necessidades de saúde da população adscrita, destacando-se a perspectiva da família.

Para atingir tais objetivos, requerem-se abordagens multidisciplinares, processos diagnósticos de realidade, planejamento das ações e organização horizontal do trabalho, compartilhamento do processo decisório, além do estímulo ao exercício do controle social.

“As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde na comunidade atuante ” (Brasil, 2015, p. 14).

Assim, as ações e serviços devem resultar de um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade, para, a partir disso, construir uma prática efetivamente resolutiva. É imprescindível, em cada território, aproximar-se das pessoas e tentar conhecê-las: suas condições de vida, as representações e as concepções que têm acerca de sua saúde, seus hábitos e as providências que tomam para resolver seus problemas quando adoecem bem como o que fazem para evitar enfermidades.

Dentro de todos esses aspectos descritos acima, Fernandes (2014) enfatiza que o Ministério da Saúde procura deixar claro que não se trata de um atendimento simplificado, pelo contrário, é uma expansão da atenção primária à saúde em direção à incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população e, principalmente, dos grupos mais vulneráveis. A ESF está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado Atenção Básica ou Primária. A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido associada a uma assistência de baixo custo, pois parece tratar-se de serviços simples e quase sempre com poucos equipamentos, embora seja uma abordagem tecnológica específica de organizar a prática e, como tal, dotada de particular complexidade.

## **METODOLOGIA**

A coleta de dados ocorreu no mês de janeiro de 2020 e foi realizada na Unidade Básica de Saúde João Lima da Silva, localizada na Rua Auton Furtado, S/N, bairro Cidade Nova, no município de Iranduba-Am, com 608 famílias cadastradas, abrangendo um excelente quantitativo de atendimentos.

O trabalho se qualifica dentro de uma pesquisa exploratória, segundo Severino (2015), estabelecendo critérios, métodos e técnicas para a elaboração e busca de informações sobre o objeto, orientando ao mesmo tempo, na formulação dos objetivos.

Trata-se de uma pesquisa de campo, com método indutivo e abordagem quantitativa, pois os limites de sua iniciativa foram fixados a partir da estrutura original do seu local de inserção, dentro dos seus respectivos níveis de observação.

Para conhecer as doenças de maior prevalência e as queixas mais relatadas pelos pacientes foi utilizado como instrumento a observação participante, que de acordo com Marconi e Lakatos (2017), se fez através da participação real do pesquisador com a comunidade, influenciando e sofrendo ao mesmo tempo a influência dos atores amostrais e ocorreu de forma natural, dada a característica de o pesquisador já pertencer ao grupo pesquisado. As observações realizadas foram registradas em um bloco de notas específico.

Em relação aos processos de deslocamento para a capital em busca de atendimento de saúde, bem como a identificação dos principais benefícios advindos com a chegada do Programa Mais Médicos no município, 20 pacientes, de ambos os sexos responderam um questionário com sete (7) perguntas fechadas de múltipla escolha, abrangendo várias facetas do signatário assunto, ou seja, as respostas possíveis foram estruturadas junto às perguntas, podendo os indivíduos pertencentes a amostra assinalarem uma ou mais respostas.

Outro fator importante foi o aspecto descritivo, pois possibilitou a realização do estudo, da análise, do registro e interpretação dos fatos do mundo físico. A finalidade da pesquisa descritiva é observar, registrar e analisar os fenômenos ou sistemas técnicos, sem, contudo, entrar no mérito dos conteúdos (Marcone e Lakatos, 2017).

O tratamento dos dados foi tabulado de acordo com a amostragem que fez parte da pesquisa, logo em seguida, diagnosticados e explicados através de tabelas distributivas, se fez quantitativamente e sua criação se configurou dentro dos Programa da Microsoft, Word 2016.

## **RECURSOS NECESSÁRIOS**

Computador;

Data show;  
Papel;  
Caneta;  
Anamnese;  
Arquivos e pastas;  
Mesas;  
Cadeiras;  
Relação do número de pacientes atendidos;  
Média da população que habita a comunidade atendida.

## **PLANEJAMENTO DE INTERVENÇÃO**

O planejamento acontecerá em duas fases:

Na primeira fase, houve a aplicação de um questionário para conhecer os benefícios sentidos pelos pacientes e as principais dificuldades. Fora utilizado também, uma observação participante para descrever as doenças de maior prevalência.

A segunda fase será trabalhada de forma mais específica, com palestras expositivas e trabalhos de conscientização sobre a funcionalidade e função do Programa dentro dos seus objetivos de atendimento, para que futuramente, seja possível comparar e inferir se houve algum tipo de melhora nos índices de doenças, prevenção e tratamentos de patologias recorrentes.

## **PROPOSTA DE AVALIAÇÃO**

É necessário um período extenso para avaliar o processo saúde-doença, principalmente dentro de uma comunidade com realidades socioculturais diferenciadas como o município de Iranduba. O primeiro aspecto a ser levado em consideração são as propostas trazidas pelo Programa e suas estratégias, bem como a ideia que os munícipes possuem sobre a cobertura. Desse modo, o período de 1 ano, seria o prazo ideal para coletar dados acerca dos fatores de risco e das doenças de maior prevalência observadas na UBS.

O instrumento para verificação dessas variáveis seria uma observação sistemática. Ela é realizada em condições controladas, e sua principal característica é o planejamento e a sistematização. O observador já sabe de antemão o que deseja observar, e deve ser objetivo, procurando reconhecer e

eliminar qualquer erro que ocorra sobre o que está sendo estudado. São construídas categorias a priori para os comportamentos que serão observados, anotados e registrados, buscando uma correlação entre os benefícios a nível de saúde e qualidade de vida trazidos pelo PMM.

## RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que os moradores do município de Iranduba compreendam a importância do PMM e suas contribuições para a saúde pública, bem como os benefícios advindos a partir do atendimento básico de saúde, seja a nível de prevenção, manutenção ou recuperação, trazendo como resultado uma população mais saudável e que não necessite se deslocar do seu local de origem para buscar atendimento médico.

## ANÁLISE DOS DADOS OBTIDOS NO QUESTIONÁRIO

Tabela 1- Questionário aplicado aos pacientes

<b>Você já precisou se deslocar para Manaus em busca de atendimento médico</b>	
Sim	90%
Não	10%

Fonte: própria

A grande maioria dos pacientes relatou já ter precisado se deslocar do município de Iranduba até a capital Manaus em busca de atendimento médico. Um dos dilemas atuais do setor de saúde no mundo é a má distribuição de médicos entre áreas rurais e urbanas, e entre capitais e interior. No Brasil, a Região Norte é a que possui a menor quantidade de médicos por habitantes.

Tabela 2- Questionário aplicado aos pacientes

---

**Seu deslocamento foi antes ou depois da implantação do Programa Mais Médicos**

---

Antes	80%
Depois	20%

---

Fonte: própria

Uma das principais ações no Brasil para aumentar a cobertura de saúde equitativa e universal é o Programa Mais Médicos. A iniciativa visa ampliar a atenção primária em saúde e suprir a carência de médicos. Segundo dados do Ministério da Saúde (2019), mais de 60 milhões de brasileiros atualmente são cobertos pelo Programa, o que condiz exatamente com a tabela acima, onde 80% dos pacientes se referiram que o deslocamento realizado fora anterior ao funcionamento do Mais Médicos.

Tabela 3- Questionário aplicado aos pacientes

---

**Qual foi o motivo desse deslocamento**

---

Estrutura inadequada	45%
Solicitação do médico para acompanhamento mais específico	20%
Atendimento secundário, alto grau de complexidade	20%
Falta de atendimento	15%

---

Fonte: própria

Observa-se na tabela de número 3, que a falta de atendimento diminuiu exponencialmente com o funcionamento do Programa, ou seja, apenas 15% dos pacientes relataram não terem sido atendidos em tempo hábil necessitando de deslocamento. O restante, 85% divididos em tópicos diferenciados, mostra que esses deslocamentos ocorreram da seguinte forma: 20% precisaram de atendimento mais específico; 20% foram para atendimento secundário e 45%

devido à falta de estrutura adequada, configurando-os todos como atendimentos secundários e não cobertos primariamente.

Tabela 4- Questionário aplicado aos pacientes

<b>Os atendimentos são regulares e seguem um cronograma normal</b>	
Sim	55%
Não	20%
Quase sempre	25%

Fonte: própria

Somente 20% dos indivíduos que responderam ao questionário afirmaram que o cronograma é deficiente e irregular, enquanto para 55% os atendimentos tiveram um calendário satisfatório, e para 25% a cobertura foi quase sempre suficiente. Se somarmos os dois últimos dados, podemos deduzir que 80% da população conseguiu acompanhar os cronogramas de atendimento de forma eficiente e regular.

Tabela 5- Questionário aplicado aos pacientes

<b>A abordagem dos médicos do Programa atende suas expectativas</b>	
Sim	30%
Não	20%
Quase sempre	50%

Fonte: própria

Nas informações acima temos uma situação muito parecida com a encontrada na tabela de número 4. 20% dos habitantes não se sentem satisfeitos com a abordagem médica, porém, ao juntarmos os que se sentem plenamente atendidos e acolhidos (30%), e os que acham que suas expectativas são quase sempre atendidas (50%), chegamos a um número de 80% de tratamentos iniciados efetivamente, o que denota uma alta eficiência na cobertura.



Tabela 6- Questionário aplicado aos pacientes

<b>Principais benefícios que o Programa Mais Médicos trouxe para a população</b>	
Acesso mais rápido ao atendimento	50%
Não preciso me deslocar longas distancias	35%
Os médicos ficam mais tempo na UBS	15%

Fonte: própria

Fica evidenciado que a falta de atendimento e acesso era a principal dificuldade do passado. Ao analisarmos a tabela 6 observamos que para 50% da população o Programa Mais Médicos se tornou mais eficiente e rápido nesse quesito. 35% não precisaram mais sofrer o desgaste percorrendo distâncias longas em busca de atendimento, enquanto 15% achou que o principal benefício está na permanência dos médicos por mais tempo na Unidade Básica de Saúde.

Tabela 7- Questionário aplicado aos pacientes

<b>Quais os pontos a serem melhorados pelo Programa Mais Médicos</b>	
Melhorar a estrutura	50%
Tratamento mais humanizado	20%
Aumentar o quantitativo de profissionais	30%

Fonte: própria

A estrutura da Unidade Básica de Saúde é o ponto mais questionado pelos moradores (50%). Falta de espaço, de remédios e afins são discursos constantes, no entanto, existe a necessidade de se trabalhar melhor as informações acerca do real sentido do Programa, as deficiências existem de fato, entretanto, trata-se de um polo de atendimento primário, muitas vezes confundido e não compreendido pelos pacientes que imaginam a realização de

grandes procedimentos. 30% gostaria que o número de médicos fosse maior e 20% infere ser indispensável um tratamento mais humanizado.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao verificar se houve diminuição nos processos de deslocamento do município de Iranduba para Manaus em busca de atendimento de saúde percebeu-se que a distribuição dos médicos entre a capital e os interiores, atualmente conta com uma maior cobertura, ou seja o número de médicos por habitantes elevou-se, ainda não é o ideal, mas sofreu uma evolução significativa. O estudo mostra que apenas 20% dos munícipes precisou se ausentar do seu local de origem, porém, em busca de atendimentos mais específicos, não cobertos pelo Programa.

As doenças de maior prevalência são: diabetes, hipertensão, vaginite bacteriana, obesidade, síndrome metabólica, artrose, artrite e lombalgia. As queixas mais relatadas pelos pacientes vão desde cefaleia, amenorreia, dor pélvica, dispaurenia, corrimento vaginal, prurido vaginal, dores articulares e dores nas costas.

Os principais benefícios proporcionados pelo Programa Mais Médicos para os habitantes do município de Iranduba revela dados interessantes: acesso mais rápido aos serviços de saúde, sem burocracia e longa espera, não há mais a necessidade de migração a procura de tratamento, melhor relação entre médico e pacientes, já que o mesmo, por se tornar morador local desenvolve laços de amizade com a comunidade, permanecendo mais tempo na UBS, diminuindo assim a rotatividade desses profissionais.

Conclui-se que o problema foi respondido a partir da sua hipótese, que se mostrou verdadeira, quando afirmou que a partir do acesso mais rápido aos serviços médicos é possível trabalhar fatores preventivos e diagnosticar pretensas patologias possibilitando identificá-las no atendimento primário, pois é justamente no atendimento básico, na Estratégia de Saúde da Família, que se solucionam cerca de aproximadamente 80% dos problemas de saúde da população.

**CRONOGRAMA**

Ações Procedimentais	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	JANEIRO
Consulta Bibliográfica	X	X	X	
Planejamento das Ações	X	X	X	
Plano de intervenção				X
Palestras sobre educação para a Saúde				X
Ações de Intervenção			X	X
Coleta de dados			X	X
Conclusão e análise				X

**REFERÊNCIAS**

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 128 p.: il. ISBN 978-85-334-2284-1.

FERNANDES, Dayse Muller. **Saúde da Família e Epidemiologia**. Apostila do Curso de Pós-Graduação em Saúde da Família. Brasília, 2014.

FRANCO, Merhy. **PSF: Contradições e Novos Desafios**. São Paulo: Saraiva 2009.

*Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativas da população residente no Brasil e Unidades da Federação com data de referência em 1 de julho de 2019. Consultado em 20 janeiro de 2020.*

*Maciel, Cleiton Ferreira; Valle, Maria Izabel de Medeiros; Maciel, Jeanne Mariel Brito de Moura (5 de junho de 2014). "Homens do barro" e estratégias empresariais: uma análise da relação capital-trabalho no polo oleiro-cerâmico de Iranduba-AM. *Plural - Revista de Ciências Sociais*. 20 (1): 9–30. ISSN 2176-8099. Doi:10.11606/issn.2176-8099.pcso.2013.69561.*

MARCONE, Marina de Andrade & LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa**. 8ª edição. São Paulo: Atlas, 2017.

MENDES, E. V. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2015.

SANTOS, Clézio Saldanha. **Introdução à Gestão Pública**. São Paulo: Saraiva 2016.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico**. 6ª edição. São Paulo: Cortez, 2015.

VIANA, Ala. **A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família**. Rio de Janeiro: Physis, 2014.