



Universidade Federal de Minas Gerais  
Faculdade de Ciências Econômicas  
Departamento de Ciências Administrativas  
Centro de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração

**MOBILIZANDO COMPETÊNCIAS: MAIS MÉDICOS OU MAIS SAÚDE?**

JULIANA GOULART SOARES DO NASCIMENTO

BELO HORIZONTE  
2018



Universidade Federal de Minas Gerais  
Faculdade de Ciências Econômicas  
Departamento de Ciências Administrativas  
Centro de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração

## **MOBILIZANDO COMPETÊNCIAS: MAIS MÉDICOS OU MAIS SAÚDE?**

JULIANA GOULART SOARES DO NASCIMENTO

Tese apresentada ao Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração da Faculdade de Ciências Econômicas como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor em Administração.

Área de concentração: Gestão de Pessoas e Comportamento Organizacional.

Orientador: Allan Claudius Queiroz Barbosa

BELO HORIZONTE

2018

Ficha catalográfica

N244m  
2018

Nascimento, Juliana Goulart Soares do.  
Mobilizando competências [manuscrito]: mais médicos ou  
mais saúde? / Juliana Goulart Soares do Nascimento, 2018.  
172 f.: il., gráfs. e tabs.

Orientador : Allan Claudius Queiroz Barbosa.  
Tese (doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Centro  
de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração.  
Inclui bibliografia (f.158-163) e anexos.

1. Recursos humanos na saúde – Teses. 2. Projetos de saúde  
pública – Teses. I. Barbosa, Allan Claudius Queiroz.  
II. Universidade Federal de Minas Gerais. Centro de Pós-Graduação  
e Pesquisas em Administração. IV. Título.

CDD: 658.3

Elaborada pela Biblioteca da FACE/UFMG. – NMM/024/2018



**Universidade Federal de Minas Gerais**  
**Faculdade de Ciências Econômicas**  
**Departamento de Ciências Administrativas**  
**Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração**

ATA DA DEFESA DE TESE DE DOUTORADO EM ADMINISTRAÇÃO da Senhora **JULIANA GOULART SOARES DO NASCIMENTO**, REGISTRO N° 190/2018. No dia 20 de fevereiro de 2018, às 14:00 horas, reuniu-se na Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, a Comissão Examinadora de Tese, indicada pelo Colegiado do Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração do CEPEAD, em 09 de fevereiro de 2018, para julgar o trabalho final intitulado "**Mobilizando Competências: Mais Médicos ou Mais Saúde?**", requisito para a obtenção do **Grau de Doutor em Administração**, linha de pesquisa: **Gestão de Pessoas e Comportamento Organizacional**. Abrindo a sessão, o Senhor Presidente da Comissão, Prof. Dr. Allan Claudius Queiroz Barbosa, após dar conhecimento aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVAÇÃO;

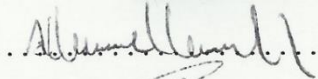
( ) APROVAÇÃO CONDICIONADA A SATISFAÇÃO DAS EXIGÊNCIAS CONSTANTES NO VERSO DESTA FOLHA, NO PRAZO FIXADO PELA BANCA EXAMINADORA (NÃO SUPERIOR A 90 NOVENTA DIAS);

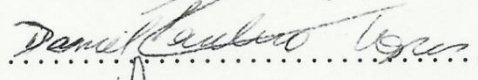
( ) REPROVAÇÃO.


O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo Senhor Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Senhor Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 20 de fevereiro de 2018.

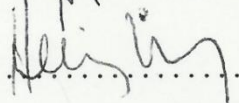
NOMES

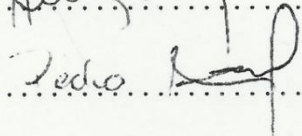
ASSINATURAS

Prof. Dr. Allan Claudius Queiroz Barbosa ..  ..  
ORIENTADOR (CEPEAD/UFMG)

Prof. Dr. Daniel Paulino Teixeira Lopes ..  ..  
(CEFET/MG)

Prof. Dr. Helvécio Miranda Magalhães Júnior ..  ..  
(SEPLAG/MG)

Prof. Dr. Henrique Oswaldo da Gama Torres ..  ..  
(Faculdade de Medicina/UFMG)

Prof. Dr. Pedro Vasconcelos Maia do Amaral ..  ..  
(CEDEPLAR/UFMG)

Aos meus pais.

## AGRADECIMENTOS

Em um processo tão longo e com tantos caminhos percorridos nesta trajetória, me pergunto se é possível agradecer a todos. Talvez não seja. Mas fica aqui o registro a alguns.

À minha mãe, por estar sempre presente, acompanhando e apoiando esta caminhada, e ao meu pai, que sempre me recebe com um sorriso de quem me reconhece e me esperava e que cumpriu sua promessa de que ainda estaria aqui ao meu lado quando esta jornada terminasse.

Ao Gênesis, por me acompanhar nesta trajetória de cidade em cidade, por acreditar que eu conseguiria quando, muitas vezes, nem eu acreditava mais.

À minha irmã, pelas inúmeras correções e traduções feitas nestes anos e pelo amor.

Ao professor Allan, mais que um mestre, uma referência de dedicação ao ofício que escolhemos e a certeza de que sempre podemos fazer mais e melhor, por ter me acolhido ainda no mestrado, por ter aceitado minha escolha por sua orientação no doutorado, por me ensinar que bons professores são capazes de mudar seus alunos para o resto da vida, pelos elogios aos trabalhos, que sempre me incentivam a ser melhor a cada um deles e pelas oportunidades nos projetos que nos abrem tantas portas e nos desafiam a pensar em uma gestão de recursos humanos de qualidade e aplicada. Minha gratidão por, de fato, ter sido um orientador no cerne da palavra durante esta caminhada.

Às minhas amigas-irmãs, Olenice e Mayana; à Olê, por ter sido a primeira a acreditar e me incentivar a tentar uma vaga na UFMG, ainda no mestrado, quando essa possibilidade me parecia tão distante (obrigada por me dizer que eu era capaz); e à May, por ser ouvido e ombro amigo durante estes anos que pareciam intermináveis, por todo incentivo e apoio durante meu concurso docente e por sempre ser uma luz quando mais precisei.

Ao Lucas, enorme gratidão por ser esperança em uma época conturbada, quando tudo parecia cada dia mais difícil. Obrigada por sua dedicação e generosidade!

Ao Thiago, por ajudar a encontrar um caminho para um estudo quanti e pela enorme generosidade em explicar, fornecer e reunir os bancos, bem como pela leitura da análise realizada. Gratidão!

Aos colegas que durante estes anos compartilharam comigo a orientação do professor Allan, obrigada pelas sessões de orientação, em que tivemos tantas discussões produtivas e esclarecedoras sobre os rumos dos nossos trabalhos.

Aos professores do CEPEAD e demais departamentos da UFMG onde cursei disciplinas, por me mostrarem quais caminhos eu queria seguir enquanto discente e, principalmente, talvez o mais importante, por me elucidarem quais caminhos gostaria de seguir enquanto docente. Grata pelos ensinamentos que transcendem a sala de aula.

Aos mais de oitenta professores que estiveram comigo nos cursos em que trabalhei como coordenadora durante todos estes anos. Obrigada por me ensinarem todos os dias, por me ajudarem na construção da docente que hoje sou, por aceitarem a coordenação de alguém tão jovem e no início da carreira, pelo respeito, pelo carinho e pelas palavras doces.

Aos professores do departamento de Administração da UFJF/GV, em especial ao colega de área, Denis, pelo apoio incondicional na fase final e mais difícil. A generosidade de vocês me veio como uma grata e enorme surpresa de que ainda existe companheirismo na academia.

Aos membros da banca, professores Henrique Oswaldo da Gama Torres e Helvécio Magalhães Miranda Júnior, por disponibilizarem seu tempo e suas atenciosas e gentis contribuições quando da qualificação e por aceitarem o novo convite para a defesa da tese, diante de tantas atividades que possuem. Ao professor Daniel Paulino Teixeira Lopes, colega de estudo e que agora me dá o prazer de sua presença na banca de defesa. Ao professor Pedro Vasconcelos Maia do Amaral, pela gentileza em aceitar contribuir para a avaliação deste estudo.

E, por fim, àqueles que são o motivo de estarmos aqui: os alunos. Aos que estiveram comigo na primeira sala em que entrei como docente. Vocês eram tantos, mas tantos, que achei que seria impossível ensinar-lhes algo. Na formatura de vocês, percebi que não apenas ensinei muito, como também aprendi demais. Vocês foram, sem dúvida, os alunos que mais me transformaram. A todas as minhas turmas que formaram quando ainda estávamos juntos e das quais fui paraninfa ou professora homenageada. Junto a cada convite, vinha uma certeza enorme da carreira que escolhi. Obrigada por serem fôlego em anos complicados. A todos os demais alunos que me permitiram lecionar para vocês

nestes anos, a atenção, o carinho e o respeito comigo foram sempre força e motivação para continuar. Grata por tudo que me ensinaram!

“Agir, eis a inteligência verdadeira. Serei o que quiser. Mas tenho que querer o que for. O êxito está em ter êxito, e não em ter condições de êxito. Condições de palácio tem qualquer terra larga, mas onde estará o palácio se não o fizerem ali?”

Fernando Pessoa, 1982.

## RESUMO

Este estudo tem como objetivo explicitar se há diferenças entre médicos do PMM e médicos que não são do PMM na mobilização de competências quando do exercício da profissão. Tomando como referência as perspectivas de competência trazidas, fundamentalmente, por Le Boterf e Zarifian, o histórico da implantação do PMM no Sistema Único de Saúde e as construções históricas da profissão médica, realizou-se a definição de treze competências-chave para os médicos que atuam na Atenção Básica. Para tanto, selecionaram-se dezenove variáveis advindas do instrumento de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica para analisar as competências estabelecidas, sobre as quais foram realizados testes de Qui-quadrado e teste t quando possível, com uma amostra de 27.086 equipes e 78.875 usuários respondentes. Observou-se que para todas as competências analisadas houve pouca diferença entre os resultados de mobilização das equipes que possuem médicos que são do PMM e médicos que não são, com destaque para as regiões Sul e Sudeste nas análises regionais, com leve preponderância positiva dos resultados trazidos pelos médicos das equipes que não são do PMM. Isso em muito pode ser explicado, já que a amostra se refere aos ciclos iniciais do PMM e, mais do que isso, estão sendo analisadas competências pela lente das Diretrizes Curriculares Nacionais de medicina, o que permite a inferir sobre maneira como os resultados dos médicos das equipes que possuem médicos do PMM são satisfatórios.

Palavras-chave: Competências, Recursos Humanos, Programa Mais Médicos, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

## ABSTRACT

This study aims to clarify if there are differences between doctors of MDP and doctors who are not of the MDP on mobilization of competences while the practice of the profession. Taking as reference the prospects of competences brought primarily by Le Boterf and Zarifian, MDP deployment history in the health system and the historical constructions of the medical profession, the definition of thirteen key competences for doctors who work in primary care was created. To this end, nineteen variables were selected from the instrument for external evaluation of the National Program for Improving Access and Quality of Basic Care to analyze the competences established, on which were applied Chi-square tests and t tests when possible, with a sample of 27,086 teams and 78,875 respondent users. It was noted that for all the analyzed competences there was little difference between the results of mobilization of the teams that have doctors that are of the MDP and doctors who are not, especially in the South and Southeast regional analyses, with a slight preponderance of positive results brought by doctors of the teams that are not from the MDP. This can be explained, since the sample refers to the initial cycles of MDP and, more than that, competences are being analyzed by the lens powers of National Curriculum Guidelines, which allows to infer about how results of doctors from teams which have doctors in the MDP are satisfactory.

Keywords: competences, Human Resources, More Doctors Program, National Program for Improving Access and Quality of Primary Health Care.

## **LISTA DE SIGLAS**

APS – Atenção Primária à Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretarias de Saúde

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

ESF – Estratégia de Saúde da Família

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PMM – Programa Mais Médicos

PSF – Programa Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Análise da competência <i>Plano Terapêutico</i> – Brasil .....	76
Gráfico 2 – Análise da competência <i>Inclusão de Saberes Populares</i> – Brasil .....	78
Gráfico 3 – Análise da competência <i>Intervenção em Grupos para a Melhoria dos Indicadores de Saúde</i> – Brasil .....	81
Gráfico 4 – Análise da competência <i>Ações de Promoção e Educação em Saúde</i> – Brasil. ....	88
Gráfico 5 – Análise da competência <i>Construção de Vínculo</i> (quanto ao usuário ser atendido sempre pelo mesmo médico) – Brasil .....	96
Gráfico 6 – Análise da competência <i>Construção de Vínculo</i> (quanto aos profissionais da UBS chamarem o usuário pelo nome) – Brasil .....	99
Gráfico 7 – Análise da competência <i>Observância do Contexto Familiar</i> – Brasil .....	101
Gráfico 8 – Análise da competência <i>Orientação para Resultados de Saúde</i> – Brasil.....	104
Gráfico 9 – Análise da competência <i>Estruturação Coletiva dos Processos de Trabalho</i> – Brasil .....	106
Gráfico 10 – Análise da competência <i>Foco no Usuário Enquanto Agente de Ideação</i> – Brasil .....	108
Gráfico 11 – Análise da competência <i>Elaboração Coletiva do Conhecimento</i> – Brasil .....	111
Gráfico 12 – Análise da competência <i>Abertura à Transformação do Conhecimento e da Prática</i> (quanto ao recebimento de estudantes, professores e/ou pesquisadores) – Brasil.....	114
Gráfico 13 – Análise da competência <i>Abertura à Transformação do Conhecimento e da Prática</i> (quanto a articulação das atividades com o processo de trabalho) – Brasil .....	118
Gráfico 14 – Análise da competência <i>Formação para o Contexto de Atuação</i> – Brasil .....	123
Gráfico 15 – Análise da competência <i>Satisfação quanto ao Atendimento Médico</i> (quanto ao tempo de consulta) – Brasil .....	130
Gráfico 16 – Análise da competência <i>Satisfação quanto ao Atendimento Médico</i> (quanto a nota atribuída ao atendimento) – Brasil.....	132
Gráfico 17 – Análise da competência <i>Satisfação quanto ao Atendimento da Equipe</i> (quanto a opção de mudar de equipe) – Brasil .....	136
Gráfico 18 – Análise da competência <i>Satisfação quanto ao Atendimento da Equipe</i> (quanto recomendação da unidade) – Brasil .....	138
Gráfico 19 – Análise da competência <i>Satisfação quanto ao Atendimento da Equipe</i> (quanto ao cuidado recebido) – Brasil.....	140

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Esquema 1 – Definição de Sistema Único de Saúde e Programa Saúde da Família.....	37
Esquema 2 – Inter-relação dos constructos presentes no marco teórico .....	49
Esquema 3 – Desenho metodológico do estudo .....	66
Figura 1 – Análise da competência <i>Plano Terapêutico</i> – por Região do Brasil .....	77
Figura 2 – Análise da competência <i>Inclusão de Saberes Populares</i> – por Região do Brasil .....	79
Figura 3.1 – Análise da competência <i>Intervenção em Grupos para a Melhoria dos Indicadores de Saúde</i> (quanto as visitas) – por Região do Brasil .....	82
Figura 3.2 – Análise da competência <i>Intervenção em Grupos para a Melhoria dos Indicadores de Saúde</i> (quanto as consultas em horários especiais) – por Região do Brasil .....	84
Figura 4.1 – Análise da competência <i>Ações de Promoção e Educação em Saúde</i> – por Região do Brasil (Região Norte).....	90
Figura 4.2 – Análise da competência <i>Ações de Promoção e Educação em Saúde</i> – por Região do Brasil (Região Nordeste).....	91
Figura 4.3 – Análise da competência <i>Ações de Promoção e Educação em Saúde</i> – por Região do Brasil (Região Centro-Oeste).....	92
Figura 4.4 – Análise da competência <i>Ações de Promoção e Educação em Saúde</i> – por Região do Brasil (Região Sudeste).....	94
Figura 4.5 – Análise da competência <i>Ações de Promoção e Educação em Saúde</i> – por Região do Brasil (Região Sul).....	95
Figura 5.1 – Análise da competência <i>Construção de Vínculo</i> (quanto ao usuário ser atendido sempre pelo mesmo médico nas equipes que não possuem médicos do PMM) – por Região do Brasil .....	97
Figura 5.2 – Análise da competência <i>Construção de Vínculo</i> (quanto ao usuário ser atendido sempre pelo mesmo médico nas equipes que possuem médicos do PMM) – por Região do Brasil .....	98
Figura 6 – Análise da competência <i>Construção de Vínculo</i> (quanto aos profissionais da UBS chamarem o usuário pelo nome) – por Região do Brasil .....	100
Figura 7 – Análise da competência <i>Observância do Contexto Familiar</i> – por Região do Brasil .....	102
Figura 8 – Análise da competência <i>Orientação para Resultados de Saúde</i> – por Região do Brasil .....	105
Figura 9 – Análise da competência <i>Estruturação Coletiva dos Processos de Trabalho</i> – por Região do Brasil.....	107

Figura 10 – Análise da competência <i>Foco no Usuário Enquanto Agente de Ideação</i> – por Região do Brasil .....	109
Figura 11 – Análise da competência <i>Elaboração Coletiva do Conhecimento</i> – por Região do Brasil .....	112
Figura 12.1 – Análise da competência <i>Abertura à Transformação do Conhecimento e da Prática</i> (quanto ao recebimento de estudantes, professores e/ou pesquisadores pelas equipes que não possuem médicos do PMM) – por Região do Brasil .....	115
Figura 12.2 – Análise da competência <i>Abertura à Transformação do Conhecimento e da Prática</i> (quanto ao recebimento de estudantes, professores e/ou pesquisadores pelas equipes que possuem médicos do PMM) – por Região do Brasil .....	117
Figura 13 – Análise da competência <i>Abertura à Transformação do Conhecimento e da Prática</i> (quanto a articulação das atividades com o processo de trabalho) – por Região do Brasil.....	119
Figura 14.1 – Análise da competência <i>Formação para o Contexto de Atuação</i> (Especialização em Medicina de Família e Comunidade) – por Região do Brasil .....	124
Figura 14.2 – Análise da competência <i>Formação para o Contexto de Atuação</i> (Especialização em Saúde da Família) – por Região do Brasil.....	126
Figura 14.3 – Análise da competência <i>Formação para o Contexto de Atuação</i> (Outra Especialização) – por Região do Brasil.....	127
Figura 14.4 – Análise da competência <i>Formação para o Contexto de Atuação</i> (Outra Residência) – por Região do Brasil.....	128
Figura 15 – Análise da competência <i>Satisfação quanto ao Atendimento Médico</i> (quanto ao tempo de consulta) – por Região do Brasil .....	131
Figura 16.1 – Análise da competência <i>Satisfação quanto ao Atendimento Médico</i> (quanto a nota atribuída ao atendimento feito pelos médicos das equipes que não possuem médicos do PMM) – por Região do Brasil.....	133
Figura 16.2 – Análise da competência <i>Satisfação quanto ao Atendimento Médico</i> (quanto a nota atribuída ao atendimento feito pelos médicos das equipes que possuem médicos do PMM) – por Região do Brasil.....	135
Figura 17 – Análise da competência <i>Satisfação quanto ao Atendimento da Equipe</i> (quanto a opção de mudar de equipe) – por Região do Brasil.....	137
Figura 18 – Análise da competência <i>Satisfação quanto ao Atendimento da Equipe</i> (quanto recomendação da unidade) – por Região do Brasil.....	139
Figura 19.1 – Análise da competência <i>Satisfação quanto ao Atendimento da Equipe</i> (quanto ao cuidado recebido pelas equipes que não possuem médicos do PMM) – por Região do Brasil .....	141
Figura 19.2 – Análise da competência <i>Satisfação quanto ao Atendimento da Equipe</i> (quanto ao cuidado recebido pelas equipes que possuem médicos do PMM) – por Região do Brasil.....	142

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Autores e suas abordagens do conceito de competência .....	25
Quadro 2 – Síntese dos termos referenciados das definições de competências .....	29
Quadro 3 – Síntese do percurso metodológico .....	73
Quadro 4 – Categoria Atenção à Saúde: dimensões dos módulos do PMAQ <i>versus</i> competências analisadas .....	75
Quadro 5 – Categoria Gestão em Saúde: dimensões dos módulos do PMAQ <i>versus</i> competências analisadas .....	103
Quadro 6 – Categoria Educação em Saúde: dimensões dos módulos do PMAQ <i>versus</i> competências analisadas .....	110
Quadro 7 – Categoria Satisfação do Usuário: dimensões dos módulos do PMAQ <i>versus</i> competências analisadas .....	129
Quadro 8 – Síntese dos principais resultados encontrados por competência analisada...	151
Quadro 9 – Proposta de matriz de avaliação de competências médicas para a Atenção Básica .....	157

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Distribuição de Médicos por 1.000 habitantes .....	39
---	----

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>21</b>
2.1 COMPETÊNCIAS: INTERFACES TEÓRICAS.....	21
2.1.1 As construções e reconstruções do conceito de competências.....	21
2.1.2 Elementos constituintes da noção de competência.....	30
2.2 PROGRAMA MAIS MÉDICOS E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	33
2.2.1 A construção do Sistema Único de Saúde.....	33
2.2.2 A inserção da Estratégia de Saúde da Família no contexto do Sistema Único de Saúde .....	35
2.2.3 A implantação do Programa Mais Médicos do Brasil.....	38
2.3 O MÉDICO COMO VÉRTICE DA DISCUSSÃO: PERSPECTIVA CONTEMPORÂNEA SOBRE A PROFISSÃO IMPERIAL.....	43
2.4 SÍNTESE TEÓRICA.....	47
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>51</b>
3.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA PESQUISA .....	51
3.2 O OBJETO DA PESQUISA: AS COMPETÊNCIAS CURRICULARES .....	54
3.3 O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA.....	59
3.4 CATEGORIAS DO ESTUDO E ANÁLISE DOS DADOS .....	61
3.4.1 Definição das categorias, competências e variáveis de análise.....	61
3.4.2 Conceituação das competências estabelecidas e suas relações com as variáveis de análise.....	65
3.4.3 Procedimentos utilizados para a análise dos dados.....	72
3.5 SÍNTESE METODOLÓGICA.....	72
<b>4 ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>74</b>
4.1 ATENÇÃO À SAÚDE.....	74
4.1.1 Acompanhamento do Plano Terapêutico.....	76
4.1.2 Inclusão de Saberes Populares.....	78
4.1.3 Intervenção em Grupos para Melhoria dos Indicadores de Saúde.....	80
4.1.4 Ações de Promoção e Educação em Saúde.....	85
4.1.5 Construção de Vínculo.....	95
4.1.6 Observância do Contexto Familiar.....	100
4.2 GESTÃO EM SAÚDE.....	103
4.2.1 Orientação para Resultados de Saúde.....	104

<b>4.2.2 Estruturação Coletiva dos Processos de Trabalho.....</b>	<b>106</b>
<b>4.2.3 Foco no Usuário Enquanto Agente de Ideação.....</b>	<b>107</b>
<b>4.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....</b>	<b>109</b>
<b>4.3.1 Elaboração Coletiva do Conhecimento.....</b>	<b>111</b>
<b>4.3.2 Abertura à Transformação do Conhecimento e da Prática.....</b>	<b>112</b>
<b>4.3.3 Formação para o Contexto de Atuação.....</b>	<b>120</b>
<b>4.4 SATISFAÇÃO DO USUÁRIO.....</b>	<b>129</b>
<b>4.4.1 Satisfação quanto ao Atendimento Médico.....</b>	<b>130</b>
<b>4.4.2 Satisfação quanto ao Atendimento da Equipe.....</b>	<b>135</b>
<b>4.5 DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....</b>	<b>143</b>
<b>4.6 SÍNTESE DOS RESULTADOS.....</b>	<b>150</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>153</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>158</b>
<b>ANEXO I – MÓDULOS DO INSTRUMENTO DE COLETA DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ .....</b>	<b>164</b>
<b>ANEXO II – SUBDIMENSÕES E VARIÁVEIS DO MÓDULO II DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ SELECIONADAS PARA ANÁLISE.....</b>	<b>168</b>
<b>ANEXO III – SUBDIMENSÕES E VARIÁVEIS DO MÓDULO III DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ SELECIONADAS PARA ANÁLISE.....</b>	<b>172</b>

## 1 APRESENTAÇÃO

Este trabalho nasceu de uma inquietação decorrente de discussões a respeito de recente medida tomada pelo Governo Federal. Envolvendo o Programa Mais Médicos (PMM) e sua relação com a qualidade dos serviços prestados à população pelos profissionais advindos de outros países, quando contrapostos com a qualidade dos serviços prestados pelos médicos brasileiros.

Como alternativa para solucionar as dificuldades enfrentadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) relacionadas principalmente, ao provimento de médicos para a Atenção Básica, o PMM foi criado pela Medida Provisória nº621, publicada em 8 de julho de 2013 e teve sua regulamentação efetivada pela Lei nº 12.871. O programa foi desenhado não apenas para abarcar resolutivas para o provimento emergencial de médicos nas áreas descobertas –inicialmente, o grande foco e instigador dos debates sobre o programa –, mas também para promover um plano de expansão da graduação em medicina e da residência médica, e melhorar a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) já existentes, além de construir novas unidades.

Quando das discussões iniciais sobre o PMM, observou-se de imediato que a grande problemática em torno do tema era se os médicos que estavam vindo de outros países teriam as condições suficientes e adequadas para realizar o atendimento à população, dada a não submissão dos diplomas destes ao Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituições de Educação Superior Estrangeiras (REVALIDA), instituído pelo Ministério da Educação, em parceria com o Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), conforme disposto na Portaria Interministerial 278/2011. Essa premissa do programa gerou grande controvérsia na mídia na época de sua implantação e trouxe para este trabalho a inquietação de compreender quais seriam então as qualificações desses profissionais para o exercício da profissão na Atenção Básica.

O Programa Mais Médicos, segundo a Plataforma de Conhecimento do Programa Mais Médicos<sup>1</sup>, reúne os 138 artigos, 41 projetos de pesquisa, 29 teses e dissertações, além das

---

<sup>1</sup> PCPMM, 2017

28 pesquisas em andamento (PCPMM, 2017). Todavia, nenhum deles, aborda o tema deste estudo, assim como será possível observar no referencial teórico que, o eixo educação do PMM, é de forma ampla, ainda foco de poucos estudos.

Um dos pontos levantados que alimentam o debate sobre a lógica do PMM está relacionado às competências médicas enquanto fator significativo para a contribuição à melhoria do atendimento aos pacientes da Atenção Básica. Ou seja, embora apoiado em uma perspectiva inicialmente de provimento, traz consigo um importante debate.

O tema das competências por si só já apresenta grande desafio quando inserido no universo das organizações privadas, que apresentam estruturas mais maleáveis para a reestruturação de processos de gestão de pessoas, permitindo a troca da gestão baseada no engessamento do cargo para a amplitude da entrega permitida pelas competências. Porém, quando se volta o olhar para as organizações públicas, reconhecem-se logo os entraves legais e burocráticos quando se trata dos processos de gestão de seus indivíduos com a quebra das barreiras que a gestão por competências pressupõe.

Nessa perspectiva, busca-se aqui discutir, com fulcro na lógica das competências, uma área de complexas relações, que possui desafios associados, por exemplo, à mensuração de resultados e o seu impacto na saúde dos indivíduos. O foco é na carreira médica, uma profissão dita “imperial”<sup>2</sup>, que possui elementos historicamente presentes no inconsciente coletivo e no ideário da sociedade e desses profissionais.

Como se não bastassem essas difíceis correlações, como traçar comparativos com profissionais vindo de realidades tão diferentes enquanto campo de formação e atuação? Para além de compreender a unidade de análise – qual seja o médico –, o que se buscou neste estudo foi compreender esta unidade de análise na amplitude de sua atuação no Brasil. Tal motivo levou o estudo a uma perspectiva metodológica quantitativa, de modo que fosse possível entender o impacto do programa em nível nacional. Foram utilizados os dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

---

<sup>2</sup> Este tópico será discutido na sequência da tese, a partir do clássico estudo de Coelho (1999)

(PMAQ), que realiza o monitoramento e a avaliação das atividades da Atenção Básica (AB) no Sistema Único de Saúde (SUS).

O seguinte *problema de pesquisa* balizou o estudo: Há diferenças na mobilização de competências quando do exercício da profissão de médicos que são do PMM e médicos que não são do PMM?

Para responder a este questionamento, definiu-se como *objetivo geral*: explicitar se há diferenças entre médicos do PMM e médicos que não são do PMM na mobilização de competências quando do exercício da profissão. Para tanto, desmembrou-se tal *objetivo em objetivos específicos*: a) Definir as principais competências médicas para a Atenção Básica, a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina; b) Verificar as competências que são mobilizadas mais adequadamente pelos médicos do PMM e pelos médicos que não são do PMM; e c) Havendo diferenças na mobilização dessas competências entre os médicos do PMM e os médicos que não são do PMM, analisar quais são as competências mais bem mobilizadas por região do Brasil.

Esta pesquisa Justifica-se, em razão do universo escolhido para esta proposta de pesquisa, pois no âmbito do programa de Saúde da Família, os médicos têm a possibilidade de mobilizar todo o rol de competências a que deveriam ter tido acesso durante a graduação. A análise dos médicos que estão fazendo parte do Programa Mais Médicos do Governo Federal revela mais elementos de comparação, dado que esses profissionais tiveram acesso a uma gama de competências diferentes a que os médicos brasileiros tiveram. Abre-se, então, a possibilidade para um debate sobre a reconstrução ou atualização das competências exigidas no Brasil.

Tendo-se, dessa forma, compreendido as motivações desta pesquisa e sua delimitação de análise, aborda-se na sequência o referencial teórico, no qual se apresentam os conceitos fundamentais associados às competências, com suas diferentes nuances e perspectivas de compreensão *vis à vis* o profissional médico, bem como a inserção do PMM no contexto da saúde brasileira. Posteriormente, descrevem-se os procedimentos metodológicos, bem como os resultados e sua discussão. Finalizando este trabalho, as considerações finais apontam aspectos que se destacaram ao longo do estudo.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

A construção teórica aqui realizada priorizou três eixos interdependentes: a) múltiplas possibilidades de construtos relacionadas à temática das competências; b) apanhado histórico da construção do SUS, perpassando pela Estratégia de Saúde da Família até a entrada do Programa Mais Médicos enquanto uma estratégia interministerial; c) peculiaridades do trabalho médico, centrando-se na construção histórico-social deste trabalho.

### 2.1 COMPETÊNCIAS: INTERFACES TEÓRICAS

Nesta seção, faz-se, inicialmente, um percurso sobre as interfaces que o conceito de competência assume em suas diversas abordagens de autores de referência, observando-se, na sequência, os elementos mais relevantes tomados neste estudo.

#### 2.1.1 Construções e reconstruções do conceito de competência

O único consenso que pode-se depreender dos teóricos que se debruçam a estudar e produzir referências conceituais sobre competência é que não há consenso sobre o tema. Têm-se diferentes correntes originárias, diferentes compreensões do conceito, das mobilizações, da entrega e das responsabilidades que cabem ao indivíduo, ao meio e ao gestor. Por este motivo, é imprescindível, antes de assumir o conceito de competências, trabalhado enquanto fundamento teórico para este estudo, destrinchar como ele evoluiu até os dias atuais.

O contexto de surgimento das discussões iniciais sobre competência envolve a necessidade de uma lógica de flexibilidade, em contrapartida ao posto de trabalho, à velocidade de resposta aos acontecimentos não previstos e inesperados e à dinâmica que se tornou presente na execução das atividades. Tudo isso em uma reestruturação das organizações, que passaram a não ser mais atendidas pela estrutura rígida do cargo nem pelos modelos taylorista e fordista de organização do trabalho.

As divergências se iniciam já quanto ao primeiro autor a tratar do tema “competência”. A alguns estudos sinalizam que foi Boyatzis, em seu livro *The Competent Manager: a Model for Effective Performance*, datado de 1982. Porém, é fato que em 1973 McClelland

utilizou o termo em seu artigo *Testing for Competence Rather Than for Intelligence*. Não obstante, os dois autores vinculam-se à mesma vertente, a norte-americana que, reunindo autores como Spencer e Spencer (1993), Mirabile (1997) e McLangan (1997), debate o tema na perspectiva, segundo Dutra (2008, p. 29), de que “competência é o conjunto de qualificações (*underlying characteristics*) que permite à pessoa uma *performance* superior em um trabalho ou situação”. Assim, seria possível estruturar o conjunto ideal dessas qualificações para requerê-las do indivíduo.

A partir das conceituações de Boyatzis, bem como de Spencer e Spencer, é possível compreender essa perspectiva. Boyatzis (1982, p. 23) conceitua: “Competências são aspectos verdadeiros ligados à natureza humana. São comportamentos observáveis que determinam, em grande parte, o retorno da organização”. Spencer e Spencer (1993, p. 9) definem: “A competência refere-se a características intrínsecas ao indivíduo que influenciam e servem de referencial para seu desempenho no ambiente de trabalho”.

Fleury e Fleury (2001, p. 185) revelam que é na escola americana que o “conceito de competência é pensado como conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes (isto é, conjunto de capacidades humanas), que justificam um alto desempenho”. Mirabile (1997) trata desse conjunto de conceitos, hoje difundidos como CHA, e diferencia os elementos entre si, demonstrando que: o *conhecimento* é o saber técnico, formal, que vem de construções da educação a que o indivíduo tem acesso e que constitui a base do que as pessoas precisam saber para desempenhar uma tarefa; as *habilidades* são a demonstração prática de um talento particular; e as *atitudes*, ou *aptidões*, significam talento natural da pessoa, que pode ser aprimorado.

Outro marco produzido por esta vertente foi a identificação feita por Boyatzis (1982) dos 21 atributos (características ou traços) que definiriam um desempenho superior para a construção de um perfil ideal de gestor: orientação eficiente, produtividade, diagnóstico e uso de conceitos, preocupação com impactos, autoconfiança, uso de apresentações orais, pensamento lógico, conceitualização, uso de poder socializado, otimismo, gestão de grupo, autoavaliação e senso crítico, desenvolvimento de outras pessoas, uso de poder unilateral, espontaneidade, autocontrole, objetividade perceptual, adaptabilidade, preocupação com relacionamentos próximos, memória e conhecimento especializado.

As críticas produzidas a essas contribuições da escola norte-americana, assim como registrado por Fleury e Fleury (2001) representam a centralização da competência na tarefa, o que reaproxima o debate do cargo e não se distancia dos princípios do taylorismo-fordismo, como se queria.

Contraponto a essa linha de trabalho, tem-se a escola francesa, que, reunindo autores como Zarifian (1999) e Le Boterf (1994), chamou a atenção para o fato de o indivíduo apenas possuir tais qualificações não sustenta o fato de que ele irá entregar o que essas qualificações podem produzir. Tem-se neste momento a inserção de elemento fundamental para a concepção das competências hoje. A ação, assim, agrega-se ao saber ser a ação de saber mobilizar o repertório de conhecimento, capacidades e atitudes em direção à entrega desejada.

Zarifian (2008, p. 66) observa: “A competência profissional é uma combinação de conhecimentos, de saber-fazer, de experiências e comportamentos que se exerce em um contexto preciso”. Assim, o conhecimento só se torna produtivo quando de seu uso no exercício da inteligência prática e deve ser “passível de avaliação” pela organização na qual o indivíduo se insere. Ou seja, não é possível aplicar o conhecimento, e, sim, mobilizá-lo para a compreensão da situação a que se está exposto.

Na mesma perspectiva, Le Boterf (1997, p. 267) conceitua: “Competência é assumir responsabilidades frente a situações de trabalho complexas, buscando lidar com eventos inéditos, surpreendentes, de natureza singular”. Assim, a competência refere-se à capacidade de combinar recursos incorporados à pessoa (por exemplo conhecimentos, habilidades, qualidade, experiências, capacidades cognitivas e recursos emocionais) e recursos presentes no meio (como, bancos de dados, redes de especialistas e redes documentares).

Para esse grupo de autores, o trabalho já não está mais restrito e associado ao cargo. Como observam Fleury e Fleury (2001, p. 186), “o trabalho não é mais o conjunto de tarefas associadas descritivamente ao cargo, mas se torna o prolongamento direto da competência que o indivíduo mobiliza em face de uma situação profissional cada vez mais mutável e complexa”.

Para além das competências pessoais analisadas neste estudo, têm-se também as competências organizacionais (*core competence*), sobre as quais este estudo não se debruça.

Outra distinção importante sobre o tema está nos conceitos de *competency* e *competence*. Conforme demonstrado por Gouveia (2007), o conceito de *competency* está associado à pessoa e a suas características que permitem desempenhos superiores. Traz a abordagem *soft*, correspondente aos *inputs* trazidos pelas pessoas para o trabalho por meio de suas características pessoais, com foco no *development of competency*, a partir do conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes. Já o conceito de *competence* está relacionado ao trabalho e à habilidade para se realizar a tarefa. Traz a abordagem *hard*, correspondente aos *outputs*, ou resultados esperados, dados pelos padrões mínimos estabelecidos, com foco em *workplace* e *performance*.

Vários autores brasileiros contribuíram para o debate do conceito, como Barbosa (2003), Dutra, Hipólito e Silva (1998), Hipólito (2000), Ruas (1999) e Fleury e Fleury (2001). Dutra, Hipólito e Silva (1998) propõem que competência é a “capacidade da pessoa de gerar resultados dentro dos objetivos estratégicos e organizacionais da empresa, traduzindo-se pelo mapeamento do resultado esperado (*output*) e do conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para o seu alcance (*input*)”.

Ruas (1999, p. 10) explica que “competência é a capacidade de mobilizar, integrar e colocar em ação conhecimentos, habilidades e formas de atuar (recursos de competências), a fim de atingir/superar desempenhos configurados na missão da empresa e da área”.

Para Hipólito (2000, p. 7), “o conceito de competência sintetiza a mobilização, a integração e a transferência de conhecimentos e capacidades em estoque [...] e agrega valor em duas dimensões: valor econômico para a organização e valor social para o indivíduo”. Barbosa (2007, p. 68) vai além ao propor a ampliação do escopo de compreensão das competências para além das individuais e das organizacionais, em uma construção sobre as competências sociais, definindo-a “como a capacidade do indivíduo de assegurar o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que promovam sua inclusão social, seja por meio da garantia da cidadania, seja a partir do acesso ao mercado de trabalho”.

Essas são apenas algumas das influências de contribuições significativas para a construção do conceito. Dada a enorme variedade de conceitos e autores que tratam do tema, Bitencourt e Barbosa (2010) propõem uma síntese dos principais autores e os aspectos relacionados a suas definições de competências, conforme se pode observar no Quadro 1.

A observância deste quadro é importante para a análise da natureza das competências abordadas neste estudo: competências médicas na Atenção Básica. Dada a complexidade inerente à atividade médica neste nível de atenção, percebe-se que todos os aspectos descritos por Bitencourt e Barbosa (2001), nos vários níveis de abordagem e perspectivas presentes no quadro, são relevantes para este estudo.

**Quadro 1 – Autores e suas abordagens do conceito de competência**

<b>Autores</b>	<b>Aspectos</b>
Boyatzis Junior (1982), Parry (1996), Boog (1991), Becker (2001), Spencer e Spencer (1993), Magalhães e Rocha (1997), Hipólito (2000), Dutra e Silva (1998), Sandberg (1996)	Desenvolvimento de conceitos, habilidades e atitudes ( <b>formação</b> )
Moscovici (1994), Magalhães e Rocha (1997), Dutra e Silva (1998), Zarifian (2001)	Capacidade ( <b>aptidão</b> )
Sparrow e Bognanno (1994), Durand (1998), Cravino (1997), Ruas (1999), Moscovici (1994), Le Boterf (1997), Perrenoud (1998), Fleuty e Fleury (2000), Davis (2000), Zarifian (2001)	Práticas de trabalho, capacidade de mobilizar recursos, fato que a diferencia do conceito de potencial ( <b>ação</b> )
Le Boterf (1997)	Articulação de recursos ( <b>mobilização</b> )
Boyatzis (1982), Sparrow e Bognanno (1994), Parry (1996), Becker, Huselid e Ulrich (2001), Spencer Junior e Spencer (1993), Cravino (1997), Ruas (1999), Fleury	Busca de melhores desempenhos ( <b>resultados</b> )

e Fleury (2000), Hipólito (2000), Dutra e Silva (1998), Davis (2000), Zarifian (2001)	
Hipólito (2000)	Questionamento constante <b>(perspectiva dinâmica)</b>
Bruce (1996)	Processo de aprendizagem individual cuja responsabilidade maior deve ser atribuída ao próprio indivíduo <b>(autodesenvolvimento)</b>
Sandberg (1996)	Relacionamento com outras pessoas <b>(interação)</b>

Fonte: Bitencourt e Barbosa (2001)

Os aspectos *formação* e *aptidão* são fundamentais ao trabalho médico, dada a complexidade da função, sempre revistos pelo *autodesenvolvimento*, dado que a todo momento e em cada localidade que o médico trabalha há novos desafios relacionados às especificidades daquela população. Porém, isso de nada adiantaria se não existisse a *ação* e a *mobilização* desses recursos, dado que o resultado da atividade médica está no outro. Ou seja, no usuário atendido, na população a que aquele médico faz referência.

A partir desses aspectos, é possível a obtenção de *resultados*, seja para os indicadores de saúde, seja para os processos de trabalho, seja para as investigações científicas. Tais resultados, para a Atenção Básica não dependem apenas do médico, mas também da equipe de saúde e do comprometimento com o sistema por parte da população assistida (*interação*). Eles dependem ainda da *perspectiva dinâmica* que este trabalho demanda (trabalho na concepção aqui já discutida na perspectiva de Fleury e Fleury, 2001).

Essa é a concepção conceitual que esta tese assume, já que o médico possui apenas os conhecimentos e as habilidades a que foram expostos na graduação ou em outras fases de sua formação. Isso não garante que ele conseguirá mobilizar todos os recursos adequadamente para manter as entregas desejadas em face dos eventos que na saúde são sempre mutáveis.

Não é possível, diante de tantas concepções complementares, assumir apenas um autor para analisar as competências dos atores a que se propõem esta tese. O que se pode

delinear é que as influências finais que mais relevância apresentam são as trazidas por Le Boterf, Zarifian e Fleury e Fleury.

Com base no pensamento de Le Boterf (1997), este estudo se apropria da noção de que ninguém é competente *a priori*. A competência exige a interligação de três estruturas fundamentais: as socializações a que a pessoa foi exposta; a formação educacional formal a que a pessoa teve acesso; e a experiência profissional acumulada. Estas três estruturas iram possibilitar outra dimensão fundamental da competência que se apreende para este estudo: a mobilização, a integração e a transferência de conhecimento fundamental para o trabalho médico na Atenção Básica à qual o médico pertence, constituindo-se em elemento formador da integralidade do seu trabalho. A última contribuição do autor que este estudo traz como base para sua análise prende-se ao fato de a competência ser um saber agir responsável e reconhecido pelos outros, não só porque o trabalho em si se apreende na equipe, mas também no usuário. Por este motivo, a categoria de competências exógenas foi inserida no desenho metodológico, como será possível verificar no capítulo 3.

Fleury e Fleury (2001, p. 188), conceituam competência como “um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo”.

Os autores, ao pormenorizarem cada um dos verbos constantes deste conceito, elucidam, ainda, mais fatores relevantes para este estudo. Segundo os autores, o saber agir é “saber o que e por que faz; saber julgar, escolher, decidir”; saber mobilizar recursos é “criar sinergia e mobilizar recursos e competências”; saber comunicar é “compreender, trabalhar, transmitir informações, conhecimentos”; saber apreender é “trabalhar o conhecimento e a experiência, rever modelos mentais; saber desenvolver-se”; saber engajar-se e comprometer-se é “saber empreender, assumir riscos, comprometer-se”; saber assumir responsabilidades é “ser responsável, assumindo os riscos e consequências de suas ações e sendo por isso reconhecido”; e, ter visão estratégica é “conhecer e entender o negócio da organização, o seu ambiente, identificando oportunidades e alternativas”.

Todos esses elementos estão presentes na perspectiva de análise médica a que se propõe neste estudo. Já que o médico precisa quando do atendimento a um paciente, saber *agir*

diante dos sintomas que ele manifesta e apresentar um plano terapêutico à medida que julga, escolhe e *decide* o melhor caminho a ser seguido, precisa, ainda, *mobilizar recursos* de pessoal, material, medicamentos, estruturas e competências de outros atores da equipe que se façam necessários durante o evento. Quando do trato com a equipe, com os gestores e com a comunidade, precisa *compreender* as demandas e informações que lhe são apresentadas, processando e *transmitindo os conhecimentos* necessários e adequados na ocasião.

Sendo a Atenção Básica cercada por fatores ambientais, culturais e específicos de cada comunidade atendida e estando os tratamentos em constante evolução, é preciso que o médico seja capaz de *rever seus modelos mentais e desenvolver-se*. É por este mesmo motivo que ele se vê na posição de *assumir riscos e comprometer-se* a todo minuto, comprometendo-se com as *consequências de suas ações* diante dos usuários, da comunidade, da equipe, dos gestores e dos colegas de profissão. Por fim, é preciso que o médico consiga, para além de *compreender* tais especificidades, ser *propositivo* em ações que tragam novas oportunidades e alternativas para a comunidades que atende.

O terceiro autor que traz forte referência conceitual para este estudo é Zarifian. Já em 2001, em seu livro *Objetivo Competência: por uma nova lógica*, o autor traça uma das mais completas definições sobre competência. Em 2003, ele a apresentou novamente, com uma reformulação em um dos trechos, pois entendeu que não houve a compreensão exata daquilo que desejou expressar. Ele cita em seu livro *O Modelo da Competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas* (p. 137): “Às vezes, tem-me sido atribuída a ideia segunda a qual eu teria fundado essa definição da competência no princípio da autonomia. Claro, isso está errado. Basta ler o que escrevi para percebê-lo”. Por este motivo, convém debruçar sobre as definições de 2003.

Zarifian (2003, p. 137 e 139) divide a definição de competência em três elementos: “Competência é a tomada de iniciativa e o assumir de responsabilidade do indivíduo sobre problemas e eventos que ele enfrenta em situações profissionais”; “Competência é uma inteligência prática das situações, que se apoia em conhecimentos adquiridos e os transforma à medida que a diversidade das situações aumenta”; “Competência é a faculdade de mobilizar redes de atores em volta das mesmas situações, de compartilhar desafios, de assumir áreas de responsabilidade”.

É uma das definições mais completas e adequadas para se assumir nesta tese, já que o conceito trabalha para além da ação, do assumir a responsabilidade diante dos usuários, da comunidade, da equipe, dos gestores e dos demais atores. Ele trabalha com a inteligência prática, fundamental para o exercício da medicina de que não adianta apenas um estoque de conhecimentos teóricos, que é enorme, vasto e de aplicações variadas, mas que se transforma com a diversidade de situações que acontecem a cada novo paciente, a cada novo recurso material e medicamentoso que lhe é disponibilizado ou que lhe é retirado pelas mais diversas causas. Para além disso, quando o autor cita a mobilização de diversos atores em volta de uma mesma situação, é exatamente o que o médico da Atenção Básica precisa fazer a cada novo paciente atendido, já que diversos membros da equipe, familiares, comunidade e gestão municipal precisam ser mobilizados.

Para a definição de competência, novos elementos são inseridos a todo instante e tomam formas distintas, fato tão recorrente nos estudos de competências que foram tema de estudo publicado por Batista, Graça e Matos (2008), no qual os autores realizaram um compilado dos principais termos referenciados nas definições de competência, conforme mostra o Quadro 2.

**Quadro 2 – Síntese dos termos referenciados nas definições de competência**

<b>Autor</b>	<b>Termos</b>
Spencer e Spencer (1993)	Características individuais, personalidade, desempenho superior, trabalho, variedade de situações
Barnett (1994)	lidar inesperado, imprevisível, forma criativa
Le Boterf (1994)	saber mobilizar, conhecimentos, habilidades, situação específica
Parry (1996)	conhecimentos, habilidades, atitudes, desempenho, incrementada e desenvolvida pelo treino
Mirabile (1997)	conhecimentos, habilidades, capacidades, características associadas a alto desempenho (resolução de problemas, pensamento analítico ou liderança)
Luz (2000)	saber transferir, saber combinar, saber integrar, capacidade aprender, adaptar-se

Sandberg (2001)	combinação conhecimentos, experiência, capacidade de cada pessoa
--------------------	---

Fonte: Adaptado de Batista, Graça e Matos (2008, p. 379)

Nesta seção, têm-se elementos fundamentais, como, *entrega, mobilização, tomar iniciativa, assumir responsabilidade, eventos ou situações, entendimento prático e mobilizar rede de atores*, que assumem papel essencial na análise efetivada neste estudo. Tendo-se apropriado o conceito proposto por Zarifian para este estudo, faz-se, a seguir, a apreciação desses elementos na perspectiva deste autor, para que seja possível fundar a análise em um centro conceitual.

### 2.1.2 Elementos constituintes da noção de competência

Nesta seção, procede-se à discussão dos elementos a partir da definição de competência já apresentada de Zarifian (2003).

A primeira repartição do conceito considera que “competência é a tomada de iniciativa e o assumir de responsabilidade do indivíduo sobre problemas e eventos que ele enfrenta em situações profissionais” (Zarifian, 2003, p. 139).

Aqui, chama-se a atenção para o elemento *assumir de responsabilidade*, entendido, segundo o autor, como *responder por*. Ou seja, refere-se à ação, e não à moral. É ir até o fim do que requer a sua tomada de iniciativa; é responder pelas consequências desta ação. Significa também *manifestar preocupação com os outros*, na medida em que, para o autor, não há sentido em produzir um serviço senão para transformar positivamente as condições do destinatário, demonstrando que a responsabilidade de uma ação é uma postura prévia à ação, e não que se manifesta posteriormente. Significa que toda atividade profissional é exercida em um certo *campo de responsabilidade*.

Para as duas repartições do conceito que se seguem, tem-se que “competência é uma inteligência prática das situações, que se apoia em conhecimentos adquiridos e os transforma à medida que a diversidade das situações aumenta” e “competência é a faculdade de mobilizar redes de atores em volta das mesmas situações, de compartilhar desafios, de assumir áreas de responsabilidade” (Zarifian, 2003, p. 137).

O elemento que se repete nos dois conceitos é a noção de *situações*, que muitos autores chamam de *eventos*. A noção no plural faz-se definidora para o elemento, já que não há competência, segundo o autor, em uma situação, e sim em uma série de situações. Mesmo que haja repetição de ação, nunca haverá repetição da situação, já que há vários fatores condicionantes da ação que modificam a situação. Assim, toda situação apresenta um *quadro* e um *contexto*, na medida em que o quadro é demarcado a *priori* pelo campo de responsabilidade, aqui já tratado. Ou seja, é o papel desempenhado pelo indivíduo na organização. Já o contexto são os aspectos que envolvem a situação, ou seja, seu contexto-espço temporal.

É importante abordar as *situações* em que as *referências* e *recursos* (como máquinas, informações, processos) participam do conjunto de componentes que constroem a situação e participam da *tomada de decisão*. Isso porque as situações são um problema ou um *conjunto de problemas* que o indivíduo deve enfrentar e *alcançar um resultado* referente a este desafio. Assim, é a iniciativa, ou o *conjunto de iniciativas*, que o indivíduo toma para alcançar este resultado que deve ser analisada sob o prisma das *interações* que o indivíduo estabelece com os demais atores para tanto.

Zarifian (2008, p. 71) esclarece que uma situação comporta ao mesmo tempo: um conjunto de elementos objetivos, que são os dados da situação; implicações que fornecem a orientação para as ações potenciais que essa situação pode exigir (relativas à tomada de responsabilidade); e a maneira subjetiva que o indivíduo tem de apreender a situação, de se situar em relação a ela, de enfrentá-la e de determinar suas ações em consequência dela.

Outro elemento importante no âmbito do conceito de competência é a *informação*. Aqui se refere a ela porque precisa de uma *situação para que adquira significado*, conforme grifado por Zarifian (2003). Ou seja, é a *informação pertinente*, intensa e qualificada para dada situação que se faz relevante para a competência, e não a quantidade de informação em estoque.

Outro elemento importante é a *mobilização da rede de atores*, fundamental para o objeto de análise deste estudo. Isso porque pressupõe-se que a competência tende sempre a aumentar em seu nível de complexidade. Quanto mais complexa, mais extrapola um único

indivíduo, que deve conseguir *reunir e convergir* competências complementares da rede da qual faz parte.

Os *conhecimentos* são mais um dos elementos fundamentais da competência, na medida em que o lastro de conhecimentos que podem ser mobilizados é o ponto de partida, mas não o centro dessa relação. O estoque é relevante, porém constantemente mutável, já que é quando o conhecimento entra em contato com a *situação real* e prática do trabalho que ele ganha sentido e se *transforma*. Quanto maior a diversidade de situações a que o indivíduo for exposto, mais fortemente seus conhecimentos são modificados, facilitando o aprendizado para as situações posteriores.

A *entrega* é outro elemento relevante, que conforme descrito por Becker, Dutra e Ruas (2008; p. 56), “está associada à efetiva ação do indivíduo no exercício de suas atividades no trabalho”. Ou seja, “a entrega traduz a real contribuição do profissional no cumprimento de determinada competência”. Assim, quanto maior a complexidade da entrega do indivíduo, maior a capacidade que ele tem de diferenciar-se dos demais e de agregar valor para a organização.

Diante desses elementos expostos Zarifian (2003), nos propõe a refletir sobre eles. Se um indivíduo tem um estoque de conhecimentos adequado, ele se depara com situações, e neste momento será competente, então? Não há este imediatismo na competência. Têm-se vários outros elementos para que ela ocorra.

O primeiro é o *conhecimento social*, que é o conhecimento que o indivíduo herdou e acumulou em sua trajetória de socialização, o que traz uma dimensão muito relevante na não temporalidade da competência. Ou seja, a ação diante da situação será fortemente influenciada pelo conhecimento social intrínseco ao indivíduo, e ele é capaz de mobilizar e ressignificar a cada nova situação.

O segundo é a *inteligência prática*, que como já sabemos não há significado no conhecimento quando ele não está aplicado a uma situação. Assim, a inteligência prática é a compreensão da situação e do modo como os conhecimentos disponíveis serão mobilizados. Ou seja, não há aplicação do conhecimento. Há, sim, a *mobilização dos conhecimentos* para a compreensão da situação. Entende-se, como trata Zarifian (2003), que os conhecimentos não são produtivos em si, e à medida que os conhecimentos são

usados, eles se tornam produtivos; isto é, tornam-se os conhecimentos de *produtividade* no exercício da inteligência prática.

Tendo-se compreendido as abordagens possíveis da competência, as escolhas teóricas deste estudo, e os elementos essenciais para trabalhar as competências, abre-se espaço para a discussão do ambiente em que serão tratadas as competências neste estudo, qual seja a Atenção Básica, com o recorte da inserção do Programa Mais Médicos em sua lógica de atuação.

## 2.2 O PROGRAMA MAIS MÉDICOS E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nesta seção apresenta-se um estudo sobre o pilar conceitual SUS tratando dos elementos de interesse para a fundamentação do Programa Mais Médicos do Brasil, seu contexto e especificidades.

### 2.2.1 A Construção do Sistema Único de Saúde

Ao se propor aqui uma revisão, ainda que propositadamente delimitada, da construção do SUS, não se tem a intenção de aprofundar neste item como muitos estudos fizeram. O objetivo é apresentar, com base em um resgate histórico, os fatores, como princípios e diretrizes, que não estavam sendo satisfatoriamente atendidos e que subsidiaram a formulação do Programa Mais Médicos do Brasil. Ou seja, localizar o PMM no âmbito dessa perspectiva histórica.

O Sistema Único de Saúde, instituído pela Constituição de 1988 (Brasil, 1988) e pela Lei 8.080/90, integra um sistema maior, o Sistema de Seguridade Social, que, segundo o artigo 194 da Carta Magna, “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. Ainda neste artigo, é determinada a *universalidade* da cobertura e do atendimento. Ou seja, este conjunto de ações deve ser oferecido a toda a população, sendo este um dos princípios fundamentais do SUS. Ele ainda se encontra reforçado no art. 196, no qual tem-se 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”.

Tal princípio suporta que a rede de serviços do SUS deve atender e/ou encaminhar para atendimento em unidades especializadas todos aqueles que demandarem. Isso leva ao princípio da *equidade*, que realça a necessidade de tratar os desiguais de forma desigual. Ou seja, é preciso observar as condições da população de cada localidade de maneira única e específica, de modo a conhecer suas carências e atendê-las, com o objetivo final de reduzir as desigualdades existentes no território nacional. Este princípio é reforçado pelo terceiro e último deles, o princípio da *integralidade*, que dispõe que, já que é sabido que há diferentes necessidades, é preciso que todas as pessoas tenham o direito de ser atendidas no conjunto das suas necessidades, de forma integral. Entende-se que é responsabilidade do SUS desenvolver ações de promoção, proteção, tratamento e reabilitação da saúde, de acordo com as especificidades de cada ambiente e indivíduo.

Outro ponto importante da instituição do SUS para esta construção teórica é quanto a sua regionalização e hierarquização. No art. 198 da Constituição, há a determinação de que “as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade”. Havendo, assim, a hierarquização, tem-se a estratificação do sistema em três níveis: primário, secundário e terciário. Porém, com o avanço do sistema, o que se tem de conceituação hoje é um sistema integrado, com configuração em rede, na qual a Atenção Primária absorve o papel de centro de interlocução dos demais (Mendes, 2002).

Na discussão sobre redes de Atenção à Saúde, há, segundo Mendes (2010), diversas evidências na literatura internacional que comprovam que estas podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários, a satisfação dos usuários e a redução dos custos dos sistemas de Atenção à Saúde. Os conjuntos de serviços de saúde existentes na rede são coordenados pela Atenção Primária à Saúde “prestadas no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada” (Mendes, 2010, p. 2300).

Passa-se o debate para a Atenção Primária à Saúde, que ajuda a construir a fundamentação para a necessidade posterior da implantação do PMM.

### **2.2.2 A inserção da Estratégia de Saúde da Família no contexto do Sistema Único de Saúde**

Com a publicação da Portaria 648, de 2006, obteve-se a reafirmação do Programa de Saúde da Família como modelo do SUS, mediante a criação da Política Nacional de Atenção Básica, segundo a qual a Atenção Básica

[...] considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção socio-cultural e busca a promoção da saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (Brasil, 2006, p. 03)

Assim, a Saúde da Família foi definida como estratégia prioritária para a Atenção Básica.

Ao trazer o debate de competências para o âmbito da saúde, faz-se importante delimitar os conceitos que serão aqui tratados.

O Programa de Saúde da Família tem como papel primordial, segundo Turci (2008, p. 54), “proporcionar a reorganização da assistência à saúde a partir da atenção básica, mediante reorganização do processo de trabalho nos Centros de saúde e inserção de novos saberes e práticas no cotidiano desses serviços”.

O conceito de saúde preconizado pela OMS assegura

Na medida em que um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro, de lidar com o meio ambiente, a saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo dela; abranger os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, é um conceito positivo.

O conceito de saúde é que norteia o SUS, com seus princípios e diretrizes fundamentais. É por meio do PSF que a Atenção Primária à Saúde é reorganizada e estruturada, atendendo ao primeiro nível de complexidade, dentre os três preconizados pelo SUS. Por

sua vez, o PSF também conta com princípios orientadores, que irão, em seguida, nortear suas diretrizes.

Dado que os Princípios norteadores do BRASIL (1990) são a base para toda a discussão posterior, entende-se que é necessário apresentar cada um, quais sejam: princípio da universalidade, princípio da equidade e princípio da integralidade nos serviços e ações de saúde. Citam-se, também, os princípios organizacionais: da descentralização, da regionalização, da hierarquização da rede, e a participação social.

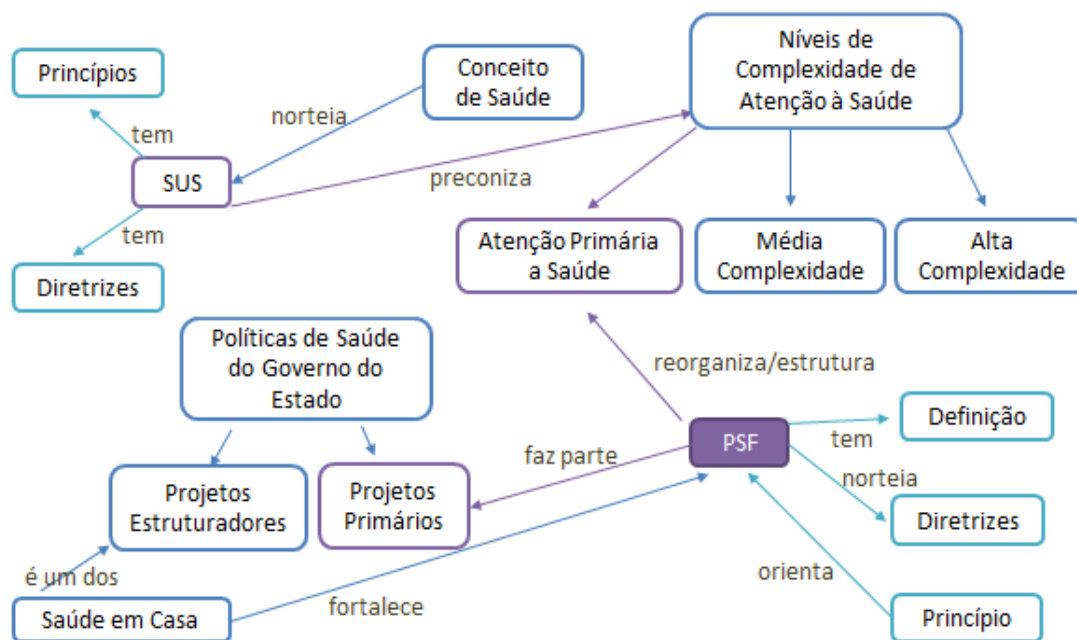
O princípio da universalidade, a saúde é um direito de todos, adquirido a partir da Constituição de 1988 e da Lei 8.080/90, o qual deve ser garantido pelo Estado, de forma que o acesso ao serviço seja universal, eficiente, eficaz e efetivo. Já o princípio da integralidade considera que as necessidades específicas de pessoas ou de grupos de pessoas devem ser atendidas em toda a sua especificidade, garantindo a existência e o acesso a um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e de promoção à saúde. Estes dois princípios norteiam o princípio da equidade, em que se observa a necessidade de reduzir as disparidades sociais e regionais existentes no País.

Quanto aos princípios organizacionais, o da regionalização e o da hierarquização da rede, das ações e dos serviços de saúde, em que se compreende a definição de pontos de atenção de acordo com a complexidade dos serviços ofertados. Já pelo princípio da participação e controle social entende-se que o envolvimento da população no planejamento e controle das ações de saúde é um fator determinante, instituído pela Lei 8.142/90. Por fim, tem-se o princípio da descentralização na saúde, que prega a distribuição do poder e da responsabilidade pelos três níveis de gestão do SUS: federal, estadual e municipal.

O Esquema 1, permite compreender a importância e a composição dos princípios que orientam o PSF, quais sejam: Primeiro contato, com atendimento e acolhimento; Coordenação, em que a organização da Rede de Atenção deve considerar a Atenção Primária como o ponto central que faz a ligação com os demais níveis de Atenção à Saúde; Longitudinalidade, que traz uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os usuários, o que implica vínculo e responsabilização; Abordagem Familiar, que implica não considerar o indivíduo isoladamente, e sim inserido em seu contexto familiar; Integralidade, que significa o atendimento de todas as necessidades dos

pacientes; e Enfoque Comunitário, que considera o contexto social como determinante do processo saúde-doença.

### Esquema 1 - Definição de Sistema Único de Saúde e Programa Saúde da Família



Fonte: Adaptado de SES-MG, Guia do Participante da Oficina de Trabalho do Saúde em casa e do PSF.

A partir daí, é possível estruturar as diretrizes do PSF, quais sejam: Caráter Substitutivo, que pressupõe trabalhar o modelo de atenção a partir da Unidade Básica de Saúde, fazendo a conversão para o modelo no qual as atividades ofertadas sejam aquelas voltadas à promoção da saúde, à prevenção de agravos e à assistência; Adscrição de Clientela, a qual orienta que deve-se trabalhar com a definição de um território de abrangência, o que permite à equipe conhecer e ter sob sua responsabilidade um número definido de famílias (cada equipe deve atender no mínimo 2.400 e no máximo 4.000 pessoas); Cadastramento, que permite à equipe conhecer os componentes das famílias, as morbidades mais comuns, as condições de moradia, as formas de sobrevivência e suas relações sociais; e a Educação Permanente.

Mendes (2015, p. 32), chama atenção para o fato de que “no SUS, ainda que o discurso oficial seja da APS como estratégia de saúde da família, ela, na realidade, ainda mistura elementos culturais, técnicos e operacionais das outras interpretações mais restritas: a APS seletiva e a APS como nível primário de atenção à saúde”.

O autor adverte que, ao compreender a APS como estratégia de organização do sistema de Atenção à Saúde, faz-se necessário cumprir seus atributos e executar suas funções, quais sejam: como atributos, tem-se: Primeiro contato, Longitudinalidade, Integralidade, Coordenação, Focalização na família, Orientação comunitária e Competência cultural. Como funções, têm-se: Resolubilidade, Comunicação e Responsabilização (Starfield, 2002 e Mendes, 2012).

### **2.2.3 A implantação do Programa Mais Médicos do Brasil**

Ao longo dos anos, o Brasil vem convivendo com o problema da falta de médicos em suas áreas mais carentes. Isso ocorre porque a formação de médicos não acompanha a crescente demanda de médicos, tanto para a iniciativa pública quanto para a privada. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2015), de 2002 a 2012 a somatória dos médicos formados no Brasil atendeu apenas 65% da demanda brasileira, atingindo um déficit de 53 mil médicos no período.

Em uma tentativa de minimizar este déficit, em julho 2013, por meio da Medida Provisória 621, e regulamentada pela Lei 12.871/2013, foi criado o Programa Mais Médicos. Sua premissa básica foi atender ao princípio da equidade de acesso ao SUS, tendo a Atenção Básica como porta de entrada preferencial. Isso porque, havendo o déficit de médicos formados no Brasil para atender a população, os municípios apresentavam enorme dificuldade de atrair e fixar os médicos de Saúde da Família, havendo uma consequente má distribuição daqueles disponíveis no território brasileiro. Assim, nas áreas de população mais pobre é que tinha-se proporcionalmente o menor número de médicos para o atendimento da população, como mostra a Tabela 1, baseada em dados do IBGE e em dados primários do CFM de 2012.

O Programa Mais Médicos permitiu o recrutamento de médicos brasileiros e estrangeiros para atuarem nas áreas identificadas como de maior necessidade. Havia três perfis de médicos inseridos no programa: médico CRM-Brasil, formado em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado no Brasil; médico intercambista, formado em instituição de educação superior estrangeira, com habilitação para o exercício da medicina no exterior, que acessa o programa através de chamada pública por adesão; e médico intercambista cooperado, formado em instituição de educação superior

estrangeira, com habilitação para o exercício da medicina no exterior, que acessa o programa através da cooperação internacional.

**Tabela 1 - Distribuição de médicos por 1.000 habitantes**

Região	Unidade Federativa	Médicos por 1.000 hab.
Norte	Roraima	1,21
	Tocantins	1,08
	Amazonas	1,06
	Rondônia	1,02
	Acre	0,94
	Pará	0,77
	Amapá	0,76
Nordeste	Pernambuco	1,39
	Sergipe	1,30
	Rio Grande do Norte	1,23
	Paraíba	1,17
	Alagoas	1,12
	Bahia	1,09
	Ceará	1,05
	Piauí	0,92
Distrito Federal	Distrito Federal	0,58
Centro-Oeste	Mato Grosso do Sul	3,46
	Goiás	1,54
	Mato Grosso	1,45
Sudeste	Rio de Janeiro	1,10
	São Paulo	3,44
	Espírito Santo	2,49
	Minas Gerais	1,97
	Paraná	1,81
Sul	Rio Grande do Sul	2,23
	Santa Catarina	1,69
	Paraná	1,68

Fonte: Adaptada de (Brasil, 2015).

Quanto a estes perfis médicos, detectou-se que: os médicos cooperados têm presença exclusiva em 2.340 municípios, o que corresponde a 58% do programa; 90% dos médicos que atuam na saúde indígena são cooperados; em 2013, o programa contava com 1.280 médicos brasileiros e intercambistas, além de 5.400 médicos cooperados; e em 2017 o número subiu para 9.569 médicos brasileiros e intercambistas e 8.671 médicos cooperados. Observa-se, assim, grande aumento dos médicos CRM Brasil no programa, porém estes ainda manifestam dificuldades em ocupar as vagas nos municípios de maior vulnerabilidade e de difícil acesso, com permanência nestes locais inferior a 90 dias (Brasil, 2017).

Nos debates iniciais sobre o programa quando de sua implantação, observaram-se em artigos, alguns acadêmicos e outros jornalísticos: a discussão sobre a constitucionalidade do programa, o número de médicos envolvidos e a população a ser atendida (o governo projetou para abril de 2014 a marca de 13.000 médicos no programa, os quais atenderiam 45 milhões de pessoas, ou seja, um quarto da população brasileira – De Campos, 2013); as dificuldades advindas da língua (Caramelli, 2013); a capacitação e a competência dos médicos estrangeiros para o atendimento aos pacientes brasileiros conforme as normativas brasileiras; as diferenças entre o ensino da profissão no Brasil e nos países de origem dos médicos que vieram participar do programa; o curso de preparação a que foram submetidos os médicos estrangeiros; e a não submissão dos diplomas dos médicos estrangeiros ao REVALIDA.

Para além da contratação dos médicos, tida como uma dimensão de resposta emergencial e imediata, o programa ainda previa a abertura de novas vagas para a graduação e para a residência médica no País, de modo a garantir ações sustentáveis ao longo do tempo. Houve, ainda, a implantação de um novo currículo médico, com foco no cuidado integral à saúde. Com essas ações, o programa propunha-se deixar a marca de 1,8 médico/1.000 habitantes de 2013 para a marca de 2,7 médicos/1.000 habitantes em 2026 (Brasil, 2015).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2012), alguns desafios foram considerados com mais relevantes diante da Atenção Básica à Saúde, como: financiamento insuficiente da Atenção Básica; infraestrutura inadequada das Unidades Básicas de Saúde; baixa informatização dos serviços e pouco uso das informações disponíveis para a tomada de decisões na gestão e na atenção à saúde; necessidade de ampliar o acesso, reduzindo o tempo de espera e garantindo atenção, em especial, aos grupos mais vulneráveis; necessidade de melhorar a qualidade dos serviços, incluindo acolhimento, resolutibilidade e longitudinalidade do cuidado; pouca atuação na promoção da saúde e no desenvolvimento de ações intersetoriais; desafio de avançar na mudança do modelo de atenção e na mudança de modelo e qualificação da gestão; inadequadas condições e relações de trabalho, mercado de trabalho predatório, déficit de provimento de profissionais e contexto de baixo investimento nos trabalhadores; necessidade de contar com profissionais preparados, motivados e com formação específica para atuação na Atenção Básica; e importância de ampliar a legitimidade da Atenção Básica com os usuários e de estimular a participação da sociedade.

O Programa Mais Médicos atende, segundo Brasil (2015), os seguintes pontos: déficit de provimento de profissionais médicos; mercado de trabalho predatório e contexto de baixo investimento nas trabalhadoras; necessidade de ampliar o acesso, reduzindo tempos de espera e garantindo atenção, em especial, aos grupos mais vulneráveis; infraestrutura inadequada das Unidades Básicas de Saúde; necessidade de contar com profissionais preparados, motivados e com formação específica para atuação na Atenção Básica.

O Programa Mais Médicos apresenta os seguintes objetivos: diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde; fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País; aprimorar a formação médico no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira; fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos; promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS (Brasil, 2015).

Como forma de alcançar esses objetivos, traçaram-se as seguintes ações: reordenação da oferta de cursos de medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos; estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País e; promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de Atenção Básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional (Brasil, 2015).

O Programa traz ainda três eixos (Brasil, 2015). O primeiro é o de Provimento Emergencial, em que os médicos brasileiros e estrangeiros foram chamados a ocupar as vagas de áreas com maior necessidade e vulnerabilidade. O segundo é o de Educação, com a abertura de mais vagas de graduação e especialização, além da criação do Cadastro Nacional de Especialistas, para reunir as principais informações sobre os especialistas no

país e saber onde eles estão atuando. O terceiro é o de Infraestrutura, que visa melhorar a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde já existentes e construir mais unidades, além da implantação da informatização das unidades bem como dos pontos eletrônicos.

É importante destacar que para o eixo de Provimento Emergencial as áreas classificadas como prioritárias foram definidas com base nos seguintes critérios: áreas com percentual elevado de população em extrema pobreza, baixo índice de desenvolvimento humano ou regiões muito pobres, semiárido e região amazônica, áreas com população indígena e quilombola, locais com grande dificuldade de atrair e fixar profissionais (Brasil, 2015).

A Lei do Mais Médicos estabeleceu que o primeiro grupo de prioridade para ocupar as vagas do programa contemplaria os médicos com registro no Brasil (fossem eles brasileiros ou estrangeiros, formados no Brasil ou no exterior, desde que tivessem o registro no Brasil). O segundo grupo de prioridade seria composto por médicos brasileiros formados no exterior, mas ainda sem registro no CRM. O terceiro grupo seria composto por estrangeiros com habilitação para exercer a medicina em seus países, porém sem registro no CRM.

No eixo de provimento, havia, uma vertente de aperfeiçoamento, em que todo médico, ao ingressar no PMM, seria matriculado em um curso de Especialização em Atenção Básica ofertado por Instituições Federais de Ensino da Rede Universidade Aberta do SUS. Os médicos do PMM foram, então, acompanhados por supervisores. Havia ainda, a figura do tutor, aquele que desenhava e monitorava as ações pedagógicas do curso (Brasil, 2017).

Segundo Nascimento (2017), é concensual na literatura a dificuldade dos municípios para atrair e fixar os médicos de Saúde da Família nas áreas mais carentes do País, seja por questões salariais, seja pela inexistência de infraestrutura de suporte em regiões menos favorecidas. Isso acabou gerando distribuição inadequada dos médicos no território brasileiro.

Vários estudos já se debruçam a compreender e analisar o programa, que em 2018 completa seis anos de implantação.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2017), os impactos do programa até o momento foram: expansão da cobertura de Atenção Básica e Saúde da Família; ampliação do acesso

e da oferta de ações de saúde; melhoria da saúde da população (melhoria de indicadores de saúde e redução de internações); satisfação e aprovação dos usuários, médicos e gestores; distribuição de 18.240 médicos em 4.058 municípios e 34 Distritos Indígenas; atendimento a 72,8% dos municípios brasileiros, com beneficiamento de 63 milhões de brasileiros.

Ainda segundo Brasil (2017), quanto à permanência dos perfis de médicos nos três primeiros anos do programa, houve 21% de permanência dos médicos com registro no Brasil, 17% de permanência dos médicos intercambistas e 62% de permanência dos médicos cooperados.

Já em OPAS (2017), em que se dispõe de um panorama da produção científica sobre o PMM, mediante a análise de 47 artigos científicos, 34 artigos de opinião e 33 pesquisas cadastradas na Plataforma de Conhecimentos do PMM, tem-se que: das 33 pesquisas cadastradas 26 tratam do Provimento Emergencial; quanto aos artigos de opinião, que, em sua maior parte, tem seus autores provenientes de universidades públicas, 62% apresentaram argumentos favoráveis; quanto aos artigos científicos, a grande maioria é proveniente da região Sudeste e trata do eixo de provimento emergencial.

Como principais resultados do PMM apresentados por OPAS (2017) sobre este panorama citam-se: desenvolvimento de novas práticas para satisfação do usuário e melhoria de alguns indicadores de saúde; fortalecimento das ações no âmbito da APS em contextos de implantação do PMM; incremento do desenvolvimento práticas de promoção e prevenção; formas inovadoras de produção da saúde e do cuidado, como os de vigilância da saúde ou da clínica ampliada; tendência no médio prazo de reforço da centralidade assumida pelo médico, bem como da alocação apenas do PMM em áreas de difícil acesso.

Tendo-se já discutido as escolhas teóricas diante das abordagens de competência disponíveis na literatura, bem como feito o recorte teórico do plano do Programa Mais Médicos sobre o qual se fez a construção da análise dessas competências, passa-se, na seção final deste referencial, a examinar o sujeito central do debate proposto: o médico.

### 2.3 O MÉDICO COMO VÉRTICE DA DISCUSSÃO: PERSPECTIVA CONTEMPORÂNEA SOBRE A PROFISSÃO IMPERIAL

Realiza-se neste capítulo o apanhado das condições históricas da profissão médica, apontando fatores importantes na correlação delas com a análise do médico inserido no Programa Mais Médicos como análise neste estudo.

Para compreender as competências médicas e a implantação do PMM, é preciso ir mais além e compreender, ainda que brevemente, o trabalho médico na ótica da sociologia das profissões, observando-se que compreender a construção das profissões é compreender a estruturação das sociedades. Para Larson (1977), trata-se de uma das principais formas contemporâneas de organização da desigualdade social (Barbosa, 2003).

É preciso também compreender todo o arcabouço de construção social por trás das chamadas “profissões imperiais” (Coelho, 1999), nas quais, junto ao direito e a engenharia, a medicina se insere. Já em 1975, Donnangelo apresentou um estudo sobre médicos, em que trata das especificidades de cada profissão em seu contexto social e histórico. Ele mostra, segundo Barbosa (2003, p. 594), como “as profissões conseguem estabelecer regras diferenciadas para a sua presença nessa instância da vida social”.

Em seu trabalho, Pereira Neto (2001) cita construções datadas de 1920 e que ainda se faziam presentes em seus estudos da virada do século XXI. Ainda hoje, observa-se que o trabalho médico é tido como a elite das profissões. O autor trata de examinar questões internas ao grupo médico sobre o que era considerado ser um bom médico e questões externas ao grupo, por exemplo, como a sociedade reconhecia como trabalho médico questões relacionadas à formação da identidade coletiva dos médicos.

Considerar a medicina como a elite das profissões pode encontrar ressonância em diversas causas. Conforme Gonçalves (2002, p. 20) “o setor saúde representa peça fundamental no conjunto de fatores que influenciam decisivamente o ritmo de desenvolvimento da comunidade”. O autor considera, que por ter sido no início e durante um bom tempo o monopólio no atendimento aos doentes, o título de “elite das profissões” se confirmava.

Mais relevante, porém, do que compreender essa identidade coletiva é compreender como ela se forma e a partir de quê. Tudo se inicia e se fortalece ainda na graduação, em que, para além de aprender uma profissão, é preciso aprender a “ser médico”, com uma forte carga da construção coletiva desta profissão.

Foi na década de 1970 que, segundo Machado (1997), em decorrência do enorme aumento das escolas de medicina e da má estruturação de seus currículos, deu-se um salto no quantitativo de médicos disponíveis no mercado de trabalho, porém com formação inadequada. Foi quando, também segundo a autora, começou o problema encontrado ainda hoje de concentração de médicos em algumas regiões do País.

As condições únicas que a categoria médica trouxe para a profissão, com a prerrogativa da cura e o poder instituído ao médico, estão sendo hoje compartilhadas com outras profissões, como, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, engenheiros biomédicos e técnicos, o que, segundo Machado (1997), trouxe forte abalo para a profissão, com perda da autonomia, do poder monopolista e do ideal de serviço.

Este contexto, que é atual ainda na data de hoje, foi a base para um dos grandes questionamentos à época da implantação do Programa Mais Médicos. Os opositores a sua implantação questionavam o impacto que a categoria brasileira sofreria com a entrada de médicos estrangeiros sem a revalidação do diploma e que acabariam por interferir na regulação do mercado interno, na medida em que trariam novos paradigmas e em que, suprimindo grande parte da escassez em várias regiões, poderiam regular o mercado quanto aos valores de remuneração dos profissionais brasileiros.

É interessante observar que o aumento exponencial do quantitativo de médicos no Brasil impressiona diante do comparativo com o crescimento da população em geral. Segundo Scheffer (2013), em 1970 o Brasil contava 58.994 médicos, chegando em 2012 a 388.015 médicos em atividade. Ou seja, um aumento de 557,72%, diante de um aumento da população brasileira de 101,84% no período de 1970 a 2010. Tal contexto constituiu-se na base para a formação do Programa Mais Médicos, em 2013.

Esta análise remete ao seguinte fator de análise: a questão então não é quantitativa, ou seja, não há médicos no Brasil, e sim de a distribuição e especialização deles. Segundo dados da Pesquisa de Demografia Médica no Brasil (SCHEFFER, 2013), é possível observar apenas com a separação pelas grandes regiões do Brasil as diferenças na distribuição. Enquanto a região Sudeste contava uma razão de 2,67 médicos por 1.000 habitantes, contra 2,09 da Sul e 2,05 da Centro-Oeste. Observa-se que as regiões Norte e Nordeste apresentam razão bem abaixo, com 1,01 e 1,2 médicos, respectivamente.

Quando a referida pesquisa amplia a unidade de análise para as Unidades da Federação, observam-se desigualdades ainda maiores. Apenas a título de ilustração, citam-se: Distrito Federal, 4,09 médicos; Rio de Janeiro, 3,62 médicos; São Paulo, 2,64 médicos; Rio Grande do Sul, 2,37 médicos; Espírito Santo, 2,17 médicos; Minas Gerais, 2,04 médicos, que apresentava em 2013 o quantitativo médico superior a 2 médicos por 1.000 habitantes que é a média Brasil; Amapá, 0,95 médicos; Pará, 0,84 médicos; Maranhão, 0,71 médicos.

Apenas essas divisões da pesquisa não são capazes de demonstrar desigualdades ainda maiores que as subdivisões de cidades dentro destes estados e de comunidades dentro destas cidades, que apresentavam aos municípios quando da implantação do PMMB a urgente necessidade de médicos em determinadas áreas de cobertura. Há, ainda, que se considerar que, segundo Scheffer (2013), apenas 55,5% dos médicos ativos no País atuam no SUS em serviços públicos municipais, estaduais e federais (215.640 médicos do total de 388.015 médicos).

Em seu estudo sobre a migração médica no Brasil, Seixas, Corrêa e Moraes (2005) observaram que o resultado desse movimento migratório (*brain drain*) depende de fatores como: “oportunidades de complementação da formação adquirida na graduação, presença de centros de referência na área médica (formação e atenção especializada), grau de desenvolvimento social e econômico da região ou país, além de oportunidade de inserção no mercado de trabalho”.

O que se conclui a partir dessas construções históricas do médico é que suas construções de identidade coletiva, arraigadas desde o Império, em muito estão ainda presentes no âmago da profissão e ajudam a compreender muitas das posições tomadas dentro do sistema de saúde descritos aqui. Porém, fato é que hoje no sistema de saúde, conforme observa Gonçalves (2002, p. 59), “o médico é o principal responsável, embora não único, porque cada vez mais a responsabilidade se divide por integrantes de um conjunto multiprofissional, a equipe de saúde” e que “esta divisão de tarefas representa mais uma das importantes modificações que ocorreram no palco da assistência à comunidade nos últimos tempos”.

Tal conclusão justifica a análise deste estudo, não apenas do médico enquanto ser isolado e unicamente responsável pela entrega nas situações, mas também da equipe de saúde na qual o médico se insere.

## 2.4 SÍNTESE TEÓRICA

Com o objetivo de reunir os principais construtos teóricos que este referencial teórico realizou e de sistematizar a amarração conceitual, preparando para que seja possível lançar mão deles para a compreensão da metodologia do estudo que se segue, tem-se o esquema 2.

A temática “Competência” é a base que estrutura e envolve todos os demais componentes deste estudo. Para que exista a entrega de cada uma das competências médicas, é preciso que vários elementos se conectem, a começar da formação educacional a que o indivíduo teve acesso, junto ao conhecimento social por ele apreendido, bem como da experiência acumulada, que serão o fundamento para o arcabouço de conhecimentos, habilidades e atitudes que o indivíduo terá a sua disposição quando da ocorrência das situações.

Quanto se tem as situações, o médico precisará assumir de responsabilidade; ou seja, responder por sua ação em seu campo de atuação, observando o contexto que se apresenta com aquela dada situação e que interfere em quais recursos, sejam materiais, informacionais ou de conhecimento social e formal que ele mobilizará. Junto a isso, o médico precisará reunir e convergir uma rede de atores que se façam relevantes para aquela situação determinada e transferir conhecimentos por esta rede.

É neste momento que se dará a inteligência prática, que envolve a compreensão da situação e de todos os conhecimentos que devem ser mobilizados para que seja possível a tomada de decisão e a entrega da competência para esta dada situação.

O segundo campo de análise deste referencial está, sobremaneira, alicerçado e envolvido pelas competências. Trata-se das construções dispostas sobre o Programa Mais Médicos e sua inserção no SUS.

Neste campo, faz-se relevante descrever os elementos que se correlacionam diretamente com a posterior definição das competências analisadas neste estudo, bem como as variáveis escolhidas para identificar a entrega de tais competências.

O primeiro elemento que se torna essencial é SUS, com foco em seus princípios: da universalidade, da cobertura e do atendimento a população; da equidade, em que cada desigual deve ser tratado de forma desigual, compreendendo-se as especificidades de cada localidade e reduzindo as disparidades no país; e da integralidade, em que todas as pessoas sejam atendidas no conjunto de suas necessidades.

Esse conjunto é reforçado pelo segundo elemento deste tópico: a Atenção Primária à Saúde, dispõe que o sujeito precisa ser atendido observando-se sua singularidade, complexidade, inserção sociocultural, promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, bem como redução de danos ou de sofrimento.

Essa definição está pautada nos princípios do Programa de Saúde da Família, em que se consideram quando da definição das competências analisadas neste estudo.

**Esquema 2 – Inter-relação dos constructos presentes no marco teórico**



Sendo os princípios do PSF: o primeiro contato feito com o indivíduo durante seu atendimento e acolhimento; a centralidade da Atenção Primária na coordenação com os demais níveis de saúde; a longitudinalidade das relações entre os profissionais de saúde e os usuários, dada a construção de vínculos e responsabilização; a consideração de que o indivíduo é parte de um contexto familiar e que este deve ser tratado a partir de uma abordagem familiar; o atendimento ao paciente na integralidade de suas necessidades; e a consideração do contexto social como determinante do processo de saúde-doença, devendo por este motivo, haver um enfoque comunitário quando do tratamento e da abordagem deste indivíduo.

Todos os elementos anteriores foram tratados sob o prisma do PMM, inserido em um contexto de déficit de médicos no País, observando-se três eixos fundamentais: o de provimento emergencial de médicos para as áreas desassistidas; o de infraestrutura, com a construção de novas Unidades Básicas de Saúde e reforma das que necessitam; e da educação, com a reestruturação da formação médica no País. É neste último eixo em que se fundamenta a análise deste estudo, já que, para além da abertura de mais vagas de graduação e residência médica, promoveu-se a reformulação das diretrizes curriculares nacionais para o curso de medicina, sobre o qual suas atitudes e conhecimentos descritos foram investigados quando da inteligência prática dos médicos em exercício nas equipes.

E por fim, inserido como vértice de todas essas análises, está o médico, que tem a profissão imperial fortemente influenciando a construção da identidade coletiva de sua categoria enquanto elite das profissões. Tal identidade está sustentada por ser a saúde forte determinante do ritmo de desenvolvimento da comunidade e tem-se o médico como centralidade para a edificação desta saúde. Esta mesma identidade começa a ser construída e fortemente arraigada na construção do ser médico já durante a graduação. O que se observa hoje, todavia é que, com a grande centralidade dirigida para aqueles que escolheram a atuação na Atenção Básica, o médico ainda é o centro da equipe de saúde, mas passou a compartilhar com ela a divisão das tarefas e a responsabilidade por sua execução. É por este motivo que, neste estudo analisa-se a equipe, ainda que com a centralidade de análise estabelecida no médico.

Tendo-se realizado a discussão de todos os elementos teóricos que não só embasam o estudo, mas que também estão diretamente ligados e presentes nas construções das categorias, competências e variáveis de análise, aborda-se no capítulo seguinte a especificação do percurso metodológico adotado.

### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Diante do marco conceitual e contextual apresentado para fundamentar este trabalho, as escolhas metodológicas que o nortearam visaram obter, tratar e analisar os dados da maneira mais adequada ao alcance de seus objetivos. Segundo Perrone (1991), a escolha do método não se deve ao fato se ele ser ou não verdadeiro, mas sim, se dará conta de responder às questões propostas pela pesquisa. Nesta perspectiva, partiu-se do detalhamento das características gerais da pesquisa, considerando as diferentes etapas que ela apresenta.

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA PESQUISA

A escolha metodológica inicial orienta a pesquisa *quanto a sua natureza*, sendo ela uma *pesquisa aplicada*, já que trata de um objeto de estudo específico, com aplicação específica e prática em uma área de conhecimento, quais sejam o objeto, as competências médicas e a aplicação prática na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Por se tratar de um estudo que buscou examinar uma ampla amostra, para compreender o evento em todo o território nacional, não se atendo a uma análise psicossocial dos agentes em questão, tem-se *quanto à forma de abordagem do problema* a opção por uma pesquisa *quantitativa*. Esta, segundo Richardson (1985), é capaz de garantir melhores chances de precisão, dado que tanto em sua coleta de informações quanto em seu tratamento utilizam-se técnicas estatísticas.

Sendo esta uma pesquisa que “observa, registra, analisa e ordena dados, sem manipulá-los, isto é, sem interferência do pesquisador”, conforme Prodanov e Freitas (2013, p. 52), constituindo-se *quanto a seus fins* em uma pesquisa *descritiva*. A relevância deste tipo de pesquisa está no fato de, ao escolher uma questão base, o pesquisador seleciona as informações que especificam registros importantes do fenômeno em questão, conforme relatado por Sampieri, Collado e Lucio (2006).

Ao compreender que as competências médicas configuram um objeto de estudo que transcende o próprio médico e carrega em si fatores regionais e específicos do ambiente de trabalho, e não só de sua formação, percebe-se a importância de amplas amostras para que estas características particulares possam ser analisadas no conjunto de informações existentes.

Este fato se torna mais relevante quando se trata da Atenção Básica, já que ela tem em si a característica relevante de trabalho em equipe, o que corrobora com Chizzotti (1991) quando afirma que os dados ocorrem em um cenário flutuante de relações. Assim, eles não são dados isolados, mas sim uma foto do momento em que são capturados.

Com o objetivo de capturar o maior número de dados relevantes para responder à questão apresentada, utilizaram-se neste trabalho *quanto aos procedimentos técnicos a pesquisa bibliográfica, a pesquisa documental e o survey*.

A fase da pesquisa bibliográfica foi relevante para compreender os estudos e as informações divulgadas sobre o programa ao longo deste período, desde a sua implantação. Com efeito, diferentes estudos proporcionaram uma visão acerca do estado da arte da implantação do programa. Fachhini et al. (2016) observaram que, após a implantação do PMM em 4.058 municípios e 34 Distritos Sanitários Indígenas, com um contingente de mais de 18000 médicos, ele trouxe para populações desassistidas o acesso aos médicos por meio das medidas emergenciais de provisão, propondo, ainda, uma modificação da estrutura de formação desses profissionais no Brasil. Isso, voltado à universalização da residência médica pela formação generalista em medicina de família e comunidade, pela ampliação de vagas e pelas alterações das diretrizes curriculares dos cursos de medicina.

Embora os efeitos do Programa em termos de impacto ainda demorem a ser sentidos, diferentes constatações já se fazem sentir, tais como,

[...] redução importante do número de municípios com escassez de médicos; implantação predominante naqueles com maior vulnerabilidade social; aumento do acesso aos serviços de APS, tanto entre os municípios que historicamente tinham dificuldade de provimento de médicos na suas equipes da Estratégia Saúde da Família, como naqueles em que a fixação destes profissionais era um empecilho ao bom desempenho, pois sua presença era intermitente; impacto positivo em indicadores de produção; convergência com outros programas de melhoria da qualidade da atenção básica; satisfação dos usuários; escopo de prática dos participantes evidenciando necessidade de mudanças estruturais nas UBS para que a polivalência da APS atinja graus mais avançados; e reflexões sobre os processos de aprendizagem e tutoria e a forma como impactam positivamente no cotidiano das equipes (Fachhini et al., 2016, p. 2652)

Outros estudos realizados caminham nesta direção. Giovanella et al. (2016, p. 2697), por exemplo, analisaram a inserção do PMM com base em estudo transversal que utilizou dados

secundários do PMAQ-AB, ciclos 1 e 2, PMM e do Requalifica UBS, sugerindo que “o componente provisão emergencial de médicos do PMM, somado à melhoria da infraestrutura e qualificação do processo de trabalho conflui para enfrentar a rotatividade e garantir a permanência de médicos na APS”.

Mendonca et al. (2016) adaptaram metodologia utilizada por Starfield e Shy (2002) para avaliar a qualidade da Atenção Primária em Saúde (APS) para os municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre.

Kemper (2016) realizou estudo para mapear e dimensionar a produção científica sobre o PMM. Nesse levantamento, utilizou-se de 54 publicações. De forma geral, as avaliações do Programa são positivas, apresentando mudanças importantes no processo de trabalho nos serviços e na formação.

Mendonca et al. (2016) identificaram a participação e as características dos municípios de pequeno porte da macrorregião norte do estado do Paraná que aderiram ao Projeto Mais Médico para o Brasil, mediante estudo quantitativo realizado em 82 municípios. Gonçalves et al. (2016) analisaram o incremento de profissionais na região Nordeste, propiciado pelo Programa Mais Médicos, com base em metodologia quantitativa, com dados da distribuição e do provimento de médicos nos estados e internações por diarreia e gastroenterite no período de setembro de 2012 a agosto de 2015.

Silva et al. (2016) analisaram a percepção de usuários, via investigação qualitativa e entrevista com pessoas atendidas na Estratégia de Saúde da Família em uma cidade do Rio Grande do Norte. De forma similar, Melo et al. (2016) visaram conhecer a percepção que usuários cearenses da Estratégia Saúde da Família possuem sobre o programa, por meio de pesquisa exploratória de abordagem qualitativa.

Nogueira et al. (2016) analisaram a distribuição geográfica dos profissionais do Programa Mais Médicos alocados na região Nordeste por meio de estudo transversal descritivo. Silva Jr. et al (2016) analisaram os resultados iniciais do PMM no estado do Rio de Janeiro em relação ao eixo da formação médica, desde a implantação do PMM.

De forma geral, estes e outros trabalhos recentemente publicados<sup>3 4</sup> demonstram que existem estudos e análises qualitativas e quantitativas que observam as especificidades de várias regiões do País. Para além das pesquisas científicas, há também materiais produzidos em diversas mídias e, ainda, ampla variedade de material jornalístico sobre o Programa. Esse levantamento prévio foi determinante para a escolha do objetivo, considerando as competências curriculares como eixo central.

### 3.2 O OBJETO DA PESQUISA: AS COMPETÊNCIAS CURRICULARES<sup>5</sup>

Com as crescentes discussões sobre o currículo médico e seu atendimento às demandas dos pacientes, a Lei 12.871/2013 (BRASIL, 2015) traçou importantes reorientações para a formação do currículo das escolas de medicina. Assim, com a implantação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina tem-se hoje como perfil do graduado em Medicina (BRASIL, 2014):

O médico é o profissional com formação geral, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Para atender a todos os princípios e diretrizes do SUS, o Ministério da Educação formulou e instituiu, como forma de regulamentar e orientar a formação dos médicos no Brasil, as competências médicas, fazendo a divisão entre três áreas de competência: Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde. Para cada área de competência, têm-se subáreas, que,

---

<sup>3</sup>Diferentes publicações têm tratado de artigos sobre o PMM, com destaque para a edição especial (21.9/2016) da Revista Ciência & Saúde Coletiva, que buscou divulgar os primeiros resultados avaliativos abordando provimento emergencial, formação médica e infraestrutura das unidades básicas de saúde (UBS). Também a revista Gestão e Sociedade (Maio/Agosto de 2016) publicou diferentes artigos que problematizaram e refletiram o Programa.

<sup>4</sup>Existe uma ampla disseminação de informações científicas e descritivas sobre o PMM na rede mundial de computadores, notadamente em sítios com esta finalidade. Por exemplo, o sítio <http://maismedicos.bvsalud.org>, denominada “Plataforma de Conhecimentos do Programa Mais Médicos”, é uma iniciativa da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco, OPAS-OMS e o Ministério da Saúde reúnem informações e evidências científicas provenientes das pesquisas sobre o Programa Mais Médicos. O sítio <http://maismedicos.gov.br/resultados-para-o-pais> apresenta dados oficiais do Ministério da Saúde sobre o Programa.

<sup>5</sup>Capítulo publicado pela autora na revista Gestão e Sociedade, v.11, n.29, p.1761-1778/Maio-Agosto-2017.

por sua vez, compõem-se de ações-chave e os respectivos desempenhos que o médico deve ter em cada uma delas.

Para a área de competência de Atenção à Saúde, têm-se duas subáreas:

I. Atenção às Necessidades Individuais de Saúde, com as ações-chave: a) Identifica Necessidades de Saúde – desempenhos: realiza história clínica, realiza exame físico, formula hipóteses, prioriza problemas e promove investigação diagnóstica; b) Desenvolve e Avalia Planos Terapêuticos – desempenhos: elabora e implementa plano terapêutico e acompanha e avalia planos terapêuticos.

II. Atenção às Necessidades Coletivas de Saúde, com as ações-chave: a) Investiga Problemas de Saúde Coletiva – desempenhos: analisa as necessidades de saúde de grupos e as condições de vida e de saúde de comunidades, acessa e utiliza dados secundários, estabelece diagnóstico de saúde e prioriza problemas segundo critérios estabelecidos; b) Desenvolve e Avalia Projetos de Intervenção Coletiva – desempenhos: participa da discussão e construção de projetos de intervenção em coletivos, estimula a inclusão da perspectiva de outros profissionais e representantes, promove o desenvolvimento de planos orientados aos problemas priorizados e participa da implementação de ações e da avaliação dos projetos.

Para a área de competência de Gestão em Saúde, têm-se duas ações-chave:

I. Organiza o Trabalho em Saúde – desempenhos: identifica problemas no processo de trabalho e elabora e implementa planos de intervenção.

II. Acompanha e Avalia o Trabalho em Saúde – desempenhos: gerencia o cuidado em saúde, monitora planos e avalia o trabalho em saúde.

Para a área de competência de Educação em Saúde, têm-se três ações-chave:

I. Identifica necessidades de aprendizagem individual e coletivas – desempenhos: estimula a curiosidade e o desenvolvimento da capacidade de aprender com todos os envolvidos e identifica necessidades de aprendizagem próprias.

II. Promove a construção e socialização de conhecimento – desempenhos: mostra postura aberta à transformação do conhecimento e da própria prática, escolhe estratégias interativas para a

construção e socialização de conhecimentos, orienta e compartilha conhecimento com as pessoas e estimula a construção coletiva de conhecimento em todas as oportunidades do processo de trabalho.

III. Promove o pensamento científico e crítico e apoia a produção de novos conhecimentos – desempenhos: utiliza os desafios do trabalho para estimular e aplicar o raciocínio científico; analisa criticamente fontes, métodos e resultados, identifica a necessidade de produção de novos conhecimentos em saúde e em medicina e favorece ou participa do desenvolvimento científico e tecnológico voltado para a atenção das necessidades de saúde individuais e coletivas.

Observa-se assim, que o currículo médico brasileiro, com sua última alteração publicada no *Diário Oficial da União* em 20 de junho de 2014, por meio da Resolução 3 (BRASIL, 2014), teve como uma de suas principais alterações o estágio obrigatório no Sistema Único de Saúde, na Atenção Básica e no Serviço de Urgência e Emergência. Tal mudança pode corroborar para uma maior mobilização das competências correlacionadas ao atendimento dos usuários de Programa de Saúde da Família, por meio de competências específicas listadas pelo MEC como “atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primários e secundários”, “atuar em equipe multifuncional” e “ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento de saúde”.

No Brasil, o perfil versa sobre um profissional com formação geral, humanista, crítica e reflexiva que, baseado em princípios éticos, faça a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência. Com a atualização curricular, o Brasil deu um passo adiante na formação de médicos voltados para a Atenção Primária como fonte de construção de um sistema de saúde com profissionais capacitados e dedicados a ela, tendo-a como fim, e não como meio, em sua trajetória de carreira. Mas é preciso trazer as apreciações do modelo curricular cubano com as devidas considerações para a realidade brasileira, de modo a apreender suas bases transversais e aplicadas, voltadas fortemente para a atenção primária, além de observar o retorno nos municípios em que os médicos cubanos estão inseridos, promovendo programas com adesão das comunidades que tragam resultados claros de saúde para os municípios.

É importante destacar que o Programa aceita profissionais de outras nacionalidades, tais como, cubanos, argentinos, uruguaios, venezuelanos, peruanos, espanhóis, mexicanos, hondurenhos, dominicanos, alemães, portugueses, holandeses e italianos, em um total de 48 países

participantes. O contingente de médicos cubanos, considerando seu volume, merece destaque. Seu currículo é construído com base nas características do Sistema Nacional de Saúde e da Atenção Primária de Saúde.

Assim, tem uma formação generalista, com aptidões humanistas e fortes traços de promoção da saúde e prevenção, conduzidas em sua aplicação por competências diagnósticas, terapêuticas e comunicativas, além de transpor o olhar para o paciente além do indivíduo, na busca por suas relações familiares, na comunidade e com o meio ambiente. Pode-se compreender que, de fato, assim o são realizados, uma vez que, quando se olham os trabalhos executados pelos médicos cubanos, como nos exemplos já citados, no âmbito do Programa Mais Médicos, encontram-se todas essas competências mobilizadas.

Procedendo com uma análise histórica do currículo cubano, é possível compreender como se chegou a essas competências e por que elas são tão consistentemente repassadas aos estudantes. O primeiro currículo, de 1728, sofreu sua primeira grande reforma em 1824. Após a Revolução, em 1959, a universidade colocou em vigor o currículo de 1942. Em 1960, um grande passo foi dado em direção à vertente curricular atual: a construção do sistema de saúde, com o planejamento de suas políticas. Ocorre que, com a criação do Ministério da Saúde Pública (MINSAP), em 1962, iniciou-se o sistema de residências médicas no país e promulgou-se a Lei de Reforma do Ensino Superior. Esta trouxe a formação social e humanista que se percebe hoje, com fortes competências dos médicos cubanos, com base em novas disciplinas, como, Ciências Sociais, História da Medicina, Ética, Metodologia Estadística, Organização da Saúde Pública, Inglês, Economia e Medicina Legal (BRASIL, 2014).

Em 1963, outro grande passo foi dado com a entrada em vigor do novo currículo, conhecido como “Plan Baeza”. A partir de então, teve-se a distribuição de cinco anos de formação teórico-prática e no sexto ano houve o estabelecimento do internato. Um ano depois, instituíram-se outros dois direcionamentos, que estão muito presentes nas competências mobilizadas atualmente pelos médicos cubanos: a medicina preventiva e os programas de promoção da saúde no Sistema Nacional de Saúde (SNS). Em 1969, por meio do “Plan Integrado”, um novo currículo de estudos foi implantado. A este credita-se um grande salto qualitativo na educação médica cubana, mas, por compreendê-lo como muito complexo em sua aplicação, esteve em vigor apenas até 1978 (PEREA, 2012).

Na década de 1970, o Sistema Nacional de Saúde inseriu o Modelo de Medicina Comunitária. Foi em 1976, com a Criação do Ministério da Educação Superior, que se instituiu a subordinação dos centros de educação médica ao MINSAP. Foram então criados quatro Institutos Superiores de Ciências Médicas e nove Faculdades Independentes de Ciências Médicas. Este passo possibilitou a correlação direta entre o ensino, a prática e a saúde pública no País. A partir dos intercâmbios acadêmicos promovidos em parceria com França, Suécia, União Soviética, Checoslováquia, Canadá, Inglaterra e Estados Unidos, começou em 1983 uma nova reforma no currículo médico cubano, que entrou em vigor em 1985, com o enfoque na atenção primária, na promoção da saúde e na prevenção das enfermidades (PEREA, 2012).

O perfil do profissional médico em Cuba está descrito como um médico com competências diagnósticas e terapêuticas capaz de contemplar a atenção integral mediante a promoção, prevenção, cura e reabilitação do indivíduo, da família, da comunidade e do meio ambiente, utilizando-se de métodos clínicos e epidemiológico com enfoque social, portando valores éticos, humanísticos, solidários e de atitude cidadã, chamados a transformar a situação da saúde, em consonância com as exigências da sociedade (ILIZÁSTIGUI et al., 1985).

O desdobramento do perfil do egresso de medicina em Cuba e toda a sua evolução curricular histórica trouxeram essa identidade bem delimitada durante os seis anos de curso, como observado pelas análises feitas por Aguilera (2015). Observa-se que no currículo atual têm-se as seguintes disciplinas no primeiro ano: Introdução MGI, Filosofia y Sociedad I, Promoção da Saúde, Filosofia e Sociedad II; no segundo ano: Prevenção da Saúde e Medicina Comunitária; no quinto ano: Medicina Geral Integral e Saúde Pública. Essa disposição de disciplinas mostra a presença do caráter de promoção da saúde e prevenção de doenças e a compreensão do indivíduo como parte integrante de um todo, considerando sua família, sua comunidade e o meio ambiente.

À luz destas considerações, as competências curriculares proporcionaram o *leitmotiv* para definir as categorias de análise que compuseram o estudo empírico desta tese. Com efeito, a utilização de dados provenientes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica permitiram sua comprovação.

### 3.3 O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

O surgimento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica encontra eco em ações que o Ministério da Saúde vem induzindo desde a década de 1990, com o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) como uma nova abordagem em Atenção Primária à Saúde (APS), conforme a *Revista Saúde em Debate*<sup>6</sup>, publicada pelo Centro Brasileiro de Estudos da Saúde.

Como revela em seu editorial, ao longo de mais de vinte anos de implantação, sua abrangência foi ampliada, passando a incorporar na normativa da Política Nacional de Atenção Básica os atributos de uma APS integral e assumida como estratégia prioritária para a reorientação do modelo assistencial no Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2011, o Ministério da Saúde propôs mudanças nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica. Como estratégia indutora de um processo de ampliação do acesso e qualificação das práticas de gestão, cuidado e participação na Atenção Básica, implementou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), Portaria de 1.654, de 19 de julho de 2011, após debate e pactuação entre as esferas de gestão do SUS municipais, estaduais e Ministério da Saúde, contando ainda para sua formulação com as contribuições do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) (SES-Mato Grosso, 2012).

O Ministério da Saúde definiu, em 2012, por meio do manual instrutivo “Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica”, que o principal objetivo do programa era

[...] induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde” (Manual Instrutivo, 2012, p. 07).

Entre seus objetivos específicos, destacam-se: I – Ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de

---

<sup>6</sup> Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde Volume 38, Número Especial Rio De Janeiro, Out 2014.

facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB; II – Fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB; III – Promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde; IV – Promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de autoavaliação, monitoramento e avaliação, apoio institucional e educação permanente nas três esferas de governo; V – Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos sistemas de informação como ferramenta de gestão da AB; VI – Institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; e VII – Estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários (Manual Instrutivo, 2012, p. 8).

O PMAQ foi organizado em quatro fases: a) adesão e contratualização de compromissos e indicadores firmados entre as equipes de saúde e os gestores municipais e Ministério da Saúde, mediante a pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social; b) desenvolvimento do conjunto de ações empreendidas pelas equipes de Atenção à Saúde, gestões municipais e estaduais e Ministério da Saúde; c) avaliação externa, com base nos compromissos e indicadores firmados entre as equipes, gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde; e d) recontratualização, que ocorre após a certificação, com base na avaliação de desempenho de cada equipe, completando o ciclo de qualidade previsto pelo programa.

A partir desse levantamento, notadamente na terceira fase (avaliação externa), com base nos dados originários do segundo ciclo de avaliação, o estudo foi desenvolvido, em que um conjunto de marcadores foi pesquisado nas Unidades Básicas de Saúde, para examinar as condições de acesso e de qualidade dos municípios e das equipes da Atenção Básica. A escolha por este ciclo se justifica em razão do acesso aos dados completos e por já contar com médicos dos primeiros ciclos do PMM (o primeiro ciclo data de agosto-setembro de 2013; o segundo, de outubro de 2013; o terceiro, de janeiro-fevereiro de 2014; o quarto, de março-abril de 2014; e o quinto, de abril-maio-junho de 2014, visto que os dados do segundo ciclo foram coletados entre o segundo semestre de 2014 e o primeiro semestre de 2015).

Essa fase foi conduzida por instituições de ensino e/ou pesquisa contratadas pelo Ministério da Saúde para desenvolver os trabalhos de campo, mediante a aplicação de diferentes instrumentos avaliativos. Foi desenvolvida em duas dimensões: I – certificação de desempenho das equipes e gestões municipais participantes do PMAQ e avaliação do acesso e da qualidade das equipes participantes do PMAQ (conduzida por meio do monitoramento dos indicadores contratualizados e da verificação de um conjunto de padrões de qualidade no próprio local de atuação das equipes); e II – avaliação do acesso e da qualidade da Atenção Básica, que contemplou a avaliação da rede local de saúde por suas equipes e processos complementares de avaliação da satisfação do usuário e da utilização dos serviços.

O instrumento de avaliação externa do PMAQ está estruturado em três módulos, conforme detalhamento contido no anexo I. Este estudo tratou apenas os dados advindos do módulo II e do módulo III. No primeiro módulo, têm-se a Observação na Unidade Básica de Saúde, que têm por objetivo avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos das UBS. No segundo módulo, têm-se a entrevista com o profissional da equipe de AB e a verificação dos documentos na UBS, cujo objetivo é obter informações sobre o processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários. No terceiro módulo, tem-se a entrevista com o usuário na UBS, que tem por objetivo verificar a satisfação e a percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere a seu acesso e utilização. No quarto módulo, tem-se o módulo eletrônico, que tem por objetivo obter informações complementares dos módulos anteriores fornecidos pelos gestores no Sistema de Gestão da Atenção Básica (SGDAB) (MS, 2013).

Tendo-se compreendido tanto as disposições trazidas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, como a organização do banco de dados utilizados (advindo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica), pode-se tratar da formação das categorias de análise e dos procedimentos para análise das variáveis selecionadas.

### 3.4 CATEGORIAS DO ESTUDO E ANÁLISE DOS DADOS

#### **3.4.1 Definição das categorias, competências e variáveis de análise**

A definição das categorias de análise contemplou duas vertentes: as competências endógenas ao médico (aquelas que ele pôde desenvolver durante sua formação); e as competências

exógenas ao médico (mediante a satisfação do usuário, como forma de medir a entrega sob o ponto de vista de quem é objeto final desta cadeia de serviços feita pela Atenção Básica), conforme mostra o Esquema 3.

Para trabalhar as competências endógenas, partiu-se das áreas de formação de conhecimentos, habilidades e atitudes dispostas pela DCNs de Medicina, quais sejam: Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde. O processo de definição das doze competências endógenas e sua distribuição nestas três categorias acima referidas se deu pela análise de todos os conhecimentos, habilidades e atitudes descritos pelas DCNs, reunindo-se os fatores mais importantes nestas doze competências.

As competências endógenas ficaram organizadas da seguinte forma – I. Categoria Atenção à Saúde conta com seis competências-chaves: Acompanhamento do Plano Terapêutico, Inclusão de Saberes Populares, Intervenção em Grupos para a Melhoria dos Indicadores de Saúde, Ações de Promoção e Educação em Saúde, Construção de Vínculo, Observância do Contexto Familiar; II. Categoria Gestão em Saúde conta com três competências-chave: Orientação para Resultados de Saúde, Estruturação Coletiva dos Processos de Trabalho, Foco no Usuário enquanto Agente de Ideação, III. Categoria Educação em Saúde conta com três competências-chave: Elaboração Coletiva do Conhecimento, Abertura à Transformação do Conhecimento e da Prática, e Formação para o Contexto de Atuação.

Para trabalhar as competências exógenas, partiu-se da compreensão de que a Atenção Básica apenas consegue se estruturar de forma adequada e atender as particularidades de cada região em que está inserida se toda a equipe da UBS, bem como usuários e comunidade, participarem ativamente da construção dos processos da UBS. Isso interfere e altera o trabalho médico, tomando-se pela imprescindibilidade de analisar a satisfação do usuário não só quanto ao médico, mas também quanto a equipe que atende na UBS.

As competências exógenas ficaram organizadas da seguinte forma: Categoria Satisfação do usuário conta com duas competências-chaves: Satisfação quanto ao Atendimento Médico e Satisfação quanto ao Atendimento da Equipe.

Como meio para analisar tais competências estabelecidas, têm-se as variáveis de análise advindas do instrumento de Avaliação Externa do PMAQ. Dos quatro módulos existentes neste instrumento, para este estudo foram considerados apenas os módulos II e III, porque é no

módulo II que estão as variáveis que tratam das entrevistas realizadas com as equipes de Atenção Básica e é no módulo III que estão as variáveis que tratam das entrevistas com os usuários, conforme mostra o Esquema 3. Todas as variáveis selecionadas para a análise apresentam correlação direta com o trabalho médico ou com situações do trabalho da equipe que envolvem de forma presente o médico, permitindo, assim, analisar as competências médicas não isoladas, mas integradas ao ambiente em que o médico precisa mobilizá-las. Todas as subdimensões, com suas respectivas variáveis e possibilidades de respostas que os entrevistados tiveram como opção, estão disponíveis nos anexos II e III.

As variáveis selecionadas no módulo II para compor este estudo procederam de oito subdimensões do instrumento do PMAQ: II.4 – Formação e Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica; II.7 – Educação Permanente do Processo de Qualificação das Ações Desenvolvidas; II.8 – Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho; II.13 – Organização da Agenda; II.14 – Atenção à Saúde; II.18 – Atenção ao Pré-Natal; II.26 – Promoção da Saúde; e II.29 – Participação, Controle Social, Satisfação e Canal de Comunicação com o Usuário.

Dentre as subdimensões do módulo II, as variáveis correspondentes selecionadas no instrumento para análise das competências foram:

II.4 Formação e Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica, variável selecionada: II.4.2 (referente aos processos de formação do médico quanto a Especialização, Residência, Mestrado e Doutorado).

II.7 Educação Permanente do Processo de Qualificação das Ações Desenvolvidas, variáveis selecionadas: II.7.1 (referente à participação da equipe nas ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal); II.7.11 (quanto à unidade receber estudantes, professores e pesquisadores e atividade de ensino, pesquisa e extensão); II.7.12 (quanto às atividades desenvolvidas por estes estudantes, professores e pesquisadores estarem articuladas com os processos de trabalho das equipes).

II.8 Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho, variáveis selecionadas: II.8.4 (quanto à equipe de Atenção Básica realizar o monitoramento e a análise dos indicadores e informações de saúde); II.8.12 (quanto à equipe realizar reuniões).

II.13 Organização da Agenda, variável selecionada: II.13.5 (quanto à existência de reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação).

II.14 Atenção à Saúde, variável selecionada: II.14.8 (quanto à existência de articulação entre o trabalho da equipe de saúde perante cuidadores tradicionais, como, parteiras, benzedadeiras, remedieiras, pajés e rezadeiras).

II.18 Atenção ao Pré-Natal, variável selecionadas: II.18.7\_1 (quanto às ações que a equipe realiza para garantir a consulta de puerpério até dez dias após o parto).

II.26 Promoção da Saúde, variável selecionada: II.26.1 (quanto às ações educativas e de promoção da saúde que a equipe oferta para grupos específicos).

II.29 Participação, Controle Social, Satisfação e Canal de Comunicação com o Usuário, variável selecionada: II.29.5 (quanto à equipe considerar a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho).

As variáveis selecionadas no módulo III para compor este estudo procederam de oito subdimensões do instrumento do PMAQ: III.9 – Vínculo, Responsabilização e Coordenação do Cuidado; e III.23 – Satisfação com o Cuidado.

Dessas subdimensões do módulo III, as variáveis correspondentes selecionadas no instrumento para análise das competências foram:

III.9 Vínculo, Responsabilização e Coordenação do Cuidado, variáveis selecionadas: III.9 (quanto ao tempo de consulta médica ser suficiente); III.9.1 (quanto ao usuário ser atendido sempre pelo mesmo médico); III.9.3 (quanto aos profissionais chamarem o usuário pelo nome); e III.9.6 (quanto aos profissionais da unidade terem o costume de perguntar pelos familiares dos usuários).

III.23 Satisfação com o Cuidado, variáveis selecionadas: III.23.2 (quanto à opção do usuário de mudar de equipe ou de unidade de saúde caso houvesse a possibilidade; III.23.4 (quanto ao usuário recomendar a unidade de saúde para outro amigo ou familiar); III.23.5 (quanto à avaliação do usuário sobre o cuidado que ele recebe da equipe de saúde); e III.23.7 (quanto à nota que o usuário atribui a sua satisfação com o cuidado que ele recebe do médico).

Como forma de sintetizar todo o desenho metodológico descrito acima, tem-se o Esquema 3 que se segue. Nele, é possível visualizar as competências estabelecidas para a análise endógena e para a análise exógena, bem como à qual categoria de análise cada competência pertence. É possível, também, observar quais subdimensões dos módulos II e III foram selecionadas, bem como suas respectivas variáveis de análises escolhidas (as variáveis encontram-se identificadas pelos números, mas já foram explicadas neste capítulo individualmente sobre qual tema tratam).

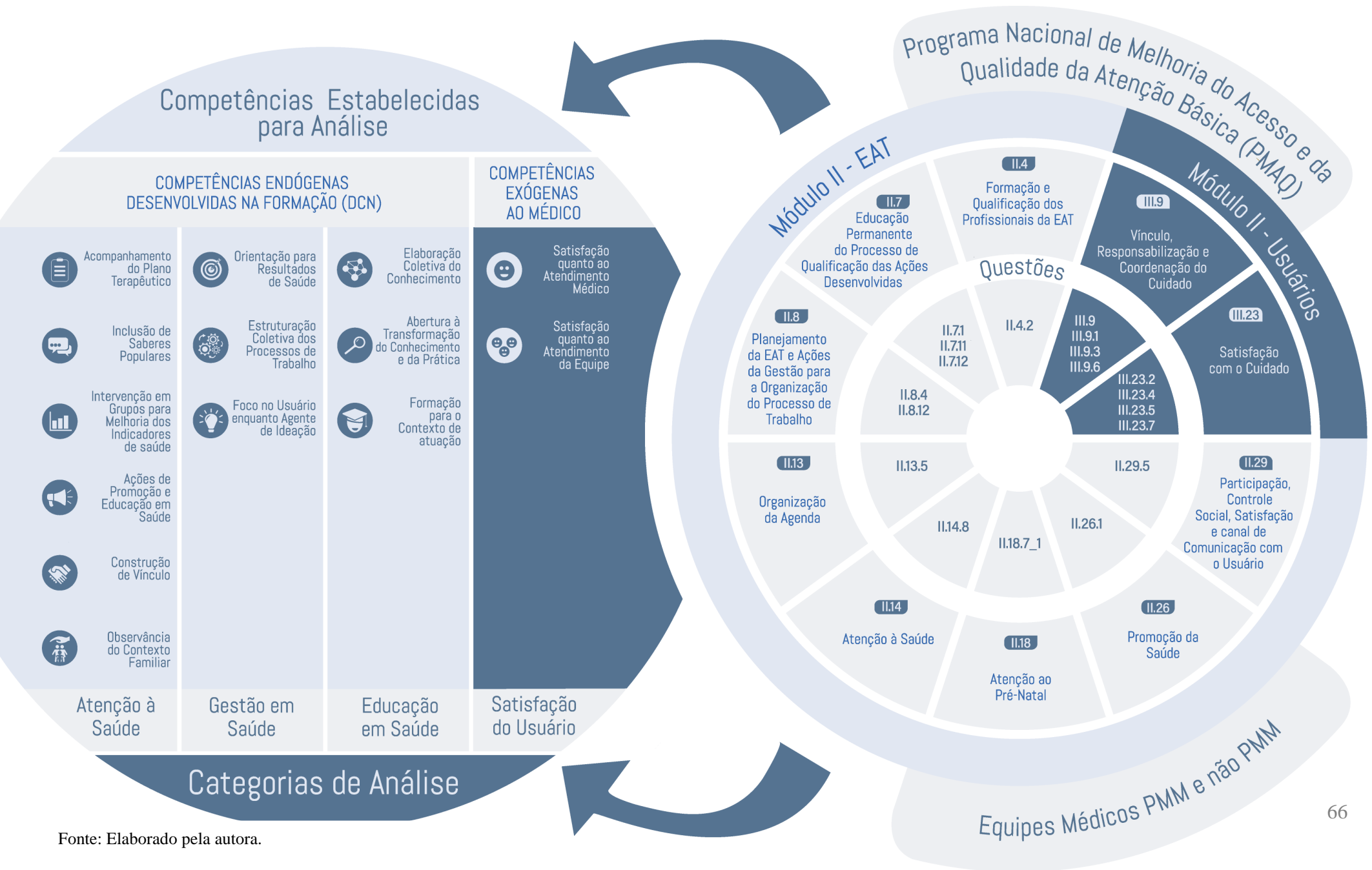
Faz-se necessário compreender que não há hoje um instrumento que seja aplicado aos médicos da Atenção Básica ou mesmo, à equipe de Atenção Básica que verse sobre competências diretamente. Assim, o que se buscou neste estudo foi, com base no instrumento do PMAQ, selecionar questões capazes de trazer respostas para a análise de cada competência estabelecida. Assim, busca-se, a seguir, explicar o conceito de cada competência estabelecida e a motivação na escolha das questões que compuseram a análise de cada uma delas.

### **3.4.2 Conceituação das competências estabelecidas e suas relações com as variáveis de análise**

A competência *Acompanhamento do Plano Terapêutico* trata de mobilizações referentes às proposições do médico para que haja aderência dos pacientes ao tratamento proposto. Para tanto, observou-se a questão do instrumento que versa sobre a existência de vaga na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação. Tal questão mostra a abertura do médico ao paciente, para que o tratamento transcorra de maneira integrada entre ambos, sendo a aderência ao tratamento fator de extrema relevância ao sistema de saúde, já que, muitas vezes, o usuário procura o sistema e recebe a indicação do tratamento, mas, por diversos motivos, não o conclui de forma satisfatória.

A competência *Inclusão de Saberes Populares* trata de mobilizações referentes à compreensão do médico quanto aos saberes tradicionais existentes na comunidade em que ele atua. Para além disso, procurou-se observar se, compreendendo que há a existência destes saberes, o médico faz mobilizações para que eles sejam incorporados aos processos propostos pela equipe de saúde. Para tanto, tratou-se a questão do instrumento que versa sobre a existência de articulação

**Esquema 3 – Desenho metodológico do estudo**



Fonte: Elaborado pela autora.

entre o trabalho da equipe de saúde perante cuidadores tradicionais, como, parteiras, benzedeiras, remedieiras, pajés e rezadeiras. Esta questão mostra se o médico tem mobilizações referentes à integração dos saberes da comunidade na prática diária da equipe. Ela apresenta correlação direta com a competência *Acompanhamento do Plano Terapêutico*, já que o conflito entre os saberes populares das comunidades e o saber científico faz com que os pacientes não tenham aderência ao tratamento proposto.

A competência *Intervenção em Grupos para Melhoria dos Indicadores de Saúde* trata de mobilizações referentes às intervenções feitas pelos médicos para o atendimento de grupos que interferem diretamente no resultado de saúde do município. No instrumento do PMAQ, há questões referentes aos grupos: atenção ao pré-natal, parto e puerpério, atenção à criança desde o nascimento até os dois anos de vida, atenção à pessoa com obesidade, atenção à pessoa com tuberculose, atenção ao usuário em sofrimento psíquico, e atenção à pessoa com deficiência. Já que tratar todos tornaria o estudo muito extenso, optou-se por analisar uma questão referente ao grupo “atenção ao pré-natal, parto e puerpério”, porque na questão escolhida foi possível observar diversas possibilidades de mobilizações da competência em questão. Para tanto, tratou-se a questão do instrumento que versa sobre que ações a equipe realiza para garantir a consulta de puerpério até dez dias após o parto. Esta questão possibilitou analisar diversas ações, como, visita do agente comunitário de saúde para captação da mulher, visita domiciliar de outros membros da equipe, consulta em horário especial em qualquer dia da semana, outras ações ou se não realiza nenhuma destas ações. Esta questão, dispondo dessas opções, possibilitou analisar não só as intervenções do médico de forma isolada, como a consulta em horário especial, mas também as intervenções da equipe, sempre compreendendo que a competência médica, necessariamente, na Atenção Básica está intrinsicamente ligada à equipe. Ou seja, esta questão fornece à competência em análise subsídios da compreensão do médico sobre a importância do atendimento a estes grupos e, para além, da compreensão que intervenções ele, junto com a equipe busca realizar para melhorar estes indicadores.

A competência *Ações de Promoção e Educação em Saúde* trata de mobilizações referentes à variedade de ações que o médico realiza para fomentar promoção e educação em saúde na localidade em que atua. Para tanto, tratou-se a questão do instrumento que versa sobre a oferta de ações educativas e de promoção da saúde feitas pela equipe abordando temas específico a: mulheres; planejamento familiar; gestantes e puérperas; homens; idosos; alimentação saudável; realização de estratégias educativas relacionadas à saúde sexual e à saúde reprodutiva; questões

referentes ao sofrimento psíquico ou de promoção da saúde mental do município; atividades em grupo com o objetivo de apoio ao autocuidado de doenças crônicas; grupos com o enfoque na orientação sobre doenças transmissíveis; o uso, abuso e dependências decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; o uso, abuso e dependência de ansiolíticos e benzodiazepínicos; outras ações; ou se não realiza atividade de promoção à saúde. Esta questão, por trazer ampla diversidade de ações, com os mais variados enfoques, e por ser recorrente para a grande maioria dos municípios, mostrou em seus resultados se há o cuidado do médico na percepção das necessidades de promoção e educação sobre saúde dessa comunidade, na tradução dessa percepção nas ações concretas que a equipe oferta. Ou seja, na entrega desta competência para a população atendida. Esta competência é de grande relevância, por trazer todo o fundamento da prevenção, mediante o envolvimento da população, de forma que ela se torne multiplicadora dos conhecimentos adquiridos e da parceira da equipe na disseminação dessas informações que se revertem diretamente na saúde da população.

A competência *Construção de Vínculo* trata de mobilizações referentes ao estabelecimento de laços de confiança entre o médico e o paciente. Foi inserida por dois motivos principais: a relação de confiança é elemento fundamental para o indivíduo procurar o atendimento médico e, para além disso, aceitar e ter aderência ao tratamento; e muito se questionou na literatura e na mídia, quando do início do PMM, se haveria a identificação entre a população e os médicos estrangeiros, por conta das barreiras culturais ou pela própria língua, e, se havendo essas barreiras, isso prejudicaria o atendimento e a aderência dos paciente ao tratamento. Para tanto, tratou duas questões do instrumento: a primeira, se o usuário é atendido sempre pelo mesmo médico na unidade de saúde; e, segunda, se os profissionais da unidade chamam o usuário pelo nome. Estas questões fornecem subsídios para a compreensão de quais laços de atenção e proximidade entre as equipes e a comunidade estão sendo estabelecidas. Ou seja, se há mobilizações desta competência para a entrega desejada de construção de uma atenção em que o indivíduo, com suas histórias e construções, é a base fundamental.

A competência *Observância do Contexto Familiar* trata de mobilizações referentes à compreensão do médico de que o indivíduo é parte de uma unidade familiar que interfere diretamente em sua saúde, hábitos, condições de vida, relações entre os membros desta família e poder aquisitivo dos membros. Ou seja, o ambiente familiar e suas relações são parte fundamental da saúde deste indivíduo. Assim, precisam ser conhecidos e investigados para um tratamento adequado. Para tanto, tratou-se a questão do instrumento que versa sobre os

profissionais da unidade terem o costume de perguntar ao indivíduo sobre seus familiares. Esta questão foi capaz de trazer subsídios sobre a entrega esta competência pela equipe, já que, se não há este hábito na equipe, se esta não é uma preocupação, isso denota a não compreensão por ela de que o indivíduo não é um ser isolado em seu cuidado com a saúde, o que interfere diretamente na forma como esse cuidado integral ou não está sendo ofertado ao usuário.

A competência *Orientação para Resultados de Saúde*, trata de mobilizações referentes à compreensão e à ação do médico sobre a importância do monitoramento dos indicadores e informações de saúde e, para além de monitorar, se é feita uma análise desses indicadores e dessas informações. Esta competência está diretamente relacionada à entrega da competência *Intervenção em Grupos para Melhoria dos Indicadores de Saúde*, já que, se não há o monitoramento e a análise dos indicadores, não há como as equipes tratarem os grupos que requerem mais atenção com intervenções que se façam necessárias. Assim, uma competência deve se mobilizada sempre em consonância com a mobilização da outra. Para tanto, tratou-se a questão do instrumento que versa sobre a equipe realizar o monitoramento e a análise dos indicadores e informações de saúde, trazendo elementos diretos sobre a entrega da competência em análise.

A competência *Estruturação Coletiva dos Processos de Trabalho* trata de mobilizações referentes à compreensão de que os processos de trabalho da unidade de saúde precisam ser constantemente analisados e discutidos e que as ações da equipe só serão eficazes se houver planejamento sobre elas. Esta competência trata do entendimento do médico de que ele, enquanto parte do cuidado, precisa compreender todas as ações a quais o usuário é exposto e como isso se reflete dentro do consultório e, ainda mais, como isso se reflete no tratamento por ele prescrito. Para tanto, tratou-se a questão do instrumento que versa se a equipe realiza reunião. Esta questão fornece elementos para compreender não só a entrega desta competência, já que não há como tratar e realizar processos se não for em reuniões que aconteçam com toda a equipe e de forma regular, mas também oferece subsídio para a entrega de todas as demais competências, já que, por exemplo, não há como pensar em quais grupos requerem intervenções especiais, quais resultados de saúde são mais preocupantes, quais ações educativas se fazem necessárias, quais insatisfações do usuário podem ser revertidas. Ou seja, todas as demais competências sofrem influências diretas da entrega desta competência.

A competência *Foco no Usuário enquanto Agente de Ideação* trata de mobilizações referentes à compreensão do médico de que o usuário não é apenas fim, mas também meio do sistema de saúde, de que ele pode ser facilitador das ações, de que ele pode ser um canal diante das necessidades de saúde daquele município e de que ele também é um agente de transformação do sistema e se há essa compreensão sobre como o médico trata o usuário dentro do cotidiano da Unidade de Saúde. Para tanto, tratou-se a questão do instrumento que mostra se a equipe considera a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho. Esta questão mostra de forma concreta se há a compreensão de que o usuário é meio, se sua opinião é tratada com a devida importância, assim com a opinião dos demais membros da equipe. Ou seja, se o médico insere a ótica do usuário como eixo fundamental de análise quando se reorganiza e se qualifica os processos de trabalho.

A competência *Elaboração Coletiva do Conhecimento* trata de mobilizações referentes à compreensão de que o conhecimento, que é sempre modificado e embutido de novas formas de atuação no sistema de saúde, é não só algo a ser tratado pelo membros da equipe de forma isolada – ou seja, cada indivíduo buscando novas qualificações e requalificações –, mas também que o coletivo do conhecimento intrinsecamente relacionado as necessidades daquele município precisa ser estudada e apreendida de forma coletiva e sem unidirecionalidades. Para tanto, tratou-se a questão do instrumento que versa sobre a participação da equipe em ações de educação permanentes organizadas pela gestão municipal. Esta questão mostra a entrega da competência, na medida em que estas ações de educação tratam de demandas necessárias às localidades de maneira específica. Assim, permite observar se há a entrega da competência analisada.

A competência *Abertura à Transformação do Conhecimento e da Prática* trata de mobilizações referentes à compreensão de que assim como o usuário é parte ativa na gestão e transformação dos processos do sistema de saúde – como tratado na competência *Foco no Usuário como Agente de Ideação* –, também a comunidade acadêmica deve estar inserida no sistema como compartilhamento bilateral de informações e remodelações, a partir da busca científica de oferta de soluções para demandas da equipe. Para tanto, tratou-se de duas questões do instrumento que versam se a unidade recebe estudantes, professores e/ou pesquisadores em atividades de ensino, pesquisa e/ou extensão e, caso recebam, se as atividades desenvolvidas por eles estão articuladas com o processo de trabalho da equipe. Estas questões constituíram-se em elementos para compreender se há a articulação deste médico entre o saber acadêmico e a prática

empregada, já que esta é uma entrega que possibilitaria à equipe receber conhecimentos que atendam diretamente à necessidade daquela equipe especificamente, seja em processos de trabalho, seja em ações educativas, em análise de indicadores, seja em planejamento da unidade ou seja em construção de um atendimento adequado às necessidades daquela comunidade. Enfim, a entrega desta competência traz subsídio para a entrega de várias outras como é possível observar.

A competência *Formação para o Contexto de Atuação* trata de mobilizações referentes à compreensão de que a Atenção Básica requer um estudo de suas demandas específicas. Assim, para obter melhores resultados em saúde neste nível, é adequado que este médico tenha uma formação específica para ele. Para tanto, tratou-se as questões do instrumento que versam sobre quais processos de formação o médico possui, em níveis de especialização, residência, mestrado e doutorado em medicina de família e comunidade, saúde da família, saúde pública/coletiva e outras. Esta questão traz elementos não só para compreender a entrega ao que diretamente de propõe, que é ter ou não estes níveis de formação, mas pode trazer subsídios para a inferência de como o médico vê seu trabalho na Atenção Básica, se como passagem temporária para adquirir experiência, recursos financeiros e/ou outros ganhos que sejam interessantes por um determinado período de tempo ou se este médico vê a Atenção Básica como uma carreira que ele deseja construir, alicerçada em conhecimentos específicos sobre ela.

A competência *Satisfação quanto ao Atendimento Médico* trata de mobilizações referentes a todas as competências anteriores na percepção do usuário em uma medida de satisfação com a atenção que o médico dispensa ao usuário. Para tanto, tratou-se de duas questões: primeira, sobre o usuário achar que o tempo de consulta com o médico é suficiente – que tem relações indireta com todas as demais competências, mas relação direta com outras, como, *Construção de Vínculo*, *Observância do Contexto Familiar* e *Acompanhamento do Plano Terapêutico* –; e segunda, sobre a nota que o usuário atribui à satisfação com o cuidado recebido pelo médico. Estas questões refletem a entrega de todas as demais competências na medida de percepção do agente fim do sistema.

A competência *Satisfação quanto ao Atendimento da Equipe* trata de mobilizações referentes à entrega da equipe de forma global, o que, de forma indireta, reflete a unidade do cuidado entre os membros da equipe e, conseqüentemente, do médico, de forma a trazer subsídios se aquela unidade consegue inserir em seu contexto de atuação todos os agentes analisados, como agentes

dos saberes populares, usuários, membros da equipe e comunidade acadêmica, e se nesta unidade no atendimento as demandas específicas daquela comunidade são percebidas pelo usuário. Para tanto, trata de três questões do instrumento: se o usuário mudaria de equipe e/ou unidade de saúde se tivesse essa opção; se ele recomendaria a unidade de saúde para amigos e familiares; e como ele percebe o cuidado que recebe da equipe de saúde. Estas questões trazem subsídios para as inferências de mobilização não só desta competência de maneira isolada, mas também se as mobilizações das demais competências são compreendidas como entrega por este usuário.

### **3.4.3 Procedimentos utilizados para a análise dos dados**

Na análise dessas variáveis disponíveis no banco de dados do PMAQ, utilizou-se referente ao módulo II, do universo disponível de 29.778 Equipes de Atenção Básica no Brasil que aderiram ao PMAQ do segundo ciclo, com uma amostra de 27.086 Equipes de Atenção Básica no Brasil; e referente ao módulo II, do universo disponível de 65.535 usuários, uma amostra de 58.875. Este recorte foi possível pela possibilidade de identificar quais equipes contavam com médicos que pertenciam ao Programa Mais Médicos do Brasil e quais equipes não contavam com médicos que pertenciam ao Programa Mais Médicos. Para que isso fosse possível, utilizou-se a identificação das equipes com base no Identificador Nacional de Equipe (INE). Dessa forma, todas as variáveis selecionadas foram analisadas para as equipes que possuem médicos do Programa Mais Médicos e para as equipes que não possuem médicos do Programa Mais Médicos.

Para a análise dos dados, realizou-se, por meio do SPSS, o teste do Qui-Quadrado ( $X^2$ ) para todas as variáveis. Para as variáveis que apresentaram uma escala likert com possibilidade de encontrar a média das respostas, utilizou-se o teste t.

## **3.5 SÍNTESE METODOLÓGICA**

O Quadro 3 sistematiza o percurso metodológico da tese.

**Quadro 3 – Síntese do percurso metodológico**

<b>Item</b>	<b>Opção deste estudo</b>
Quanto à natureza da pesquisa	Pesquisa Aplicada
Quanto à forma de abordagem do problema	Quantitativa
Quanto aos fins da pesquisa	Descritiva
Quanto aos procedimentos técnicos	Pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e survey
Unidade de análise	Equipes de Atenção Básica que possuem médicos do PMM e Equipes de Atenção Básica que não possuem médicos do PMM
Universo	Módulo II: 29.778 equipes/Módulo III: 65.535 usuários
Amostra	Módulo II: 27.086 equipes/Módulo III: 58.875 usuários
Coleta de dados	Dados secundários do Instrumento de Coleta de Avaliação Externa do PMAQ
Testes realizados	Qui-quadrado e Teste t
Categorias de análise	Atenção à Saúde; Gestão em Saúde; Educação em Saúde, Satisfação do Usuário
Competências analisadas	Acompanhamento do Plano Terapêutico; Inclusão de Saberes Populares; Intervenção em Grupos para a Melhoria dos Indicadores de Saúde; Ações de Promoção e Educação em Saúde; Construção de Vínculo; Observância do Contexto Familiar; Orientação para Resultados de Saúde; Estruturação Coletiva dos Processos de Trabalho; Foco no Usuário enquanto Agente de Ideação; Elaboração Coletiva do Conhecimento; Abertura à Transformação do Conhecimento e da Prática; Formação para o Contexto de Atuação; Satisfação quanto ao Atendimento Médico; Satisfação quanto ao Atendimento da Equipe.
Variáveis utilizadas para a análise das competências definidas	II.4.2; II.7.1; II.7.11; II.7.12; II.8.4; II.8.12; II.13.5; II.14.8; II.18.7_1; II.26.1; II.29.5; III.9; III.9.1; III.9.3; III.9.6; III.23.2; III.23.4; III.23.5; III.23.7

Fonte: Elaborado pela autora.

## 4 ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, apresentam-se as análises de dados e, posteriormente, procede-se a sua discussão. A divisão do capítulo foi feita correspondendo às categorias de análise, quais sejam: *Atenção à Saúde*, *Gestão em Saúde*, *Educação em Saúde* e *Satisfação do Usuário*. Elas são referência para as competências conforme os conhecimentos, as habilidades e as atitudes estipuladas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, trazendo em si como possibilidade de análise a entrega ou, não na prática profissional, das competências desenvolvidas durante a graduação em medicina. A categoria *Satisfação com o Usuário* objetiva compreender, enquanto medida exógena de análise das competências médicas, se na perspectiva do usuário houve ou não a entrega das competências previstas.

Todas as competências dos dois grupos – equipes que possuem médicos do PMM e equipes que não possuem médicos do PMM – foram analisadas em dois níveis quanto ao seu resultado: em nível Brasil; e em nível de regiões do Brasil. Os resultados em nível Brasil estão expressos nos gráficos e os resultados em nível de regiões do Brasil, em figuras que demonstram o resultado das regiões que apresentaram diferença significativa nos testes. Os resultados que não apresentaram diferença significativa estão demonstrados em tabelas inseridas ao final das figuras, correspondentes a cada item analisado.

### 4.1 ATENÇÃO À SAÚDE

A categoria *Atenção à Saúde* foi analisada com base em seis competências: Acompanhamento do Plano Terapêutico, Inclusão de Saberes Populares, Intervenção em Grupos para Melhoria dos Indicadores de Saúde, Ações de Promoção e Educação em Saúde, Construção de Vínculos e Contexto Familiar. Trata-se de representações das habilidades descritas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, tendo como referência questões do instrumento de coleta de dados presentes nas dimensões constates no Módulo II (referente a entrevista com profissional da equipe de Atenção Básica) e no Módulo III (referente a entrevista na Unidade de Saúde com Usuário) do PMAQ. Do Módulo II do PMAQ, foram analisadas questões das dimensões: Organização da Agenda, Atenção à Saúde, Atenção ao Pré-Natal, Parto e Puerpério e Promoção da Saúde. Quanto ao Módulo III do PMAQ, foram analisadas questões advindas da dimensão Vínculo, Responsabilização e Coordenação do Cuidado do referido instrumento. As relações

entre as dimensões do instrumento às quais as questões de análise pertencem e as competências trabalhadas nesta seção podem ser observadas no Quadro 4.

**Quadro 4 – Categoria Atenção à Saúde: dimensões dos módulos do PMAQ versus competências analisadas**

Módulo do instrumento do PMAQ	Dimensão do instrumento do PMAQ	Questão do instrumento do PMAQ	Competências analisadas
Módulo II	Organização da Agenda	Existe reserva de vaga na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação?	Acompanhamento do Plano Terapêutico
	Atenção à Saúde	Existe articulação entre o trabalho da equipe de saúde junto à cuidadores tradicionais como parteiras, benzedeiras, remedeiras, pajés e rezadeiras?	Inclusão de Saberes Populares
	Atenção ao Pré-Natal, Parto e Puerpério	Que ações a equipe realiza para garantir a consulta de puerpério até 10 dias após o parto? Visita do agente de comunitário de saúde para captação da mulher; Visita domiciliar de outros membros da equipe; Consulta em horário especial em qualquer dia da semana; Outros (s); Nenhuma das anteriores.	Intervenção em Grupos para Melhoria dos Indicadores de Saúde
	Promoção da Saúde	A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para: Mulheres (câncer do colo do útero e de mama); Planejamento familiar; Gestantes e puérperas (aleitamento materno); Homens; Idosos; Alimentação saudável; Realiza estratégias educativas relacionadas à saúde sexual e à saúde reprodutiva; Questões referentes ao sofrimento psíquico ou de promoção de Saúde Mental no território; Atividades em grupos com o objetivo de apoio ao autocuidado para doenças crônicas; realiza grupos com enfoque de orientar sobre doenças transmissíveis (dengue, tuberculose, hanseníase, HIV, tracoma), conforme necessidades do território; O uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; o uso, abuso e dependência de ansiolíticos e benzodiazepínicos; Outros(s); Não realiza atividades de promoção à saúde.	Ações de Promoção e Educação em Saúde
Módulo III	Vínculo, Responsabilização e Coordenação do Cuidado	Nesta unidade de saúde o(a) senhor(a) é atendido(a) pelo mesmo médico? Os profissionais desta unidade lhe chamam pelo nome?	Construção de Vínculo
		Os profissionais desta unidade costumam perguntar por seus familiares?	Observância do Contexto Familiar

Fonte: Elaborado pela autora.

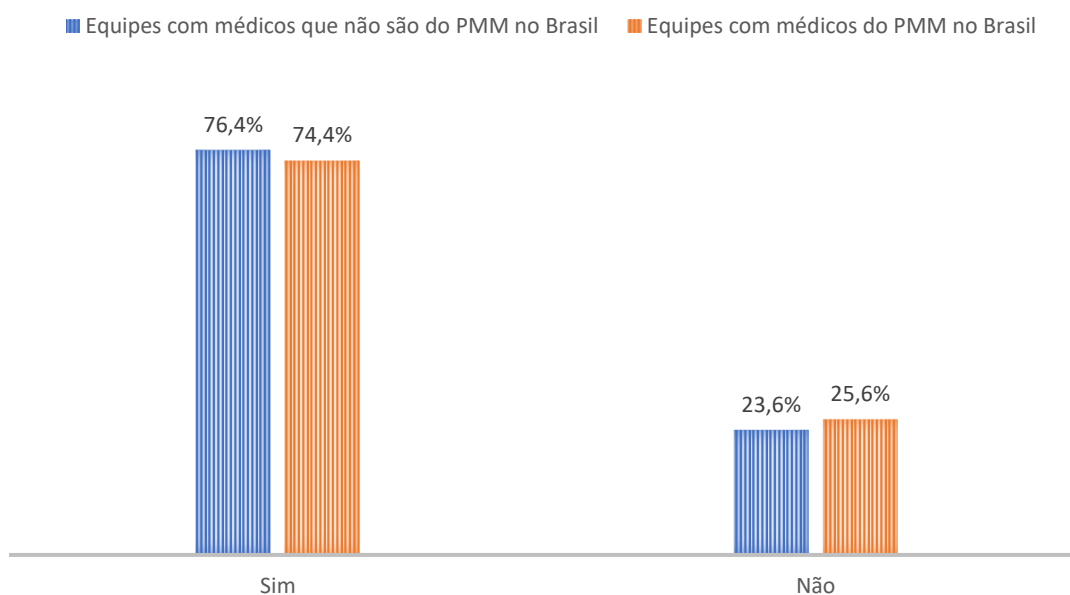
Estabelecem-se abaixo as análises dos dados de cada uma das competências isoladamente, tratando os dados advindos de cada uma das questões do instrumento referentes a ela, sempre na segmentação em nível Brasil e, posteriormente, em nível de regiões do Brasil.

#### 4.1.1 Acompanhamento do Plano Terapêutico

Para a competência *Acompanhamento do Plano Terapêutico*, analisou-se a questão do módulo II do PMAQ, que discorre sobre: “Existe reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação?”. As possibilidades de resposta foram: “Sim” e “Não”.

Na análise da competência *Acompanhamento do Plano Terapêutico em nível Brasil*, no que tange à “existência de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação”, o resultado do teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=13,209$ ;  $p<0,001$ ), demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM têm maior disponibilidade de reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso para sanar dúvidas pós-consulta (76,4%), quando comparadas a equipes com médicos do PMM (74,4%), conforme mostra o Gráfico 1.

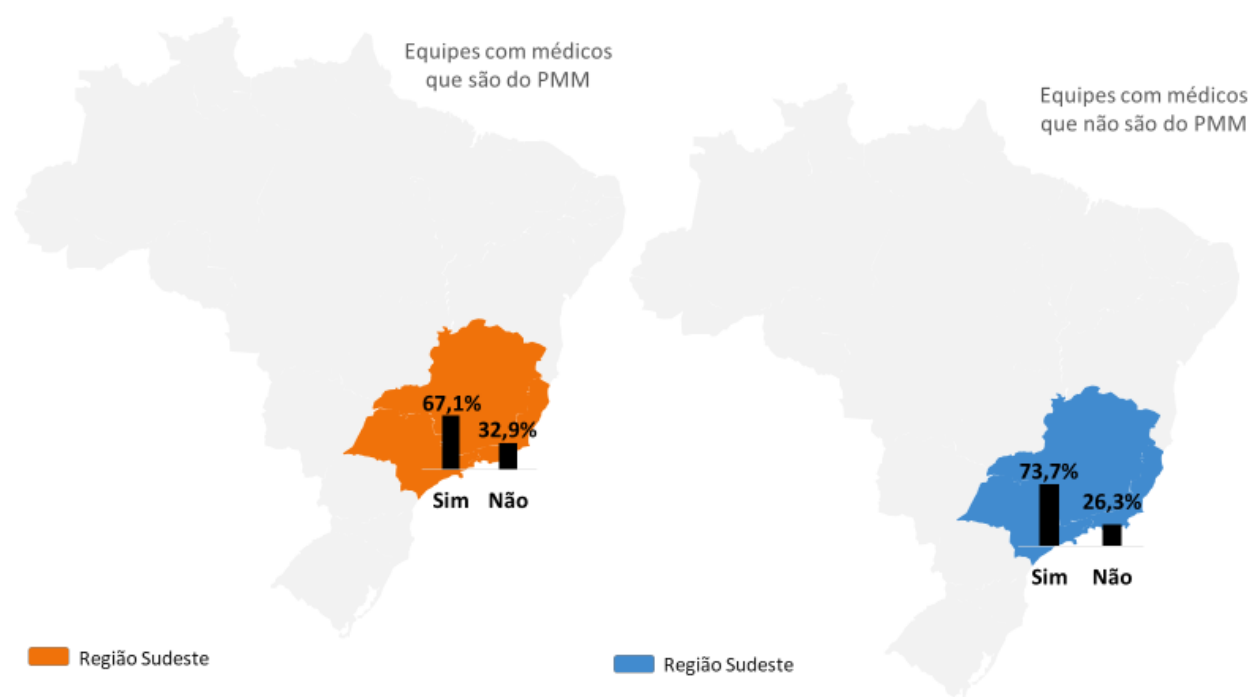
**Gráfico 1 – Análise da competência *Plano Terapêutico* – Brasil**



Fonte: Elaborado pela autora.

Na análise da competência *Acompanhamento do Plano Terapêutico em nível de regiões do Brasil*, no que tange à “existência de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação”, o resultado do teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=35,004$ ;  $p<0,001$ ) para a região Sudeste, conforme mostra a Figura 1. Demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM têm maior disponibilidade de reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso para sanar dúvidas pós-consulta (73,7%) quando comparadas a equipes com médicos do PMM (67,1%).

**Figura 1 – Análise da competência *Plano Terapêutico* – por região do Brasil**



Regiões que não apresentaram diferença significativa no teste	Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sul	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Equipes com médicos que não são do PMM	61,9%	38,1%	72,7%	27,3%	57,3%	42,7%	66%	34%
Equipes com médicos do PMM	59,4%	40,6%	73,3%	26,7%	59,7%	40,3%	62,9%	37,1%
	$X^2=1,359$ ; $p=0,244$		$X^2=0,451$ ; $p=0,502$		$X^2=1,212$ ; $p=0,271$		$X^2=3,560$ ; $p=0,059$	

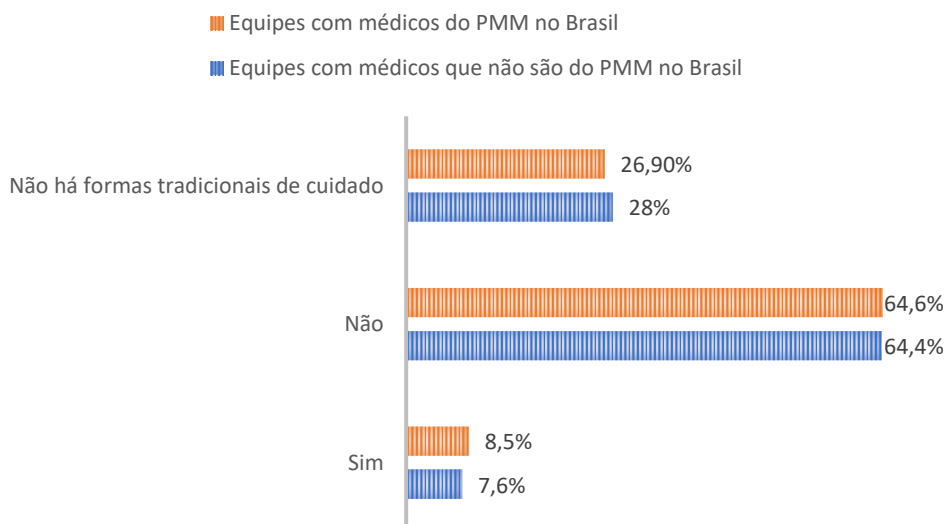
Fonte: Elaborada pela autora.

#### 4.1.2 Inclusão de Saberes Populares

Para a competência *Inclusão de Saberes Populares*, analisou-se a questão do módulo II do PMAQ, que discorre sobre “Existe articulação entre o trabalho da equipe de saúde junto à cuidadores tradicionais como parteiras, benzedeiras, remedieiras, pajés e rezadeiras?”. As possibilidades de resposta foram: “Sim”, “Não” e “Não há formas de saberes populares”.

Na análise da competência *Inclusão de Saberes Populares em nível Brasil*, no que tange à “existência de articulação entre o trabalho da equipe de saúde junto à cuidadores tradicionais como parteiras, benzedeiras, remedieiras, pajés e rezadeiras”, o resultado do teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=8,406$ ;  $p<0,05$ ) demonstrando que as equipes que possuem médicos do PMM apresentam maior articulação perante cuidadores tradicionais (8,5%) quando comparadas a equipes com médicos que não são do PMM (7,6 %), conforme mostra o Gráfico 2.

**Gráfico 2 – Análise da competência *Inclusão de Saberes Populares* – Brasil**

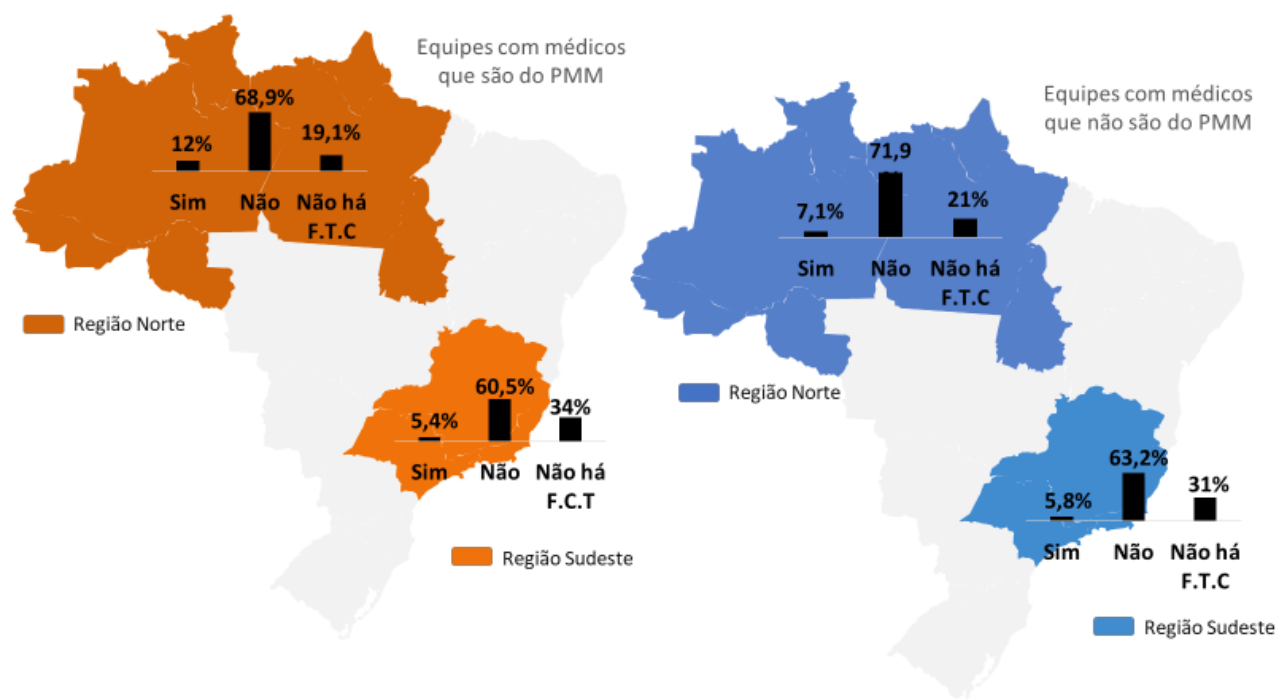


Fonte: Elaborado pela autora.

Na análise da competência *Inclusão de Saberes Populares em nível de regiões do Brasil*, no que tange à “existência de articulação entre o trabalho da equipe de saúde perante cuidadores tradicionais, como, parteiras, benzedeiras, remedieiras, pajés e rezadeiras”, o resultado do teste

Chi-Quadrado apresentou diferença significativa para as regiões Norte ( $X^2=8,406$ ;  $p<0,05$ ) e Sudeste ( $X^2=8,406$ ;  $p<0,05$ ), conforme mostra a Figura 2. Demonstrando para a região Norte que as equipes que possuem médicos do PMM apresentam maior articulação perante cuidadores tradicionais (12%) quando comparadas a equipes com médicos que não são do PMM (7,1%). Já para a região Norte demonstra-se que as equipes que não possuem médicos do PMM apresentam maior articulação perante cuidadores tradicionais (5,8%) quando comparadas a equipes com médicos que são do PMM (5,4%).

**Figura 2 – Análise da competência *Inclusão de Saberes Populares* – por Região do Brasil**



	Regiões que não apresentaram diferença significativa no teste								
	Nordeste			Centro-Oeste			Sul		
	Sim	Não	Não há formas tradicionais de cuidado	Sim	Não	Não há formas tradicionais de cuidado	Sim	Não	Não há formas tradicionais de cuidado
Equipes com médicos que não são do PMM	10,2%	61,9%	27,9%	4,9%	71,2%	23,9%	7,8%	66,7%	25,5%
Equipes com médicos do PMM	10,5%	63%	26,5%	4,3%	69,4%	26,3%	7,4%	69,9%	22,6%
	$X^2=2,156$ ; $p=0,340$			$X^2=1,648$ ; $p=0,439$			$X^2=4,473$ ; $p=0,107$		

Fonte: Elaborado pela autora.

Já para a análise das regiões Nordeste, Centro-Oeste e Sul, o resultado do teste Chi-Quadrado não apresentou diferença significativa quando da observância desta competência – *Inclusão de Saberes Populares a nível de Regiões do Brasil* – no que tange à “existência de articulação entre o trabalho da equipe de saúde perante cuidadores tradicionais, como, parteiras, benzedeiras, remedieiras, pajés e rezadeiras”, conforme mostra a Figura 2.

#### **4.1.3 Intervenção em Grupos para Melhoria dos Indicadores de Saúde**

Para a competência *Intervenção em Grupos para Melhoria dos Indicadores de Saúde*, analisou-se a questão do módulo II do PMAQ que discorre sobre “Que ações a equipe realiza para garantir a consulta de puerpério até dez dias após o parto?”, com os seguintes marcadores: “Visita do agente comunitário de saúde”, “Visita domiciliar de outros membros da equipe”, “Consulta em horário especial em qualquer dia da semana”, “Outros”, “Nenhuma das Anteriores”. As possibilidades de resposta foram: “Sim”, “Não” e “Não se aplica”, sendo esta última não considerada para a análise, para cada um dos itens.

Na análise da competência *Intervenção em Grupos para Melhoria dos Indicadores de Saúde em nível Brasil*, no que tange às “ações que a equipe realiza para garantir a consulta de puerpério até dez dias após o parto”, o resultado do teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa para: “visita domiciliar de outros membros da equipe”, “consulta em horário especial em qualquer dia da semana” e “outras ações” que a equipe realiza. Não apresentou diferença significativa para “visita do agente comunitário de saúde para captação da mulher” e para “nenhuma das respostas anteriores”, conforme mostra o Gráfico 3.

Para “visita do agente comunitário de saúde para captação da mulher”, o teste Chi-Quadrado não apresentou diferença significativa ( $X^2=3,747$ ;  $p=0,053$ ), observando-se resultados de realização de visitas das equipes que não possuem médicos do PMM de 92,7% e de realização de visitas de equipes com médicos que são do PMM de 92%, bem como resultados de não realização de visitas das equipes que não possuem médicos do PMM de 7,3% e de não realização de visitas de equipes com médicos que são do PMM de 8%.

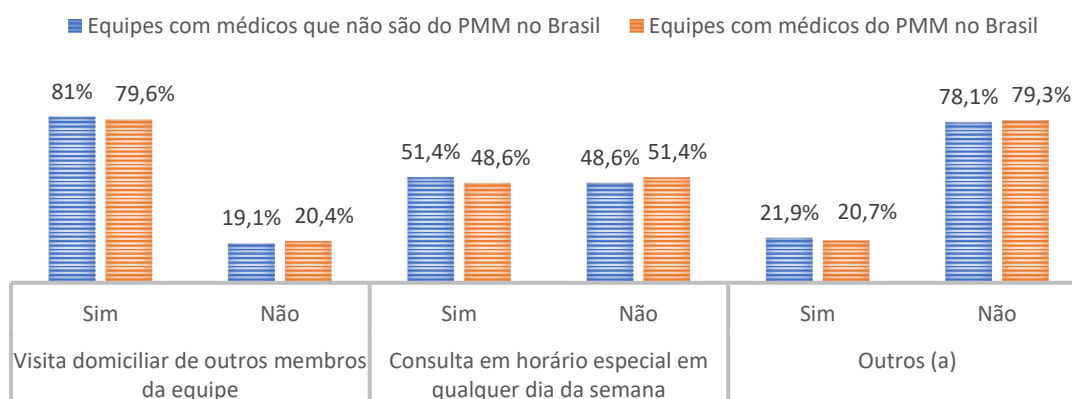
Para a “visita domiciliar de outros membros da equipe”, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=5,865$ ;  $p<0,05$ ), demonstrando que as equipes que não possuem

médicos do PMM realizam mais visitas domiciliares por parte de outros membros da equipe (81%) quando comparadas a equipes com médicos que são do PMM (79,6%).

Para “realização de consulta em horário especial em qualquer dia da semana”, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=16,761$ ;  $p<0,001$ ) demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM realizam mais consultas em horário especial em qualquer dia da semana (51,4%) quando comparadas a equipes com médicos que são do PMM (48,6%).

Para “outras ações” que a equipe realiza para garantir a consulta de puerpério até dez dias após o parto, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=4,508$ ;  $p<0,05$ ) demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM realizam mais outras ações (21,9%) quando comparadas a equipes com médicos que são do PMM (20,7%).

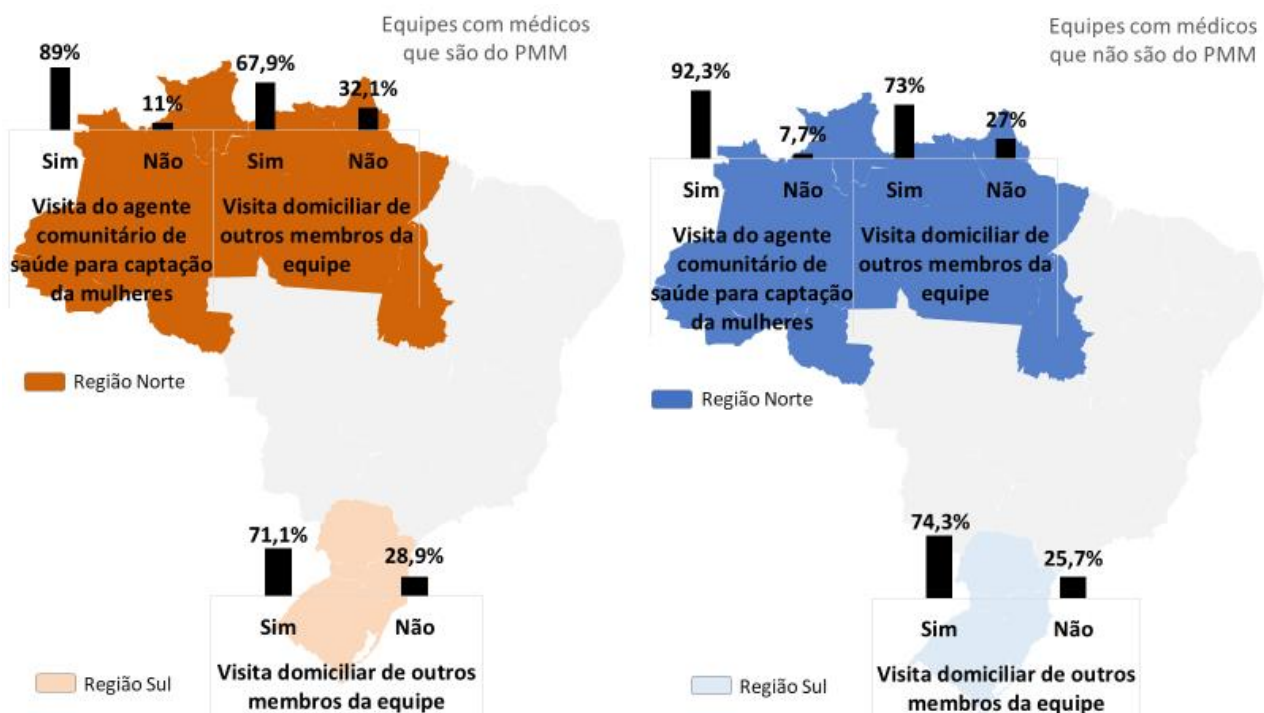
**Gráfico 3 – Análise da competência *Intervenção em Grupos para Melhoria dos Indicadores de Saúde – Brasil***



Fonte: Elaborado pela autora.

Na análise da competência *Intervenção em Grupos para Melhoria dos Indicadores de Saúde em nível de regiões do Brasil*, no que tange às “ações que a equipe realiza para garantir a consulta de puerpério até dez dias após o parto”, o resultado do teste Chi-quadrado, apresentou diferença significativa para: “visita do agente comunitário de saúde para captação da mulher”; “visita domiciliar de outros membros da equipe”; “consulta em horário especial em qualquer dia da semana”; e “outras ações”. O teste não apresentou diferença significativa para a opção “nenhuma das anteriores”.

**Figura 3.1 – Análise da competência *Intervenção em Grupos para Melhoria dos Indicadores de Saúde* (quanto às visitas) – por Região do Brasil**



Regiões que não apresentaram diferença significativa no teste:  
Quanto a visita domiciliar de outros membros da equipe

	Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Equipes com médicos que não são do PMM	86,4%	13,6%	69,7%	30,3%	81,9%	18,1%
Equipes com médicos do PMM	85,1%	14,9%	69,7%	30,3%	83,5%	16,5%
	$X^2 = 3,067; p=0,080$		$X^2 = 0,001; p=0,981$		$X^2 = 2,362; p=0,124$	

Regiões que não apresentaram diferença significativa no teste:  
quanto a visita do agente comunitário de saúde para captação da mulher

	Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Equipes com médicos que não são do PMM	93,5%	6,5%	89,1%	10,9%	93%	7%	91,9%	8,1%
Equipes com médicos do PMM	92,6%	7,4%	89,5%	10,5%	93,8%	6,2%	91%	9%
	$X^2 = 2,660; p=0,103$		$X^2 = 0,069; p=0,793$		$X^2 = 1,317; p=0,251$		$X^2 = 0,859; p=0,354$	

Fonte: Elaborada pela autora.

Para a ação de “visita do agente comunitário de saúde para captação da mulher”, conforme a Figura 3.1, o resultado do teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa apenas para a região Norte ( $X^2=5,840; p<0,05$ ), observando-se resultados de realização de visitas das equipes

que não possuem médicos do PMM de 92,3% e de realização de visitas de equipes com médicos que são do PMM de 89%; bem como resultados de não realização de visitas das equipes que não possuem médicos do PMM de 7,7% e de não realização de visitas de equipes com médicos que são do PMM de 11%.

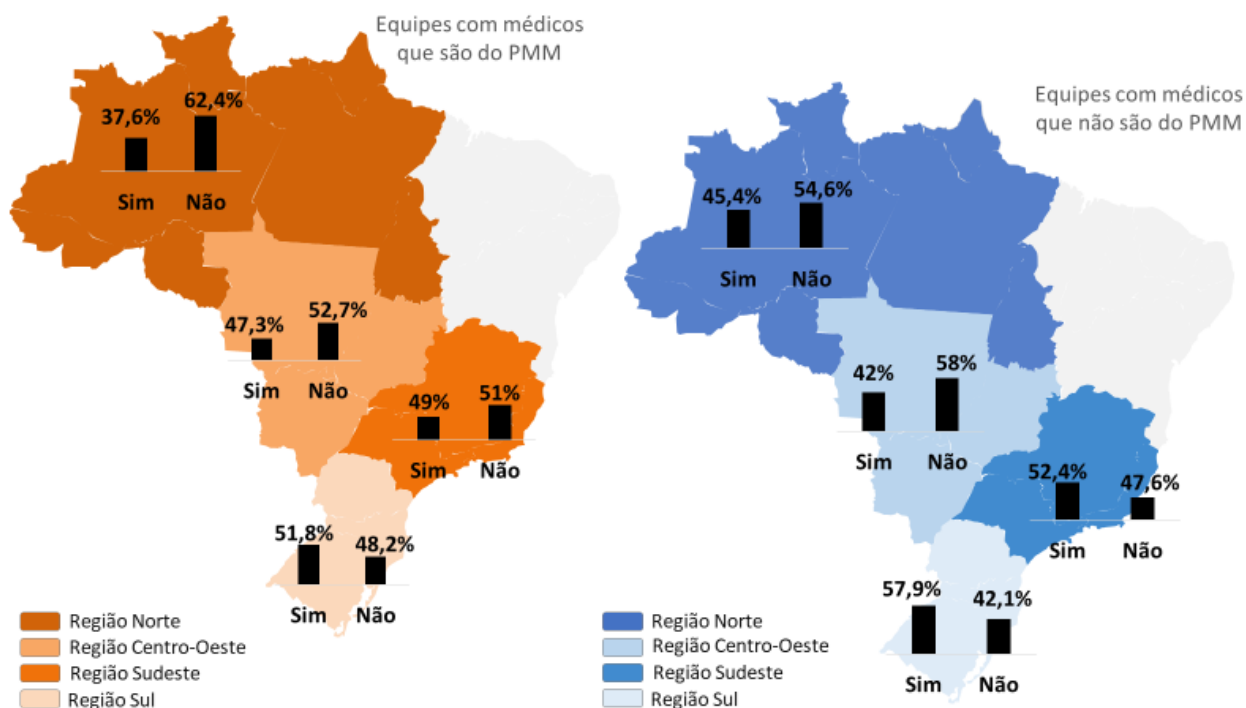
Para “visita domiciliar de outros membros da equipe”, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa para a região Norte ( $X^2=5,407$ ;  $p<0,05$ ) e para a região Sul ( $X^2 = 4,015$ ;  $p<0,05$ ). Demonstrando para a região Norte que as equipes que não possuem médicos do PMM realizam mais visitas domiciliares por parte de outros membros da equipe (73%) quando comparada a equipes com médicos que são do PMM (67,9%); e para a região Sul que as equipes que não possuem médicos do PMM realizam mais visitas domiciliares por parte de outros membros da equipe (74,3%) quando comparadas a equipes com médicos que são do PMM (71,1%), conforme a Figura 3.1.

Para “outras ações”, o resultado do teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa apenas para a região Sudeste ( $X^2 =13,989$ ;  $p<0,001$ ), demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM realizam mais outras ações (23,4%) quando comparada a equipes com médicos que são do PMM (19,2%). Quanto ao resultado para não realização de outras ações, as equipes que não possuem médicos do PMM apresentam o percentual de 76,6% e as equipes que possuem médicos do PMM apresentam o percentual de 80,8%. Os resultados para as regiões que não apresentaram diferença significativa estão descritos conforme a Figura 3.2.

Para a ação “consulta em horário especial em qualquer dia da semana”, conforme mostra a Figura 3.2, o resultado do teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa para as regiões Norte ( $X^2=11,238$ ;  $p<0,05$ ), Centro-Oeste ( $X^2=4,983$ ;  $p<0,05$ ), Sudeste ( $X^2 =6,341$ ;  $p<0,05$ ) e Sul ( $X^2=11,885$ ;  $p<0,05$ ). Demonstrando que: para a região Norte as equipes que não possuem médicos do PMM realizam mais consultas em horário especial em qualquer dia da semana (45,4%) quando comparada a equipes com médicos que são do PMM (37,6 %); para a região Centro-Oeste, as equipes que não possuem médicos do PMM realizam menos consultas em horário especial em qualquer dia da semana (42%) quando comparadas a equipes com médicos que são do PMM (47,3 %); para a região Sudeste, as equipes que não possuem médicos do PMM realizam mais consultas em horário especial em qualquer dia da semana (52,4%) quando comparadas a equipes com médicos que são do PMM (49%); e para a região Sul, as equipes

que não possuem médicos do PMM realizam mais consultas em horário especial em qualquer dia da semana (57,9%) quando comparada a equipes com médicos que são do PMM (51,8 %).

**Figura 3.2 – Análise da competência *Intervenção em Grupos para Melhoria dos Indicadores de Saúde* (quanto às consultas em horários especiais) – por Região do Brasil**



Regiões que não apresentaram diferença significativa no teste:

	Consulta em horário especial em qualquer dia da semana		Outras Ações							
	Nordeste		Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sul	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Equipes com médicos que não são do PMM	50,6%	49,4%	17,4%	82,6%	16,9%	83,1%	27%	73%	29,6%	70,4%
Equipes com médicos do PMM	50,3%	49,7%	20,5%	79,5%	17,7%	82,3%	25,5%	74,5%	29,8%	70,2%
	$\chi^2=0,081$ ; $p=0,775$		$\chi^2=2,790$ ; $p=0,095$		$\chi^2=1,102$ ; $p=0,294$		$\chi^2=0,531$ ; $p=0,466$		$\chi^2=0,017$ ; $p=0,896$	

Fonte: Elaborada pela autora.

As equipes que possuem médicos do PMM são mais propositivas para as consultas em horários especiais para atender a essa demanda na região Sul, seguida pela região Sudeste. Para as equipes que possuem médicos do PMM, tem-se a mesma correlação de estados e resultados,

com prevalência dos resultados das equipes alocadas na região Sul, seguidas das equipes alocadas na região Sudeste.

#### **4.1.4 Ações de Promoção e Educação em Saúde**

Para a competência *Ações de Promoção e Educação em Saúde*, analisou-se a questão do módulo II do PMAQ que discorre sobre: “A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para”: “Mulheres (câncer do colo do útero e de mama); “Planejamento familiar”; “Gestantes e puérperas (aleitamento materno)”; “Homens”; “Idosos”; “Alimentação saudável”; “Realiza estratégias educativas relacionadas à saúde sexual e à saúde reprodutiva”; “Questões referentes ao sofrimento psíquico ou de promoção de saúde mental no território”; “Atividades em grupos com o objetivo de apoio ao autocuidado para doenças crônicas”; “Realiza grupos com enfoques de orientar sobre doenças transmissíveis (dengue, tuberculose, hanseníase, HIV, tracoma), conforme necessidade do território”; “O uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”; “O uso, abuso e dependência de ansiolíticos e benzodiazepínicos”; “Outros(s)”; e “Não realiza atividades de promoção à saúde”. As possibilidades de resposta foram: “Sim”, “Não” e “Não se aplica”, sendo esta última não considerada para a análise, para cada um dos itens.

Na análise da competência *Ações de Promoção e Educação em Saúde* em nível Brasil, no que tange à “oferta de ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para alguns grupos estabelecidos”, o resultado do teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa para os grupos: “homens”; “alimentação saudável”; “questões referentes ao sofrimento psíquico ou de promoção de saúde mental no território”; “atividades em grupos com o objetivo de apoio ao autocuidado para doenças crônicas”; “o uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”; “o uso, abuso e dependência de ansiolíticos e benzodiazepínicos”; e “outros grupos”; e não apresentou diferença significativa para os grupos: “mulheres (câncer do colo do útero e de mama)”; “planejamento familiar”; “gestantes e puérperas (aleitamento materno)”; “idosos”; “realiza estratégias educativas relacionadas à saúde sexual e à saúde reprodutiva”; “realiza grupos com enfoque de orientar sobre doenças transmissíveis (dengue, tuberculose, hanseníase, HIV, tracoma), conforme necessidade do território”; e “não realiza atividades de promoção à saúde”.

O Gráfico 4 mostra que para a oferta de ações educativas e de promoção da saúde direcionada para “homens”, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=10,653$ ;  $p<0,001$ ), demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM realizam mais destas ações (54,3%) quando comparada a equipes com médicos que são do PMM (52,1%). Para a oferta de ações educativas e de promoção da saúde direcionada para “alimentação saudável”, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=4,402$ ;  $p<0,05$ ), demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM realizam mais destas ações (73,5%) quando comparadas a equipes com médicos que são do PMM (72,3%). Para a oferta de ações educativas e de promoção da saúde direcionada para “questões referentes ao sofrimento psíquico ou de promoção de saúde mental no território”, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=30,884$ ;  $p<0,001$ ) demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM realizam mais destas ações (34,4%) quando comparadas a equipes com médicos que são do PMM (31%). Para a oferta de ações educativas e de promoção da saúde direcionada para “atividades em grupo com o objetivo de apoio ao autocuidado para doenças crônicas”, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=34,326$ ;  $p<0,001$ ), demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM realizam mais destas ações (72,5%) quando comparadas a equipes com médicos que são do PMM (69%).

O Gráfico 4 mostra ainda que para a oferta de ações educativas e de promoção da saúde direcionada para o “uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=21,356$ ;  $p<0,001$ ), demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM realizam mais destas ações (36,5%) quando comparadas a equipes com médicos que são do PMM (33,6%). Para a oferta de ações educativas e de promoção da saúde direcionada para “o uso, abuso e dependência de ansiolíticos e benzodiazepínicos”, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=23,552$ ;  $p<0,001$ ), demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM realizam mais destas ações (25,4%) quando comparadas a equipes com médicos que são do PMM (22,6%). Para a oferta de “outras” ações educativas e de promoção da saúde, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=11,408$ ;  $p<0,001$ ), demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM realizam mais outras ações (25,1%) quando comparadas a equipes com médicos que são do PMM (23,2%).

Para a oferta de ações educativas e de promoção da saúde direcionada para “mulheres (câncer do colo do útero e de mama)”, o teste Chi-Quadrado não apresentou diferença significativa

( $X^2=2,785$ ;  $p=0,095$ ), observando-se resultados de realização destas ações pelas equipes que não possuem médicos do PMM de 82% e de realização destas ações pelas equipes com médicos que são do PMM de 82,8%; bem como resultados de não realização destas ações pelas equipes que não possuem médicos do PMM de 18% e de não realização destas ações pelas equipes com médicos que são do PMM de 17,2%.

Para a oferta de ações educativas e de promoção da saúde direcionada para “planejamento familiar”, o teste Chi-Quadrado não apresentou diferença significativa ( $X^2=0,143$ ;  $p=0,705$ ), observando-se resultados de realização destas ações pelas equipes que não possuem médicos do PMM de 74,4% e de realização destas ações pelas equipes com médicos que são do PMM de 74,6%; bem como resultados de não realização destas ações pelas equipes que não possuem médicos do PMM de 25,6% e de não realização destas ações pelas equipes com médicos que são do PMM de 25,4%.

Para a oferta de ações educativas e de promoção da saúde direcionada para “gestantes e puérperas (aleitamento materno)”, o teste Chi-Quadrado não apresentou diferença significativa ( $X^2=0,102$ ;  $p=0,750$ ) observando-se resultados de realização destas ações pelas equipes que não possuem médicos do PMM de 85,5% e de realização destas ações pelas equipes com médicos que são do PMM de 85,3%; bem como resultados de não realização destas ações pelas equipes que não possuem médicos do PMM de 14,5% e de não realização destas ações pelas equipes com médicos que são do PMM de 14,7%.

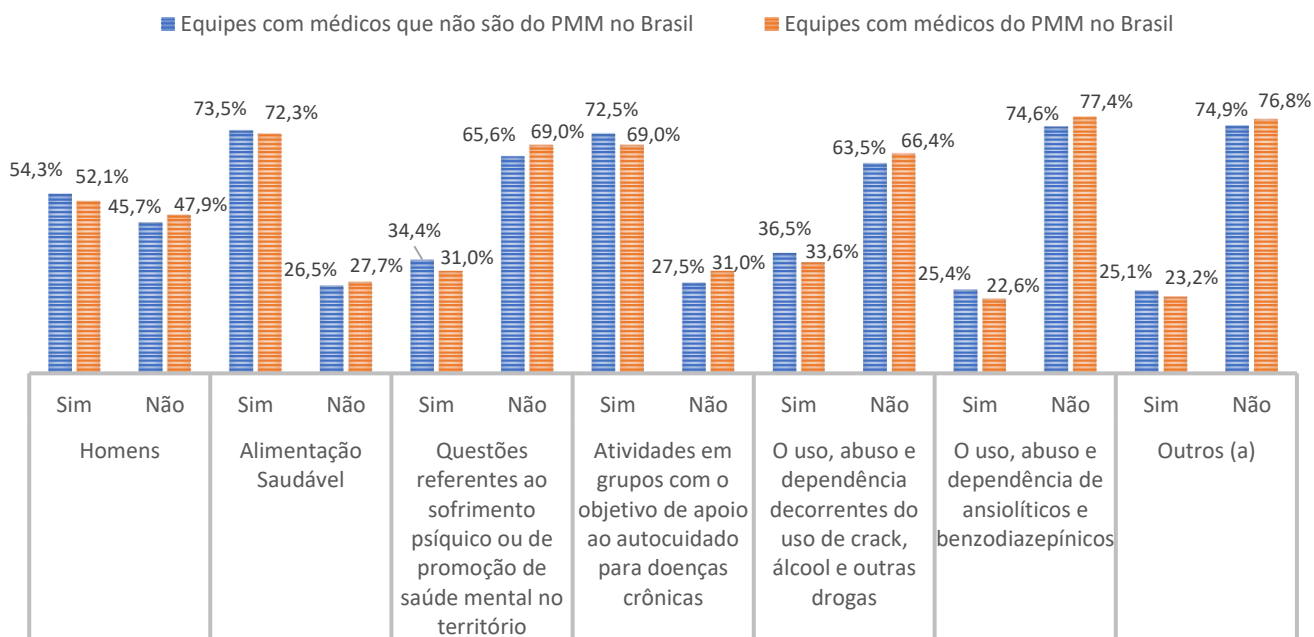
Para a oferta de ações educativas e de promoção da saúde direcionada para “idosos”, o teste Chi-Quadrado não apresentou diferença significativa ( $X^2=0,194$ ;  $p=0,660$ ), observando-se resultados de realização destas ações pelas equipes que não possuem médicos do PMM de 72,9% e de realização destas ações pelas equipes com médicos que são do PMM de 73,2%; bem como resultados de não realização destas ações pelas equipes que não possuem médicos do PMM de 27,1% e de não realização destas ações pelas equipes com médicos que são do PMM de 26,8%.

Para a oferta de ações educativas e de promoção da saúde direcionada para a “realização de estratégias educativas à saúde sexual e à saúde reprodutiva”, o teste Chi-Quadrado não apresentou diferença significativa ( $X^2=0,157$ ;  $p=0,692$ ), observando-se resultados de realização destas ações pelas equipes que não possuem médicos do PMM de 70,4% e de realização destas ações pelas equipes com médicos que são do PMM de 70,7%; bem como resultados de não

realização destas ações pelas equipes que não possuem médicos do PMM de 29,6% e de não realização destas ações pelas equipes com médicos que são do PMM de 29,3%.

Para a oferta de ações educativas e de promoção da saúde direcionada para a “realização de grupos com enfoque de orientar sobre doenças transmissíveis (dengue, tuberculose, hanseníase, HIV, tracoma)”, conforme a necessidade do território, o teste Chi-Quadrado não apresentou diferença significativa ( $X^2=1,801$ ;  $p=0,180$ ), observando-se resultados de realização destas ações pelas equipes que não possuem médicos do PMM de 67,7% e de realização destas ações pelas equipes com médicos que são do PMM de 68,5%; bem como resultados de não realização destas ações pelas equipes que não possuem médicos do PMM de 32,3% e de não realização destas ações pelas equipes com médicos que são do PMM de 31,5%.

**Gráfico 4 – Análise da competência Ações de Promoção e Educação em Saúde – Brasil**



Fonte: Elaborado pela autora.

Para a “não oferta” de ações educativas e de promoção da saúde, o teste Chi-Quadrado não apresentou diferença significativa ( $X^2=2,310$ ;  $p=0,129$ ), observando-se resultados de realização destas ações pelas equipes que não possuem médicos do PMM de 1,3% e de realização destas ações pelas equipes com médicos que são do PMM de 1,1%; bem como resultados de não realização destas ações pelas equipes que não possuem médicos do PMM de 98,7% e de não

realização destas ações pelas equipes com médicos que são do PMM de 98,9%, conforme o Gráfico 4.

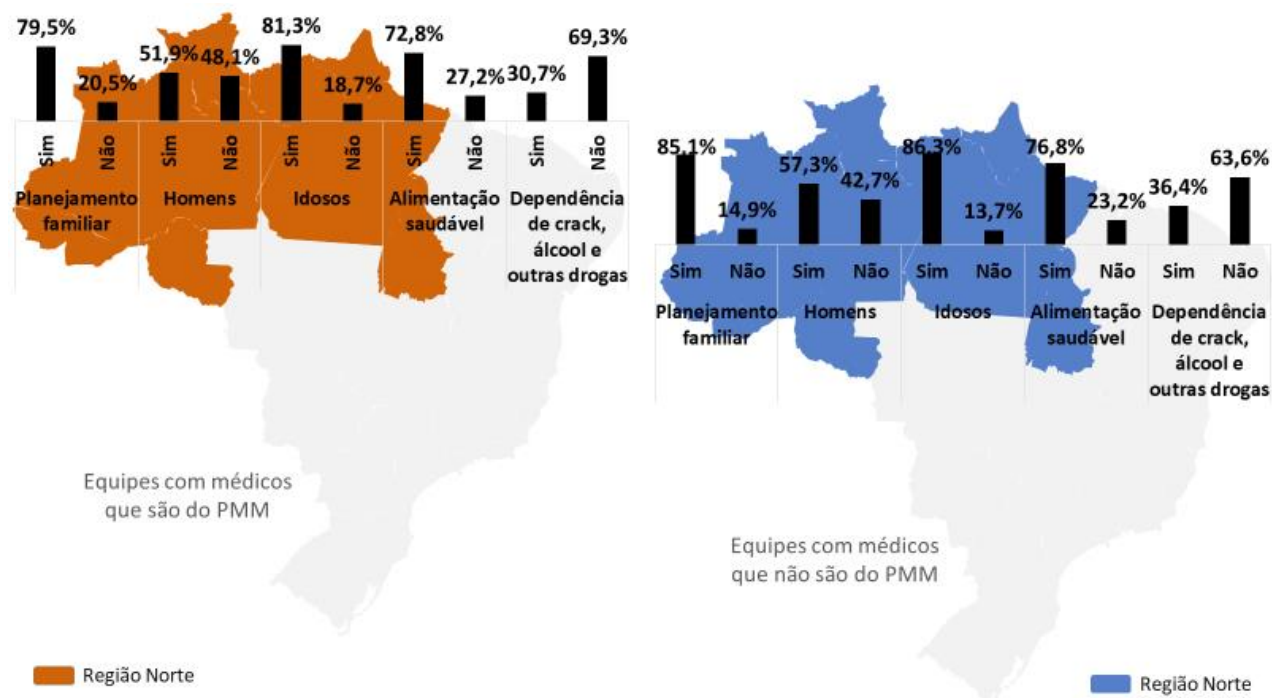
Na análise da competência *Ações de Promoção e Educação em Saúde em nível de regiões do Brasil*, no que tange à oferta de “ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para alguns grupos estabelecidos”, o resultado do teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa para os grupos: “mulheres” (apenas para região Sudeste); “planejamento familiar” (apenas para a região Norte); “gestantes e puérperas” (apenas para a região Sudeste); “homens” (apenas para as regiões Norte, Nordeste e Sudeste); “idosos” (apenas para a região Norte); “alimentação saudável” (apenas para as regiões Norte, Sudeste e Sul); “questões referentes ao sofrimento psíquico ou de promoção de saúde mental no território” (apenas para as regiões Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste); “atividades em grupos com o objetivo de apoio ao autocuidado para doenças crônicas” (apenas para as regiões Sudeste e Sul); “doenças transmissíveis – dengue, tuberculose, hanseníase, HIV, tracoma” (apenas para região Sudeste); “o uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas” (apenas para as regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste); “o uso, abuso e dependência de ansiolíticos e benzodiazepínicos” (apenas para as regiões Centro-Oeste e Sudeste) e “outros grupos” (apenas para a região Sul); e não apresentou diferença significativa para os grupos: “estratégias educativas relacionadas à saúde sexual e à saúde reprodutiva”; e “não realiza atividades de promoção à saúde”.

A Figura 4.1, mostra os resultados para a região Norte, em que: para a oferta de ações direcionadas ao “planejamento familiar”, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=10,860$ ;  $p<0,001$ ), demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM realizam mais ações (85,1%) do que as equipes com médicos do PMM (79,5%); para a oferta de ações educativas e de promoção da saúde direcionada para “homens”, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2 = 5,888$ ;  $p<0,05$ ), demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM realizam mais ações (57,3%) quando comparadas a equipes com médicos que são do PMM (51,9%); para a oferta de ações direcionadas a “idosos”, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=9,092$ ;  $p<0,05$ ) demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM realizam mais ações (86,3%) do que as equipes que possuem médicos do PMM (81,3%); para a oferta de ações direcionadas para “alimentação saudável”, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2 = 4,382$ ;  $p<0,05$ ), demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM realizam

mais ações (76,8%) se comparada a equipes com médicos que são do PMM (72,8%); para a oferta de “ações referentes ao uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=7,087$ ;  $p<0,05$ ), demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM (36,4%) realizam mais ações do que as equipes que possuem médicos do PMM (30,7%).

É interessante observar que a região Norte foi a única a apresentar ações educativas e de promoção a saúde relacionadas ao “planejamento familiar”. Nem mesmo a região Sudeste, que, como será possível observar mais adiante, apresenta mais ações, oferece esta ação.

**Figura 4.1 – Análise da competência Ações de Promoção e Educação em Saúde – por Região do Brasil (Região Norte)**



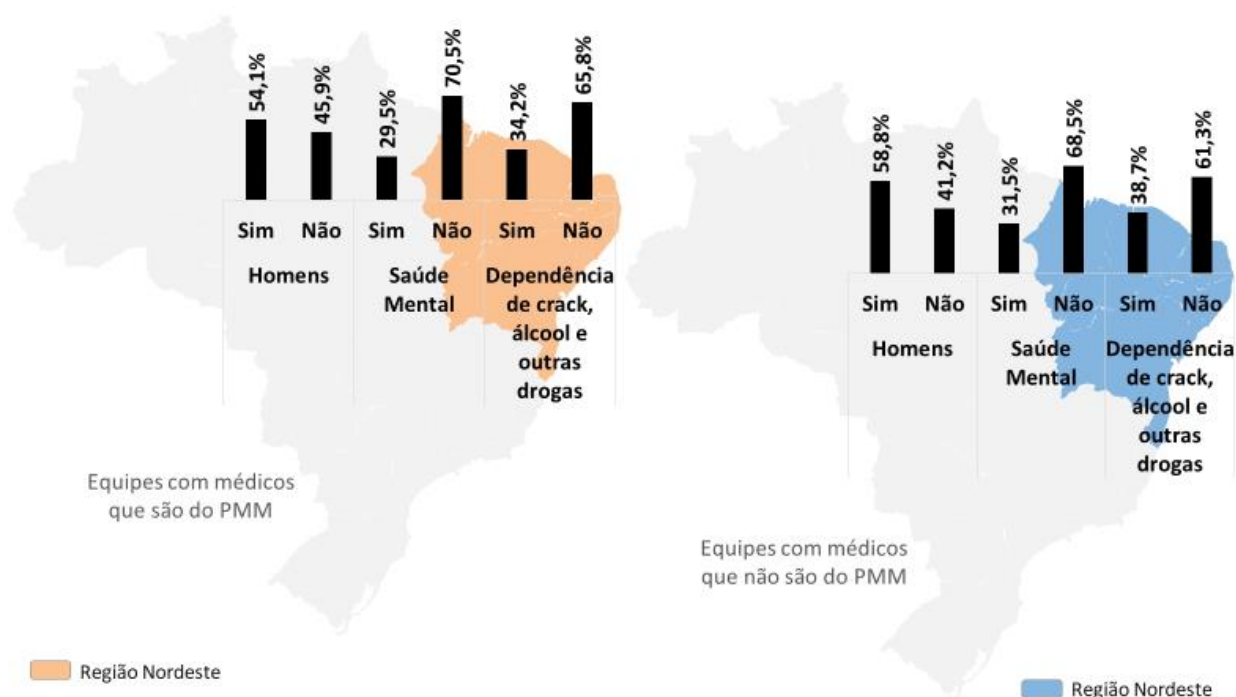
Fonte: Elaborado pela autora.

A figura 4.2 mostra os resultados para a região Nordeste, em que: para a oferta de ações educativas e de promoção da saúde direcionada para “homens”, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=20,655$ ;  $p<0,05$ ), demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM realizam mais ações (58,8%) quando comparadas a equipes com médicos que são do PMM (54,1%); para a oferta de ações direcionadas ao “sofrimento psíquico ou de promoção de saúde mental no território”, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=4,556$ ;  $p<0,05$ ), demonstrando que as equipes que não possuem médicos do

PMM realizam mais ações (31,5%) do que as equipes que possuem médicos do PMM (29,5%); para a oferta de ações referentes a “uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=20,731$ ;  $p<0,05$ ) demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM (38,7%) realizam mais ações do que as equipes que possuem médicos do PMM (34,2%).

Atenta-se ao fato de que a região Nordeste, e a região Sudeste são as únicas a apresentar ações de educação e promoção da saúde direcionadas a homens.

**Figura 4.2 – Análise da competência Ações de Promoção e Educação em Saúde – por Região do Brasil (Região Nordeste)**



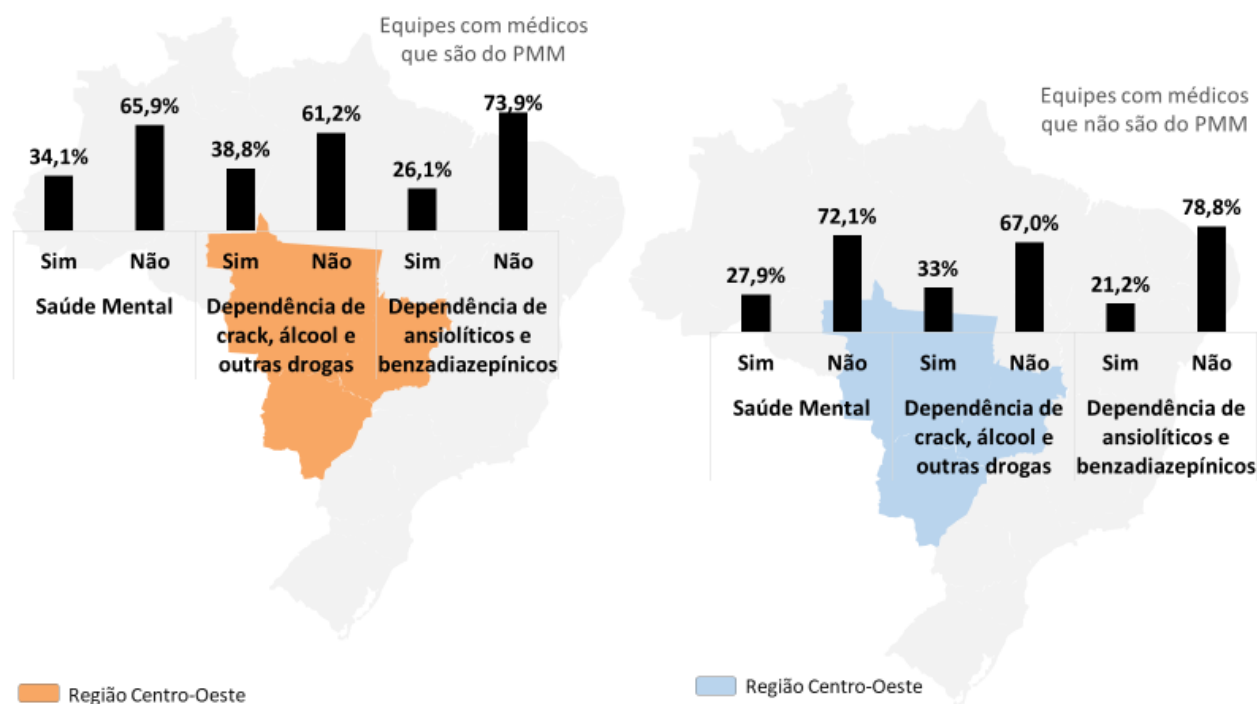
Fonte: Elaborada pela autora.

A figura 4.3 mostra os resultados para a região Centro-Oeste: para a oferta de ações direcionadas a “sofrimento psíquico ou de promoção de saúde mental no território”, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=8,651$ ;  $p<0,05$ ), demonstrando que as equipes que possuem médicos do PMM realizam mais ações (27,9%) do que as equipes que não possuem médicos do PMM (34,1%); para a oferta de ações referentes a “uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=6,890$ ;  $p<0,05$ ), demonstrando que as equipes que

possuem médicos do PMM (38,8%) realizam mais ações do que as equipes que não possuem médicos do PMM (33%); e para oferta de ações referentes a “uso, abuso e dependência decorrentes do uso, abuso e dependência de ansiolíticos e benzodiazepínicos”, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=6,364$ ;  $p<0,05$ ), demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM (21,2%) realizam mais ações do que as equipes que possuem médicos do PMM (26,1%).

Observa-se que a região Centro-Oeste e junto a região Sudeste foram as únicas a apresentar ações “relacionadas à dependência de ansiolíticos e benzadiazepínicos”.

**Figura 4.3 – Análise da competência Ações de Promoção e Educação em Saúde – por Região do Brasil (Região Centro-Oeste)**



Fonte: Elaborada pela autora.

A Figura 4.4 mostra os resultados para a região Sudeste das ações referentes a: “mulheres”; “gestantes e puérpera”; “homens”; “alimentação saudável”; “saúde mental”; “doenças crônicas”; “doenças transmissíveis”; “dependência de crack, álcool e outras drogas”; e “dependência de ansiolíticos e benzadiazepínicos”.

Para a ofertas de ações direcionadas a “mulheres – câncer de colo de útero e de mama”, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=4,046$ ;  $p<0,05$ ), demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM realizam mais ações (75,6%) do que as equipes com médicos do PMM (73,4%).

Para a oferta de ações direcionadas a “gestantes e puérperas (aleitamento materno)”, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=8,328$ ;  $p<0,05$ ), demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM realizam mais ações (82,6%) do que as equipes com médicos do PMM (79,8%).

Para a oferta de ações direcionada para “homens”, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=12,739$ ;  $p<0,001$ ), demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM realizam mais ações (48,1%) quando comparadas a equipes com médicos que são do PMM (43,6%).

Para a oferta de ações direcionadas para “alimentação saudável”, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=8,489$ ;  $p<0,05$ ), demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM realizam mais ações (70,5%) quando comparadas a equipes com médicos que são do PMM (67,1%).

Para a oferta de ações referentes a “sofrimento psíquico ou de promoção de saúde mental”, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=23,978$ ;  $p<0,001$ ), demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM (36,4%) realizam mais ações do que as equipes que possuem médicos do PMM (30,4%).

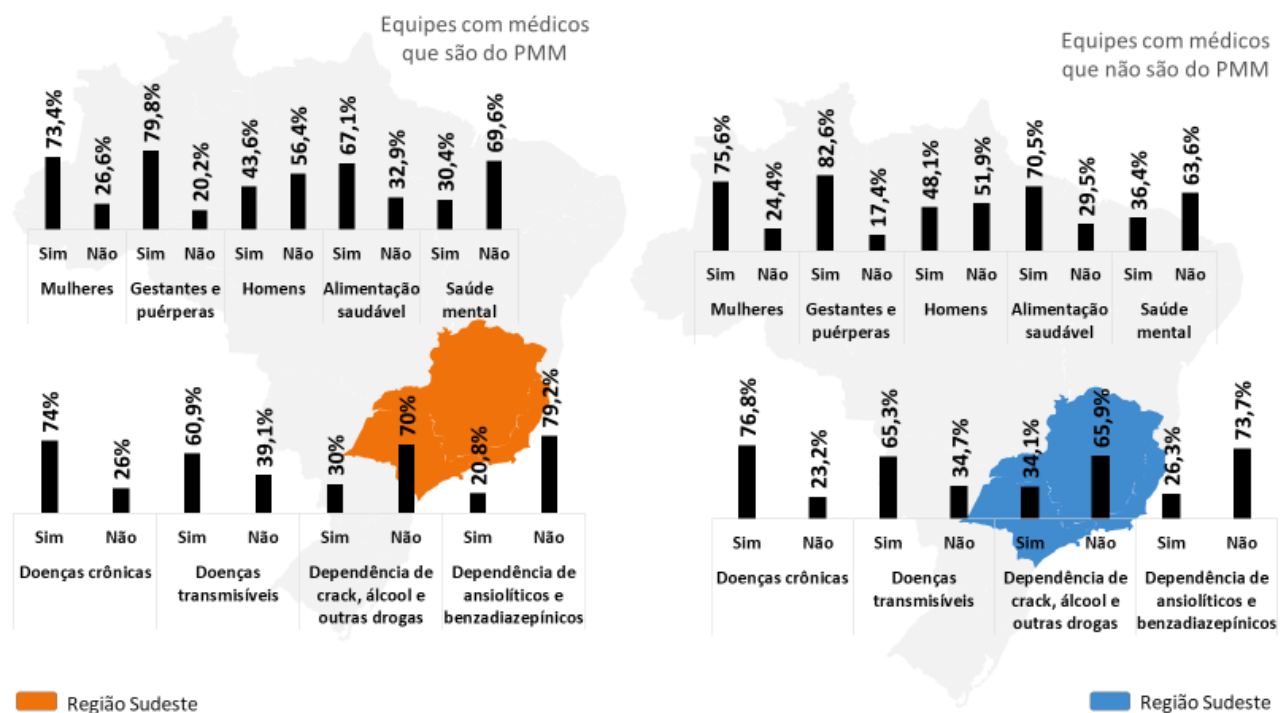
Para a oferta de ações referentes a “atividades em grupos com o objetivo de apoio ao autocuidado para doenças crônicas”, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=6,505$ ;  $p<0,05$ ), demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM (76,8%) realizam mais ações do que as equipes que possuem médicos do PMM (74%).

Para a oferta de ações com “grupos com enfoque de orientar sobre doenças transmissíveis – dengue, tuberculose, hanseníase, HIV, tracoma”, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=12,402$ ;  $p<0,001$ ), demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM (65,3%) realizam mais ações do que as equipes que possuem médicos do PMM (60,9%).

Para a oferta de ações referentes a “uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=11,286$ ;  $p<0,001$ ), demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM (34,1%) realizam mais ações do que as equipes que possuem médicos do PMM (30%).

Para a oferta de ações referentes a “uso, abuso e dependência de ansiolíticos e benzodiazepínicos”, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=24,607$ ;  $p<0,001$ ), demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM (26,3%) realizam mais ações do que as equipes que possuem médicos do PMM (20,8%).

**Figura 4.4 – Análise da competência Ações de Promoção e Educação em Saúde – por Região do Brasil (Região Sudeste)**

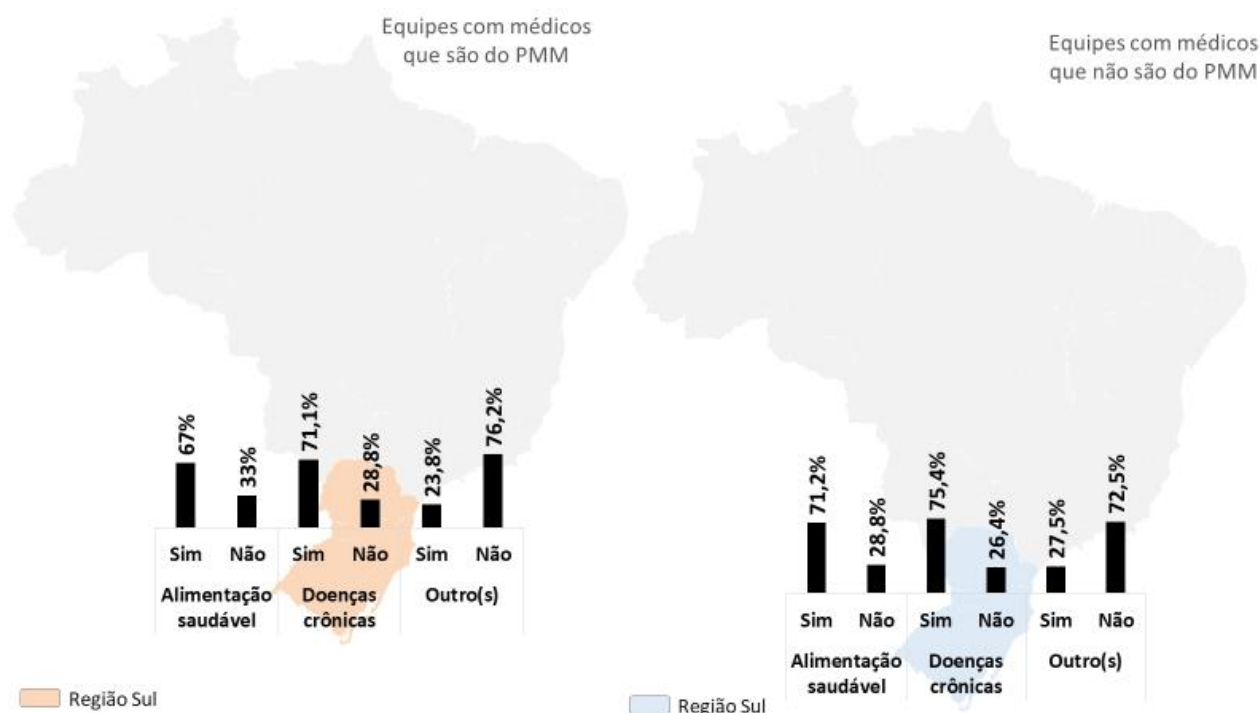


Fonte: Elaborada pela autora.

A Figura 4.5, mostra os resultados para a região Sul, em que: para a oferta de ações direcionadas para “alimentação saudável”, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=7,025$ ;  $p<0,001$ ), demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM realizam mais ações (71,2%) quando comparadas a equipes com médicos que são do PMM (67%); para a oferta de ações referentes a “atividades em grupos com o objetivo de apoio ao

autocuidado para doenças crônicas”, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=7,920$ ;  $p<0,05$ ), demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM (75,4%) realizam mais ações do que as equipes que possuem médicos do PMM (71,1%); para a oferta de ações referente a “outro(s) tema(s)”, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=5,630$ ;  $p<0,05$ ), demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM (65,3%) realizam mais ações do que as equipes que possuem médicos do PMM (60,9%); para a oferta de ações referentes ao “uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=11,286$ ;  $p<0,001$ ), demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM (27,5%) realizam mais ações do que as equipes que possuem médicos do PMM (23,8%).

**Figura 4.5 – Análise da competência *Ações de Promoção e Educação em Saúde* – por Região do Brasil (Região Sul)**



Fonte: Elaborada pela autora.

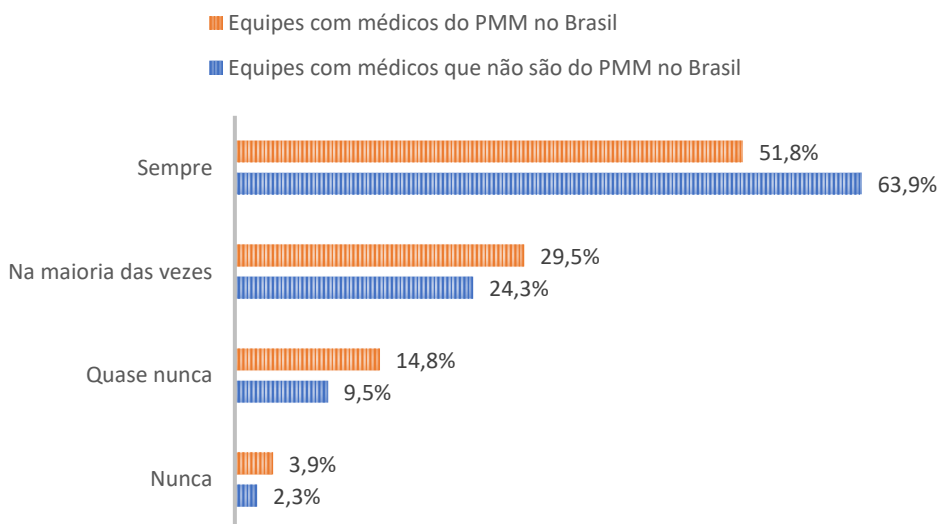
#### 4.1.5 Construção de Vínculo

Para a competência *Construção de Vínculo*, analisaram-se duas questões do módulo III do PMAQ. A primeira discorre sobre: “Nesta unidade de saúde o(a) senhor(a) é atendido pelo mesmo médico?”. As possibilidades de resposta foram: “Sempre”, “Na maioria das vezes”,

“Quase nunca”, “Nunca” e “Não soube ou não respondeu”, sendo esta última não considerada para a análise. A segunda discorre sobre: “Os profissionais desta unidade lhe chamam pelo nome?”. As possibilidades de resposta foram: “Sim” e “Não”.

Na análise da competência *Construção de Vínculos em nível Brasil*, conforme mostra o Gráfico 5, no que tange à observância sobre “o atendimento feito aos usuários ser realizado sempre pelo mesmo médico”, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=1546,815$ ;  $p<0,001$ ), demonstrando que os médicos das equipes que não possuem médicos do PMM realizam para a frequência “sempre” mais atendimentos feitos pelo mesmo médico ao usuário (63,9%) quando comparados aos médicos das equipes com médicos que são do PMM (51,8%); para a frequência “na maioria das vezes”, os médicos das equipes com médicos do PMM realizam mais atendimentos feitos pelo mesmo médico ao usuário (29,5%) quando comparados aos médicos das equipes que não possuem médicos do PMM (24,3%).

**Gráfico 5 – Análise da competência *Construção de Vínculo* (quanto ao usuário ser atendido sempre pelo mesmo médico) – Brasil**

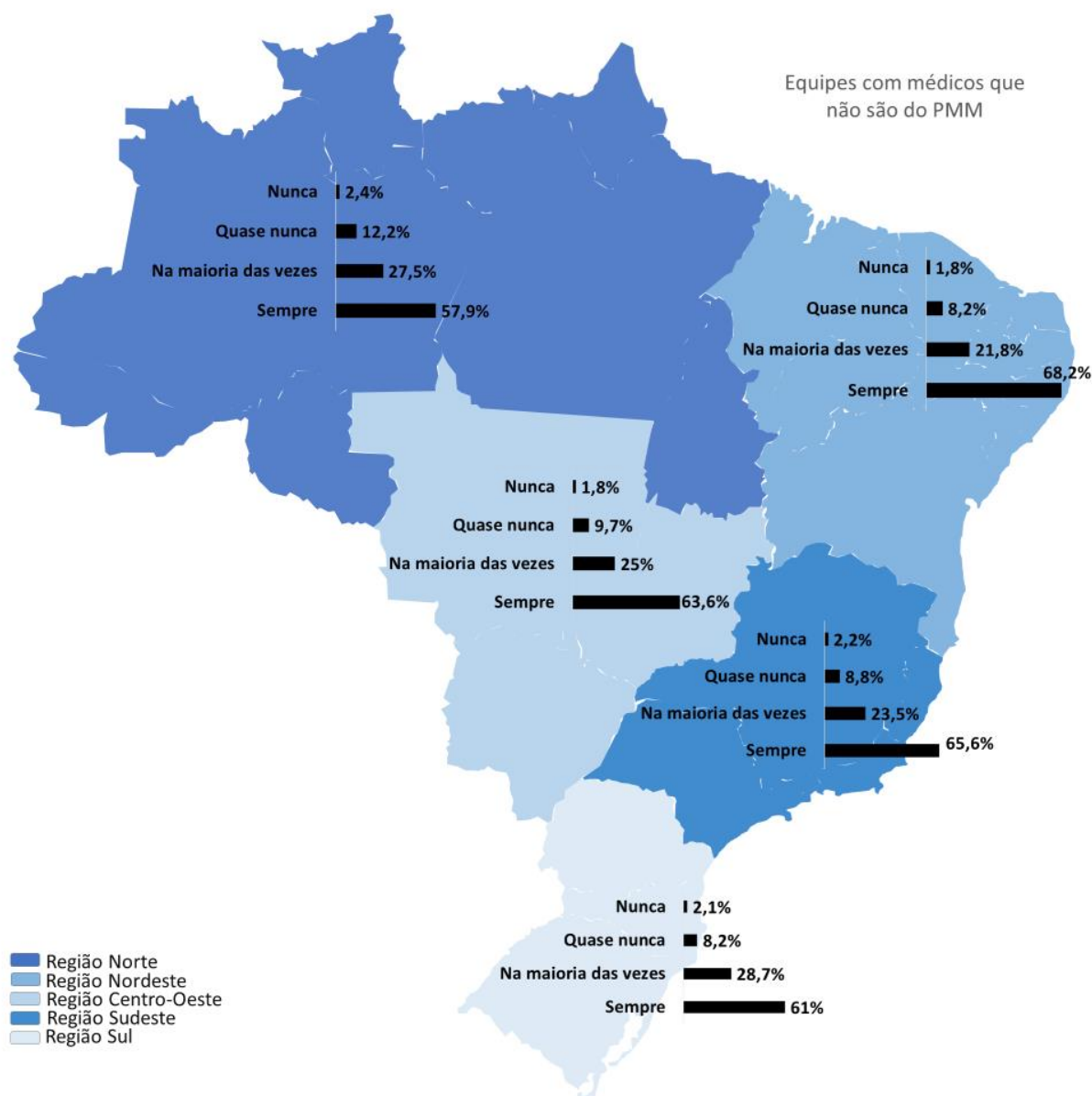


Fonte: Elaborado pela autora.

Na análise da competência *Construção de Vínculo a nível de Regiões do Brasil*, no que tange a “observância sobre o atendimento feito aos usuários ser realizado sempre pelo mesmo médico” para equipe que não possuem médicos do PMM, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa para todas as regiões: Norte ( $X^2=52,894$ ;  $p<0,001$ ), Nordeste ( $X^2=384,151$ ;

$p < 0,001$ ), Centro-Oeste ( $X^2=67,368$ ;  $p < 0,001$ ), Sudeste ( $X^2=98,468$ ;  $p < 0,001$ ) e Sul ( $X^2=86,024$ ;  $p < 0,001$ ), conforme mostra a Figura 5.1.

**Figura 5.1 – Análise da competência *Construção de Vínculo* (quanto ao usuário ser atendido sempre pelo mesmo médico nas equipes que não possuem médicos do PMM) – por Região do Brasil**

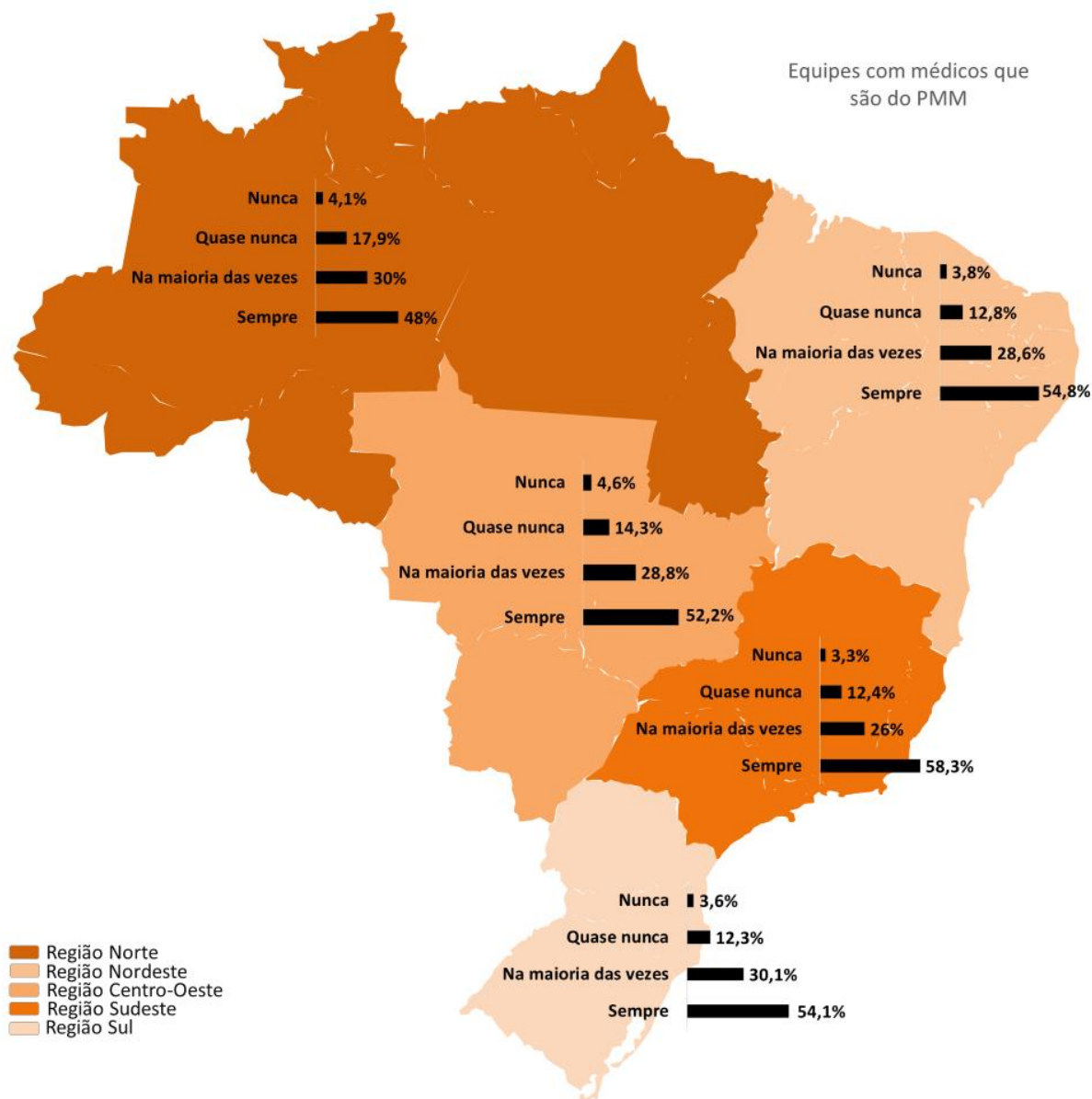


Fonte: Elaborada pela autora.

Destacam-se dentre estes resultados apresentados na Figura 5.1, que os médicos das equipes que não possuem médicos do PMM que realizam para a frequência “sempre” mais atendimentos feitos pelo mesmo médico ao usuário são da região Nordeste (68,2%). Já para a frequência “na

maioria das vezes”, os médicos das equipes que não possuem médicos do PMM que realizam mais atendimentos feitos pelo mesmo médico ao usuário estão na região Sul (28,7%).

**Figura 5.2 – Análise da competência *Construção de Vínculo* (quanto ao usuário ser atendido sempre pelo mesmo médico nas equipes que possuem médicos do PMM) – por Região do Brasil**



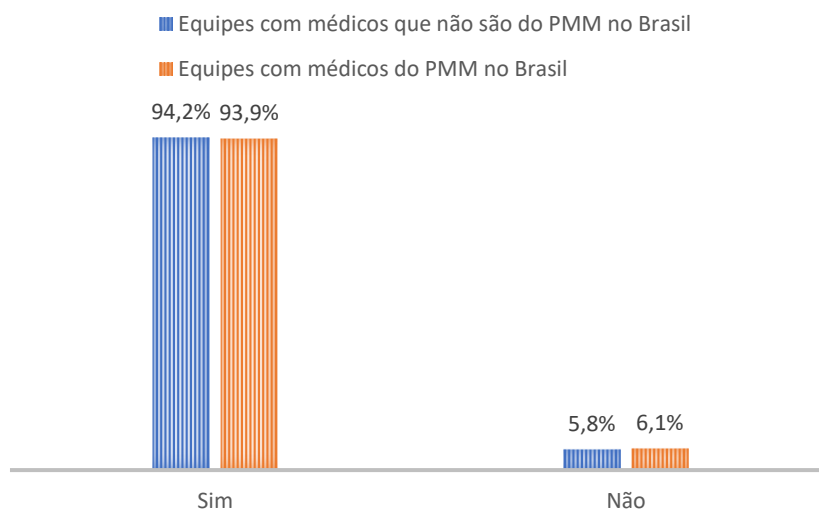
Fonte: Elaborada pela autora.

Na análise da competência *Construção de Vínculos a nível de Regiões do Brasil*, no que tange a “observância sobre o atendimento feito aos usuários ser realizado sempre pelo mesmo

médico” para equipes que possuem médicos do PMM, conforme mostrou a Figura 5.2, destacam-se dentre estes resultados: os médicos das equipes que possuem médicos do PMM que realizam para a frequência “sempre” mais atendimentos feitos pelo mesmo médico ao usuário são da região sul (58,3%); para a frequência “na maioria das vezes”, os médicos das equipes que possuem médicos do PMM que realizam mais atendimentos feitos pelo mesmo médico ao usuário estão na região Sul (30,1%).

Na análise da competência *Construção de Vínculos em nível Brasil*, no que tange a “profissionais da UBS chamarem o usuário pelo nome”, o resultado do teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=4,922$ ;  $p<0,05$ ), demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM chamam mais os usuários pelo nome (94,2%) quando comparadas a equipes com médicos do PMM (93,9%), conforme mostra o gráfico 6.

**Gráfico 6 – Análise da competência *Construção de Vínculo* (quanto aos profissionais da UBS chamarem o usuário pelo nome) – Brasil**

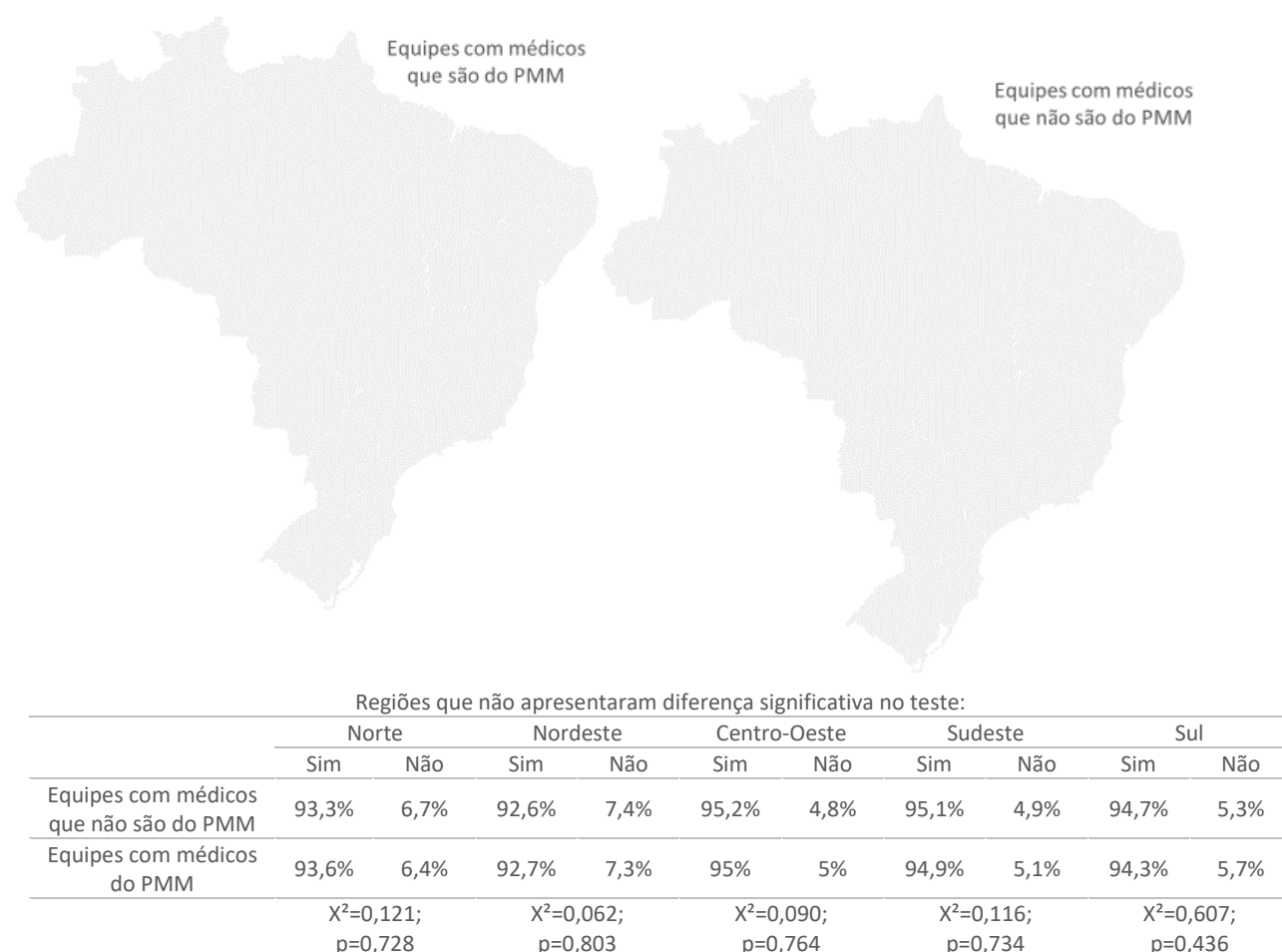


Fonte: Elaborado pela autora.

Faz-se importante salientar que para a análise das questões relacionadas aos itens do Módulo III do PMAQ (usuários), o banco de dados utilizado não apresentava respostas registradas na região Centro-Oeste quanto aos estados de Mato Grosso e Mato Grosso do Sul.

Na análise da competência *Construção de Vínculos em nível de regiões do Brasil*, no que tange a “profissionais da UBS chamarem o usuário pelo nome”, o resultado do teste Chi-Quadrado não apresentou diferença significativa para nenhuma das regiões do Brasil, não havendo, dessa forma registro no mapa. Assim, todos os resultados desta variável estão apresentados ao final da Figura 6.

**Figura 6 – Análise da competência *Construção de Vínculo* (quanto aos profissionais da UBS chamarem o usuário pelo nome) – por Região do Brasil**



Fonte: Elaborada pela autora.

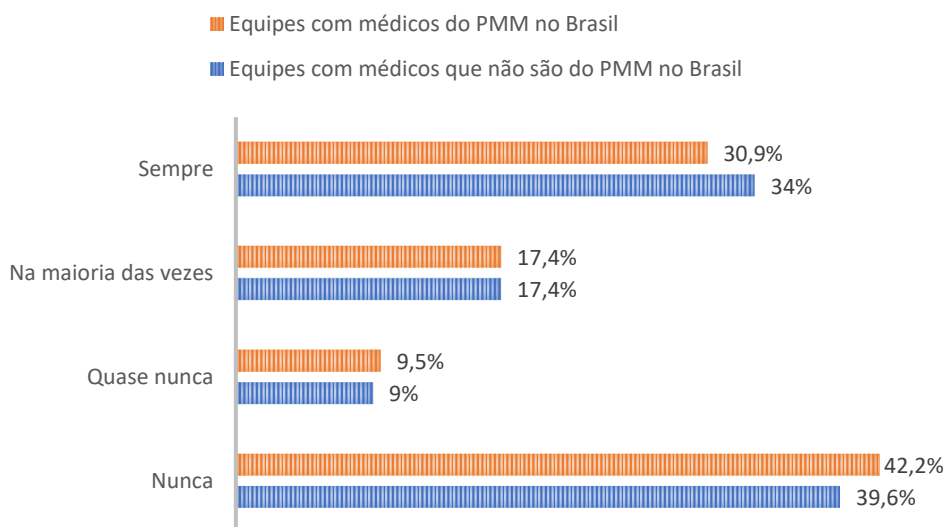
#### 4.1.6 Observância do Contexto Familiar

Para a competência *Observância do Contexto Familiar*, analisou-se a questão do módulo III do PMAQ que discorre sobre: “Os profissionais desta unidade costumam perguntar por seus

familiares?”. As possibilidades de resposta foram: “Sempre”, “Na maioria das vezes”, “Quase nunca”, “Nunca” e “Não soube ou não respondeu”, sendo esta última não considerada para a análise.

Na análise da competência *Observância do Contexto Familiar a nível Brasil*, no que tange à observância sobre “os profissionais da unidade ter o costume de perguntar sobre os familiares dos usuários”, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=109,742$ ;  $p<0,001$ ), demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM “sempre” perguntam pelos familiares do usuário (34%) quando comparadas com as equipes com médicos que são do PMM (30,9%); demonstrando, ainda, que para a frequência “na maioria das vezes” as duas equipes apresentam o mesmo resultado (17,4%); para a frequência “quase nunca” a diferença entre as duas equipes é de apenas 0,5% a menos para as equipes que não possuem médicos do PMM; para a frequência “nunca” as equipes que não possuem médicos do PMM apresentam melhores resultados (39,6%) quando comparadas com as equipes que possuem médicos do PMM (42,2%), conforme mostra o Gráfico 7.

**Gráfico 7 – Análise da competência *Observância do Contexto Familiar* – Brasil**

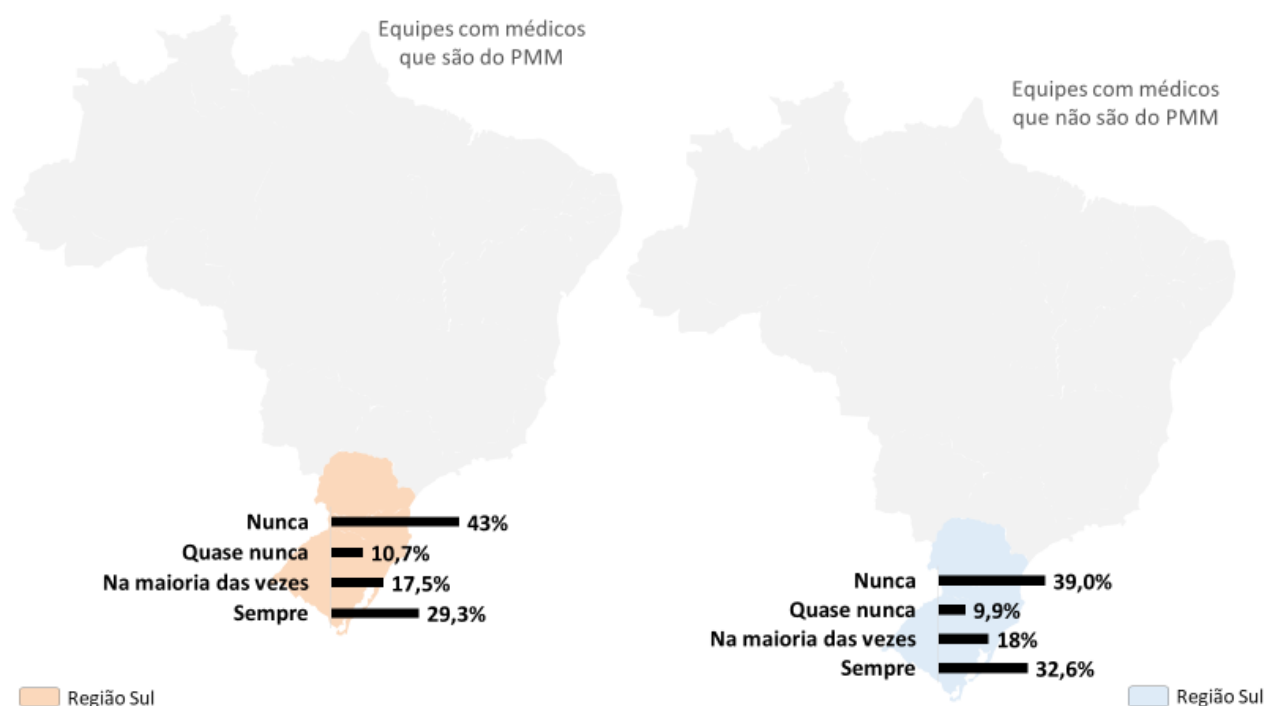


Fonte: Elaborada pela autora.

Na análise da competência *Observância do Contexto Familiar em nível de regiões do Brasil*, no que tange à observância sobre os profissionais da unidade terem o costume de perguntar sobre os familiares dos usuários, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa

apenas para a região Sul ( $X^2=18,695$ ;  $p<0,001$ ), conforme mostra a Figura 7, demonstrando que os as equipes que não possuem médicos do PMM “sempre” perguntam pelos familiares do usuário (32,6%) quando comparadas às equipes com médicos que são do PMM (29,3%).

**Figura 7 – Análise da competência *Observância do Contexto Familiar* - por Região do Brasil**



	Regiões que não apresentaram diferença significativa no teste							
	Norte				Nordeste			
	Sempre	Na maioria das vezes	Quase nunca	Nunca	Sempre	Na maioria das vezes	Quase nunca	Nunca
Equipes com médicos que não são do PMM	28,9%	16,4%	9,2%	45,5%	31,1%	18,4%	9,5%	40,9%
Equipes com médicos do PMM	28,7%	14,3%	9,9%	47%	30,1%	18,6%	9,6%	41,6%
	$X^2=4,263$ ; $p=0,234$				$X^2=2,324$ ; $p=0,508$			
	Centro-Oeste				Sudeste			
	Sempre	Na maioria das vezes	Quase nunca	Nunca	Sempre	Na maioria das vezes	Quase nunca	Nunca
	Equipes com médicos que não são do PMM	25,8%	14,9%	8,7%	50,6%	39,1%	17,6%	8,3%
Equipes com médicos do PMM	24,6%	16,5%	9,6%	49,3%	36,9%	18,2%	8,4%	36,6%
	$X^2=3,330$ ; $p=0,344$				$X^2=7,487$ ; $p=0,058$			

Fonte: Elaborada pela autora.

Faz-se importante salientar que para os propósitos desta análise o banco de dados utilizado não apresentava respostas registradas na região Centro-Oeste quanto aos estados de Mato Grosso e Mato Grosso do Sul.

#### 4.2. GESTÃO EM SAÚDE

A categoria de análise *Gestão em Saúde* discute três competências: *Orientação para Resultados de Saúde*, *Estruturação Coletiva dos Processos de Trabalho* e *Foco no Usuário Enquanto Agente de Construção*.

Todas essas competências são representações das habilidades descritas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais e foram analisadas tomando como referências questões do instrumento de coleta de dados presentes nas dimensões constates no Módulo II (referente à entrevista com profissional da Equipe de Atenção Básica).

Foram analisadas questões advindas das seguintes dimensões do instrumento: Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Ações de Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe, além de Participação, Controle Social, Satisfação e Canal de Comunicação com o Usuário. As correlações entre as dimensões do instrumento às quais as questões de análise pertencem e as competências trabalhadas nesta seção podem ser observadas no Quadro 5.

**Quadro 5 – Categoria Gestão em Saúde: dimensões dos módulos do PMAQ versus competências analisadas**

Módulo do instrumento do PMAQ	Dimensão do instrumento do PMAQ	Questão do instrumento do PMAQ	Competências analisadas
Módulo II	Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Ações de Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe	A equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?	Orientação para Resultados de Saúde
		A equipe realiza reunião?	Estruturação Coletiva dos Processos de Trabalho
	Participação, Controle Social, Satisfação e Canal de Comunicação com o Usuário	A equipe considera a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho?	Foco no Usuário Enquanto Agente de Ideação

Fonte: Elaborado pela autora.

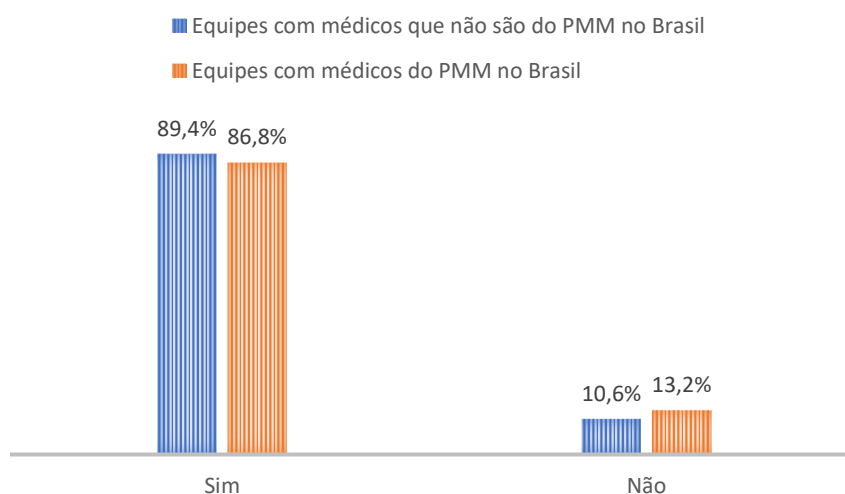
Estabelecem-se abaixo as análises dos dados de cada uma das competências isoladamente tratando os dados advindos de cada uma das questões do instrumento referentes a ela, sempre na segmentação em nível de Brasil e, posteriormente, em nível de regiões do Brasil.

#### 4.2.1 Orientação para Resultados de Saúde

Para a competência *Orientação para Resultados de Saúde*, analisou-se a questão do módulo II do PMAQ, que discorre sobre: “A equipe de atenção básica realiza o monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?”. As possibilidades de resposta foram: “Sim” e “Não”.

Na análise da competência *Orientação para Resultados de Saúde em nível de Brasil*, no que tange à realização do “monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde feitos pela equipe”, o resultado do teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=38,507$ ;  $p<0,001$ ), demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM realizam mais o monitoramento e a análise dos indicadores e informações de saúde (89,4%) quando comparadas a equipes com médicos do PMM (86,8%), conforme mostra o Gráfico 8.

**Gráfico 8 – Análise da competência *Orientação para Resultados de Saúde* – Brasil**

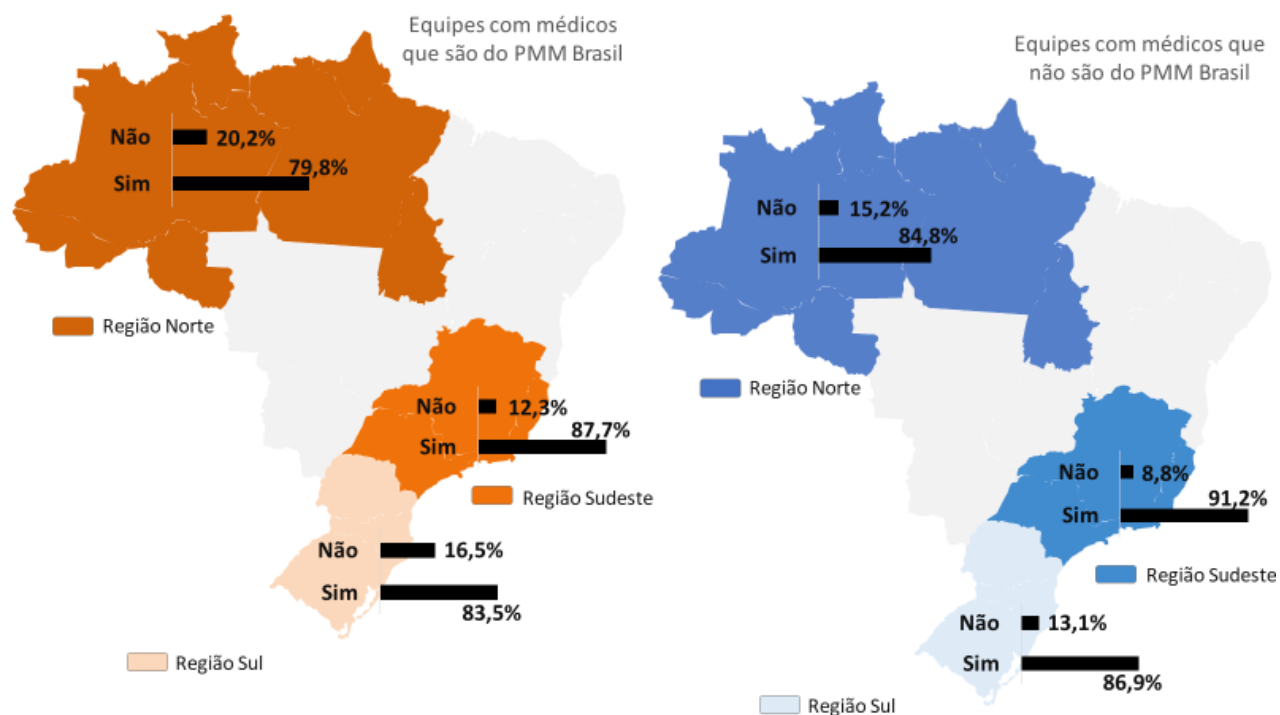


Fonte: Elaborado pela autora.

Na análise da competência *Orientação para Resultados de Saúde em nível de regiões do Brasil*, no que tange a “realização do monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde

feitos pela equipe”, conforme mostra a Figura 8, o resultado do teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2 = 8,879$ ;  $p < 0,05$ ) para a região Norte, demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM realizam mais o monitoramento e a análise dos indicadores e informações de saúde (84,8%) quando comparadas a equipes com médicos do PMM (79,8%).

**Figura 8 – Análise da competência *Orientação para Resultados de Saúde* – por Região do Brasil**



Regiões que não apresentaram diferença significativa no teste	Nordeste		Centro-Oeste	
	Sim	Não	Sim	Não
Equipes com médicos que não são do PMM	91,4%	8,6%	79,4%	20,6%
Equipes com médicos do PMM	90,5%	9,5%	80,3%	19,7%
	$X^2 = 2,216$ ; $p = 0,137$		$X^2 = 2,227$ ; $p = 0,634$	

Fonte: Elaborada pela autora.

Pôde-se ainda observar na Figura 8 que também para a região Centro-Oeste o resultado do teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2 = 21,838$ ;  $p < 0,001$ ), demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM realizam mais o monitoramento e a análise dos indicadores e informações de saúde (91,2%) quando comparadas a equipes com médicos do

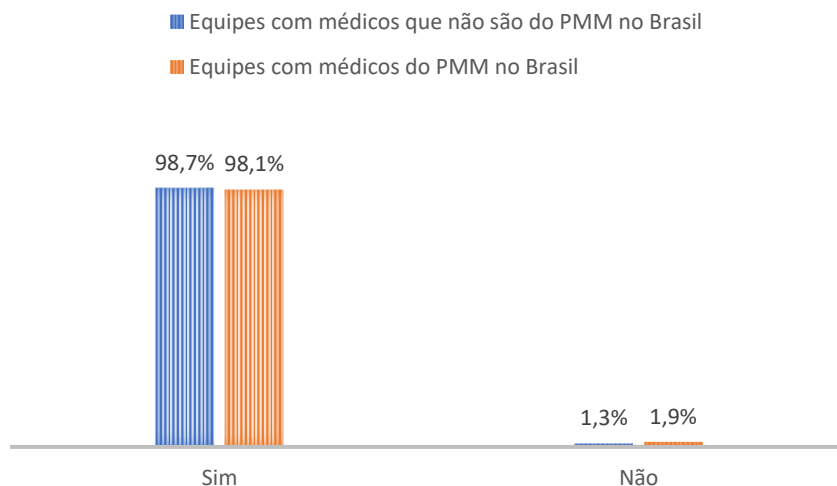
PMM (87,7%). E, por fim, para a região Centro-Oeste o resultado do teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=7,846$ ;  $p<0,05$ ), demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM realizam mais o monitoramento e a análise dos indicadores e informações de saúde (86,9%) quando comparadas a equipes com médicos do PMM (83,5%).

#### 4.2.2 Estruturação Coletiva dos Processos de Trabalho

Para a competência *Estruturação Coletiva dos Processos de Trabalho*, analisou-se a questão do módulo II do PMAQ, que discorre sobre: “A equipe realiza reunião?”. As possibilidades de resposta foram: “Sim” e “Não”.

Na análise da competência *Estruturação Coletiva dos Processos de Trabalho em nível de Brasil*, no que tange a “realização de reuniões pela equipe”, o resultado do teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=16,063$ ;  $p<0,001$ ) demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM realizam mais reuniões (98,7%) quando comparadas a equipes com médicos do PMM (98,1%), conforme mostra o Gráfico 9.

**Gráfico 9 – Análise da competência *Estruturação Coletiva dos Processos de Trabalho – Brasil***

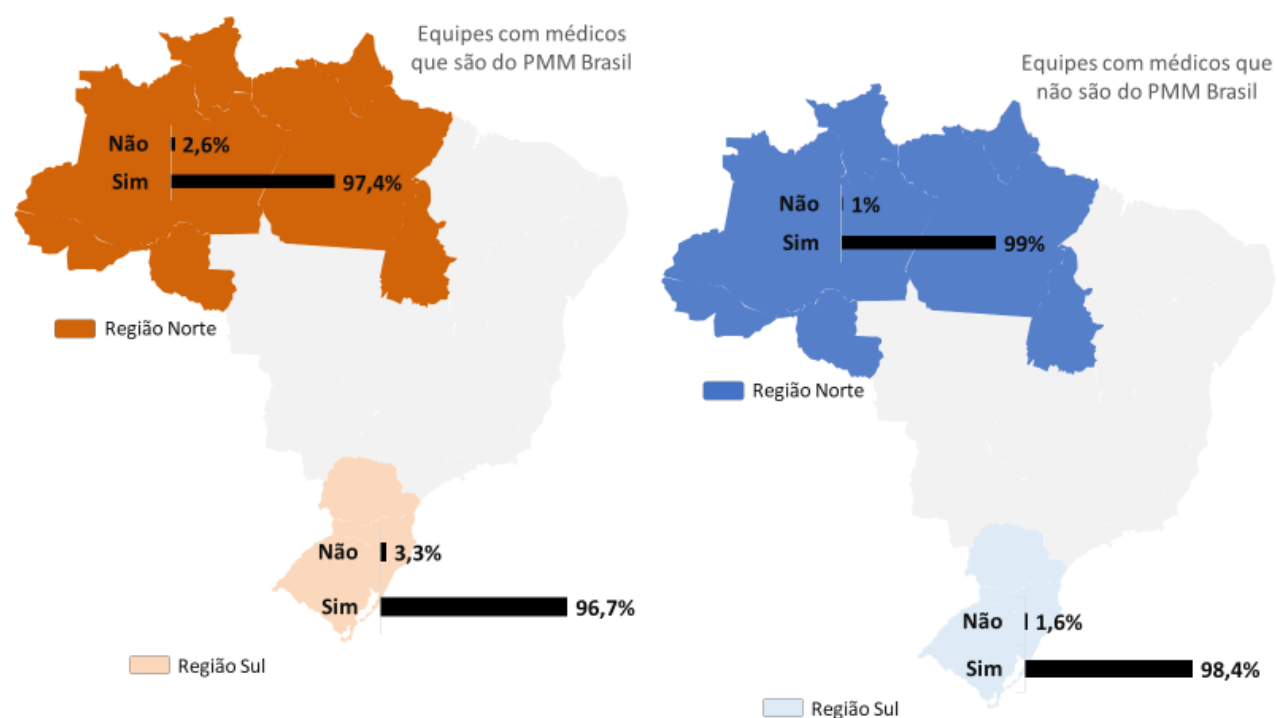


Fonte: elaborado pela autora.

Na análise da competência *Estruturação Coletiva dos Processos de Trabalho em nível de regiões do Brasil*, no que tange a “realização de reuniões pela equipe”, conforme mostra a Figura 9, o resultado do teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=7,494$ ;

$p < 0,05$ ) para a região Norte, demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM realizam mais reuniões (99%) quando comparadas as equipes com médicos do PMM (97,4%). Também para a região Sul, o resultado do teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=11,393$ ;  $p=0,001$ ), demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM realizam mais reuniões (98,4%) quando comparadas a equipes com médicos do PMM (96,7%).

**Figura 9 – Análise da competência *Estruturação Coletiva dos Processos de Trabalho* – por Região do Brasil**



Regiões que não apresentaram diferença significativa no teste	Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Equipes com médicos que não são do PMM	98,7%	1,3%	97,4%	2,6%	99,2%	0,8%
Equipes com médicos do PMM	98,6%	1,4%	97,1%	2,9%	98,8%	1,2%
	$X^2 = 0,072$ ; $p=0,789$		$X^2 = 0,087$ ; $p=0,768$		$X^2 = 2,957$ ; $p=0,086$	

Fonte: Elaborada pela autora.

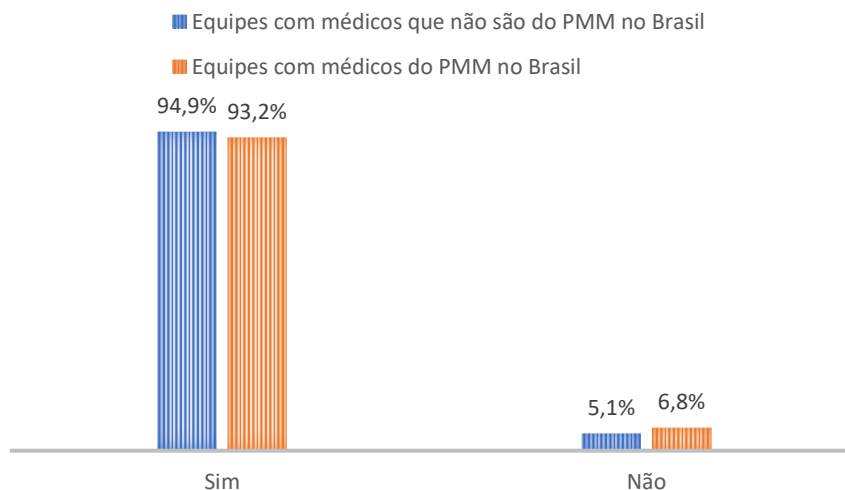
#### 4.2.3 Foco no Usuário Enquanto Agente de Ideação

Para a competência *Foco no Usuário Enquanto Agente de Ideação*, analisou-se a questão do módulo II do PMAQ, que discorre sobre: “A equipe considera a opinião do usuário para a

reorganização e qualificação do processo de trabalho?”. As possibilidades de resposta foram: “Sim” e “Não”.

Na análise da competência *Foco no Usuário Enquanto Agente de Ideação em nível de Brasil*, no que tange a “tomar em consideração a opinião do usuário para realizar a reorganização e a qualificação do processo de trabalho”, o resultado do teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=32,734$ ;  $p<0,001$ ), demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM consideram mais a opinião dos usuários (94,9%) quando comparadas a equipes que possuem médicos do PMM (93,2%), conforme mostra o Gráfico 10.

**Gráfico 10 – Análise da competência *Foco no Usuário Enquanto Agente de Ideação* – Brasil**

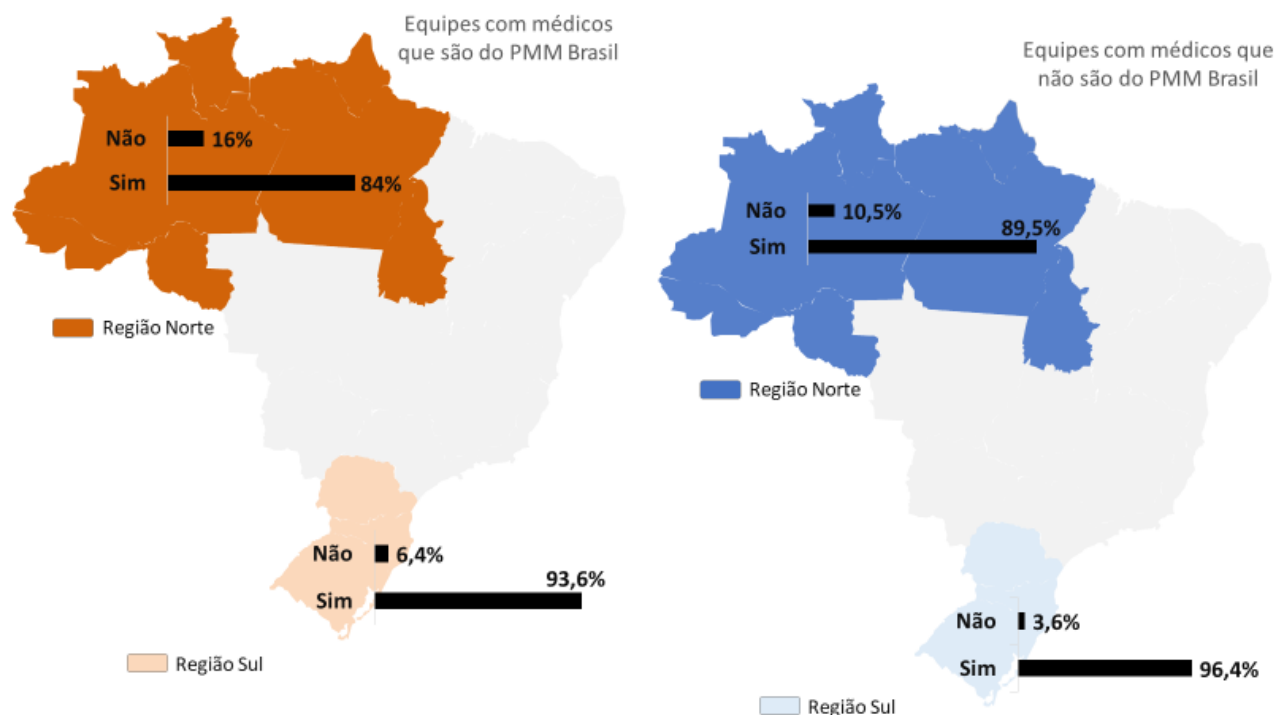


Fonte: Elaborado pela autora.

Na análise da competência *Foco no Usuário Enquanto Agente de Ideação em nível de regiões do Brasil*, no que tange a “tomar em consideração a opinião do usuário para realizar a reorganização e a qualificação do processo de trabalho”, conforme mostra a figura 10, o resultado do teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=13,689$ ;  $p<0,001$ ) para a região Norte, demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM consideram mais a opinião dos usuários (89,5%) quando comparadas a equipes que possuem médicos do PMM (84%). Para a região Sul, o resultado do teste Chi-Quadrado também apresentou diferença significativa ( $X^2 = 15,554$ ;  $p<0,001$ ), demonstrando que as equipes que não possuem

médicos do PMM consideram mais a opinião dos usuários (96,4%) quando comparadas a equipes que possuem médicos do PMM (93,6%).

**Figura 10 – Análise da competência *Foco no Usuário Enquanto Agente de Ideação* – por Região do Brasil**



Regiões que não apresentaram diferença significativa no teste	Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Equipes com médicos que não são do PMM	94,8%	5,2%	90,4%	9,6%	96,1%	3,9%
Equipes com médicos do PMM	94,7	5,3%	91,2%	8,8%	95,2%	4,8%
	X <sup>2</sup> =0,033; p=0,856		X <sup>2</sup> =0,349; p=0,554		X <sup>2</sup> =3,834; p=0,050	

Fonte: Elaborada pela autora.

### 4.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A categoria de análise *Educação em Saúde* discute três competências: *Elaboração Coletiva de Conhecimento, Abertura à Transformação do Conhecimento e da Prática e Formação para o Contexto de Atuação*.

Todas essas competências são representações das habilidades descritas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais e foram analisadas tomando como referências questões do instrumento de coleta de dados presentes nas dimensões constantes no Módulo II (referente à entrevista com profissional da Equipe de Atenção Básica).

Foram analisadas questões advindas das seguintes dimensões do instrumento: Educação Permanente do Processo de Qualificação das Ações Desenvolvidas e Formação e Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica. As correlações entre as dimensões do instrumento às quais as questões de análise pertencem e as competências trabalhadas nesta seção podem ser observadas no Quadro 6.

**Quadro 6 – Categoria Educação em Saúde: dimensões dos módulos do PMAQ *versus* competências analisadas**

Módulo do instrumento do PMAQ	Dimensão do instrumento do PMAQ	Questão do instrumento do PMAQ	Competências analisadas
Módulo II	Educação Permanente do Processo de Qualificação das Ações Desenvolvidas	A equipe participa de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal?	Elaboração Coletiva do Conhecimento
		A unidade recebe estudantes, professores e/ou pesquisadores em atividades de ensino, pesquisa e/ou extensão?	Abertura à Transformação do Conhecimento e da Prática
		As atividades desenvolvidas pelos estudantes, professores e pesquisadores estão articuladas com o processo de trabalho das (s) equipes (s) da unidade	
	Formação e Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica	Possui quais destes processos de formação? Especialização em Medicina de Família e Comunidade/Residência em Medicina de Família e Comunidade/Mestrado em Medicina de Família e Comunidade/Especialização em Saúde da Família/Residência em Saúde da Família/Mestrado em Saúde da Família/Doutorado em Saúde da Família/Especialista em Saúde Pública/Coletiva/Residência em Saúde Pública/Coletiva/Mestrado em Saúde Pública/Coletiva/Doutorado em Saúde Pública/Coletiva/Possui outra Especialização/Possui outra Residência/Possui outro Mestrado/Possui outro Doutorado	Formação para o Contexto de Atuação

Fonte: Elaborado pela autora.

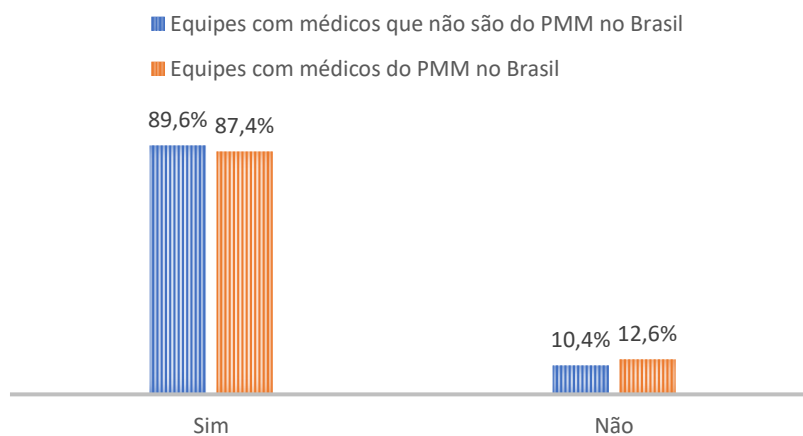
Estabelecem-se abaixo as análises dos dados de cada uma das variáveis isoladamente, tratando os dados advindos de cada uma das questões do instrumento referentes a ela, sempre na segmentação em nível de Brasil e, posteriormente, em nível de regiões do Brasil.

### 4.3.1 Elaboração Coletiva do Conhecimento

Para a competência *Elaboração Coletiva do Conhecimento*, analisou-se uma questão do módulo II do PMAQ que discorre sobre: “A equipe participa de educação permanente organizadas pela gestão municipal?”. As possibilidades de resposta foram: “Sim”, “Não” e “Não sabe/não respondeu”, sendo esta última não considerada para a análise.

Na análise da competência *Elaboração Coletiva do Conhecimento em nível Brasil*, no que tange a “participação das equipes na educação permanente organizada pela gestão municipal”, o resultado do teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=28,265$ ;  $p<0,001$ ), demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM participam mais (89,6%) quando comparadas a equipes que possuem médicos do PMM (87,4%), conforme mostra o Gráfico 11.

**Gráfico 11 – Análise da competência *Elaboração Coletiva do Conhecimento* – Brasil**

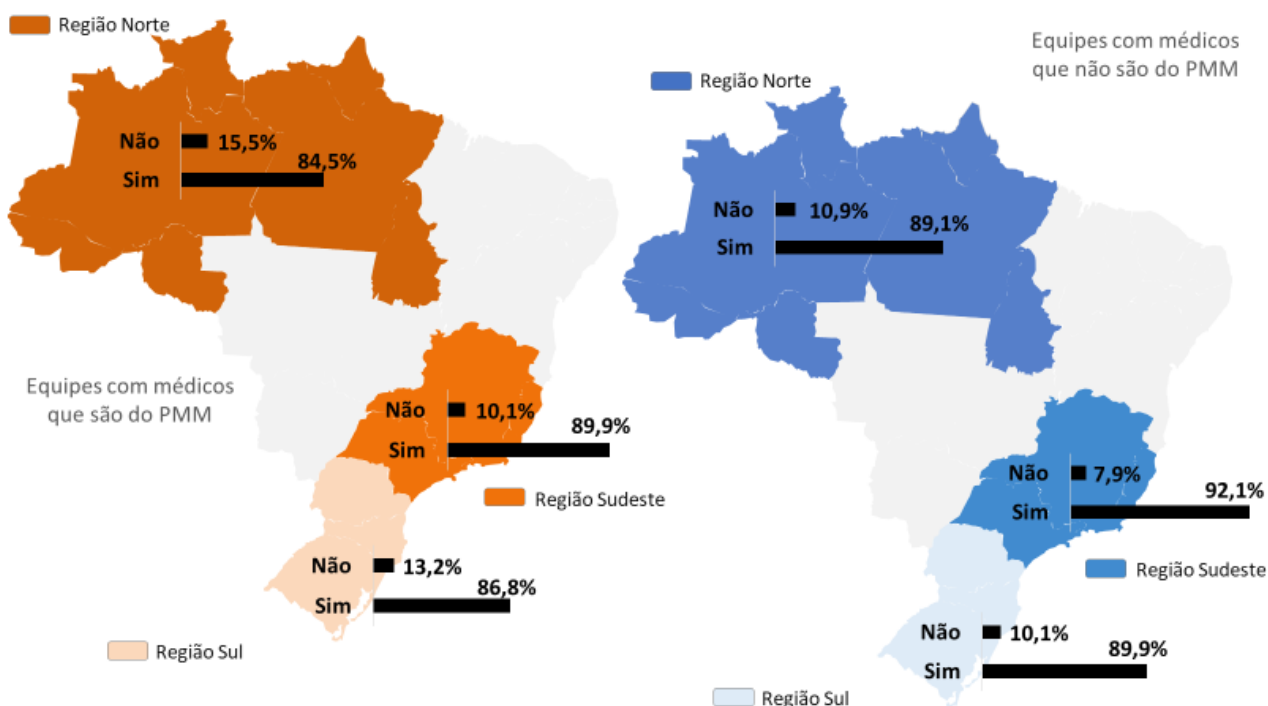


Fonte: Elaborado pela autora.

Na análise da competência *Elaboração Coletiva do Conhecimento em nível de regiões do Brasil*, conforme mostra a Figura 11, no que tange a “participação das equipes na educação permanente organizada pela gestão municipal”, o resultado do teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=0,344$ ;  $p<0,05$ ) para a região Norte, demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM participam mais (89,1%) quando comparada a equipes que possuem médicos do PMM (84,5%). Também apresentou diferença significativa ( $X^2=10,347$ ;

p=0,001) para a região Sudeste, demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM participam mais (92,1%) quando comparadas a equipes que possuem médicos do PMM (89,9%). E por fim, apresentou diferença significativa ( $X^2=8,456$ ;  $p<0,05$ ) para a região Sul, demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM participam mais (89,9%) quando comparada a equipes que possuem médicos do PMM (86,8%).

**Figura 11 – Análise da competência *Elaboração Coletiva do Conhecimento* – por Região do Brasil**



Regiões que não apresentaram diferença significativa no teste	Nordeste		Centro-Oeste	
	Sim	Não	Sim	Não
Equipes com médicos que não são do PMM	87,9%	12,1%	84,5%	15,5%
Equipes com médicos do PMM	87,5%	12,5%	85,1%	14,9%
	$X^2 = 0,344$ ; $p = 0,558$		$X^2 = 0,117$ ; $p = 0,732$	

Fonte: Elaborada pela autora.

#### 4.3.2 Abertura à Transformação do Conhecimento e da Prática

Para a competência *Abertura à Transformação do Conhecimento e da Prática*, analisaram-se duas questões do módulo II do PMAQ. A primeira discorre sobre: “A unidade recebe estudantes, professores e/ou pesquisadores em atividades de ensino, pesquisa e/ou extensão?”.

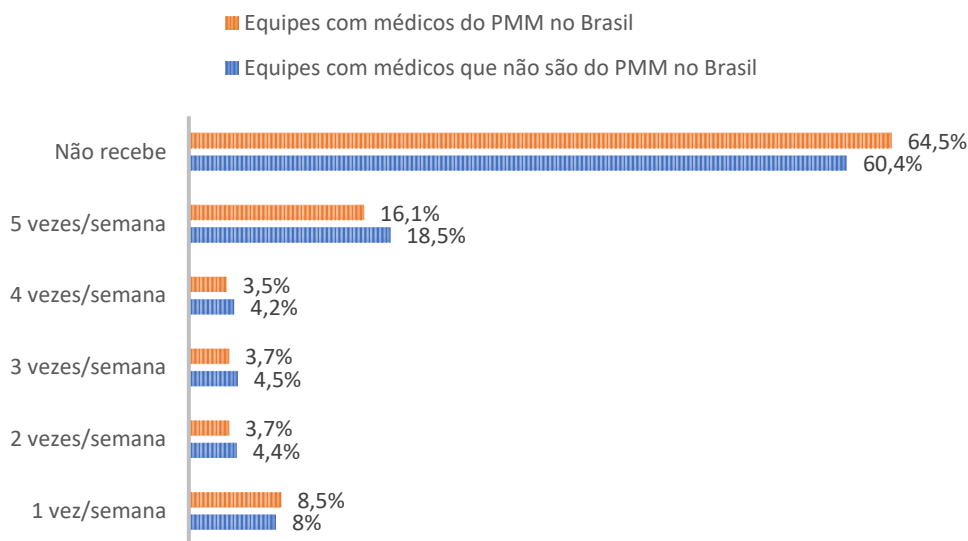
As possibilidades de resposta forma: “1 vez por semana”, “2 vezes por semana”, “3 vezes por semana”, “4 vezes por semana”, “5 vezes por semana”, “Não recebe”. A segunda discorre sobre: “As atividades desenvolvidas pelos estudantes, professores e pesquisadores estão articuladas com o processo de trabalho da(s) equipes(s) da unidade?”. As possibilidades de resposta foram: “Muito articuladas”, “Razoavelmente articuladas”, “Pouco articuladas” e “Não se aplica”, sendo esta última não considerada para a análise.

Na análise da competência *Transformação do Conhecimento e da Prática em nível de Brasil*, no que tange a “recebimento de estudantes, professores e/ou pesquisadores em atividades de ensino, pesquisa e/ou extensão”, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=61,897$ ;  $p<0,001$ ), demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM recebem mais o quantitativo de “5 vezes na semana” (18,5%) quando comparadas a equipes que possuem médicos que são do PMM (16,1%), conforme mostra o Gráfico 12.

Quanto ao recebimento de estudantes, professores e/ou pesquisadores em atividades de ensino, pesquisa e/ou extensão “4 vezes na semana”, as equipes que não possuem médicos do PMM recebem mais (4,2%) do que as equipes que possuem médicos do PMM. Para o recebimento dos acadêmicos “3 vezes na semana”, as equipes que não possuem médicos do PMM recebem mais (4,5%) do que as equipes que possuem médicos do PMM (3,7%). Para o quantitativo de “2 vezes na semana” as equipes que não possuem médicos do PMM apresentam o resultado de 4,4%, contra o resultado de 3,7% das equipes que possuem médicos do PMM. Já para o resultado das equipes quanto ao recebimento dos acadêmicos “1 vez na semana”, as equipes que possuem médicos do PMM apresentam resultados melhores (8,5%) do que as equipes que não possuem médicos do PMM (8%).

As equipes que possuem médicos que são do PMM “não recebem” mais (64,5%) do que as equipes que não possuem médicos no PMM (60,4%). Assim, observa-se que as equipes que não possuem médicos do PMM apresentam melhores resultados para esta variável.

**Gráfico 12 – Análise da competência *Abertura à Transformação do Conhecimento e da Prática* (quanto ao recebimento de estudantes, professores e/ou pesquisadores) – Brasil**



Fonte: Elaborado pela autora.

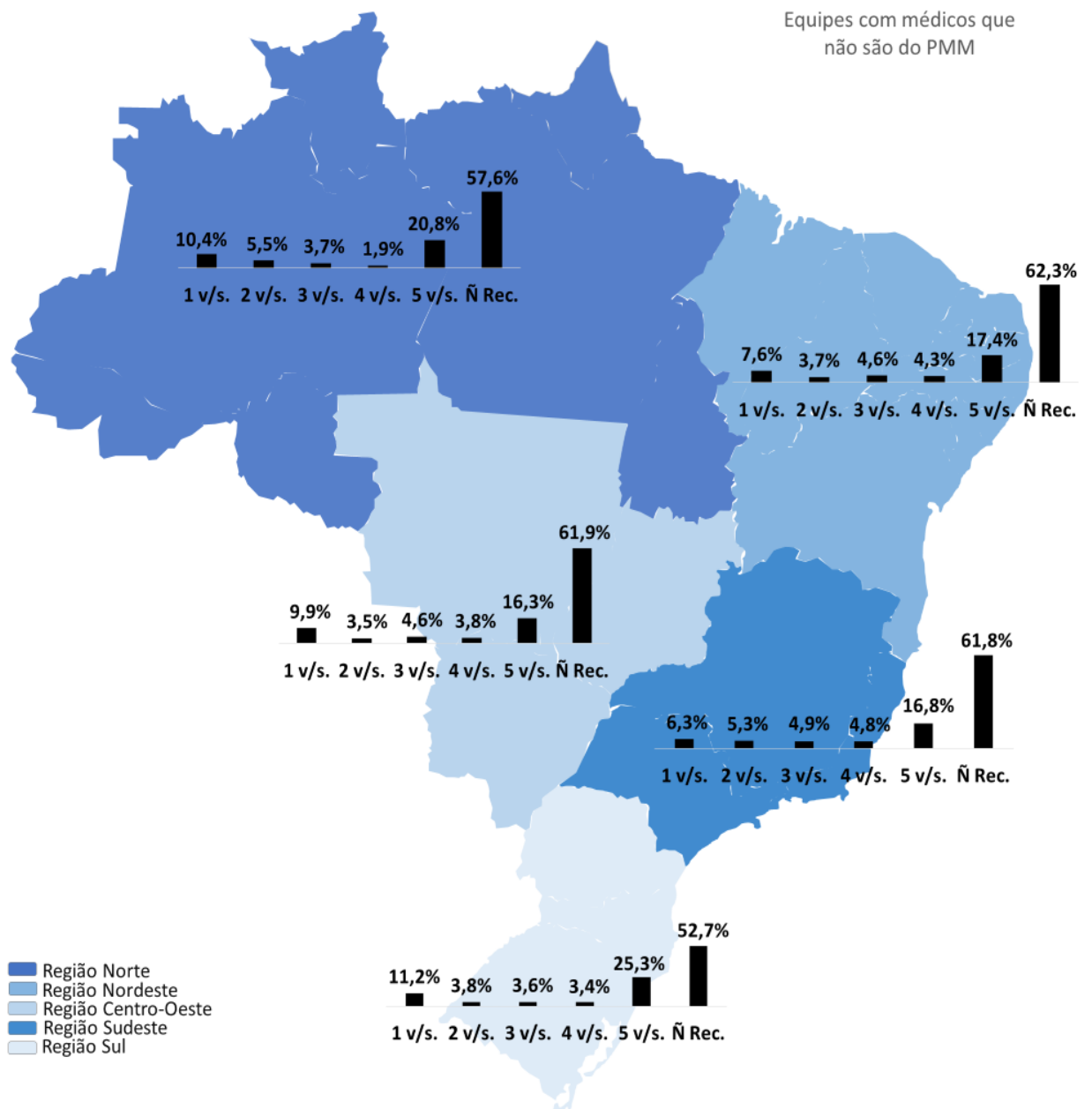
Na análise da competência *Transformação do Conhecimento e da Prática em nível de regiões do Brasil*, no que tange a “recebimento de estudantes, professores e/ou pesquisadores em atividades de ensino, pesquisa e/ou extensão”, conforme mostra a Figura 12.1, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa para todas as regiões em que há equipes com médicos que não são do PMM.

Para essas equipes, destacam-se os resultados da região Sul, cujo teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=31,973$ ;  $p<0,001$ ), demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM recebem mais o quantitativo de “5 vezes” na semana (25,3%) quando comparadas as equipes que possuem médicos que são do PMM (19,3%). Demonstrando, ainda, para esta região que as equipes que não possuem médicos que são do PMM “não recebem” menos (52,7%) do que as equipes que possuem médicos no PMM (61,3%).

Destacam-se, também, os resultados da região Norte como o segundo melhor para este grupo, em que o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=13,077$ ;  $p<0,05$ ), demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM recebem mais o quantitativo

de “5 vezes” na semana (20,8%) quando comparadas a equipes que possuem médicos que são do PMM (15,9%). Demonstrando, ainda, para esta região que as equipes que não possuem médicos que são do PMM “não recebem” menos (57,6%) do que as equipes que possuem médicos no PMM (63,2%).

**Figura 12.1 – Análise da competência *Abertura à Transformação do Conhecimento e da Prática* (quanto ao recebimento de estudantes, professores e/ou pesquisadores pelas equipes que não possuem médicos do PMM) – por Região do Brasil**



Fonte: Elaborada pela autora.

Ainda tratando da análise da competência *Abertura à Transformação do Conhecimento e da Prática em nível de regiões do Brasil*, no que tange a “recebimento de estudantes, professores e/ou pesquisadores em atividades de ensino, pesquisa e/ou extensão”, conforme mostra a Figura 12.2, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa para todas as regiões em que há equipes com médicos que são do PMM.

Para essas equipes, destacam-se os resultados da região Nordeste, onde o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=11,331$ ;  $p<0,05$ ), demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM recebem mais o quantitativo de “5 vezes” na semana (17,4%) quando comparadas às equipes que possuem médicos do PMM (16,4%). Demonstra, ainda, para esta região que as equipes que não possuem médicos do PMM “não recebem” menos (62,3%) do que as equipes que possuem médicos do PMM (64,5%).

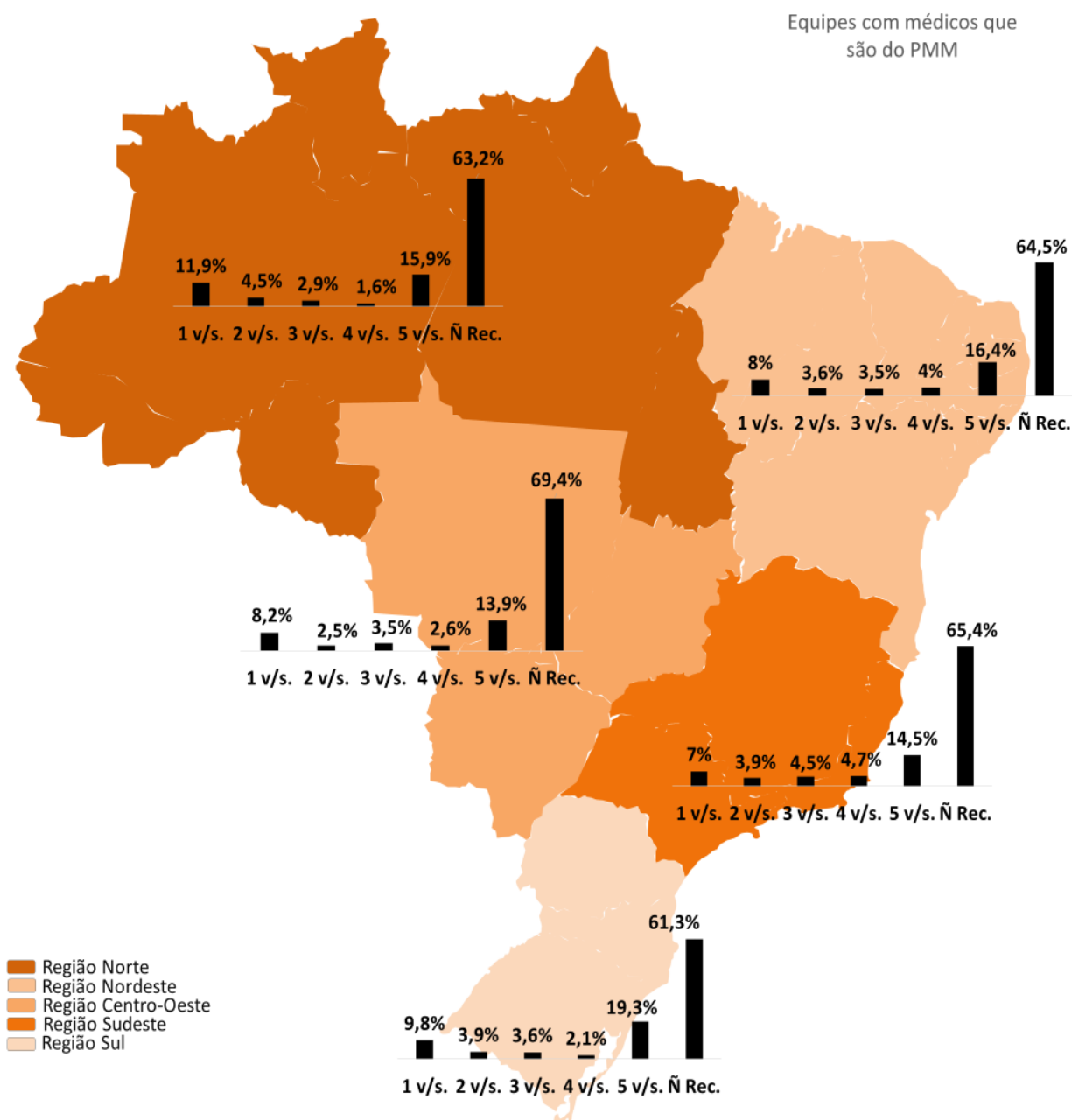
Destacam-se, também, os resultados da região Centro-Oeste, em que o teste Chi-quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=13,257$ ;  $p<0,05$ ), demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM recebem mais o quantitativo de “5 vezes” na semana (16,3%) quando comparadas às equipes que possuem médicos do PMM (13,9%). Demonstra, ainda, para esta região que as equipes que não possuem médicos que são do PMM “não recebem” menos (61,9%) do que as equipes que possuem médicos do PMM (69,4%).

Destacam-se, também, os resultados da região Sudeste, em que o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=16,931$ ;  $p<0,05$ ), demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM recebem mais o quantitativo de “5 vezes” na semana (16,8%) quando comparadas às equipes com médicos que são do PMM (14,5%). Demonstra, ainda, para esta região que as equipes que não possuem médicos que são do PMM “não recebem” menos (61,8%) do que as equipes que possuem médicos do PMM (65,4%).

Para todas as regiões, as equipes que não possuem médicos do PMM apresentaram melhores resultados para esta variável, já que, reunindo na análise todas as possibilidades de frequências: para a região Norte, as equipes que não possuem médicos do PMM recebem 42,4%, contra 36,8% de recebimento das equipes que possuem médicos do PMM; para a região Nordeste, as equipes que não possuem médicos do PMM recebem 37,7%, contra 35,5% de recebimento das equipes que possuem médicos do PMM; para a região Centro-Oeste, as equipes que não possuem médicos do PMM recebem 38,1%, contra 30,6% de recebimento das equipes que possuem médicos do PMM; para a região Sudeste, as equipes que não possuem médicos do

PMM recebem 38,2%, contra 34,6% de recebimento das equipes que possuem médicos do PMM; e para a região Sul, as equipes que não possuem médicos do PMM recebem 47,3%, contra 38,7% de recebimento das equipes que possuem médicos do PMM.

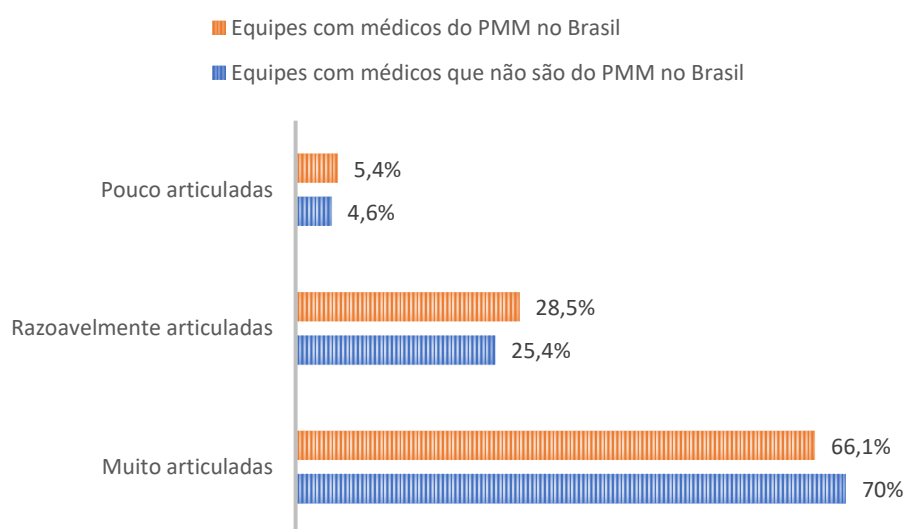
**Figura 12.2 – Análise da competência *Abertura à Transformação do Conhecimento e da Prática* (quanto ao recebimento de estudantes, professores e/ou pesquisadores pelas equipes que possuem médicos do PMM) – por Região do Brasil**



Fonte: Elaborado pela autora.

Na análise da competência *Abertura à Transformação do Conhecimento e da Prática em nível de Brasil*, no que tange a “atividades desenvolvidas pelos estudantes, professores e pesquisadores estarem articuladas com o processo de trabalho da equipe da unidade”, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=16,153$ ;  $p<0,001$ ), demonstrando que os as equipes que não possuem médicos do PMM têm atividades mais articuladas com os processos de trabalho da unidade (70%) quando comparadas às equipes com médicos que são do PMM (66,1%). Demonstra, ainda, que as equipes que possuem médicos que são do PMM têm mais atividades razoavelmente articuladas (28,5%) do que as equipes que não possuem médicos no PMM (25,4%), conforme mostra o Gráfico 13.

**Gráfico 13 – Análise da competência *Abertura à Transformação do Conhecimento e da Prática* (quanto a articulação das atividades com o processo de trabalho) – Brasil**

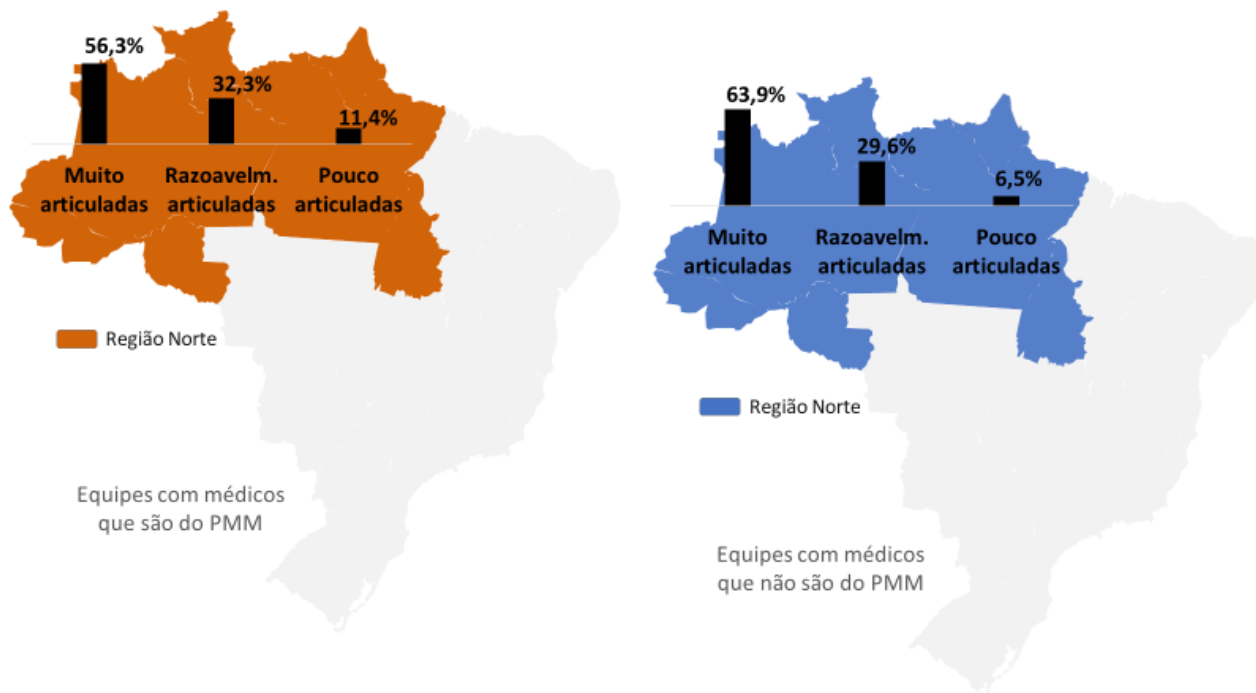


Fonte: Elaborado pela autora.

Na análise da competência *Abertura à Transformação do Conhecimento e da Prática em nível de regiões do Brasil*, no que tange a “atividades desenvolvidas pelos estudantes, professores e pesquisadores estarem articuladas com o processo de trabalho da equipe da unidade”, conforme mostra a Figura 13, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=8,119$ ;  $p<0,05$ ) apenas para a região Norte, demonstrando que as equipes que não possuem médicos do PMM têm atividades mais articuladas com os processos de trabalho da unidade (63,9%) quando comparadas às equipes com médicos que são do PMM (56,3%). Demonstra, ainda, que as

equipes que possuem médicos que são do PMM têm mais atividades razoavelmente articuladas (32,3%) do que as equipes que não possuem médicos no PMM (29,6%).

**Figura 13 – Análise da competência *Abertura à Transformação do Conhecimento e da Prática* (quanto a articulação das atividades com o processo de trabalho) – por Região do Brasil**



**Regiões que não apresentaram diferença significativa no teste**

	Nordeste			Centro-Oeste		
	Muito articuladas	Razoavelmente articuladas	Pouco articuladas	Muito articuladas	Razoavelmente articuladas	Pouco articuladas
<b>Equipes com médicos que não são do PMM</b>	71,8%	24,2%	4%	68%	27,1%	4,9%
<b>Equipes com médicos do PMM</b>	69,1%	27,2%	3,7%	65,2%	27,5%	7,3%
	$X^2=4,231; p=0,121$			$X^2=1,808; p=0,405$		

**Regiões que não apresentaram diferença significativa no teste**

	Sudeste			Sul		
	Muito articuladas	Razoavelmente articuladas	Pouco articuladas	Muito articuladas	Razoavelmente articuladas	Pouco articuladas
<b>Equipes com médicos que não são do PMM</b>	70,3%	24,7%	5%	69,1%	26,7%	4,2%
<b>Equipes com médicos do PMM</b>	67,3%	27,2%	5,5%	63,7%	31,5%	4,8%
	$X^2=2,468; p=0,291$			$X^2=4,924; p=0,085$		

Fonte: Elaborado pela autora.

### 4.3.3 Formação para o Contexto de Atuação

Para a competência *Formação para o Contexto de Atuação*, analisou-se uma questão do módulo II do PMAQ que discorre sobre: o médico “Possui quais destes processos de formação?”. Analisaram-se quatro blocos de formações possíveis: Especialização, Residência e Mestrado em Medicina de Família e Comunidade; Especialização, Residência, Mestrado e Doutorado em Saúde da Família; Especialização, Residência, Mestrado e Doutorado em Saúde Pública/Coletiva; e Possui outra Especialização, Possui outra Residência, Possui outro Mestrado e Possui outro Doutorado. As possibilidades de resposta foram: “Não possuo”, “Concluído”, “Em curso” e “Não se aplica”, sendo esta última não considerada para a análise.

Na análise da competência *Formação para o Contexto de Atuação em nível de Brasil*, no que tange ao bloco de formação em “Medicina de Família e Comunidade” o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=19,542$ ;  $p<0,001$ ) apenas para “Especialização” demonstrando que o maior número de médicos das equipes que não possuem médicos do PMM é de “Especialista em Medicina de Família e Comunidade” tendo o curso concluído (22,1%) quando comparado ao número de médicos das equipes com médicos que são do PMM (17,5%). Porém, maior número de médicos das equipes com médicos do PMM está cursando esta especialização (9,8%) em comparação com os médicos das equipes que não possuem médicos do PMM (3,3%), conforme mostra o Gráfico 14.

Ainda para a análise da competência *Formação para o Contexto de Atuação em nível de Brasil*, no que tange ao bloco de formação em “Medicina de Família e Comunidade”, o teste Chi-Quadrado não apresentou diferença significativa para “Residência” ( $X^2=3,877$ ;  $p=0,144$ ), observando-se que 9,5% dos médicos das equipes que não possuem médicos do PMM, que 5,8% dos médicos das equipes que possuem médicos do PMM e que 89,2% dos médicos das equipes que não possuem médicos do PMM não possuem esta formação, assim como 92,4% dos médicos das equipes que possuem médicos do PMM. O teste também não apresentou diferença significativa para “Mestrado” ( $X^2 = 0,939$ ;  $p=0,625$ ), observando-se que 0,8% dos médicos das equipes que não possuem médicos do PMM, 1,1% dos médicos das equipes que possuem médicos do PMM e 99% dos médicos das equipes que não possuem médicos do PMM não possuem esta formação, assim como 98,9% dos médicos das equipes que possuem médicos do PMM.

Na análise da competência *Formação para o Contexto de Atuação em nível de Brasil* no que tange ao bloco de formação em “Saúde da Família” o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=65,325$ ;  $p<0,001$ ) apenas para a “Especialização”, demonstrando que maior número de médicos das equipes que não possuem médicos do PMM é “Especialista em Saúde da Família”, tendo o curso concluído (28,2%) em comparação com os médicos das equipes com médicos que são do PMM (16,4%). Porém, maior número de médicos das equipes com médicos do PMM está cursando esta especialização (20,7%) em comparação com os médicos das equipes que não possuem médicos do PMM (5,1%), conforme mostra o Gráfico 14.

Ainda para a análise da competência *Formação para o Contexto de Atuação em nível de Brasil* no que tange ao bloco de formação em “Saúde da Família”, o teste Chi-Quadrado não apresentou diferença significativa para “Residência” ( $X^2=1,062$ ;  $p=0,588$ ), observando-se a conclusão de que 5,9% dos médicos das equipes que possuem médicos do PMM, 3,1% dos médicos das equipes que não possuem médicos do PMM e 96,1% dos médicos das equipes que não possuem médicos do PMM não possuem esta formação, assim como 92,6% dos médicos das equipes que possuem médicos do PMM. O teste também não apresentou diferença significativa para “Mestrado” ( $X^2=2,405$ ;  $p=0,300$ ), observando-se conclusão de que 0,8% dos médicos das equipes que não possuem médicos do PMM, 0% dos médicos das equipes que possuem médicos do PMM e 99,2% dos médicos das equipes que não possuem médicos do PMM não possuem esta formação, assim como 98,5% dos médicos das equipes que possuem médicos do PMM. Por fim, o teste também não apresentou diferença significativa para “Doutorado” ( $X^2=1,650$ ;  $p=0,438$ ), observando-se conclusão de que 0,1% dos médicos das equipes que não possuem médicos do PMM, 0,4% dos médicos das equipes que possuem médicos do PMM e 99,5% dos médicos das equipes que não possuem médicos do PMM não possuem esta formação, assim como 99,6% dos médicos das equipes que possuem médicos do PMM.

Para a análise da competência *Formação para o Contexto de Atuação em nível de Brasil*, no que tange ao bloco de formação em “Saúde Pública/Coletiva”, o teste Chi-Quadrado não apresentou diferença significativa para nenhum dos graus de formação. Para “Especialização” ( $X^2=2,579$ ;  $p=0,275$ ), observando-se conclusão de que 9,2% dos médicos das equipes que não possuem médicos do PMM, 9,8% dos médicos das equipes que possuem médicos do PMM e 89,2% dos médicos das equipes que não possuem médicos do PMM não possuem esta formação, assim como 86,9% dos médicos das equipes que possuem médicos do PMM. Para

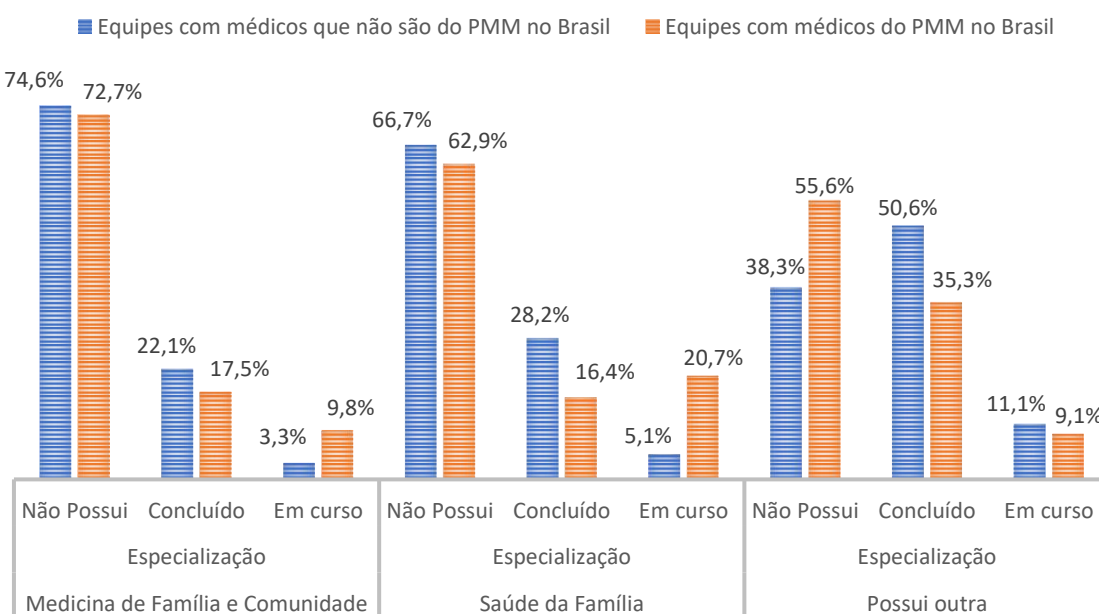
“Residência” ( $X^2=4,176$ ;  $p=0,124$ ), observou-se conclusão de que 0,4% dos médicos das equipes que possuem médicos do PMM, 1,2% dos médicos das equipes que não possuem médicos do PMM e 98,8% dos médicos das equipes que não possuem médicos do PMM não possuem esta formação, assim como 99,3% dos médicos das equipes que possuem médicos do PMM. O teste também não apresentou diferença significativa para “Mestrado” ( $X^2=1,183$ ;  $p=0,553$ ), observando-se a conclusão de que 1,0% dos médicos das equipes que não possuem médicos do PMM, 1,8% dos médicos das equipes que possuem médicos do PMM e 97,9% dos médicos das equipes que não possuem médicos do PMM não possuem esta formação, assim como 97,5% dos médicos das equipes que possuem médicos do PMM. Por fim, o teste também não apresentou diferença significativa para “Doutorado” ( $X^2=1,221$ ;  $p=0,543$ ), observando-se conclusão de que 0,3% dos médicos das equipes que não possuem médicos do PMM, 0,7% dos médicos das equipes que possuem médicos do PMM e 99,5% dos médicos das equipes que não possuem médicos do PMM não possuem esta formação, assim como 98,9% dos médicos das equipes que possuem médicos do PMM.

Na análise da competência *Formação para o Contexto de Atuação em nível de Brasil* no que tange ao bloco de formação “Possui outra Especialização”, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=25,152$ ;  $p<0,001$ ) apenas para a “Especialização”, demonstrando que maior número de médicos das equipes que não possuem médicos do PMM possui “Outra Especialização” tendo o curso concluído (50,6%) em comparação com os médicos das equipes com médicos que são do PMM (35,3%) e que menor número de médicos das equipes com médicos do PMM estão cursando outra especialização (9,1%) em comparação com os médicos das equipes que não possuem médicos do PMM (11,1%), conforme mostra o Gráfico 14.

Ainda para a análise da competência *Formação para o Contexto de Atuação em nível de Brasil* no que tange ao bloco “Possui outra Residência”, o teste Chi-Quadrado não apresentou diferença significativa ( $X^2=1,062$ ;  $p=0,588$ ), observando-se que 28,6% dos médicos das equipes que possuem médicos do PMM possuem “outra Residência”, 24,4% dos médicos das equipes que não possuem médicos do PMM e 71,4% dos médicos das equipes que não possuem médicos do PMM não possuem “Outra Residência”, assim como 75,6% dos médicos das equipes que possuem médicos do PMM. Também para o bloco “Possui outro Mestrado”, o teste Chi-Quadrado não apresentou diferença significativa ( $X^2=1,888$ ;  $p=0,169$ ), observando-se que 10,5% dos médicos das equipes que possuem médicos do PMM possuem outro “Mestrado”, bem como 7,8% dos médicos das equipes que não possuem médicos do PMM e que 92,2% dos

médicos das equipes que não possuem médicos do PMM não possuem outro “Mestrado”, assim como 89,5% dos médicos das equipes que possuem médicos do PMM. Por fim, para o bloco “Possui outro Doutorado”, o teste Chi-Quadrado não apresentou diferença significativa ( $X^2=0,003$ ;  $p=0,955$ ), observando-se que 2,5% dos médicos das equipes que possuem médicos do PMM possuem outro doutorado, 2,5% dos médicos das equipes que não possuem médicos do PMM e 97,5% dos médicos das equipes que não possuem médicos do PMM não possuem outro doutorado, assim como 97,5% dos médicos das equipes que possuem médicos do PMM.

**Gráfico 14 – Análise da competência *Formação para o Contexto de Atuação* – Brasil**

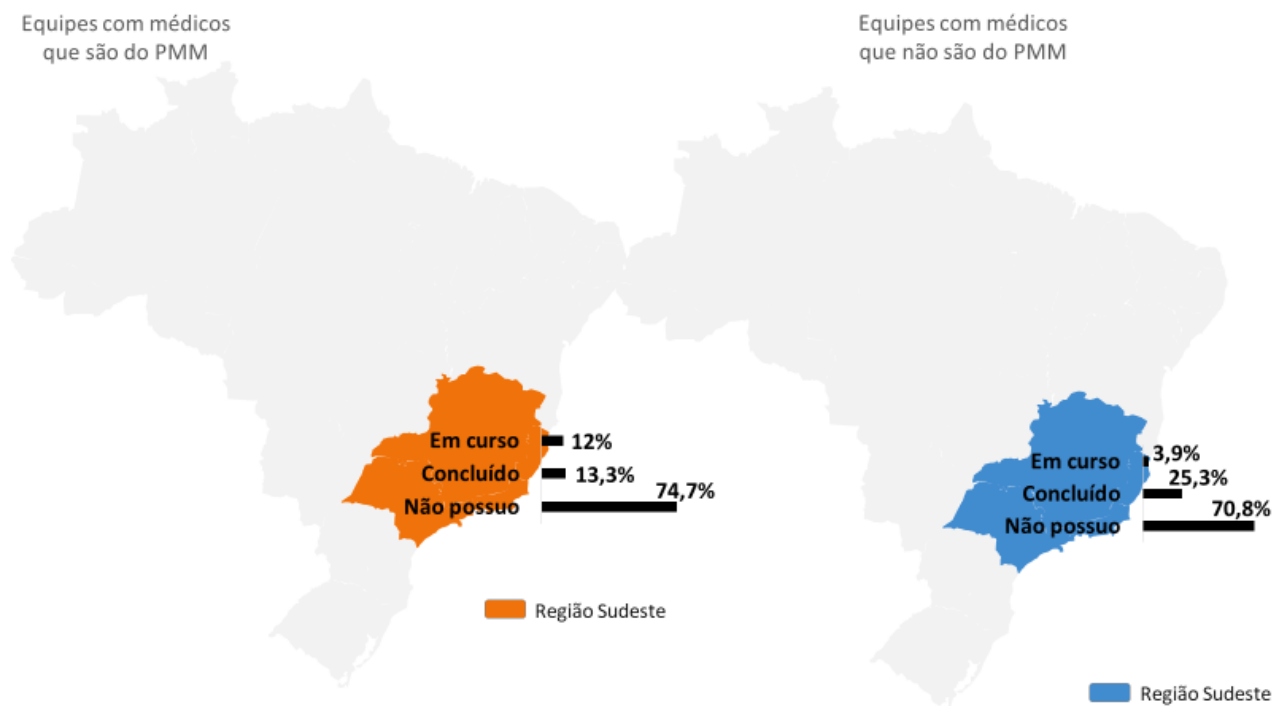


Fonte: Elaborado pela autora.

Na análise da competência *Formação para o Contexto de Atuação em nível de regiões do Brasil* no que tange ao bloco “Formação em Medicina de Família e Comunidade”, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=11,663$ ;  $p<0,001$ ) apenas para “Especialização” e somente para a região Sudeste, demonstrando que maior número de médicos das equipes que não possuem médicos do PMM é de “Especialista em Medicina de Família e Comunidade”, tendo o curso concluído (25,3%) em comparação com os médicos das equipes com médicos que são do PMM (13,3%). Porém, maior número de médicos das equipes com

médicos do PMM está cursando esta especialização (12%) em comparação com os médicos das equipes que não possuem médicos do PMM (3,9%), conforme mostra a Figura 14.1.

**Figura 14.1 – Análise da competência *Formação para o Contexto de Atuação* (Especialização em Medicina de Família e Comunidade) – por Região do Brasil**



	Regiões que não apresentaram diferença significativa no teste					
	Norte			Nordeste		
	Não possui	Concluído	Em curso	Não possui	Concluído	Em curso
Equipes com médicos que não são do PMM	90,1%	9,9%	0%	83,4%	12,9%	3,7%
Equipes com médicos do PMM	80,7%	15,8%	3,5%	71,4%	18,6%	10%
	$\chi^2=3,709$ ; $p=0,157$			$\chi^2=5,475$ ; $p=0,065$		

	Regiões que não apresentaram diferença significativa no teste					
	Centro-Oeste			Sul		
	Não possui	Concluído	Em curso	Não possui	Concluído	Em curso
Equipes com médicos que não são do PMM	79,6%	18,4%	2%	63,4%	33,3%	3,3%
Equipes com médicos do PMM	64,3%	14,3%	21,4%	66,7%	26,7%	6,7%
	$\chi^2=8,107$ ; $p=0,017$			$\chi^2=1,440$ ; $p=0,487$		

Fonte: Elaborada pela autora.

Na análise da competência *Formação para o Contexto de Atuação em nível de regiões do Brasil* no que tange ao bloco “Formação em Saúde Pública/Coletiva”, o teste Chi-Quadrado não apresentou diferença significativa para nenhuma das variáveis.

Na análise da competência *Formação para o Contexto de Atuação em nível de regiões do Brasil* no que tange ao bloco “Formação em Saúde da Família”, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa apenas para “Especialização” e somente para as regiões Nordeste ( $X^2=24,866$ ;  $p<0,001$ ), Sudeste ( $X^2=21,740$ ;  $p<0,001$ ) e Sul ( $X^2=15,521$ ;  $p<0,001$ ), conforme mostra a Figura 14.2

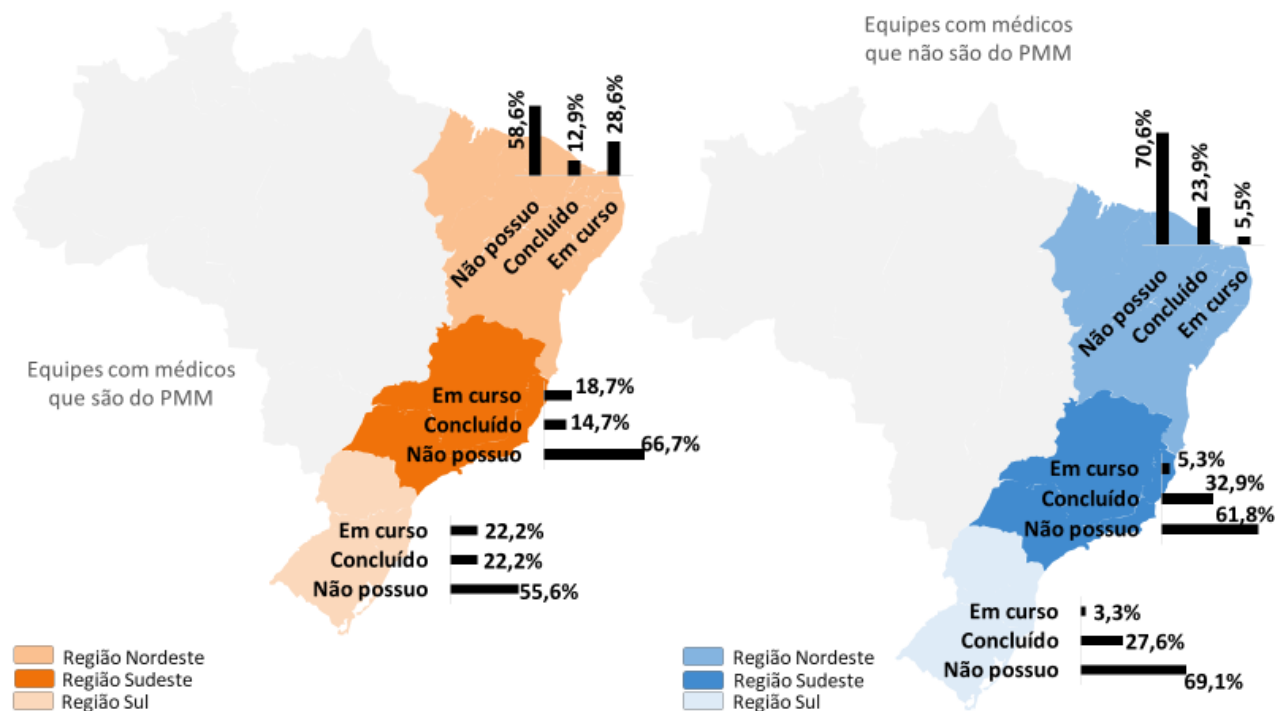
Para a região Nordeste, o maior número de médicos das equipes que não possuem médicos do PMM é de “Especialista em Saúde da Família”, tendo o curso concluído (23,9%) em comparação com os médicos das equipes com médicos que são do PMM (12,9%). Porém, maior número de médicos das equipes com médicos do PMM está cursando esta especialização (28,6%) em comparação com os médicos das equipes que não possuem médicos do PMM (5,5%). E, ainda, um maior número de médicos das equipes que não possuem médicos do PMM (70,6%) não possui especialização em Saúde da Família em comparação com os médicos das equipes que possuem médicos do PMM (58,6%).

Para a região Sudeste, o maior número de médicos das equipes que não possuem médicos do PMM é de “Especialista em Saúde da Família”, tendo o curso concluído (32,9%) em comparação com os médicos das equipes com médicos que são do PMM (14,7%). Porém, maior número de médicos das equipes com médicos do PMM está cursando esta especialização (18,7%) em comparação com os médicos das equipes que não possuem médicos do PMM (5,3%). E ainda, um maior número de médicos das equipes que possuem médicos do PMM (66,7%) não possui especialização em Saúde da Família em comparação com os médicos das equipes que não possuem médicos do PMM (61,8%).

Por fim, para a região Sul, o maior número de médicos das equipes que não possuem médicos do PMM é de “Especialista em Saúde da Família”, tendo o curso concluído (27,6%) em comparação com os médicos das equipes com médicos que são do PMM (22,2%). Porém, maior número de médicos das equipes com médicos do PMM está cursando esta especialização (22,2%) em comparação com os médicos das equipes que não possuem médicos do PMM (3,3%). E, ainda, um maior número de médicos das equipes que não possuem médicos do PMM

(69,1%) não possui especialização em Saúde da Família em comparação com os médicos das equipes que possuem médicos do PMM (55,6%).

**Figura 14.2 – Análise da competência *Formação para o Contexto de Atuação* (Especialização em Saúde da Família) – por Região do Brasil**



Regiões que não apresentaram diferença significativa no teste

	Norte			Centro-Oeste		
	Não possui	Concluído	Em curso	Não possui	Concluído	Em curso
Equipes com médicos que não são do PMM	71,8%	23,9%	4,2%	75,5%	16,3%	8,2%
Equipes com médicos do PMM	61,4%	24,6%	14%	78,6%	3,6%	17,9%
	$\chi^2=4,057$ ; $p=0,132$			$\chi^2=3,934$ ; $p=0,140$		

Fonte: Elaborada pela autora.

Na análise da competência *Formação para o Contexto de Atuação em nível de regiões do Brasil*, conforme mostra a Figura, 14.3, no que tange ao bloco de formação referentes a “outros cursos”, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $\chi^2=21,345$ ;  $p<0,001$ ) para a Especialização apenas na região Nordeste, demonstrando que maior número de médicos das equipes que não possuem médicos do PMM possui outra especialização, tendo o curso

concluído (53,4%) em comparação com os médicos das equipes com médicos que são do PMM (22,9%) e, também, maior número de médicos das equipes que não possuem médicos do PMM está cursando alguma especialização (12,3%) em comparação com os médicos das equipes que possuem médicos do PMM (11,4%).

**Figura 14.3 – Análise da competência Formação para o Contexto de Atuação (Outra Especialização) – por Região do Brasil**



**Regiões que não apresentaram diferença significativa no teste**

	Norte			Centro-Oeste		
	Não possui	Concluído	Em curso	Não possui	Concluído	Em curso
<b>Equipes com médicos que não são do PMM</b>	28,2%	59,2%	12,7%	36,7%	53,1%	10,2%
<b>Equipes com médicos do PMM</b>	43,9%	47,4%	8,8%	60,7%	35,7%	3,6%
	$\chi^2=3,470$ ; $p=0,176$			$\chi^2=4,407$ ; $p=0,110$		

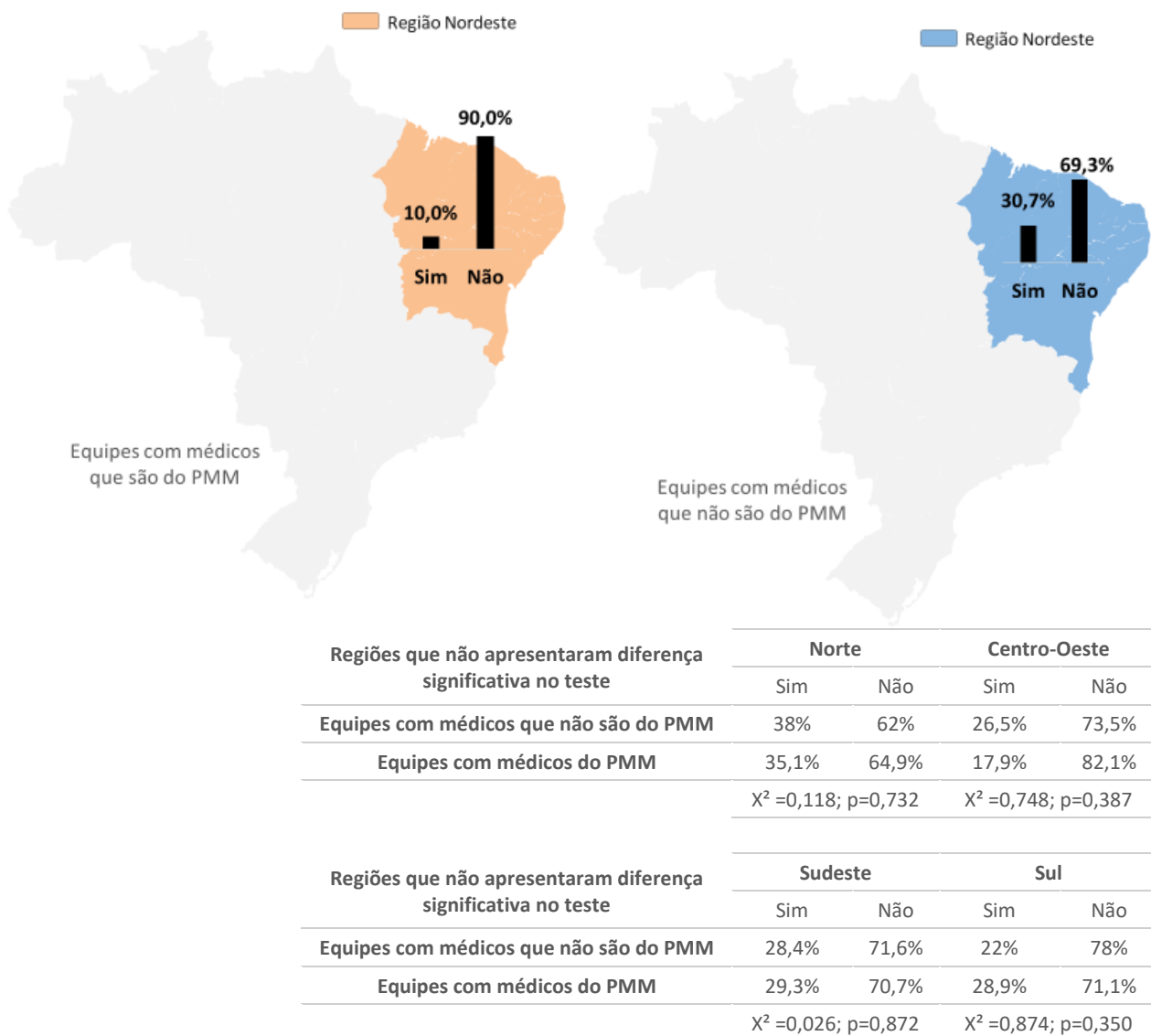
**Regiões que não apresentaram diferença significativa no teste**

	Sudeste			Sul		
	Não possui	Concluído	Em curso	Não possui	Concluído	Em curso
<b>Equipes com médicos que não são do PMM</b>	39,6%	48,2%	12,3%	46,3%	48%	5,7%
<b>Equipes com médicos do PMM</b>	54,7%	34,7%	10,7%	53,3%	40%	6,7%
	$\chi^2=5,965$ ; $p=0,051$			$\chi^2=0,843$ ; $p=0,656$		

Fonte: Elaborada pela autora.

Na análise da competência *Formação para o Contexto de Atuação em nível de regiões do Brasil*, conforme mostra a Figura, 14.4, no que tange ao bloco “Formação referentes a outros cursos”, o teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=11,328$ ;  $p<0,001$ ) para “Residência” apenas na região Nordeste, demonstrando que maior número de médicos das equipes que não possuem médicos do PMM possui outra residência concluída (30,7%) em comparação com os médicos das equipes com médicos que são do PMM (10%).

**Figura 14.4 – Análise da competência *Formação para o Contexto de Atuação (Outra Residência)* – por Região do Brasil**



Fonte: Elaborada pela autora.

#### 4.4 SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

A categoria de análise *Satisfação do Usuário* discute duas competências: Satisfação Quanto ao Atendimento Médico e Satisfação Quanto ao Atendimento da Equipe.

Essas competências são representações das habilidades descritas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais e foram analisadas tomando como referências questões do instrumento de coleta de dados presentes nas dimensões constates no Módulo III (referente à entrevista na Unidade de Saúde com o usuário).

Foram analisadas questões advindas das seguintes dimensões do instrumento: Vínculo, Responsabilização e Coordenação do Cuidado bem como Satisfação com o Cuidado. As correlações entre as dimensões do instrumento às quais as questões de análise pertencem e as competências trabalhadas nesta seção podem ser observadas no Quadro 7.

**Quadro 7 – Categoria Satisfação do Usuário: dimensões dos módulos do PMAQ versus competências analisadas**

Módulo do instrumento do PMAQ	Dimensão do instrumento do PMAQ	Questão do instrumento do PMAQ	Competências analisadas
Módulo III	Vínculo, Responsabilização e Coordenação do Cuidado	O(a) senhor (a) acha que o tempo de consulta com o médico é suficiente?	Satisfação quanto ao Atendimento Médico
		De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a satisfação com o cuidado recebido pelo(a) médico(a)?	
	Satisfação com o Cuidado	Caso o senhor tivesse a opção, mudaria de equipe ou unidade de saúde?	Satisfação quanto ao Atendimento da Equipe
		O(a) senhor(a) recomendaria esta unidade de saúde para um amigo ou familiar?	
		Na sua opinião, o cuidado que o(a) senhor(a) recebe da equipe de saúde é?	

Fonte: elaborado pela autora.

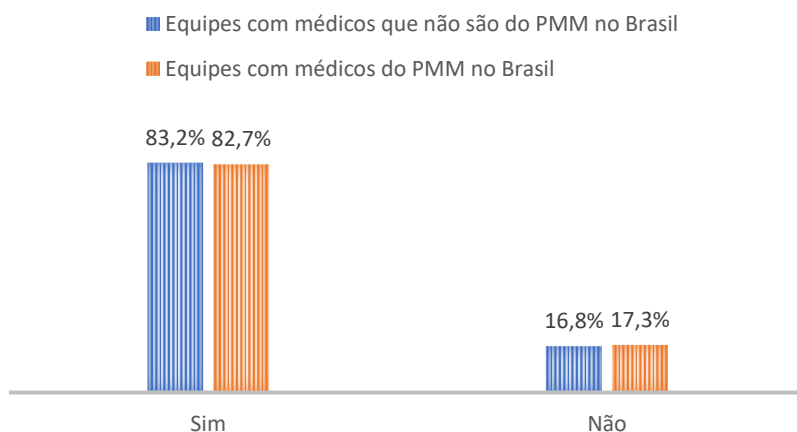
Estabelecem-se abaixo as análises dos dados de cada uma das competências isoladamente, tratando os dados advindos de cada uma das questões do instrumento referentes a ela, sempre na segmentação em nível de Brasil e, posteriormente, em nível de regiões do Brasil.

#### 4.4.1 Satisfação quanto ao Atendimento Médico

Para a competência *Satisfação quanto ao Atendimento Médico* analisaram-se duas questões do módulo III do PMAQ. A primeira questiona ao usuário: “O(a) senhor(a) acha que o tempo de consulta com o médico é suficiente?”, para a qual as possibilidades de resposta foram: “Sim”, “Não” e “Não sabe/não respondeu”, sendo esta última não foi considerada para a análise. A segunda questiona ao usuário: “De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a satisfação com o cuidado recebido pelo(a) médico(a)?”, para a qual as possibilidades de resposta foram: “0”, “1”, “2”, “3”, “4”, “5”, “6”, “7”, “8”, “9”, “10” e “Não se aplica se não tiver médico”, sendo esta última não considerada para a análise.

Na análise da competência *Satisfação quanto ao Atendimento Médico em nível de Brasil*, no que tange “ao tempo de consulta com o médico ser ou não suficiente”, o resultado do teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=5,420$ ;  $p<0,05$ ), demonstrando que, quanto às equipes que não possuem médicos do PMM os usuários acreditam que o tempo de consulta é mais suficiente (83,2%) em comparação com as equipes com médicos do PMM (82,7%), conforme mostra o Gráfico 15.

**Gráfico 15 – Análise da competência *Satisfação quanto ao Atendimento Médico* (quanto ao tempo de consulta) – Brasil**

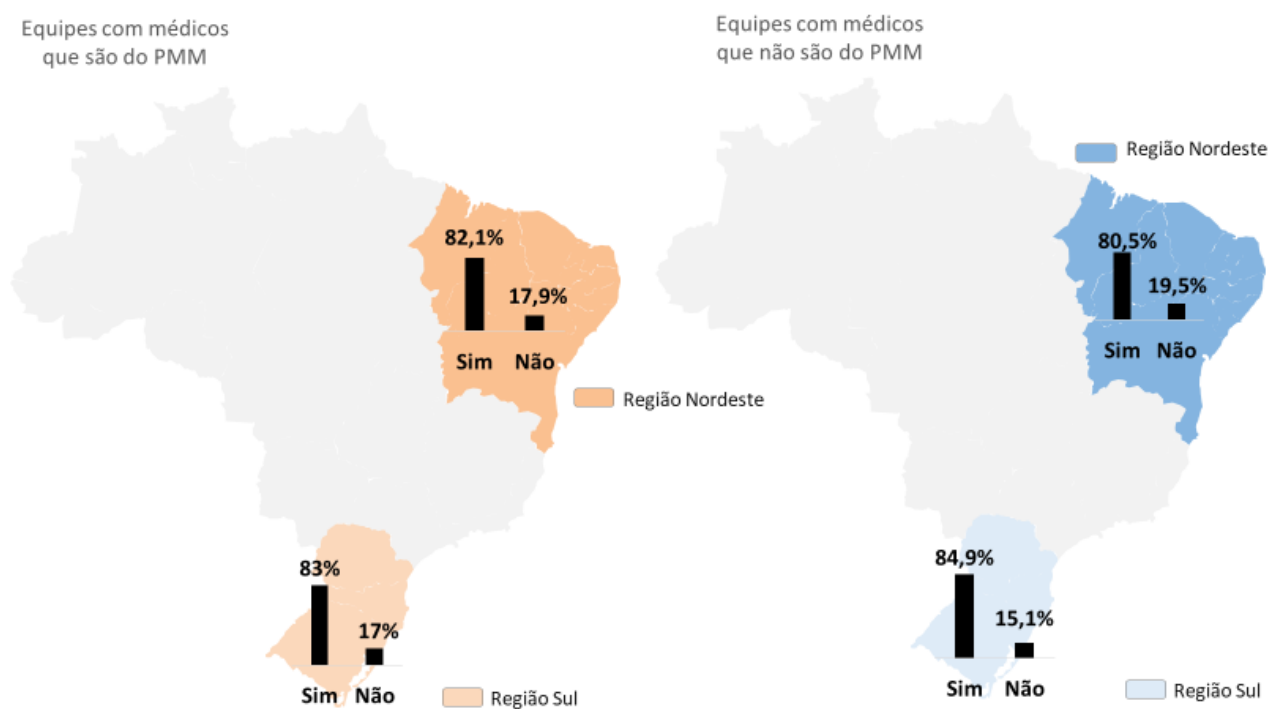


Fonte: Elaborado pela autora.

Na análise da competência *Satisfação quanto ao Atendimento Médico em nível de regiões do Brasil*, no que tange ao “tempo de consulta com o médico ser ou não suficiente”, conforme mostra a Figura 15, o resultado do teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa para

as regiões Nordeste e Sul. Para a região Nordeste, o teste apresentou diferença significativa ( $X^2=7,593$ ;  $p<0,05$ ), demonstrando que, quanto às equipes que possuem médicos do PMM os usuários acreditam que o tempo de consulta é mais suficiente (82,1%) em comparação com as equipes que não possuem médicos do PMM (80,5%). Para a região Sul, o teste apresentou diferença significativa ( $X^2=6,971$ ;  $p<0,05$ ), demonstrando que, quanto às equipes que não possuem médicos do PMM, os usuários acreditam que o tempo de consulta é mais suficiente (84,9%) em comparação com as equipes que não possuem médicos do PMM (83%).

**Figura 15 – Análise da competência Satisfação quanto ao Atendimento Médico (quanto ao tempo de consulta) – por Região do Brasil**



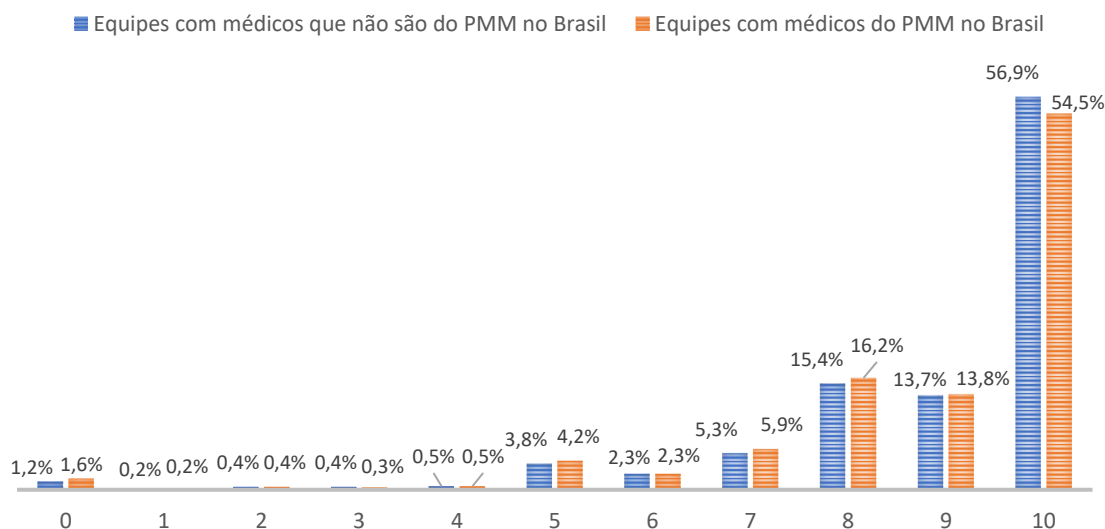
Regiões que não apresentaram diferença significativa no teste	Norte		Centro-Oeste		Sudeste	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Equipes com médicos que não são do PMM	79,1%	20,9%	86,1%	13,9%	85,1%	14,9%
Equipes com médicos do PMM	78%	22%	84,7%	15,3%	84,5%	15,5%
	$X^2 = 0,802$ ; $p=0,370$		$X^2 = 1,433$ ; $p=0,231$		$X^2 = 1,156$ ; $p=0,282$	

Fonte: Elaborada pela autora.

Na análise da competência *Satisfação quanto ao Atendimento Médico em nível de Brasil*, no que tange “a nota atribuída pelo usuário ao atendimento do médico”, o resultado do teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=79,841$ ;  $p<0,001$ ), demonstrando que quanto às equipes que não possuem médicos do PMM, os usuários atribuíram maior número de notas “10” (56,9%) em comparação com as equipes com médicos do PMM (54,5%), conforme mostra o Gráfico 16.

No teste t, tais amostras independentes demonstraram que os usuários atendidos pelos médicos das equipes que não possuem médicos do PMM se sentiram mais satisfeitos com o cuidado recebido pelo médico do que aqueles que foram atendidos pelos médicos das equipes que possuem médicos do PMM ( $M=8,89$  vs.  $8,79$ ),  $t=7,783$ ;  $p < 0,001$ ).

**Gráfico 16 – Análise da competência *Satisfação quanto ao Atendimento Médico* (quanto à nota atribuída ao atendimento) – Brasil**

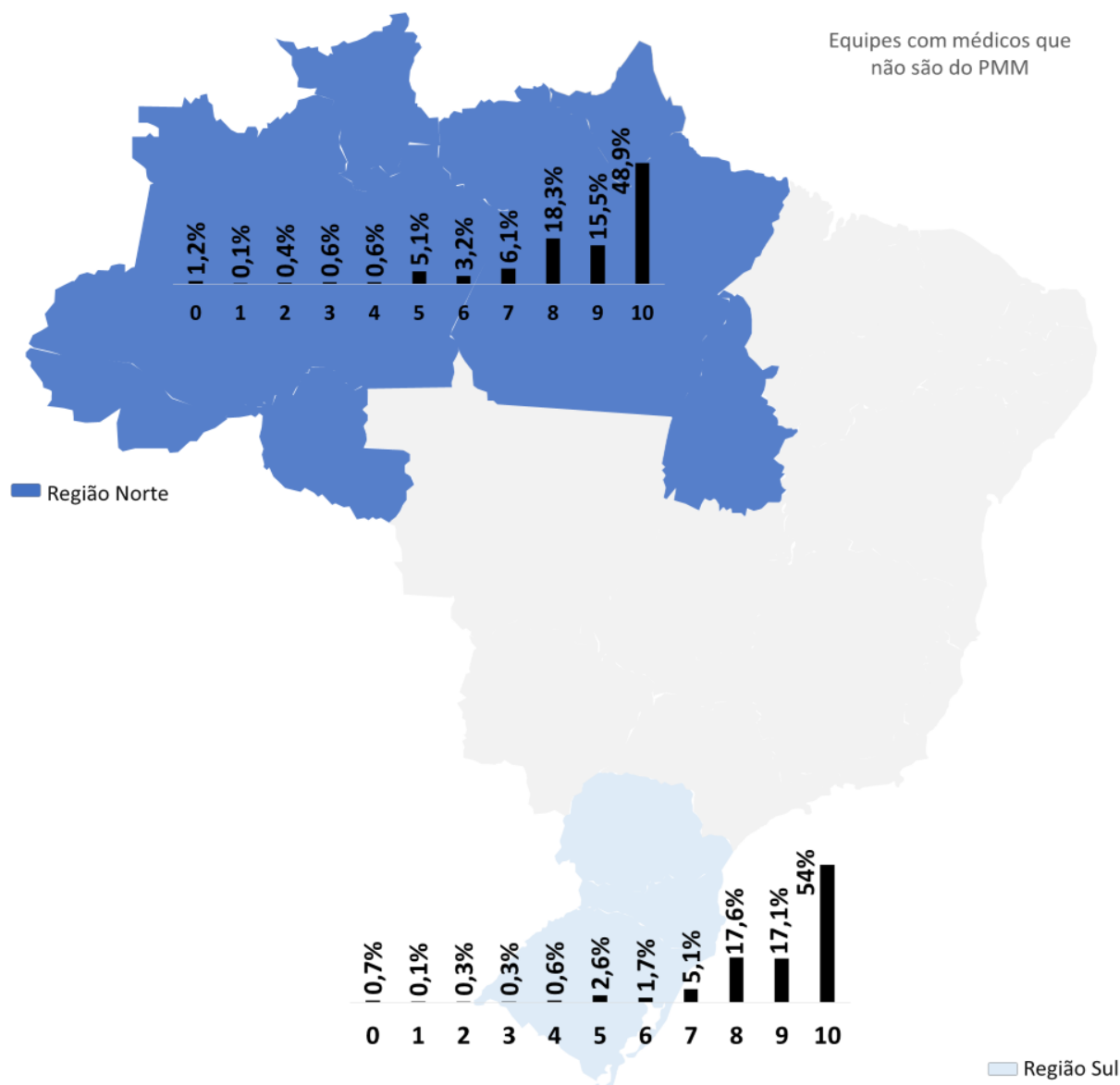


Fonte: Elaborado pela autora.

Na análise da competência *Satisfação quanto ao Atendimento Médico em nível de regiões do Brasil*, no que tange “a nota atribuída pelo usuário ao atendimento do médico das equipes que não possuem médicos do PMM”, o resultado do teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa para as regiões Norte e Sul. Para a região Norte, o teste apresentou diferença significativa ( $X^2=19,215$ ;  $p<0,05$ ), demonstrando que, quanto às equipes que não possuem

médicos do PMM, os usuários atribuíram maior número de notas “10” (48,9%) em comparação com equipes com médicos do PMM (45,9%), conforme mostra a Figura 16.1.

**Figura 16.1 – Análise da competência *Satisfação quanto ao Atendimento Médico* (quanto à nota atribuída ao atendimento feito pelos médicos das equipes que não possuem médicos do PMM) – por Região do Brasil (continua)**



Fonte: Elaborada pela autora.

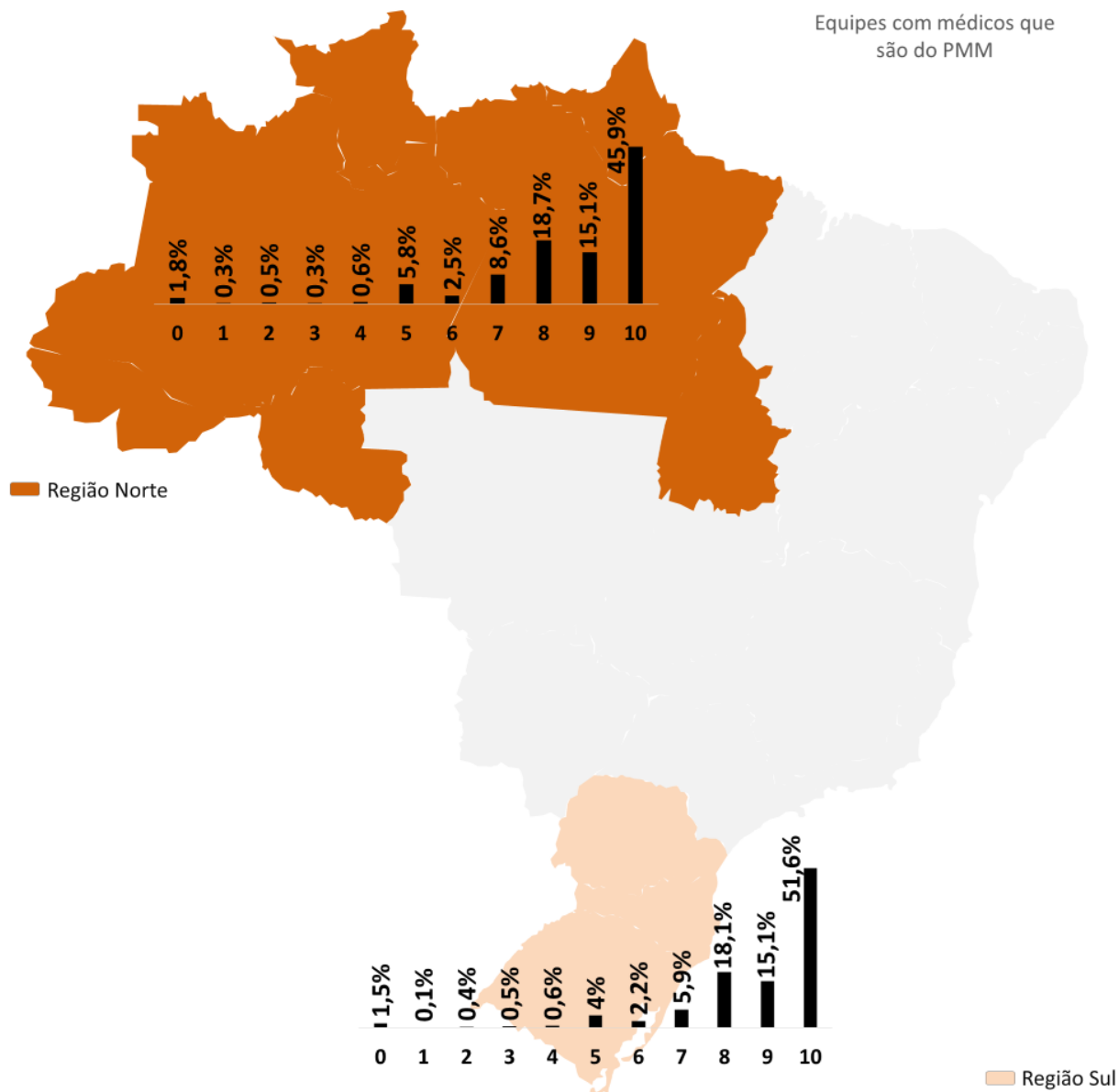
**Figura 16.1 – Análise da competência *Satisfação quanto ao Atendimento Médico* (quanto a nota atribuída ao atendimento feito pelos médicos das equipes que não possuem médicos do PMM) – por Região do Brasil (continuação)**

Regiões que não apresentaram diferença significativa no teste	Nordeste										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Equipes com médicos que não são do PMM	1,6%	0,2%	0,4%	0,3%	0,6%	4%	2,6%	5,7%	15,2%	13,2%	56,2%
Equipes com médicos do PMM	1,8%	0,2%	0,4%	0,3%	0,3%	3,8%	2,4%	5,7%	15,3%	13%	56,9%
$\chi^2=10,730$ ; $p=0,379$											
	Centro-Oeste										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Equipes com médicos que não são do PMM	0,7%	0,1%	0,3%	0,2%	0,3%	3,8%	1,7%	4,8%	14,4%	12,4%	61,2%
Equipes com médicos do PMM	1,4%	0,1%	0,4%	0,2%	0,3%	4,1%	2,2%	4,6%	17%	12,5%	57,2%
$\chi^2=12,727$ ; $p=0,239$											
	Sudeste										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Equipes com médicos que não são do PMM	1,2%	0,2%	0,5%	0,4%	0,5%	4%	2,2%	4,7%	13,9%	12,1%	60,2%
Equipes com médicos do PMM	1,8%	0,2%	0,4%	0,5%	0,7%	4,2%	2,1%	5,3%	14,4%	11,9%	58,5%
$\chi^2=17,084$ ; $p=0,073$											

Fonte: Elaborada pela autora.

Na análise da competência *Satisfação quanto ao Atendimento Médico em nível de regiões do Brasil*, no que tange “a nota atribuída pelo usuário ao atendimento do médico das equipes que possuem médicos do PMM”, conforme mostra a Figura 16.2, o resultado do teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa para as regiões Norte e Sul. Para a região Sul, o teste apresentou diferença significativa ( $\chi^2=51,374$ ;  $p<0,001$ ), demonstrando que, quanto às equipes que não possuem médicos do PMM, os usuários atribuíram maior número de notas “10” (54%), conforme mostra a Figura 16.1, em comparação com as equipes com médicos do PMM (51,6%), conforme mostra a Figura 16.2. Observa-se, assim, que a região Sul apresentou melhores notas gerais quando comparada a região Norte.

**Figura 16.2 – Análise da competência *Satisfação quanto ao Atendimento Médico* (quanto à nota atribuída ao atendimento feito pelos médicos das equipes que possuem médicos do PMM) – por Região do Brasil**



Fonte: Elaborada pela autora.

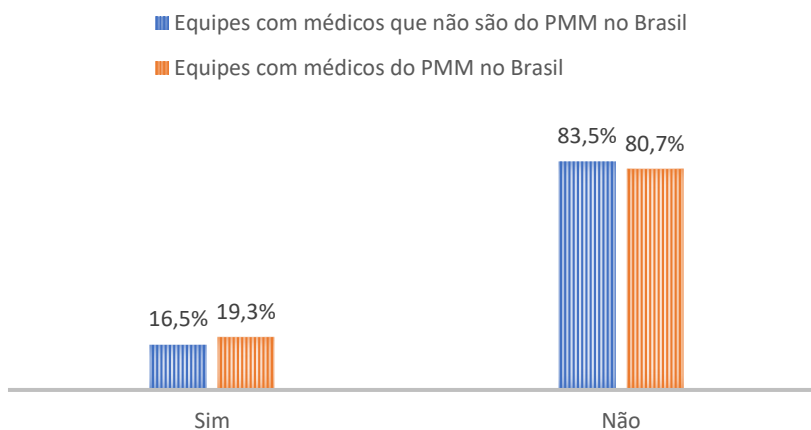
#### 4.4.2 Satisfação quanto ao Atendimento da Equipe

Para a competência *Satisfação quanto ao Atendimento da Equipe*, analisaram-se três questões do módulo III do PMAQ. A primeira questionou ao usuário: “Caso o(a) senhor(a) tivesse a opção, mudaria de equipe ou unidade de saúde”, para a qual as possibilidades de resposta foram:

“Sim” e “Não”. A segunda questionou ao usuário: “O(a) senhor(a) recomendaria esta unidade de saúde para um amigo ou familiar?”, para a qual as possibilidades de resposta foram: “Sim” e “Não”. A terceira questionou ao usuário: “Na sua opinião, o cuidado que o(a) senhor(a) recebe da equipe de saúde é?”, para a qual as possibilidades de resposta foram: “Muito bom”, “Bom”, “Regular”, “Ruim”, “Muito ruim” e “Não sabe/não respondeu/não lembra”, sendo esta última não considerada para a análise.

Na análise da competência *Satisfação quanto ao Atendimento da Equipe em nível de Brasil*, no que tange “à possibilidade do usuário de mudar de equipe”, o resultado do teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=127,124$ ;  $p<0,001$ ), demonstrando que, quanto às equipes que possuem médicos do PMM, mais usuários mudariam de equipe (16,5%) em comparação com as equipes que não possuem médicos do PMM (19,3%), conforme mostra o Gráfico 17.

**Gráfico 17 – Análise da competência *Satisfação quanto ao Atendimento da Equipe* (quanto a opção de mudar de equipe) – Brasil**

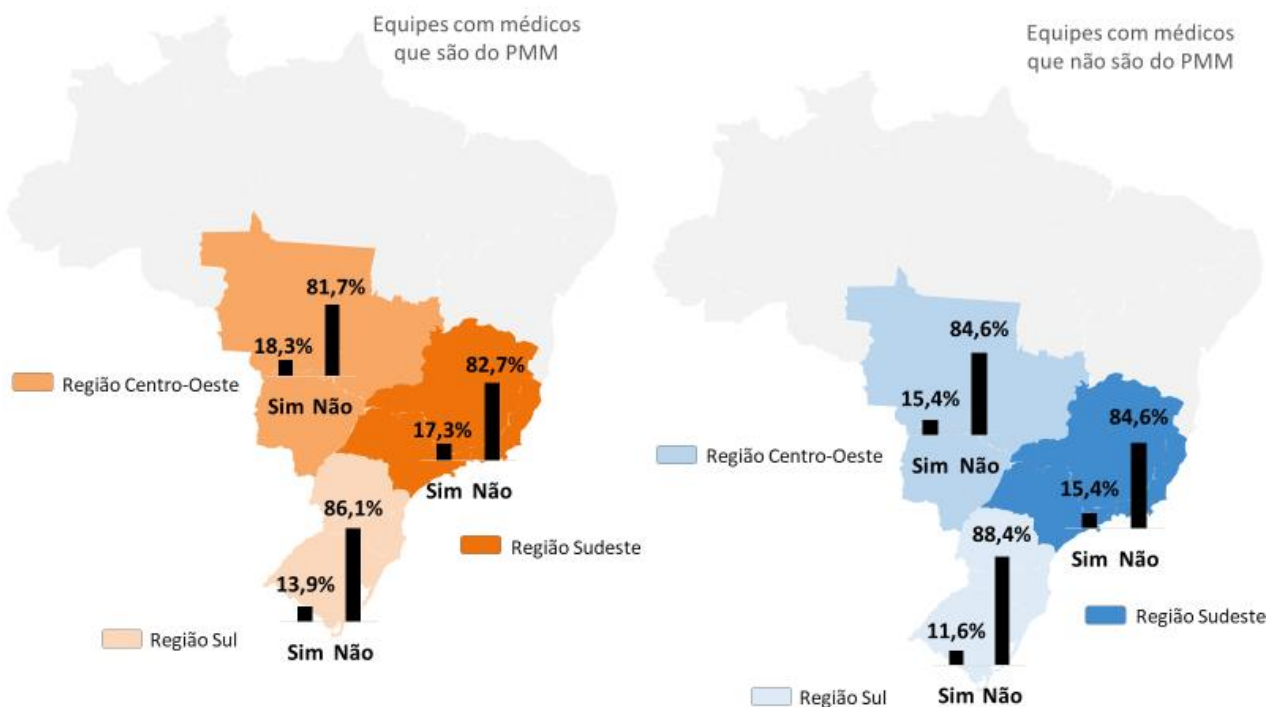


Fonte: Elaborado pela autora.

Na análise da competência *Satisfação quanto ao Atendimento da Equipe em nível de regiões do Brasil*, no que tange “a possibilidade do usuário de mudar de equipe”, o resultado do teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa para as regiões Centro-Oeste ( $X^2=5,822$ ;  $p<0,05$ ), Sudeste ( $X^2=9,939$ ;  $p<0,05$ ) e Sul ( $X^2=12,592$ ;  $p<0,001$ ), conforme mostra a Figura 17. Demonstra para a região Centro-Oeste que, quanto às equipes que possuem médicos do PMM, mais usuários mudariam de equipe (18,3%) em comparação com as equipes que não

possuem médicos do PMM (15,4%). Para a região Sudeste, também se demonstrou que, quanto às equipes que possuem médicos do PMM, mais usuários mudariam de equipe (17,3%) em comparação com as equipes que não possuem médicos do PMM (15,4%). E, por fim, para a região Sul, também se demonstrou que, quanto às equipes que possuem médicos do PMM, mais usuários mudariam de equipe (13,9%) em comparação com as equipes que não possuem médicos do PMM (11,6%).

**Figura 17 – Análise da competência *Satisfação quanto ao Atendimento da Equipe* (quanto a opção de mudar de equipe) – por Região do Brasil**

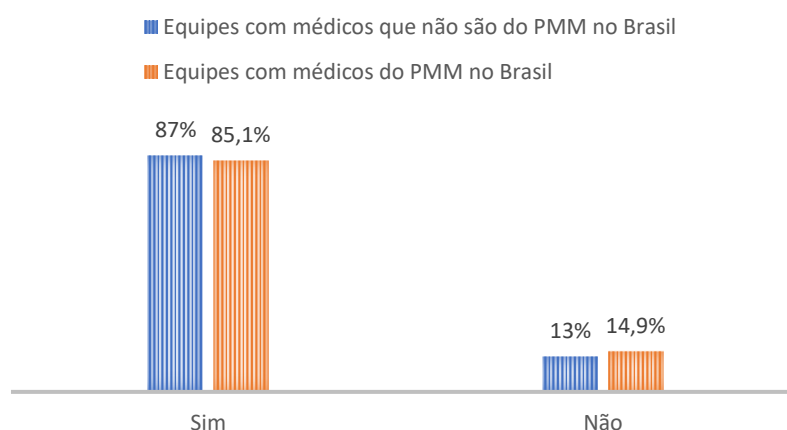


Regiões que não apresentaram diferença significativa no teste	Norte		Nordeste	
	Sim	Não	Sim	Não
Equipes com médicos que não são do PMM	24,7%	75,3%	19,2%	80,8%
Equipes com médicos do PMM	26,3%	73,7%	19,9%	80,1%
	$\chi^2 = 1,396; p = 0,237$		$\chi^2 = 1,438; p = 0,230$	

Fonte: Elaborada pela autora.

Na análise da competência *Satisfação quanto ao Atendimento da Equipe em nível de Brasil*, no que tange “ao usuário recomendar ou não a unidade em que ele é atendido para um amigo ou familiar”, o resultado do teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=69,064$ ;  $p<0,001$ ), demonstrando que, quanto às equipes que não possuem médicos do PMM, mais usuários recomendariam a unidade (87%) em comparação com as equipes que possuem médicos do PMM (85,1%), conforme mostra o Gráfico 18.

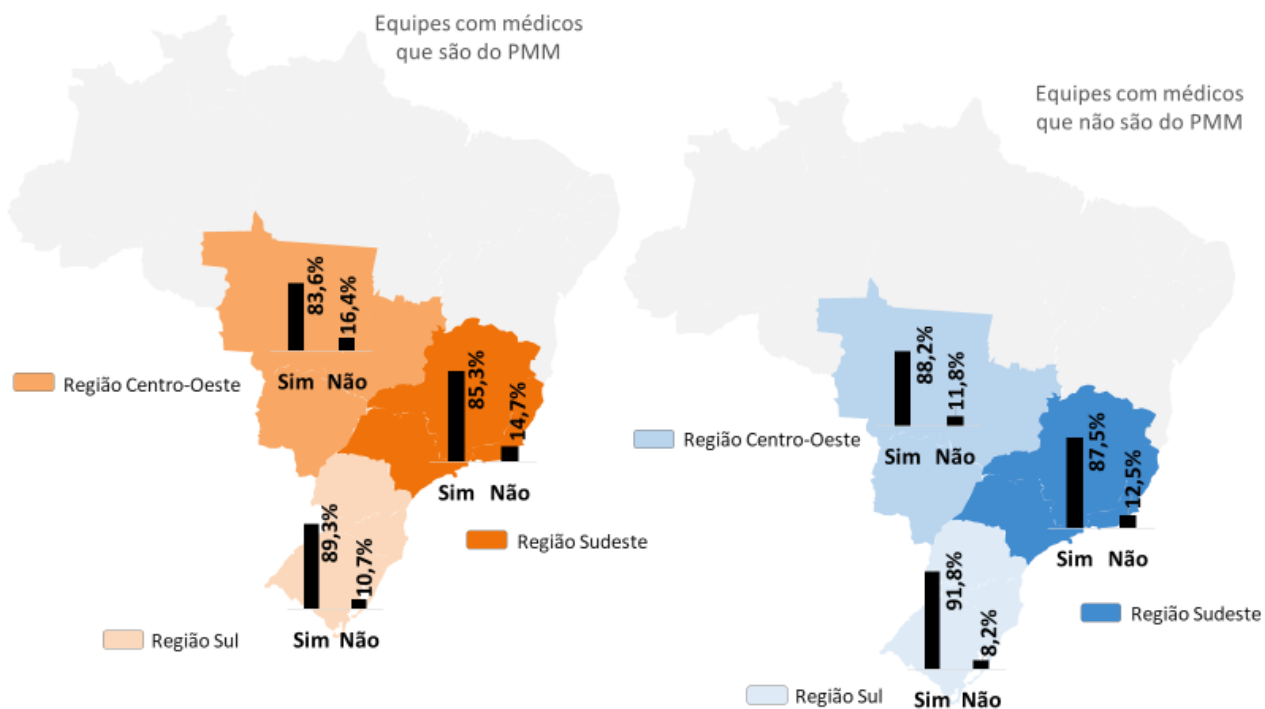
**Gráfico 18 – Análise da competência *Satisfação quanto ao Atendimento da Equipe* (quanto a recomendação da unidade) – Brasil**



Fonte: Elaborado pela autora.

Na análise da competência *Satisfação quanto ao Atendimento da Equipe em nível de regiões do Brasil*, no que tange “ao usuário recomendar ou não a unidade em que ele é atendido para um amigo ou familiar”, o resultado do teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa para as regiões Centro-Oeste ( $X^2= 17,092$ ;  $p<0,001$ ), Sudeste ( $X^2 = 15,031$ ;  $p<0,001$ ) e Sul ( $X^2 = 19,944$ ;  $p<0,001$ ), conforme mostra a Figura 18. Para a região Centro-Oeste, quanto às equipes que não possuem médicos do PMM, menos usuários recomendariam a unidade (88,2%) em comparação com as equipes que possuem médicos do PMM (83,6%). Para a região Sudeste, quanto às equipes que não possuem médicos do PMM, mais usuários recomendariam a unidade (87,5%) em comparação com as equipes que possuem médicos do PMM (85,3%). E, por fim, para a região Sul, quanto às equipes que não possuem médicos do PMM, mais usuários recomendariam a unidade (91,8%) em comparação com as equipes que possuem médicos do PMM (89,3%).

**Figura 18 – Análise da competência *Satisfação quanto ao Atendimento da Equipe* (quanto a recomendação da unidade) – por Região do Brasil**



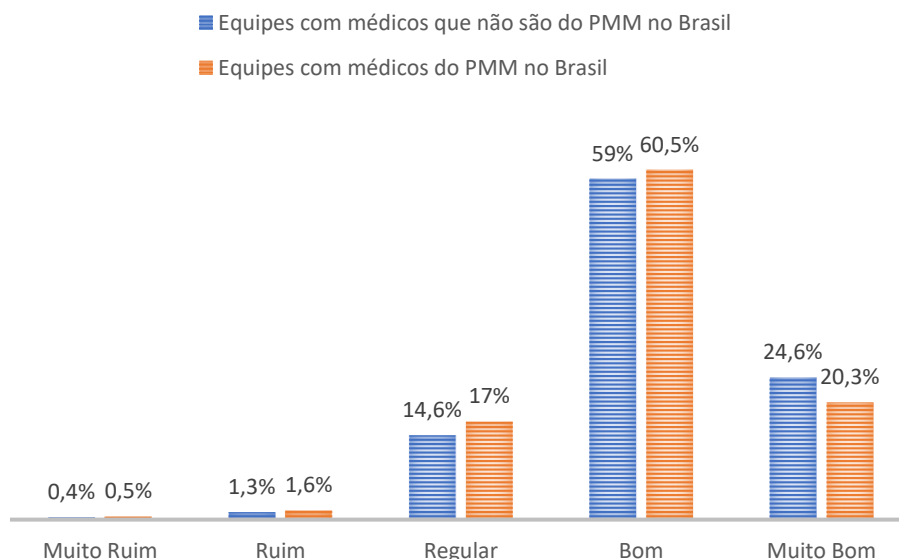
Regiões que não apresentaram diferença significativa no teste	Norte		Nordeste	
	Sim	Não	Sim	Não
Equipes com médicos que não são do PMM	85,3%	14,7%	84,8%	15,2%
Equipes com médicos do PMM	83,8%	16,2%	84,7%	15,3%
	X <sup>2</sup> =1,807; p=0,179		X <sup>2</sup> =0,003; p=0,956	

Fonte: Elaborada pela autora.

Na análise da competência *Satisfação quanto ao Atendimento da Equipe em nível de Brasil*, no que tange “a percepção do usuário sobre o cuidado recebido pela equipe”, o resultado do teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa ( $X^2=292,659$ ;  $p<0,001$ ), demonstrando que, quanto às equipes que não possuem médicos do PMM, mais usuários percebem o cuidado como “muito bom” (24,6%) em comparação com as equipes que possuem médicos do PMM (20,3%). Porém quanto à percepção do cuidado como “bom”, as equipes que possuem médicos do PMM percebem melhor (60,5%) em comparação com as equipes que não possuem médicos do PMM (59%), conforme mostra o Gráfico 19.

O teste t para tais amostras independentes demonstrou que os usuários atendidos pelos médicos das equipes que não possuem médicos do PMM se sentiram mais satisfeitos com o cuidado recebido pela equipe do que aqueles que foram atendidos pelas equipes que possuem médicos do PMM (M=1,94 vs. 2,01),  $t = -16,497$ ;  $p < 0,001$ ). Os respondentes avaliaram sua satisfação por meio de escala likert de 5 pontos, que varia entre “muito bom” (valor 1) até “muito ruim” (valor 5).

**Gráfico 19 – Análise da competência *Satisfação quanto ao Atendimento da Equipe* (quanto ao cuidado recebido) – Brasil**

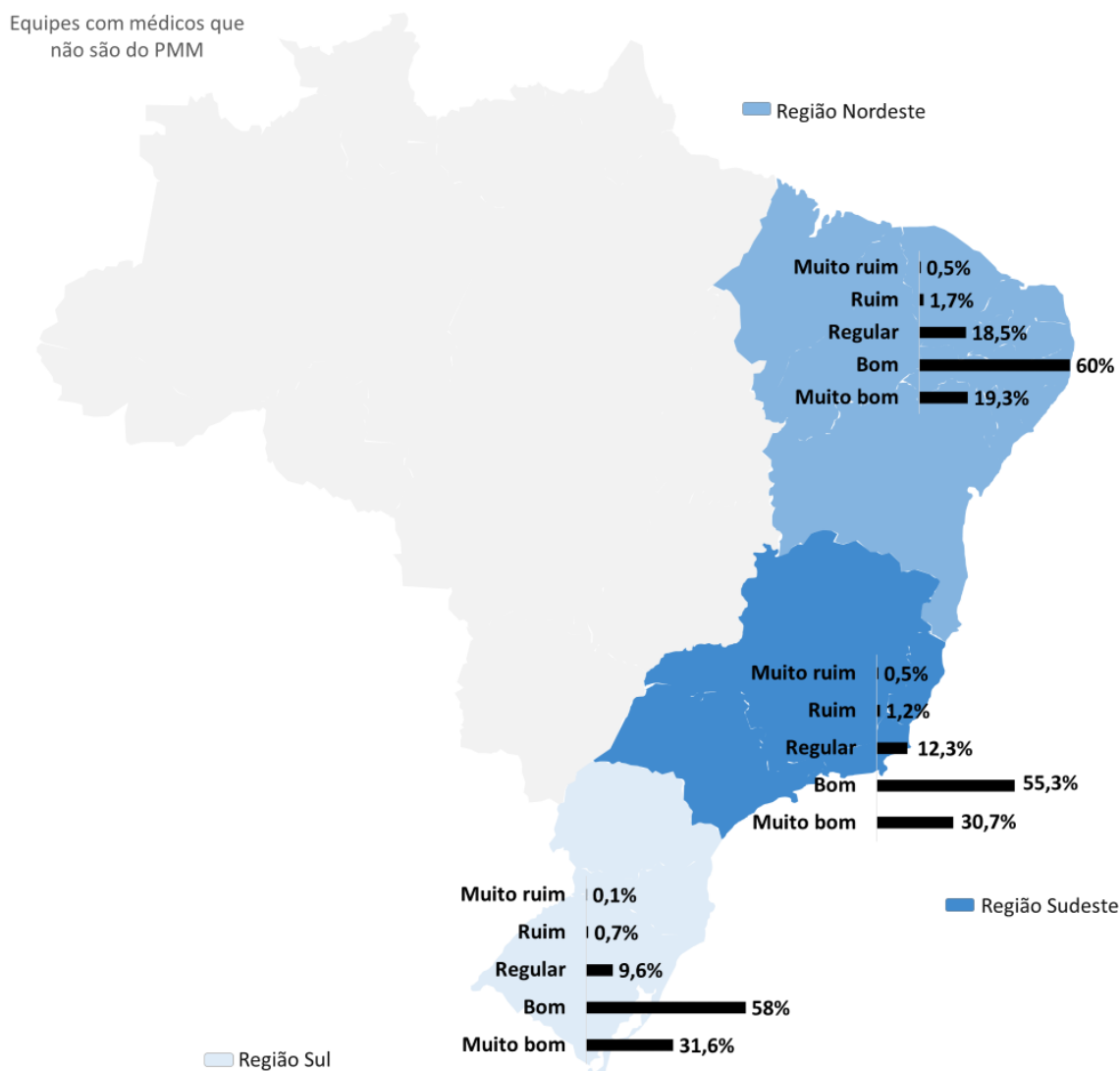


Fonte: Elaborado pela autora.

Na análise da competência *Satisfação quanto ao Atendimento da Equipe em nível de regiões do Brasil*, no que tange “à percepção do usuário sobre o cuidado recebido pela equipe”, para equipes que não possuem médicos do PMM o resultado do teste Chi-Quadrado apresentou diferença significativa para as regiões Nordeste ( $X^2=11,389$ ;  $p<0,05$ ), Sudeste ( $X^2=16,255$ ;  $p<0,05$ ) e Sul ( $X^2=26,507$ ;  $p<0,001$ ), conforme mostra a Figura 19.1. Para a região Nordeste, que, quanto às equipes que não possuem médicos do PMM, mais usuários percebem o cuidado como “muito bom” (19,3%) em comparação com as equipes que possuem médicos do PMM (17,8%), conforme mostra a Figura 19.2. Porém, quanto à percepção do cuidado como “bom”

as equipes que possuem médicos do PMM possuem maior percepção (60,4%) em comparação com as equipes que não possuem médicos do PMM (60%).

**Figura 19.1 – Análise da competência *Satisfação quanto ao Atendimento da Equipe* (quanto ao cuidado recebido pelas equipes que não possuem médicos do PMM) – por Região do Brasil**



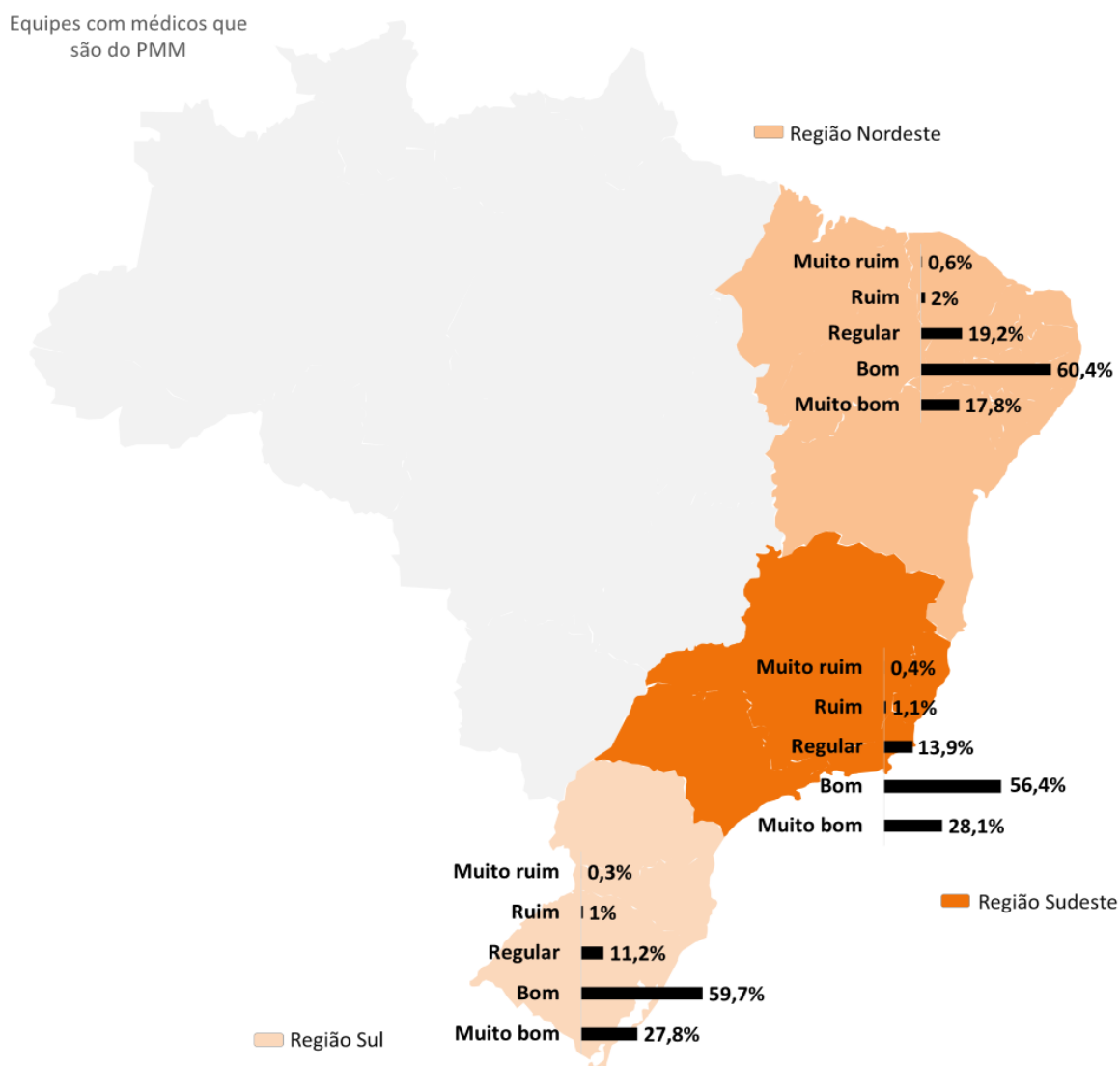
Regiões que não apresentaram diferença significativa no teste

	Norte					Centro-Oeste				
	Muito bom	Bom	Regular	Ruim	Muito ruim	Muito bom	Bom	Regular	Ruim	Muito ruim
Equipes com médicos que não são do PMM	15,9%	61,5%	20,2%	1,7%	0,7%	23,7%	60,4%	14,1%	1,5%	0,2%
Equipes com médicos do PMM	14,8%	59,6%	23%	2,1%	0,5%	22%	59,9%	15,8%	1,75	0,6%
	$X^2=7,103; p=0,131$					$X^2=7,007; p=0,135$				

Fonte: Elaborada pela autora.

Ainda na análise da competência *Satisfação quanto ao Atendimento da Equipe em nível de regiões do Brasil*, no que tange “à percepção do usuário sobre o cuidado recebido pela equipe”, para equipes que possuem médicos do PMM, conforme mostra a Figura 19.2, demonstrando para a região Sudeste que, quanto às equipes que não possuem médicos do PMM, mais usuários percebem o cuidado como “muito bom” (30,7%) em comparação com as equipes que possuem médicos do PMM (28,1%), conforme mostra a Figura 19.1.

**Figura 19.2 – Análise da competência *Satisfação quanto ao Atendimento da Equipe* (quanto ao cuidado recebido pelas equipes que possuem médicos do PMM) – por Região do Brasil**



Fonte: Elaborado pela autora.

Porém, quanto à percepção do cuidado como “bom”, as equipes que possuem médicos do PMM possuem maior percepção (56,4%) em comparação com as equipes que não possuem médicos

do PMM (55,3%). Para a região Sul, que, quanto às equipes que não possuem médicos do PMM, mais usuários percebem o cuidado como “muito bom” (31,6%) em comparação com as equipes que possuem médicos do PMM (27,8%) conforme mostra a figura 19.1. Porém, quanto à percepção do cuidado como “bom”, as equipes que possuem médicos do PMM possuem maior percepção (59,7%) em comparação com as equipes que não possuem médicos do PMM (58%).

#### 4.5 DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A análise da categoria **Atenção à Saúde em nível de Brasil**, revelou que esta foi a que apresentou maior número de pontos que suscitam melhorias para as competências analisadas, já que das seis competências trabalhadas na análise dos dados, apenas *Construção de Vínculo* apresentou resultados satisfatórios para as duas equipes. Apresenta-se, a seguir, os resultados em nível de Brasil de cada competência desta categoria.

Para a competência *Acompanhamento do Plano Terapêutico*, observou-se uma diferença positiva, ainda que pequena, para a reserva de vagas na agenda para acompanhar o plano terapêutico das equipes que não possuem médicos do PMM. Porém, os índices possuem grande margem para melhoria. Ou seja, as equipes deveriam voltar sua atenção à busca por possibilidades de acompanhar o tratamento dos usuários em suas unidades, garantindo o engajamento dos pacientes no tratamento e a melhoria dos índices de saúde para as famílias tratadas.

Para a competência *Inclusão de Saberes Populares*, observou-se um índice muito baixo de aproveitamento desses saberes advindos da comunidade. As equipes que não possuem médicos do PMM apresentaram um índice pouco relevante de maior articulação das equipes com benzedeiras, pajés, remedieiras e rezadeiras. Apontam-se nesta competência elevadas possibilidades de melhorias no envolvimento e nas relações equipes de saúde *versus* comunidade, na medida em que, sentindo-se pertencente ao processo de elaboração das ações de cuidado com a valorização dos saberes relevantes para as comunidades, tem-se a chance de trazer os usuários para se tornarem participantes ativos e corresponsáveis pelo processo do cuidado.

Para a competência *Intervenção em Grupos para Melhoria dos Indicadores de Saúde*, observou-se de forma geral, que as equipes que não possuem médicos do PMM apresentaram

o desenvolvimento de mais atividades no que tange a ações que tragam os grupos de interesse para atividades nas UBS do que as equipes que possuem médicos do PMM. Porém, as duas equipes apresentaram índices adequados para poucas ações. Assim percebeu-se a necessidade de promover maior proatividade das mesmas no que tange ao desenvolvimento dessas ações.

Para a competência *Ações de Promoção e Educação em Saúde*, observou-se, que de maneira, geral mais equipes que não possuem médicos do PMM realizam ações educativas e de promoção da saúde direcionadas a grupos específicos de interesse. Porém, as duas equipes ainda deixaram de realizar tais ações com mais frequência. Aponta-se aqui grande foco de atenção na melhoria dos indicadores de saúde. Sendo a prevenção a chave para a Estratégia de Saúde da Família, é preciso tratar com muita atenção este resultados, dado que eles podem melhorar em relevante grau.

Para a competência *Construção de Vínculo*, observou-se um excelente resultado. Relevante número das duas equipes trabalha adequadamente as variáveis observadas. Um maior número de equipes que não possuem médicos do PMM mantém o atendimento dos usuários com o mesmo médico que sempre os atende. Já um maior número de equipes que possuem médicos do MM chama os usuários pelo nome. A construção de vínculo é competência fundamental para aumentar a adesão dos usuários aos tratamentos e às ações educativas e preventivas propostas.

Para a competência *Observância do Contexto Familiar*, assinala-se foco de atenção. A integralidade do cuidado perpassa a observância das condições e dos antecedentes familiares. Logo, as equipes precisam melhorar enormemente seus índices de entrega desta competência. Observou-se que maior número das equipes que não possuem médicos do PMM sempre pergunta mais sobre os familiares dos usuários, mas também são as equipes que nunca perguntam sobre os familiares em maior índice.

Na análise da categoria **Atenção à Saúde em nível de regiões do Brasil** destacam-se os resultados das regiões Sudeste e Sul. Apresentam-se, a seguir, os resultados em nível de regiões do Brasil de cada competência desta categoria.

Para a competência *Acompanhamento do Plano Terapêutico*, observando o resultado da região Sudeste, já que foi a única a apresentar diferença significativa, depreende-se que apresentou

significativo índice de 6% para mais nas equipes que não possuem médicos do PMM. Porém, este resultado demonstrou a necessidade de melhorar esta competência.

Para a competência *Inclusão de Saberes Populares*, comparando os resultados das regiões Norte e Sudeste, constatou-se que a região Norte apresenta resultados melhores, principalmente relacionados às equipes que possuem médicos do PMM. Faz-se importante ressaltar que há formas tradicionais de cuidado, já que os índices para a ausência destas formas não são elevados. Isso mostra que o que não está ocorrendo de forma adequada nesta competência é sua mobilização para trazer estes agentes que possuem os conhecimentos tradicionais para dentro das UBS.

Para a competência *Intervenção em Grupos para a Melhoria dos Indicadores de Saúde*, notou-se quanto à visita de outros membros da equipe melhores resultados para a região Sul. Porém, de forma comparativa, a visita dos agentes comunitários ainda ocorre em índices mais elevados nas regiões analisadas (Norte e Sul). Isso já era de se esperar, devido à própria natureza de sua atividade. Ainda sim, os resultados das equipes que não possuem médicos do PMM foram melhores para estas regiões. Atenta-se, também, que para as consultas em horários especiais, novamente, os melhores resultados foram da região Sul para as duas equipes, com variação de 6,1% a mais para as equipes que não possuem médicos do PMM, com a maior diferença de resultados entre as duas equipes ocorrendo na região Norte.

Para a competência *Ações de Promoção e Educação em Saúde*, verificou-se que a região que ofereceu maior rol de ações educativas de promoção da saúde foi a Sudeste (nove ações descritas) em comparação com a Norte (cinco ações), a Nordeste (três ações), a Centro-Oeste (três ações) e a Sul (três ações). Isso sugere para essa competência aumentar sua mobilização por médicos da região Sudeste, compreendendo as especificidades da população e agindo sobre elas. Para as regiões Norte, Nordeste, Sudeste e Sul, as equipes que não possuem médicos do PMM apresentaram melhores resultados, porém na região Centro-oeste as equipes que possuem médicos do PMM foi a que apresentou melhores resultados.

Para a competência *Construção de Vínculo*, identificou-se que a região com melhores resultados nesta competência foi a Nordeste e, entre as equipes foram aquelas que não possuem médicos do PMM. Pontua-se que para todas as regiões os resultados foram melhores para estas equipes. Constatou-se que esta é uma competência que apresenta boa mobilização.

Para a competência *Observância do Contexto Familiar*, a região Sul foi a única que apresentou significância no teste. Para ela reputa-se que não há boa mobilização, já que houve uma porcentagem muito alta de equipes que nunca perguntam sobre os familiares do usuário. É preciso dedicar atenção a este resultado, já que o contexto familiar pode definir muitas variáveis relacionadas a saúde, bem como de adesão ao tratamento.

Na análise da categoria **Gestão em Saúde em nível de Brasil** revelou-se que esta categoria foi a que apresentou melhores resultados dentre as competências analisadas, já que as três competências trabalhadas na análise dos dados possuem bons índices para as duas equipes.

Para a competência *Orientação para Resultados em Saúde*, observou-se que foi a única que sucintou a possibilidade de melhoria. Isso porque, apesar de um maior número de equipes que não possuem médicos dos PMM realizar o monitoramento e a análise dos indicadores e informações de saúde, nenhuma das duas equipes chegou à totalidade do monitoramento e das análises. Ou seja, trata-se de informação relevante perdida e deixando de trazer parâmetros para as decisões sobre políticas de saúde.

Para a competência *Estruturação Coletiva dos Processos de Trabalho*, observaram-se excelentes índices de entrega para as duas equipes, com resultados ligeiramente melhores para as equipes que não possuem médicos do PMM já que mais equipes realizam reuniões.

Para a competência *Foco no Usuário Enquanto Agente de Ideação*, observaram-se excelentes índices de entregas para as duas equipes. O índice das equipes que não consideram a opinião dos usuários para a reorganização e qualificação do processo de trabalho foi muito baixo, tendo sido observado que mais equipes que não possuem médicos do PMM consideram a opinião dos usuários.

Na análise da categoria **Gestão em Saúde em nível de regiões do Brasil** destacaram-se os resultados das regiões Norte, Sudeste e Sul. Apresentam-se a seguir os resultados em nível de regiões do Brasil de cada competência desta categoria.

Para a competência *Orientação para Resultados de Saúde*, dentre as regiões que apresentaram diferença significativa no teste, a que apresentou o melhor resultado foi a Sudeste. As equipes que não possuem médicos do PMM mobilizaram melhor esta competência. As equipes que possuem médicos do PMM na região Norte foram as que menos mobilizam, mas, ainda sim,

em porcentagem não muito baixas. Sendo esta uma competência referência para todas as ações de planejamento de políticas e práticas para o município em que estão inseridas faz-se necessário que ocorra muito próximo da totalidade.

A competência *Estrutura Coletiva dos Processos de Trabalho*, foi a que apresentou o índice mais elevado de mobilização dentre todas as analisadas. As equipes que não possuem médicos do PMM na região Norte foram as que melhor mobilizaram, chegando a 99%. A região Sul apresentou resultado muito próximo para estas equipes. Também, as equipes que possuem médicos do PMM apresentaram resultados excelentes, sempre acima de 96%. Sendo o resultado de saúde um processo que depende de todos os agentes da equipe envolvidos, é muito relevante o elevado grau de mobilização desta competência.

Para a competência *Foco no Usuário Enquanto Agente de Ideação*, o resultado dessa mobilização reforça o resultado da competência *Estrutura Coletiva do Processos de Trabalho*, já que, novamente, tem-se alta porcentagem de mobilização. Porém, para essa o melhor resultado ficou a cargo das equipes que não possuem médicos do PMM na região Sul, seguindo-se as equipes que possuem médicos do PMM na mesma região.

A categoria **Educação em Saúde em nível de Brasil**, depois da categoria *Atenção à Saúde*, foi a que apresentou maiores necessidades de melhoria, já que duas das três competências trabalhadas na análise dos dados possuem índices baixos.

Para a competência *Elaboração Coletiva do Conhecimento*, observaram-se altos índices atingidos pelas duas equipes, com ligeira vantagem para as equipes que não possuem médicos do PMM participando de educação permanente organizada pela gestão municipal.

Para a competência *Abertura à Transformação do Conhecimento e da Prática*, aponta-se grande foco de atenção a importantes pontos de melhoria. Observou-se que as duas equipes recebem estudantes, professores e/ou pesquisadores em atividades de ensino, pesquisa e/ou extensão em baixa porcentagem, atendendo-se para o fato de que mais equipes que não possuem médicos do PMM os recebem para tais atividades e de que para estas equipes as atividades desenvolvidas pelos estudantes, professores e/ou pesquisadores são mais articuladas com o processo de trabalho das mesmas. O foco de atenção aqui se deve ao fato de grande número de equipes dos dois grupos não receber estudantes, professores e/ou pesquisadores. Isso faz com que muitas possibilidades de melhorias dos processos de trabalho advindas das pesquisas e de

suas ações deixem de ser captadas. Já quanto ao fato de as equipes receberem, mas apresentarem baixo índice de articulação das atividades destes com os processos de trabalho das equipes, volta-se à inferência de que as equipes podem estar recebendo estes membros da academia sem prévia observância das atividades a que eles se propõem e sem a adequação mútua dos interesses.

Para a competência *Formação para o Contexto de Atuação*, observou-se, quanto à formação em Medicina de Família e Comunidade, Saúde da Família, Saúde Pública/Coletiva e Outras Formações, nos graus de Especialização, Residência, Mestrado e Doutorado, para os resultados significantes, maior número de médicos das equipes que não possuem médicos do PMM possui especialização em Medicina de Família e Comunidade, Saúde da Família, bem como Outras Especializações. Já os médicos das equipes que possuem médicos do PMM estão cursando especialização em Medicina de Família e Comunidade, bem como em Saúde da Família, observando-se para as duas equipes que os índices de cursos concluídos e em curso são baixos. Esta competência apresentou o pior resultado nesta categoria de análise, demonstrando grande necessidade de foco em seu atendimento.

Na análise da categoria **Educação em Saúde em nível de regiões do Brasil**, destacam-se os resultados das regiões Sudeste e Sul. Apresentam-se a seguir os resultados em nível de regiões do Brasil de cada competência desta categoria.

Para a competência *Elaboração Coletiva do Conhecimento*, apurou-se que os melhores resultados para esta competência foram apresentados pelas equipes que não possuem médicos do PMM na região Sudeste, seguindo-se as equipes que possuem médicos do PMM na região Sudeste e as equipes que não possuem médicos do PMM na região Sul. Estes resultados são bons para uma competência que interfere diretamente nas reformulações dos processos de trabalho e em um atendimento melhor para a população.

Para a competência *Abertura à Transformação do Conhecimento e da Prática*, os melhores resultados foram apresentados pelas equipes que não possuem médicos do PMM na região Sul, seguindo-se as mesmas equipes na região Norte. Porém, trata-se de resultados muito aquém do que se espera para esta competência. Receber estes agentes externos não só contribuí para o aprimoramento contínuo da ciência, como também traz *insights* importantes de respostas a problemas muito particulares daquela população, detectando suas especificidades no contexto amplo do SUS. Outro resultado não adequado para esta competência foi a articulação do que é

trabalhado pelos agentes externos e a prática diária das equipes. Tendo-se que não há sentido na baixa mobilização neste aspecto, por que estudar temas pouco relevantes às equipes? Falta a conscientização por parte desses médicos quanto à importância destes estudos e de suas aplicabilidades. E, mais, o médico deveria ser agente de promoção e sugestão dos temas para estes trabalhos, envolvendo as particularidades das questões que precisam de uma nova solução.

Para a competência *Formação para o Contexto de Atuação*, há baixa correlação entre a formação (enquanto especialização, residência, mestrado e doutorado) e a prática de trabalho destes médicos. Tal resultado apresenta-se baixo tanto para os médicos que são do PMM quanto para os que não são. Os melhores quocientes dentre as especializações em Medicina de Família e Comunidade e Saúde da Família foram para as equipes que não possuem médicos do PMM na região Sudeste e para a especialização em Saúde da Família. Para outras especializações que não estas, os melhores resultados foram dos médicos que não são do PMM e da região Nordeste.

Na análise da categoria **Satisfação do Usuário em nível de Brasil**, observou-se que junto com a categoria *Gestão em Saúde*, foi a que obteve os melhores resultados dentre as competências analisadas, já que todas as duas competências trabalhadas na análise dos dados possuem índices altos de entrega.

Para a competência *Satisfação Quanto ao Atendimento Médico*, observou-se que a satisfação dos usuários quanto ao tempo de consulta é alta para as duas equipes, com índice ligeiramente superior para as equipes que não possuem médicos do PMM. Observou-se também que as notas atribuídas à satisfação dos usuários com o cuidado médico foram altas para as duas equipes, com ligeiro predomínio para as equipes que não possuem médicos do PMM.

Para a competência *Satisfação Quanto ao Atendimento da Equipe*, observou-se quanto à opção de mudar de unidade que a maioria dos usuários permaneceu com as equipes atuais para os dois grupos. Porém, assinala-se que este item precisaria ser mais bem investigado qualitativamente pelas equipes perante os usuários, para esclarecer em relação àqueles que mudariam quais fatores os levariam a tal: se estrutura, se processos de atendimento, se qualificação da equipe ou outros fatores que podem ser ajustados. Observou-se, ainda, que a maioria dos usuários recomendaria a unidade em que foi atendida a amigos ou familiares, com índice ligeiramente maior para as equipes que não possuem médicos do PMM. Reforça-se aqui a necessidade de as equipes investigarem os motivos que levam os usuários a não recomendar, visando a uma possível melhoria dos itens levantados. E, por fim, observou-se quanto à percepção dos usuários

sobre os cuidados que recebe da equipe boa percepção para as duas equipes, com percepção ligeiramente melhor para aquelas que não possuem médicos do PMM. Tal resultado é fundamentalmente positivo para esta análise, dado que o funcionamento do coletivo da equipe, e não dos atores em separado, é peça chave para o bom funcionamento da Atenção Básica.

Na análise da categoria **Satisfação do Usuário em nível de regiões do Brasil**, destacam-se os resultados da região Sul. Apresentam-se a seguir os resultados a nível de regiões do Brasil de cada competência desta categoria.

Para a competência *Satisfação quanto ao Atendimento Médico*, constatou-se que os resultados foram excelentes, tanto para a satisfação quanto para o tempo de consulta. As notas mais elevadas para os médicos e os melhores quocientes estão na região Sul, primeiro para as equipes que não possuem médicos do PMM e seguindo para as equipes com médicos que são do PMM.

Para a competência *Satisfação quanto ao Atendimento da Equipe*, novamente, os melhores resultados foram da região Sul e das equipes que não possuem médicos do PMM, seguidos pelos resultados nesta mesma região para as equipes que possuem médicos do PMM. Tal desfecho demonstra, novamente, que os resultados da Atenção Básica não dependem apenas de um dos profissionais da equipe. É interessante observar que as equipes que apresentam bons índices de satisfação possibilitam e apoiam melhores respostas para o trabalho médico, fornecendo, possivelmente, subsídios mais adequados de informação, bem como melhor apoio ao tratamento proposto e ações preventivas de educação.

#### 4.6 SÍNTESE DOS RESULTADOS

Com o objetivo de sintetizar os principais resultados encontrados a partir da análise dos dados descritos neste capítulo, apresenta-se a seguir um quadro-síntese, em que são expressos os resultados por competência analisada, como mostra o Quadro 8.

**Quadro 8 – Síntese dos principais resultados encontrados por competência analisada (continua)**

<b>Categoria de análise</b>	<b>Competência analisada</b>	<b>Síntese dos resultados</b>
Atenção à Saúde	Acompanhamento do Plano Terapêutico	Índice baixo de entrega da competência para as duas equipes, mostrando a necessidade de melhorar as formas de acompanhamento do plano terapêutico. Região Sudeste apresenta melhores resultados para as equipes que não possuem médicos do PMM.
	Inclusão de Saberes Populares	Índice baixo de entrega da competência, demonstrando a necessidade de tornar os agentes que possuem estes saberes parte do processo. Região Norte apresenta melhores resultados para as equipes que possuem médicos do PMM.
	Intervenção em Grupos para Melhoria dos Indicadores de Saúde	Poucas ações apresentaram índices mais altos de realização, de forma geral as duas equipes precisam tratar esta competência com maior pró-atividade em sua execução. Região Sul apresenta os melhores resultados com diferença pequena entre as duas equipes.
	Ações de Promoção e Educação em Saúde	Índices baixos de entrega desta competência para as duas equipes, demonstrando que é preciso maior entrega já que esta competência interfere diretamente na prevenção de doenças. Região Sudeste apresenta os melhores resultados para as equipes que não possuem médicos do PMM.
	Construção de Vínculo	Excelente resultado para as duas equipes quanto a entrega desta competência. Região Nordeste apresenta os melhores resultados para as equipes que não possuem médicos do PMM.
	Observância do Contexto Familiar	Resultado que sugere grande atenção pelos baixos índices de atendimento para as duas equipes. Região Sul apresenta melhores resultados para as equipes que não possuem médicos do PMM.
Gestão em Saúde	Orientação para Resultados de Saúde	Possibilidade de melhoria de entrega desta competência para as duas equipes. Região Sudeste apresenta melhores resultados para as equipes que não possuem médicos do PMM.
	Estruturação Coletiva dos Processos de Trabalho	Alto índice de mobilização desta competência para as duas equipes. Região Norte apresenta melhores resultados para as equipes que não possuem médicos do PMM.
	Foco no Usuário Enquanto Agente de Ideação	Alto índice de mobilização desta competência para as duas equipes. Região Sul apresenta os melhores resultados para as equipes que não possuem médicos do PMM.

Fonte: Elaborado pela autora

**Quadro 8 – Síntese dos principais resultados encontrados por competência analisada (continuação)**

Educação em Saúde	Elaboração Coletiva do Conhecimento	Altos índices de entrega para esta competência. Região Sudeste apresenta os melhores índices para as equipes que não possuem médicos do PMM.
	Abertura à Transformação do Conhecimento e da Prática	Baixa entrega para as duas variáveis analisadas. Região Sul apresenta os melhores resultados para as equipes que não possuem médicos do PMM.
	Formação para o Contexto de Atuação	Competências com os piores índices de entrega para a categoria. Região Sudeste apresenta os melhores índices para as equipes que não possuem médicos do PMM.
Satisfação do Usuário	Satisfação quanto ao Atendimento Médico	Alta entrega desta competência para as duas equipes. Região Sul apresenta os melhores resultados para as equipes que não possuem médicos do PMM.
	Satisfação quanto ao Atendimento da Equipe	Competência com entrega adequada para as duas equipes. Região Sul apresenta os melhores resultados para as equipes que não possuem médicos do PMM.

Fonte: Elaborado pela autora

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo sobre o Programa Mais Médicos do Brasil permitiu lançar luz sobre aspectos relacionados às exigências e necessidades de atenção à saúde de um conjunto de profissionais, com suas competências nem sempre associadas ao que é esperado em sua atuação cotidiana. O debate sobre essas competências revela, em sua essência, a busca pelo alinhamento dos conhecimentos, habilidades e atitudes de um profissional com o que ele efetivamente “entrega” e encontra no âmbito da saúde, em particular no campo da Atenção Primária, uma expressão cristalina dos desafios e dificuldades que tal conceito enfrenta em termos de sua aplicação e exequibilidade.

A inquietação inicial visava compreender se havia diferenças na mobilização de competências quando do exercício da profissão de médicos que atuam no PMM e de médicos que não são atuam PMM, sob a lente dos conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas do egresso de medicina pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso. Definiram-se treze competências-chave para os médicos da Atenção Básica, as quais reúnem, também em sua essência, os princípios do Programa de Saúde da Família, quais sejam: primeiro contato, coordenação, longitudinalidade, abordagem familiar, integralidade e enfoque comunitário.

Definiram-se três categorias para abarcar as competências tomadas como endógenas – *Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde* – e uma categoria para abarcar as competências tomadas como exógenas: *Satisfação do Usuário*.

Os resultados encontrados demonstraram que a categoria de análise que apresentou o pior resultado para a mobilização das competências analisadas foi Atenção à Saúde. Isso porque, dentre as competências-chave verificadas apenas *Construção de Vínculo* apresentou entrega satisfatória. *Intervenção em Grupos para Melhoria dos Indicadores de Saúde* foi a que apresentou resultados intermediários de entrega quando comparada com as demais competências da categoria. *Acompanhamento do Plano Terapêutico, Inclusão de Saberes Populares, Ações de Promoção e Educação em Saúde e Observância do Contexto Familiar* apresentaram os piores índices de atingimento dentro da categoria e na comparação com as demais competências de outras categorias também.

Seguindo a categoria *Atenção à Saúde*, tem-se como segundo pior desempenho na mobilização das competências analisadas a categoria *Educação em Saúde*. Isso porque dentre as

competências verificadas, apenas *Elaboração Coletiva do Conhecimento* apresentou índice satisfatório de entrega. Já *Abertura à Transformação do Conhecimento e da Prática* apresentou baixo grau de mobilização, bem como *Formação para o Contexto de Atuação*, sendo a competência com o pior resultado dentre as treze analisadas neste estudo.

A categoria que apresentou o segundo melhor resultado de mobilização das competências-chave analisadas foi a categoria *Satisfação do Usuário*. Isso porque *Satisfação quanto ao Atendimento Médico* apresentou bons resultados e *Satisfação quanto ao Atendimento da Equipe* apresentou ótimos resultados quanto a sua mobilização.

A categoria que melhor incorporou os aspectos das competências analisadas foi a categoria *Gestão em Saúde*. Isso porque todas as suas competências analisadas, quais sejam, *Orientação para Resultado de Saúde*, *Estruturação Coletiva dos Processos de Trabalho* e *Foco no Usuário enquanto Agente de Ideação*, apresentaram excelentes mobilizações.

Observa-se, ainda, que, com as especificações dos resultados por região, foi possível demonstrar quais estão mobilizando melhor cada uma das competências, o que fornece subsídio para que as equipes destas regiões tracem planos de ação para consolidar tais melhorias. As correlações entre competência e regiões que atingiram os melhores resultados para cada competência foram: *Acompanhamento do Plano Terapêutico*, região Sudeste; *Inclusão de Saberes Populares*, região Norte; *Intervenção em Grupos para Melhoria dos Indicadores de Saúde*, região Sul; *Ações de Promoção e Educação em Saúde*, região sudeste; *Construção de Vínculo*, região nordeste; *Observância do Contexto Familiar*, região Sul; *Orientação para Resultados de Saúde*, região Sudeste; *Estruturação Coletiva dos Processos de Trabalho*, região Norte; *Foco no Usuário enquanto Agente de Ideação*, região Sul; *Elaboração Coletiva do Conhecimento*, região sudeste; *Abertura à Transformação do Conhecimento e da Prática*, região sul; *Formação para o Contexto de Atuação*, região sudeste; *Satisfação quanto ao Atendimento Médico*, região Sul; e *Satisfação quanto ao Atendimento da Equipe*, região Sul.

Quanto aos resultados das equipes que possuem médicos do PMM e das equipes que não possuem médicos do PMM, de forma comparativa, foi possível observar que, apesar de grande parte das variáveis analisadas apresentar diferença significativa para os testes de Qui-Quadrado, de maneira aplicada ao contexto dos eventos enquanto inteligência prática assumida para a entrega das competências analisadas, depreende-se que as diferenças percentuais foram bem

pequenas para a enorme parte das variáveis analisadas, sendo que todas sempre acompanharam curvas muito similares de resultados.

O PMM tem bons elementos para inferir que o programa em seu eixo de Educação, pode estar apresentando transformações curriculares. Também os médicos que estiveram no programa nos ciclos analisados apresentaram excelentes resultados, de forma comparativa. Isso porque, apesar de percentualmente as equipes com médicos do PMM demonstrarem resultados um pouco inferiores aos das equipes que não possuem médicos do PMM, há de que se considerar que, para além de serem médicos com formação baseada em outras competências, são indivíduos que haviam acabado de chegar a um país, com aspectos culturais diferentes e com uma língua diferente. Para além desses fatores, o espaço temporal de análise é relativo aos ciclos iniciais do programa, o que retoma a aspecto já exposto no referencial teórico quanto à desconfiança coletiva da população que ainda havia quanto à qualidade do cuidado que seria ofertado pelos médicos do PMM. Acredita-se que, para ciclos posteriores de pesquisa, utilizando dados comparativos do PMAQ, haverá de obter resultados ainda melhores para os médicos do PMM.

Quanto à formação médica brasileira, o que se pode inferir é que as mudanças feitas nas diretrizes curriculares estão em consonância com as necessidades da Atenção Básica. Isso porque as DCNs atuais estão conectadas aos princípios do SUS e do PSF. Quando de sua análise quanto à mobilização das competências-chave, observou-se que os médicos que hoje atuam na Atenção Básica ainda apresentam lacunas em sua entrega, o que, em grande medida, se explica pela não formação sobre estas bases e aponta para a necessidade de promover uma enorme melhora na mobilização da competência *Formação para o Contexto de Atuação*. O que se reivindica, é que a formação em cursos que tragam a abordagem da Atenção Básica para estes médicos que já se encontram em atuação nas equipes de saúde da família é urgente e primordial para a melhoria da mobilização das demais competências.

Quanto o direcionamento das avaliações da Atenção Básica pela linha de entrega dos conhecimentos, habilidades e atitudes traçados pelas DCNs de medicina, aqui traduzidas em competência, recomenda-se que sejam formulados instrumentos de avaliação preparados e direcionados para sua análise, de forma que não seja preciso realizar equiparação com outros instrumentos de avaliação que não tenham como função primeira a análise de competência,

acabando por não fornecer tantos indícios quanto seriam necessários a uma análise quantitativa e a uma análise qualitativa.

Este estudo apurou que não há sentido em se formar médicos com base em um currículo voltado para competências se não for avaliada a entrega desses médicos quanto de sua mobilização, em termos de inteligência prática, nas situações que lhes são apresentadas no cotidiano do trabalho, por meio também da análise de competência. Assim, a proposta de construção do instrumento deve corresponder aos conhecimentos, habilidades e atitudes dispostos na DCN e que devem ser apreendidos em um questionário sempre voltado à ação em experiências passadas. Ou seja, o questionário deve expressar exemplos de mobilizações adequadas de cada uma das competências, de modo a verificar qual foi a entrega relativa que o médico teve nesta dada situação.

Para tanto, faz-se aqui uma proposta de matriz de Avaliação de Competências Médicas para a Atenção Básica, conforme pode ser observado no quadro 9, o que poderia ser de grande valia neste ajuste.

Embora as proposições aqui formuladas, não esgotem o debate, é importante situar, ainda, que futuras pesquisas devem investigar a temática com base em análise de natureza específica. Por exemplo, analisar a competência *Satisfação quanto ao Atendimento da Equipe*, visando compreender quais determinantes qualitativos fariam com que os usuários desejassem mudar de equipe ou não recomendar a unidade em que foi atendido. Ou, ainda, quando da análise da competência *Abertura à Transformação do Conhecimento e da Prática*, compreender por que as equipes que recebem acadêmicos para estudos na unidade de saúde, em grande parte, não apresentam correlação entre os estudos realizados e a realidade de atuação das equipes – ou seja, o que falta para que haja essa correspondência.

Em síntese, o sucesso do PMM vai além do provimento emergencial, mas ajustes são necessários em diferentes esferas para torná-lo efetivamente capaz de gerar mais saúde para todos.

**Quadro 9 – Proposta de matriz de avaliação de competências médicas para a Atenção Básica**

ATENÇÃO À SAÚDE	GESTÃO EM SAÚDE	EDUCAÇÃO EM SAÚDE
<p>I – QUANTO ÀS NECESSIDADES INDIVIDUAIS DE SAÚDE</p> <p>a) Ações de execução da história clínica, para posterior registro claro e completo da anamnese, levando em consideração, para além do conhecimento científico, os fatores histórico-culturais do indivíduo, suas crenças e hábitos, suas inquietações e desejos, estabelecendo vínculos de confiança com eles.</p> <p>b) Ações de explicação ao indivíduo quanto às condutas que ocorrem durante o exame físico, em linguagem adequada à compreensão dele, observando suas especificidades culturais e, obtendo seu consentimento para a prática.</p> <p>c) Ações de execução de forma humanizada da formulação e repasse aos indivíduos das hipóteses diagnósticas formuladas, esclarecendo os motivos para a priorização dos problemas e da investigação diagnóstica proposta.</p> <p>d) Ações de efetivação e acompanhamento dos planos terapêuticos, por meio de contrato psicológico com o indivíduo, pactuado com as mediações entre os saberes científicos e populares, quando necessário, integrando ao plano os profissionais da equipe e atendendo às exigências administrativas do sistema de saúde.</p> <hr/> <p>II – QUANTO ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE COLETIVA</p> <p>a) Ações de investigação dos problemas de saúde coletiva em consideração com os fatores específicos da região – dados demográficos, epidemiológicos, sanitários, ambientais, políticos, culturais e socioeconômicos –, concebendo diagnóstico de saúde com priorização de problemas.</p>	<p>I – QUANTO À ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE</p> <p>a) Ações para a compreensão das construções históricas de saúde no Brasil e das especificidades da região em que atua, contribuindo na intervenção de melhorias nos processos de trabalho.</p> <p>b) Ações de proposição de processos em que usuários, família, comunidades e equipe de saúde são atores ativos em sua construção coletiva.</p> <p>c) Ações de participação colaborativa com os demais agentes na elaboração e implementação de planos de intervenção, contribuindo com evidências científicas na construção dos saberes.</p> <hr/> <p>II – QUANTO AO ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE</p> <p>a) Ações quanto à promoção da integralidade do cuidado em saúde, utilizando-se de saberes científicos para a congregação de mecanismos que colaborem para a efetivação de sistemas integrados de saúde.</p> <p>b) Ações perante os atores para monitoramento, avaliação, análise e reconstrução dos processos de trabalho e dos planos de intervenção, em prol de remodelações de culturas organizacionais já não mais adequadas aos planos previstos.</p>	<p>I – QUANTO ÀS NECESSIDADES DE APRENDIZAGEM INDIVIDUAL E COLETIVA</p> <p>a) Ações quanto à identificação de possibilidades de aprendizagem suas e dos atores a sua volta, mediante o compartilhamento de saberes científicos e tradicionais de pacientes, familiares, comunidade, equipe e gestores.</p> <hr/> <p>II – QUANTO À PROMOÇÃO DA CONSTRUÇÃO E SOCIALIZAÇÃO DO CONHECIMENTO</p> <p>a) Ações para enriquecimento do rol de conhecimentos e aprimoramento de práticas.</p> <p>b) Ações de compartilhamento de saberes com os atores a sua volta, utilizando metodologias ativas e adequadas às especificidades de cada agente.</p> <hr/> <p>III – QUANTO À PROMOÇÃO DO PENSAMENTO CIENTÍFICO E CRÍTICO E APOIO À PRODUÇÃO DE NOVOS CONHECIMENTOS</p> <p>a) Ações para a utilização dos casos concretos que surgem em sua rotina de trabalho, para estudo e aprimoramento científico.</p> <p>b) Ações de produção e compartilhamento de novos conhecimentos e práticas bem-sucedidas com os demais profissionais do sistema e a comunidade científica.</p>

Fonte: Elaborada pela autora.

## REFERÊNCIAS

AGUILERA et al. Cronología de los mapas curriculares en la carrera de Medicina. *Educación Médica Superior* 2015; 29 (1):93-107.

BARBOSA, A. C. Q. Um mosaico da gestão de competências em empresas brasileiras. **Revista de Administração da USP**. São Paulo, V. 38, No. 4, out/nov/dez 2003. pp 285-297.

\_\_\_\_\_. Utopia com os pés no chão? A gestão de competências pela perspectiva social-experiências setoriais no Brasil. **Organizações & Sociedade**, v. 14, n. 43, p. 57-70, 2007.

BARBOSA<sup>3</sup>, M. L. de O. As Profissões no Brasil e sua Sociologia. DADOS. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, Vol. 46, nº 3, 2003, p. 593 a 607.

BATISTA, Paula M.; GRAÇA, Amândio; MATOS, Zélia. Termos e características associadas à competência. Estudo comparativo de profissionais do desporto que exercem a sua actividade profissional em diferentes contextos de prática desportiva. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**, v. 8, n. 3, p. 377-395, 2008.

BECKER, G. V.; DUTRA, J. S.; RUAS, Roberto. Configurando a trajetória de desenvolvimento de competências organizacionais: um estudo de caso em empresa da cadeia automobilística. **Competências: conceitos, métodos e experiências**. São Paulo: Atlas, p. 51-79, 2008.

BITENCOURT, Claudia Cristina; BARBOSA, Allan Claudius Queiroz. Gestão de competências: articulando indivíduos, organizações e sociedade. **Gestão contemporânea de pessoas**, p. 175-196, 2010.

BOYATZIS, Richard E. **The competent manager: A model for effective performance**. John Wiley & Sons, 1982.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. **Lei n. 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 1990.

BRASIL. **Portaria nº 648** de 28 de março de 2006: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 2006.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 278/2011**, de 17 de março de 2011. Dispõe sobre

Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos. *Diário Oficial da União* 2011; 17 mar.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Medida Provisória nº 621**, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a instituição do Programa Mais Médicos e dá providências. *Diário Oficial da União* 2013; 8 jul.

BRASIL. **Lei nº 12.871/2013**, de 22 de outubro de 2013. Dispõe sobre a instituição do Programa Mais Médicos e dá providências. *Diário Oficial da União* 2013; 22 out.

BRASIL. **Resolução nº 3**, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras Providências. *Diário Oficial da União* 2014; 20 jun.

Brasil. **Programa Mais Médicos** - dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde. Programa Mais Médicos [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

CARAMELLI, Bruno. Os médicos estrangeiros: a questão da língua. **Revista Associação Med. Brasileira**, 59(5): 407-408, set.-out.2013

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.

COELHO, Edmundo Campos. **As Profissões imperiais**: advocacia, medicina e engenharia no Rio de Janeiro, 1822-1930. Rio de Janeiro: Editora Record, 1999.

DE CAMPOS, Francisco Eduardo. Funding, flexible management needed for Brazil's health worker gaps. Interview by Claudia Jurberg. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 91, n. 11, p. 806-807, 2013.

DONNANGELO, Maria Cecília F. **Medicina e sociedade**: o médico e seu mercado de trabalho. 1975.

DUTRA, J. S.; HIPÓLITO, J. A. M.; SILVA, C. M. **Gestão por competência**: o caso de uma empresa do setor de telecomunicações. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓSGRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 22., 1998, Foz do Iguaçu. *Anais*. Foz do Iguaçu: ANPAD, 1998.

\_\_\_\_\_. **Competências**: conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna. 1.ed. 6.reimpr. São Paulo: Atlas, 2008.

FACHINNI, L. A et al. O Programa Mais Médicos: análises e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva** versão impressa ISSN 1413-8123, vol.21 no.9. Rio de Janeiro, set. 2016

FLEURY, Maria Tereza Leme; FLEURY, Afonso. Construindo o conceito de competência. **Revista de administração contemporânea**, v. 5, n. SPE, p. 183-196, 2001.

GIOVANELLA, Ligia et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2016, vol.21, n.9, pg.2697-2708. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.16052016>.

GONÇALVES, Ernesto Lima. **Médicos e ensino da medicina no Brasil**. Edusp, 2002.

GONCALVES, Rogério Fabiano et al. Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2016, vol.21, n.9, pp.2815-2824. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.15392016>.

GOUVEIA, João - Competências: moda ou inevitabilidade?. **Saber(e)Educar**. Porto: ESE de Paula Frassinetti. N.º12 (2007), p.31-58

HIPÓLITO, J. A. M. **Competências e níveis de complexidade do trabalho como parâmetros orientadores de estruturas salariais**. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 24., 2000, Florianópolis. *Anais*. Florianópolis: ANPAD, 2000.

ILIZÁSTIGUI, Dupuy F, Calvo Vieta I, Douglas Pedroso R. El **Programa Director de la Medicina General Integral para el Médico General Básico** [Folleto]. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1985.

KEMPER, Elisandrea Sguario; MENDONCA, Ana Valeria Machado e SOUSA, Maria Fátima de. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2016, vol.21, n.9, pp.2785-2796. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.17842016>.

LARSON SARFATTI, M. The rise of professionalism. **A Sociological Analysis**, 1977.

LE BOTERF, G. **De la compétence**: essai sur un attracteur étrange, Paris: Éditions d'Organisation, 1994.

\_\_\_\_\_. Construire la competence collective de l'entreprise. **Gestion**, v. 22, n. 3, p. 82-85, 1997.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Programa Mais Médicos no Brasil. **Panorama da Produção Científica**. Brasília : OPAS; 2017

MACHADO, Maria Helena (coord.). **Os médicos no Brasil**: um retrato da realidade. [livro eletrônico]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. 244p.

MCCLELLAND, David C. Testing for competence rather than for "intelligence." **American psychologist**, v. 28, n. 1, p. 1, 1973.

MCLAGAN, Patricia A. Competencies: The next generation. **Training & development**, v. 51, n. 5, p. 40-48, 1997.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

\_\_\_\_\_. **As redes de atenção à saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5): 2297-2305, 2010.

\_\_\_\_\_. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília: 2012.

\_\_\_\_\_. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde–CONASS, 2015.

MENDONÇA, C. S.; DIERCKS, M. S. e KOPITKE, L. O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde nos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre, Brasil, após a inserção no Programa Mais Médicos: uma comparação intermunicipal. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2016, vol.21, n.9, pp.2871-2878. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.16622016>.

MENDONÇA, Fernanda de Freitas et al. Participação dos municípios de pequeno porte no Projeto Mais Médicos para o Brasil na macrorregião norte do Paraná. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2016, vol.21, n.9, pp.2907-2915. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.18302016>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Secretaria De Atenção À Saúde. Departamento De Atenção Básica. Saúde mais perto de você: acesso e qualidade: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica** – Saúde da Família e Equipe Parametrizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

MIRABILE, Richard J. Everything you wanted to know about competency modeling. **Training & Development**, v. 51, n. 8, p. 73-78, 1997.

Nascimento, J. G. S. do. Competências Relacionadas ao Perfil de Formação de Profissionais Médicos – Uma Análise do Programa Mais Médicos em Minas Gerais. **Revista Eletrônica Gestão & Sociedade** . v.11, n.29, p. 1761-1778 | Maio/Agosto – 2017 ISSN 1980-5756 | DOI: 10.21171/ges.v11i29.2157

NOGUEIRA, Priscila Tamar Alves et al. Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2016, vol.21, n.9, pp.2889-2898. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.17022016>.

PCPMM. Tipos de Documentos – **Plataforma de Conhecimento do Programa Mais Médicos**. Disponível em: < <http://maismedicos.bvsalud.org/>>. Acesso em: 03 dez. 2017.

PEREIRA NETO; DE FARIA, André. **Ser médico no Brasil: o presente no passado**. Editora Fiocruz, 2001.

PEREA, Ramón Salas; MAINEGRA, Arlene Salas. **La educación médica cubana**. Su estado actual. *Revista de Docencia Universitaria*, 2012; 10(número especial): 293 – 326.

PERRONE, Luca. **Metodi quantitativi della ricerca sociale**. Feltrinelli, 1991.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico** [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RICHARDSON, Roberto Jarry et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1985.

RUAS, Roberto. Competências gerenciais e aprendizagem nas organizações: uma relação de futuro. **Seminário Internacional de Competitividade Baseada no Conhecimento, São Paulo: Agosto, 1999**.

SAMPIERI, R. H, COLLADO, E. F.; e LUCIO P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 3 ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SCHEFFER, Mário (coord.); Equipe de pesquisa: Alex Cassenote, Aureliano Biancarelli. **Demografia Médica no Brasil**, v. 2. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013.

SEIXAS, P.H.D'A; CORRÊA, A.N.; MORAES, J. C. MigraMed-Migração Médica no brasil: tendências e motivações. **O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**, p. 133.

SES-Mato Grosso. **Cartilha PMAQ**. Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, 2012.

SES-Minas Gerais. **Guia do Participante da Oficina de Trabalho do Saúde em Casa e do PSF**. Minas Gerais: Belo Horizonte, 2009.

SILVA, Tiago Rodrigues Bento da; SILVA, Jennifer do Vale e; PONTES, Andrezza Graziella Veríssimo e CUNHA, Andrea Tabora Ribas da. Percepção de usuários sobre o Programa Mais Médicos no município de Mossoró, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2016, vol.21, n.9, pp.2861-2869. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.18022016>.

SILVA JUNIOR, A. G. da; ANDRADE, H. S. de; ALEXANDRE, G. C., MELLO ALVES, M. G. de; COSTA, B. dos R. Oferta de vagas de graduação e residência médicas no estado do rio de janeiro a partir do programa mais médicos (2013-2015). **Revista Eletrônica Gestão & Sociedade**, v.10, n.26, p. 1347-1359 Maio/Agosto - 2016 ISSN 1980-5756 DOI: 10.21171/ges.v10i26.2103

SPENCER, L.M.; SPENCER, S.M. **Competence at work: models for superior performance.** New York: John Wiley & Sons, 1993.

STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu. Policy relevant determinants of health: an international perspective. **Health Policy**, v. 60, n. 3, p. 201-218, 2002.

\_\_\_\_\_. **Atenção Primária: o equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

TURCI, M. A. (Org.). **Avanços e Desafios na organização da Atenção de saúde em Belo Horizonte.** Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde HMP Comunicação, 2008. 432p

ZARIFIAN, Philippe. **Objectif compétence.** Paris: Liaisons, 1999.

\_\_\_\_\_. **O modelo da competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas.** Senac, 2003.

\_\_\_\_\_. **Objetivo competência: por uma nova lógica.** São Paulo: Atlas, 2008.

## ANEXOS

### ANEXO I – MÓDULOS DO INSTRUMENTO DE COLETA DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ.

MÓDULO	SUBDIMENSÃO
<b>Módulo I</b>	I.1 – Identificação Geral
	I.2 – Identificação da Unidade de Saúde
	I.3 – Identificação da Modalidade e Profissionais da Equipe de Atenção Básica
	I.4 – Sinalização Externa da Unidade de Saúde – Fotos
	I.5 – Acessibilidade na Unidade de Saúde
	I.6 – Veículo na Unidade de Saúde
	I.7 – Identificação Visual e Sinalização das Ações e Serviços
	I.8 – Horário de Funcionamento da Unidade de Saúde
	I.9 – Reforma e Ampliação da Unidade de Saúde
	I.10 – Características Estruturais e Ambiência da Unidade de Saúde
	I.11 – Equipamentos de Tecnologia da Informação e Telessaúde na Unidade de Saúde
	I.12 – Equipamentos e Materiais
	I.13 – Material impresso para Atenção à Saúde
	I.14 – Imunobiológicos na Unidade de Saúde
	I.15 – Testes Diagnósticos na Unidade de Saúde
	I.16 – Insumos para Atenção à Saúde
	I.17 – Insumos para Práticas Integrativas e Complementares
	I.18 – Medicamentos Componentes da Farmácia Básica

<b>Módulo II</b>	II. 1 – Identificação Geral
	II.2 – Identificação da Unidade de Saúde
	II.3 – Informações sobre o Entrevistado
	II.4 – Formação e Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica
	II.5 – Vínculo
	II.6 – Plano de Carreira
	II.7 – Educação Permanente do Processo de Qualificação das Ações Desenvolvidas
	II.8 – Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe
	II.9 – Apoio Institucional e Apoio Matricial
	II.10 – Territorialização e População de referência da equipe de Atenção Básica
	II.11 – Organização dos Prontuários na Unidade de Saúde
	II. 12 – Acolhimento à Demanda Específica
	II.13 – Organização da Agenda
	II.14 – Atenção à Saúde
	II.15 – Quais Exames são Solicitados pela Equipe de Atenção Básica e são Realizados pela Rede de Serviços de Saúde
	II.16 – Integração da Rede de Atenção à Saúde: ordenamento e definição de fluxos
	II.17 – Oferta e Resolubilidade de Ações da Equipe
	II.18 – Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério
	II.19 – Atenção à Criança desde o Nascimento até os Dois Anos de Vida

	II.20 – Atenção à Pessoa com Obesidade
	II.21 – Atenção à Pessoa com Tuberculose
	II.22 – Atenção à Pessoa com Hanseníase
	II.23 – Atenção ao Usuário em Sofrimento Psíquico
	II.24 – Atenção à Pessoa com Deficiência
	II.25 – Práticas integrativas e Complementares
	II.26 – Promoção da Saúde
	II. 27 – Programa Bolsa-Família
	II.28 – Visita Domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio
	II.29 – Participação, Controle Social, Satisfação e Canal de Comunicação com o Usuário
	II.30 – Atividades nas Escolas
	II.31 – População Rural, Assentamentos, Quilombolas e Indígenas
	II.32 – Atenção à Pessoa Tabagista
	II.33 – Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)
<b>Módulo III</b>	III.1 – Identificação Geral
	III.2 – Identificação da Unidade de Saúde
	III.3 – Identificação do Usuário
	III.4 – Bolsa Família
	III.5 – Acesso aos Serviços de Saúde
	III.6 – Marcação de Consulta na Unidade de Saúde
	III.7 – Acolhimento à Demanda Espontânea
	III.8 – Atenção Integral à Saúde

III.9 – Vínculo, Responsabilização e Coordenação do Cuidado
III.10 – Coordenação do Cuidado
III.11 – Visita Domiciliar
III.12 – Saúde da Mulher
III.13 – Gravidez Pré-Natal
III.14 – Acolhimento Específico à Gestante
III.15 – Atenção ao Pós-parto
III.16 – Saúde da Criança
III.17 – Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da Criança
III.18 – Amamentação/Alimentação da Criança
III.19 – Problemas de Saúde da Criança
III.20 – Hipertensão Arterial Sistêmica
III.21 – Diabetes Mellitus
III.22 – Satisfação do Usuário
III.23 – Satisfação com o Cuidado
III.24 – Mecanismos de Participação e Interação dos Usuários

Fonte: Elaborado pela autora, a partir do Instrumento de avaliação externa PMAQ 2º ciclo.

**ANEXO II – SUBDIMENSÕES E VARIÁVEIS DO MÓDULO II DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ SELECIONADAS PARA ANÁLISE**

<b>II.4 – Formação e Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica</b>	
<b>Variável analisadas para a subdimensão</b>	<b>Escala de respostas disponíveis analisadas</b>
II.4.2 Possui quais destes processos de formação?	
Especialização em Medicina de Família e Comunidade	Não possuo; Concluído; Em curso.
Especialização em Saúde da Família	Não possuo; Concluído; Em curso.
Especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva	Não possuo; Concluído; Em curso.
Possui outra especialização?	Não possuo; Concluído; Em curso.
Residência em Medicina de Família e Comunidade	Não possuo; Concluído; Em curso.
Residência em Saúde da Família	Não possuo; Concluído; Em curso.
Residência em Saúde Pública/Saúde Coletiva	Não possuo; Concluído; Em curso.
Possui outra residência?	Sim; Não.
Mestrado em Medicina de Família e Comunidade	Não possuo; Concluído; Em curso.
Mestrado em Saúde da Família	Não possuo; Concluído; Em curso.
Mestrado em Saúde Pública/Saúde Coletiva	Não possuo; Concluído; Em curso.
Possui outro mestrado?	Sim; Não.
Doutorado em Medicina de Família e Comunidade	Não possuo; Concluído; Em curso.
Doutorado em Saúde da Família	Não possuo; Concluído; Em curso.
Doutorado em Saúde Pública/Saúde Coletiva	Não possuo; Concluído; Em curso.
Possui outro doutorado?	Sim; Não.

Fonte: Elaborado pela autora, a partir do Instrumento de avaliação externa PMAQ 2º ciclo.

<b>II.7 – Educação Permanente do Processo de Qualificação das Ações Desenvolvidas</b>	
<b>Variável analisadas para a subdimensão</b>	<b>Escala de respostas disponíveis analisadas</b>
II.7.1 A equipe participa de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal?	Sim; Não.
II.7.11 A unidade recebe estudantes, professores e/ou pesquisadores em atividade de ensino, pesquisa e/ou extensão?	1 vez/semana; 2 vezes/semana; 3 vezes/semana; 4 vezes/semana; 5 vezes/semana; não recebe
II.7.12 As atividades desenvolvidas pelos estudantes, professores e pesquisadores estão articuladas com o processo de trabalho da(s) equipe(s) da unidade?	Muito articuladas; Razoavelmente articuladas; Pouco articuladas.

Fonte: Elaborado pela autora, a partir do Instrumento de avaliação externa PMAQ 2º ciclo.

<b>II.8 Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho</b>	
<b>Variável analisadas para a subdimensão</b>	<b>Escala de respostas disponíveis analisadas</b>
II.8.4 A equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?	Sim; Não.
II.8.12 A equipe realiza reunião	Sim; Não.

Fonte: Elaborado pela autora, a partir do Instrumento de avaliação externa PMAQ 2º ciclo.

<b>II.13 Organização da Agenda</b>	
<b>Variável analisadas para a subdimensão</b>	<b>Escala de respostas disponíveis analisadas</b>
II.13.5 Existe reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação?	Sim; Não.

Fonte: Elaborado pela autora, a partir do Instrumento de avaliação externa PMAQ 2º ciclo.

<b>II.14 Atenção à Saúde</b>	
<b>Variável analisadas para a subdimensão</b>	<b>Escala de respostas disponíveis analisadas</b>
II.14.8 Existe articulação entre o trabalho da equipe de saúde junto à cuidadores tradicionais como parteiras, benzedadeiras, remedieiras, pajés e rezadeiras?	Sim; Não.

Fonte: Elaborado pela autora, a partir do Instrumento de avaliação externa PMAQ 2º ciclo.

<b>II.18 Atenção ao Pré-Natal</b>	
<b>Variável analisadas para a subdimensão</b>	<b>Escala de respostas disponíveis analisadas</b>
II.18.7_1 Que ações a equipe realiza para garantir a consulta de puerpério até 10 dias após o parto?	Visita do agente comunitário de saúde para captação da mulher; Visita domiciliar de outros membros da equipe; Consulta em horário especial em qualquer dia da semana; Outro(s); Nenhuma das anteriores.

Fonte: Elaborado pela autora, a partir do Instrumento de avaliação externa PMAQ 2º ciclo.

<b>II.26 Promoção da Saúde</b>	
<b>Variável analisadas para a subdimensão</b>	<b>Escala de respostas disponíveis analisadas</b>
II.26.1 A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde	Mulheres (câncer do colo do útero e de mama); Planejamento familiar; Gestantes e puérperas (aleitamento materno); Homens; Idosos; Alimentação Saudável; Realiza estratégias educativas relacionadas à saúde sexual e à saúde reprodutiva; questões referentes ao sofrimento psíquico ou de promoção de saúde mental no território; atividade em grupos com o objetivo de apoio ao autocuidado para doenças crônicas; realiza grupos com o enfoque de orientar sobre doenças transmissíveis

direcionadas para:	(dengue, tuberculose; hanseníase; HIV, tracoma), conforme necessidade do território; o uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; o uso, abuso e dependência de ansiolíticos e benzodiazepínicos; outro(s); não realiza atividades de promoção à saúde
--------------------	---

Fonte: Elaborado pela autora, a partir do Instrumento de avaliação externa PMAQ 2º ciclo.

<b>II.29 Participação, Controle Social, Satisfação e Canal de Comunicação com o Usuário</b>	
<b>Variável analisadas para a subdimensão</b>	<b>Escala de respostas disponíveis analisadas</b>
II.29.5 A equipe considera a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho?	Sim; Não.

Fonte: Elaborado pela autora, a partir do Instrumento de avaliação externa PMAQ 2º ciclo.

**ANEXO III – SUBDIMENSÕES E VARIÁVEIS DO MÓDULO III DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ SELECIONADAS PARA ANÁLISE**

<b>III.9 Vínculo, Responsabilização e Coordenação do Cuidado</b>	
<b>Variável analisadas para a subdimensão</b>	<b>Escala de respostas disponíveis analisadas</b>
III.9 O senhor(a) acha que o tempo de consulta com o médico é suficiente?	Sim; Não.
III.9.1 Nesta unidade de saúde o(a) senhor(a) é atendido(a) pelo mesmo médico?	Sempre; Na maioria das vezes; Quase nunca; Nunca.
III.9.3 Os profissionais desta unidade lhe chamam pelo nome?	Sim; Não.
III.9.6 Os profissionais desta unidade costumam perguntar por seus familiares?	Sempre; Na maioria das vezes; Quase nunca; Nunca.

Fonte: elaborado pela autora a partir do Instrumento de avaliação externa PMAQ 2º ciclo

<b>III.23 Satisfação com o Cuidado</b>	
<b>Variável analisadas para a subdimensão</b>	<b>Escala de respostas disponíveis analisadas</b>
III.23.2 Caso o(a) senhor(a) tivesse a opção, mudaria de equipe ou unidade de saúde?	Sim; Não.
III.23.4 O(a) senhor(a) recomendaria esta unidade de saúde para um amigo ou familiar?	Sim; Não.
III.23.5 Na sua opinião, o cuidado que o(a) senhor(a) recebe da equipe de saúde é:	Muito bom; Bom; Regular; Ruim; Muito ruim.
III.23.7 De zero a dez, qual a nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com o cuidado recebido pelo(a) médico(a)?	0;1;2;3;4;5;6;7;8;9;10

Fonte: Elaborado pela autora, a partir do Instrumento de avaliação externa PMAQ 2º ciclo.