


### Atenção a pessoas idosas: desempenho de intervenções conduzidas por profissionais do Mais Médicos

Elderly care: performance of interventions carried out by More Doctors  
Program professionals (abstract: p. 15)

Atención a las personas mayores: desempeño de intervenciones realizadas por  
profesionales del Más Médicos (resumen: p. 16)

**Maria Elizabeth Gastal Fassa<sup>(a)</sup>**

<elizabethfassa@gmail.com> 

**Elaine Tomasi<sup>(b)</sup>**

<tomasiet@gmail.com> 

**Ana Claudia Gastal Fassa<sup>(c)</sup>**

<anaclaudiafassa@gmail.com> 

**Elaine Thumé<sup>(d)</sup>**

<elainethume@gmail.com> 

**Louriele Wachs<sup>(e)</sup>**

<louriele@gmail.com> 

**Leonardo Pozza dos Santos<sup>(f)</sup>**

<pozzadossantos.leo@gmail.com> 

(continua p. 13)

<sup>(a, e, g, h)</sup> Pós-Graduandos do Programa de Pós-Graduação em Ciências, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas (doutorandos). Rua Gomes Carneiro, 1, centro. Pelotas, RS, Brasil. 96010-610.

<sup>(b, c)</sup> Departamento de Medicina Social e Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Pelotas, RS, Brasil.

<sup>(d, i)</sup> Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, UFPEL. Pelotas, RS, Brasil.

<sup>(f)</sup> Departamento de Nutrição, Faculdade de Nutrição, Universidade Federal do Pampa. Bagé, RS, Brasil.

Com objetivo de avaliar a cobertura e a qualidade do cuidado a pessoas idosas, realizou-se estudo transversal das 204 intervenções de alunos da Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), vinculados ou não ao Mais Médicos. Calculou-se a diferença de cobertura entre o terceiro e o primeiro mês de intervenção e o percentual atingido no fim do terceiro mês para indicadores de qualidade. Encontrou-se aumento médio da cobertura de 35,7 pontos percentuais (pp) (32,9; 38,6), sendo de 26,1 pp (22,3; 30,0) e 42,1 pp (38,6; 45,7), conduzida por profissionais não pertencentes ao Mais Médicos ou pertencentes a tal programa, respectivamente. Avaliação multidimensional rápida, exame clínico em dia e avaliação de necessidade de tratamento odontológico apresentaram melhor desempenho em intervenções conduzidas por profissionais do Mais Médicos. Intervenções foram efetivas independente de provimento e nacionalidade, obtendo resultados significativamente melhores aquelas conduzidas por profissionais do Mais Médicos, especialmente cubanos.

**Palavras-chave:** Educação médica. Saúde do idoso. Atenção Primária à Saúde. Estratégia de Saúde da Família.

## Introdução

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), formalizado na Constituição Federal de 1988, tem como objetivo formular e implementar a Política Nacional de Saúde, destinada a promover condições de vida saudável; a prevenir riscos, doenças e agravos à saúde da população; e a assegurar o acesso equitativo ao conjunto de serviços para garantir atenção integral à saúde<sup>1,2</sup>.

Compreendendo que este novo contexto de atendimento à saúde da população implicaria na necessidade de mudanças na formação para que fosse articulada com o conceito de saúde e princípios e diretrizes da Atenção Primária à Saúde (APS), os constituintes atribuíram ao SUS a responsabilidade pela ordenação da formação de recursos humanos na área da Saúde<sup>1</sup>.

Em 2003, o Ministério da Saúde criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)<sup>3</sup> e em 2004, pela portaria 198, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que tem como fim específico a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS<sup>4</sup>. Demonstrava com essas iniciativas a intenção de usar a educação e sua articulação com a regulação do trabalho para reorientar a formação da Atenção Básica, potencializando a integração ensino-SUS<sup>5</sup>.

No âmbito do SUS, desde 2006, a Estratégia de Saúde da Família foi adotada como modelo preferencial para organização da APS, identificando demandas e necessidades tanto individuais quanto coletivas, proporcionando um cuidado integral a todos os usuários<sup>6,7</sup>.

A contínua expansão da atenção básica, em termos geográficos e de amplificação de seus focos, evidenciou a escassez de profissionais para atender a esse compromisso social e político<sup>8</sup>. Como política de provimento de profissionais médicos, o governo brasileiro instituiu, em 2011, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab)<sup>9</sup> e, em 2013, o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB)<sup>10</sup>, doravante simplificado para a expressão Mais Médicos.

Em 2011, com a finalidade de oferta de educação permanente para profissionais do SUS, havia sido criada a Rede UNA-SUS<sup>11</sup>, encarregada, a partir de 2013, de ofertar cursos de especialização em Saúde da Família aos participantes do Provab e do Mais Médicos.

O aumento da expectativa de vida, decorrente da queda nas taxas de fecundidade e mortalidade, é responsável pelo crescimento da proporção de pessoas idosas no Brasil<sup>12,13</sup>. Em 2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa<sup>14</sup> estabeleceu ações de promoção do envelhecimento ativo e saudável e determinou que, no âmbito da atenção básica, a equipe deveria desenvolver ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico e reabilitação, responsabilizando-se pela atenção integral ao usuário idoso, registrando pessoas idosas do território, praticando acolhimento e realizando avaliação multidimensional<sup>15,16</sup>.

O objetivo deste artigo foi comparar mudanças na cobertura e alcance de metas de qualidade do cuidado a pessoas idosas entre intervenções conduzidas por profissionais-estudantes vinculados ou não ao Mais Médicos, no âmbito do curso de especialização em Saúde da Família da UFPEL.

## Métodos

### Delineamento

Trata-se de um estudo transversal que analisou todas as 204 intervenções com foco na Saúde da Pessoa Idosa realizadas pelos profissionais-estudantes nas unidades de saúde em que trabalhavam.

### Contexto

O curso da UFPEL tinha como núcleo a implantação de uma intervenção em uma ação programática típica de atenção básica no serviço em que o profissional-estudante estava alocado<sup>17</sup>. Ele definia, em acordo com a equipe e baseado em análise situacional, o foco para sua intervenção, procurando atender à demanda concreta do serviço de saúde.

Para cada profissional-estudante, o curso teve a duração de um ano, no decorrer do qual aquele 1) desenvolveu a análise situacional da Unidade Básica de Saúde em que trabalhava; 2) elaborou o projeto de intervenção; 3) realizou uma intervenção com duração de três meses; 4) avaliou a intervenção; e 5) elaborou relatórios acadêmicos, para os gestores e para a comunidade. O Trabalho de Conclusão de Curso foi constituído pelo conjunto de documentos da intervenção, incluindo apresentação de planilhas e gráficos de resultados e suas análises.

De julho de 2011 a julho de 2016, o curso certificou 2.173 profissionais de oito turmas, sendo 1.050 médicos do Mais Médicos, 555 médicos e enfermeiros do Proav e 568 médicos, enfermeiros e dentistas ingressantes por demanda espontânea. As intervenções abordavam seis ações programáticas: Pré-Natal e Puerpério; Saúde da Criança; Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus; Câncer de Colo de Útero e de Mama; Saúde da Pessoa Idosa; e Saúde Bucal.

### Participantes

Para o presente artigo, foram analisadas as intervenções com foco em Saúde da Pessoa Idosa realizadas por 204 profissionais-estudantes.

### Variáveis

O primeiro desfecho foi a diferença entre a cobertura alcançada no fim do terceiro mês e a alcançada no fim do primeiro mês de intervenção, expressa em pontos percentuais. Por exemplo, se havia mil pessoas idosas residentes na área de abrangência da unidade de saúde, no primeiro mês foram incluídas na intervenção duzentas pessoas idosas (20%) e no terceiro mês foram atingidas seiscentas pessoas idosas (60%), a diferença foi expressa como um aumento de quarenta pontos percentuais na cobertura da intervenção.

Adicionalmente, quatro outros desfechos relacionados à qualidade da atenção foram aqui tratados como indicadores dessa qualidade; a saber, proporções de pessoas idosas com: 1) avaliação multidimensional rápida; 2) exame clínico em dia; 3) avaliação

da necessidade de tratamento odontológico; e 4) recebimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Optou-se por esse tratamento por sua construção e potencial utilização no monitoramento e avaliação das ações. As estimativas foram obtidas por meio da divisão do número de pessoas idosas que recebeu determinada ação dividida pelo total de pessoas idosas incluídas na intervenção e multiplicada por cem. Considerou-se para este cálculo os níveis alcançados ao final do terceiro mês da intervenção em relação às metas pactuadas pelos profissionais em seus projetos em 100% e estão expressos em porcentagem. Os indicadores de qualidade foram selecionados a partir das recomendações do Caderno de Atenção Básica nº 19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde<sup>15</sup> e das “Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral”<sup>16</sup>.

A principal variável de exposição foi o vínculo do profissional-estudante ao Mais Médicos (sim/não). As demais variáveis foram do profissional-estudante: formação (enfermeiro/médico), sexo (masculino/feminino) e nacionalidade (brasileira/cubana/outra); da unidade de saúde: localização (urbana/rural ou mista); população da equipe (até quatro mil habitantes/mais de quatro mil habitantes), número de equipes (uma/duas ou mais) e população-alvo da intervenção (até duzentas/201 a quinhentas/mais de quinhentas); e do município: porte populacional em quartis (até 12.301/12.302 a 31.524/31.525 a 121.972/121.973 e mais).

### Processamento e análise dos dados

As informações foram extraídas das planilhas de coleta de dados utilizadas pelos estudantes para registro das intervenções (modelos disponíveis em: <https://dms.ufpel.edu.br/p2k/coletiva/> – Plataforma Kurt Kloetzel – Plataforma Educacional de Saúde da Família) e dos volumes finais dos Trabalhos de Conclusão de Curso. Os dados referentes a cada intervenção foram reunidos em uma planilha Excel® e transferidos para o pacote estatístico Stata 12.0. Foram calculadas as médias dos desfechos de acordo com as variáveis de exposição. Para todas as medidas, diferença de cobertura (expressa em pontos percentuais – pp) e alcance das metas de qualidade (expressas em porcentagem), foram obtidos os respectivos intervalos de confiança de 95%. As diferenças entre as médias foram testadas por meio do Teste *t* (exposições dicotômicas), com nível de significância de 5%. Todas as análises foram estratificadas para o vínculo ao Mais Médicos e as diferenças foram consideradas significativas quando não houve sobreposição dos limites dos intervalos de confiança, corroboradas pelos resultados do Teste *t*.

### Aspectos éticos

O projeto de pesquisa “Contribuições de um processo de formação continuada de médicos e enfermeiros no desempenho das Unidades Básicas de Saúde” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPEL, com parecer nº 1.555.311. Foi obtida autorização expressa dos profissionais-estudantes para o uso dos dados.

## Resultados

Foi examinada a totalidade das intervenções realizadas com pessoas idosas ( $n=204$ ). A maioria dos profissionais-estudantes era médico (82%) e do sexo feminino (63%). Em relação à nacionalidade, 49% eram cubanos, 47% eram brasileiros e 4% eram profissionais oriundos dos seguintes países: Argentina, Belize, Colômbia, Nigéria, República Dominicana, Uruguai e Venezuela. As intervenções ocorreram em unidades de saúde com predomínio da Estratégia Saúde da Família (95%), localizadas em áreas urbanas (72%), com população adscrita de até quatro mil habitantes (74%) e com uma única equipe de saúde (74%). A população-alvo da intervenção variou de 39 a 3.323 pessoas idosas, sendo 59% entre 201 e quinhentas pessoas idosas. A distribuição do porte do município em quartis revelou que metade das intervenções ocorreram em municípios de até 31.524 habitantes (tabela 1). Mais da metade dos profissionais-estudantes (60%) eram inscritos no Programa Mais Médicos.

### Diferença de cobertura

O aumento médio de cobertura da ação programática Saúde da Pessoa Idosa foi de 35,7 pontos percentuais, sendo significativamente superior ( $t=5,874$ ;  $p<0,001$ ) entre intervenções conduzidas por participantes do Programa Mais Médicos: 42,1 pp (IC 95% – 38,6; 45,7) do que por não participantes: 26,1 pp (IC 95% – 22,3; 30,0) (tabela 1).

Comparadas às intervenções conduzidas por brasileiros participantes do estudo, aquelas conduzidas por cubanos apresentaram maior diferença nas coberturas ( $t=7,223$ ;  $p<0,001$ ) – 26,0 pp (22,4; 29,7) e 45,5 pp (41,8; 49,1), respectivamente. Intervenções conduzidas em populações de até quatro mil pessoas registraram maior aumento de cobertura: 39,1 pp (IC 95% – 35,8; 42,5) do que as conduzidas em populações com mais de quatro mil habitantes – 27,2 pp (IC 95% – 22,3; 32,2) ( $t=3,747$ ;  $p<0,001$ ). Quanto maior o porte populacional, menor a ampliação da cobertura, com grande diferença entre os municípios de menor porte – 41,7 pp (IC 95% – 35,7; 47,6) quando comparados aos de maior porte – 29,1 pp (IC 95% – 23,6; 34,6) ( $t=3,131$ ;  $p<0,01$ ) (tabela 1).

Destacam-se maiores aumentos de cobertura em intervenções conduzidas pelos profissionais-estudantes do Mais Médicos quando comparados àqueles não inseridos no programa. O padrão favorável ao Mais Médicos foi ainda observado entre profissionais-estudantes do sexo feminino, entre as intervenções que ocorreram tanto em áreas urbana, quanto rural ou mista, em equipes com até quatro mil pessoas sob sua responsabilidade, em unidades de saúde com apenas uma equipe, em todos os tamanhos da população-alvo da intervenção e nos municípios de até 31.524 habitantes (tabela 1).

De modo geral, o aumento de cobertura de intervenções conduzidas por médicos foi significativamente maior do que o de intervenções de enfermeiros. Ao comparar enfermeiros com médicos não vinculados ao Mais Médicos, a diferença deixa de ser significativa (tabela 1).

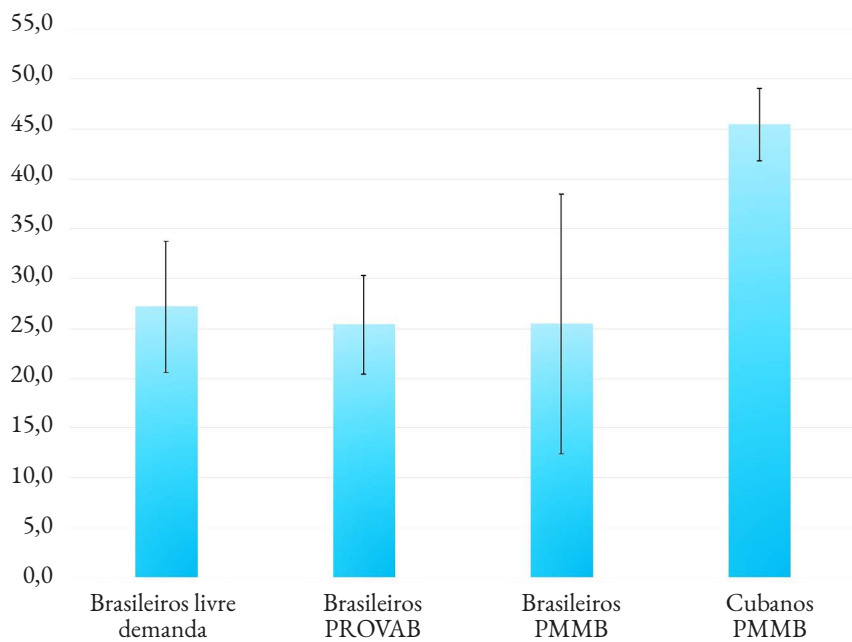
**Tabela 1** – Distribuição dos profissionais-estudantes e aumento da cobertura do Programa de Saúde da Pessoa Idosa de acordo com características individuais; das unidades de saúde e dos municípios; e vínculo ao Mais Médicos. UNA-SUS/UFPEL, 2016.

		n	%	Não MM n=82 Pontos percentuais (IC95%)	MM n=122 Pontos percentuais (IC 95%)	Total n=204 Pontos percentuais (IC 95%)
<b>Profissional-estudante</b>	Formação					
	Enfermeiro	36	17,7	23,3 (17,8; 28,7)	NSA	23,2 (17,8; 28,7)
	Médico	168	82,3	28,4 (22,8; 33,9)	42,1 (38,6; 45,7)	38,4 (35,2; 41,5)
	Sexo					
	Masculino	75	36,8	30,4 (21,7; 39,2)	44,0 (38,3; 49,7)	40,6 (35,7; 45,5)
	Feminino	129	63,2	24,8 (20,4; 29,2)	40,5 (35,9; 45,2)	32,8 (29,4; 36,3)
	Nacionalidade					
	Brasileira	95	46,6	26,1 (22,3; 30,0)	25,5 (12,4; 38,5)	26,0 (22,4; 29,7)
	Cubana	100	49,0	NSA	45,5 (41,8; 49,1)	45,5 (41,8; 49,1)
Outra	9	4,4	NSA	29,3 (15,0; 43,6)	29,3 (15,0; 43,6)	
<b>Unidade de saúde</b>	Localização					
	Urbana	143	71,5	26,2 (21,3; 31,0)	38,3 (34,1; 42,5)	33,8 (30,5; 37,1)
	Rural/Mista	57	28,5	27,3 (20,0; 34,7)	53,8 (48,3; 59,3)	41,7 (36,1; 47,3)
	População da equipe					
	Até 4.000	149	73,8	27,1 (22,4; 31,8)	46,6 (42,8; 50,4)	39,1 (35,8; 42,5)
	Mais de 4.000	53	26,2	24,7 (17,3; 32,0)	29,3 (22,3; 36,3)	27,2 (22,3; 32,2)
	Número de equipes					
	Uma	148	73,6	26,2 (21,8; 30,6)	43,7 (39,6; 47,8)	37,0 (33,7; 40,3)
	Duas ou mais	53	26,4	27,8 (19,2; 36,3)	38,6 (31,0; 46,1)	33,9 (28,2; 39,6)
<b>Município</b>	População-alvo da intervenção					
	Até 200	41	20,1	28,4 (15,8; 40,9)	53,8 (48,3; 59,3)	45,7 (39,3; 52,1)
	201 a 500	121	59,3	27,9 (23,1; 32,8)	43,2 (38,5; 47,8)	36,2 (32,7; 39,8)
	Mais de 500	42	20,6	16,9 (11,2; 22,2)	28,1 (25,0; 35,7)	24,4 (18,9; 29,9)
	Porte (habitantes em quartis)					
	Até 12.301	51	25	28,3 (19,7; 36,9)	51,8 (45,5; 58,1)	41,7 (35,7; 47,6)
	12.302 a 31.524	52	25,5	27,8 (14,5; 31,0)	44,6 (38,7; 50,6)	37,1 (31,6; 42,5)
	31.525 a 121.972	50	24,5	30,4 (19,6; 41,1)	37,3 (30,0; 44,6)	35,0 (29,1; 40,9)
	Mais de 121.973	51	25	23,7 (17,8; 29,7)	34,3 (25,2; 43,3)	29,1 (23,6; 34,6)
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100</b>	<b>26,1 (22,3; 30,0)</b>	<b>42,1 (38,6; 45,7)</b>	<b>35,7 (32,9; 38,6)</b>	

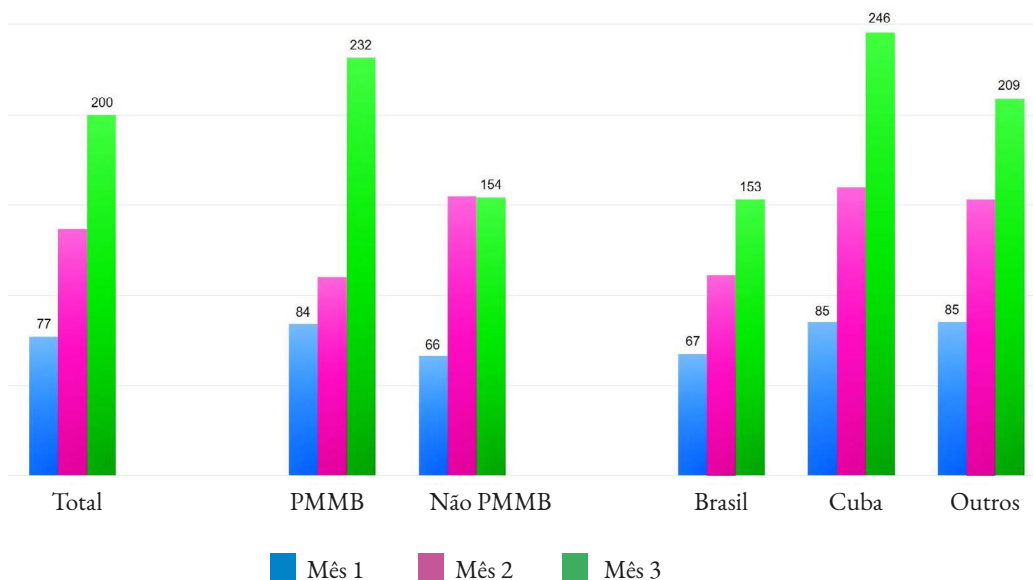
IC = Intervalo de confiança de 95%.

NSA = Não se aplica. Não havia enfermeiros vinculados ao MM e não havia estrangeiros não vinculados ao MM.

Para os brasileiros participantes do estudo, o fato de pertencer ao Mais Médicos não implicou em diferença significativa no aumento da cobertura da intervenção. Os cubanos alcançaram incrementos médios de cobertura significativamente maiores do que os brasileiros participantes do estudo vinculados ao Mais Médicos ou ao Provac ou que frequentavam o curso por livre demanda (figura 1). O mesmo padrão foi observado considerando-se os números absolutos de pessoas idosas beneficiadas pelas intervenções (figura 2).



**Figura 1.** Aumento da média de cobertura em pontos percentuais das ações de cuidado aos idosos de acordo com a nacionalidade e o programa de provimento do profissional-estudante. UNA-SUS, UFPEL, 2016.



**Figura 2.** Número absoluto de beneficiados pelas intervenções de cuidado aos idosos de acordo com a nacionalidade e o programa de provimento do profissional-estudante. UNA-SUS, UFPEL, 2016.

## Indicadores de qualidade

### Avaliação multidimensional rápida (AMR)

No fim dos três meses de intervenção, a média de realização da AMR nos serviços foi de 90,8%, significativamente maior entre os vinculados aos Mais Médicos – 95,5% (93,0; 97,9) – do que entre os não vinculados – 83,1% (76,9; 89,2) ( $t=4,309$ ;  $p<0,001$ ). Esta diferença pró-Mais Médicos também se manifestou entre os profissionais-estudantes do sexo feminino, entre unidades urbanas, com população da equipe de até quatro mil habitantes e com uma única equipe (tabela 2).

### Exame clínico em dia

Este indicador alcançou média de 94,5% e foi maior (96,4%) em intervenções conduzidas por profissionais-estudantes do Mais Médicos (IC 95% – 94,6; 98,3) em comparação àquelas conduzidas por profissionais não participantes do programa (90,5%) (IC 95% – 86,2; 94,9) ( $t=2,479$ ;  $p<0,05$ ). Essa diferença também foi registrada quando as intervenções foram conduzidas por mulheres e naquelas em que a população da equipe era de até quatro mil habitantes (tabela 2).

**Tabela 2** – Alcance das metas de qualidade em porcentagem em AMR e exame clínico de acordo com vínculo ao Mais Médicos e características individuais das unidades de saúde e dos municípios. UNA-SUS/UFPEL, 2016.

	Avaliação Multidimensional Rápida (%)			Exame clínico em dia (%)			
	Não MM (IC95%)	MM (IC95%)	Total (IC95%)	Não MM (IC95%)	MM (IC95%)	Total (IC95%)	
Profissional-estudante	Formação						
	Enfermeiro	79,3 (68,7; 89,9)	NSA	79,3 (68,7; 89,9)	88,7 (79,4; 98,1)	NSA	88,7 (79,4; 98,1)
	Médico	85,8 (78,3; 93,4)	95,5 (93,0; 97,9)	93,0 (90,3; 95,7)	91,4 (86,3; 96,4)	96,4 (94,6; 98,3)	95,1 (93,2; 97,0)
	Sexo						
	Masculino	84,4 (69,2; 99,5)	94,8 (91,0; 98,6)	92,2 (87,7; 96,8)	94,6 (88,3; 100,9)	95,6 (92,6; 98,6)	95,4 (92,7; 98,1)
	Feminino	82,7 (75,9; 89,5)	96,1 (92,9; 99,4)	89,9 (86,2; 93,7)	89,1 (83,5; 94,7)	97,1 (94,8; 99,4)	93,9 (91,2; 96,6)
	Nacionalidade						
	Brasileira	83,1 (76,9; 89,2)	85,0 (68,7; 101,3)	83,4 (77,7; 89,0)	90,5 (86,2; 94,9)	93,4 (82,3; 100,5)	91,0 (87,0; 95,0)
	Cubana	--	96,6 (94,4; 98,8)	96,6 (94,4; 98,8)	--	96,9 (95,2; 98,7)	96,9 (95,2; 98,7)
	Outra	--	98,2 (95,8; 100,6)	98,2 (95,8; 100,6)	--	95,3 (87,5; 100,3)	95,3 (87,5; 100,3)
Unidade de saúde	Localização						
	Urbana	78,7 (70,1; 87,3)	95,7 (92,9; 98,6)	89,7 (86,0; 93,5)	89,0 (83,0; 95,0)	96,3 (94,0; 98,7)	94,0 (91,6; 96,6)
	Rural/Mista	91,6 (85,4; 97,8)	96,2 (92,0; 100,2)	94,1 (90,6; 97,7)	93,4 (87,3; 99,6)	97,1 (94,5; 99,8)	95,7 (92,8; 98,5)
	População da equipe						
	Até 4.000	81,9 (74,4; 89,4)	96,1 (93,6; 98,6)	91,0 (87,7; 94,3)	89,7 (83,8; 95,7)	97,6 (96,3; 98,9)	95,1 (93,1 ; 97,3)
	Mais de 4.000	85,8 (74,4; 97,3)	95,6 (90,3; 101,0)	91,4 (85,7; 97,1)	92,1 (86,0; 98,2)	95,0 (89,8; 100,1)	93,8 (90,0 ; 97,6)
	Número de equipes						
Uma	83,4 (76,2; 90,7)	96,3 (93,8; 98,8)	91,6 (88,4; 94,8)	92,1 (87,3; 96,9)	97,4 (96,1; 98,8)	95,8 (94,0; 97,5)	
Duas ou mais	82,3 (69,8; 94,8)	95,1 (89,8; 100,3)	89,7 (83,6; 95,7)	79,9 (60,2; 99,6)	95,0 (87,9; 102,1)	90,3 (82,8; 97,9)	

continua



**Tabela 2 – continuação**

	Avaliação Multidimensional Rápida (%)			Exame clínico em dia (%)		
	Não MM (IC95%)	MM (IC95%)	Total (IC95%)	Não MM (IC95%)	MM (IC95%)	Total (IC95%)
<b>Município</b>	<b>Porte (habitantes em quartis)</b>					
Até 12.301	84,8 (73,7; 95,9)	95,4 (90,9; 100,0)	91,0 (85,7; 96,3)	87,4 (76,1; 98,7)	96,5 (93,4; 99,6)	93,1 (88,6; 97,6)
12.302 a 31.524	84,8 (69,2; 100,4)	96,9 (92,5; 101,2)	93,2 (87,7; 98,7)	94,1 (86,5; 101,8)	98,0 (96,4; 99,5)	97,1 (94,8; 99,2)
31.525 a 121.972	84,5 (73,3; 95,6)	95,3 (90,8; 99,8)	91,9 (87,3; 96,6)	92,5 (85,6; 99,3)	96,7 (93,9; 99,5)	95,6 (92,9; 98,2)
Mais de 121.973	79,5 (65,7; 93,2)	94,0 (86,7; 101,3)	87,2 (79,6; 94,7)	89,9 (81,1; 98,7)	94,1 (86,8; 101,4)	92,3 (86,9; 97,7)
<b>Total</b>	<b>83,1 (76,9; 89,2)</b>	<b>95,5 (93,0; 97,9)</b>	<b>90,8 (87,9; 93,7)</b>	<b>90,5 (86,2; 94,9)</b>	<b>96,4 (94,6; 98,3)</b>	<b>94,5 (92,5; 96,4)</b>

IC = Intervalo de confiança de 95%.

NSA = Não se aplica. Não havia enfermeiros vinculados ao MM e não havia estrangeiros não vinculados ao MM.

### Avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Este indicador alcançou média de 80,5%, sendo significativamente maior nas intervenções conduzidas por profissionais-estudantes do Mais Médicos (86,5% – IC 95% – 81,7; 91,3) quando comparadas às conduzidas por outros profissionais-estudantes – 63,8% (IC 95% – 52,8; 74,8) ( $t=3,799$ ;  $p<0,001$ ). O padrão favorável ao Mais Médicos foi ainda observado nas intervenções conduzidas por mulheres, em área urbana, realizadas por equipes com população de até quatro mil habitantes e quando havia apenas uma equipe na unidade de saúde (tabela 3).

**Tabela 3 – Alcance das metas de qualidade em avaliação da necessidade de atendimento odontológico e entrega da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa de acordo com vínculo ao MM e características individuais das unidades de saúde e dos municípios. UNA-SUS/UFPEL, 2016.**

	Avaliação da necessidade de atendimento odontológico (%)			Entrega da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (%)		
	Não MM (IC95%)	MM (IC95%)	Total (IC95%)	Não MM (IC95%)	MM (IC95%)	Total (IC95%)
<b>Egresso</b>	<b>Formação</b>					
Enfermeiro	56,9 (37,1; 76,6)	NSA	56,9 (37,1; 76,6)	72,5 (62,0; 83,0)	NSA	72,5 (62,0; 83,0)
Médico	68,8 (55,3; 82,3)	86,5 (81,7; 91,3)	83,4 (78,8; 88,1)	76,5 (65,9; 87,1)	84,5 (79,5; 89,5)	82,3 (77,7; 86,9)
	<b>Sexo</b>					
Masculino	73,2 (50,0; 96,3)	79,6 (71,1; 88,1)	78,5 (70,6; 86,3)	76,5 (58,2; 94,8)	85,9 (78,4; 93,3)	83,5 (76,4; 90,6)
Feminino	60,2 (47,2; 73,2)	92,4 (87,5; 97,3)	82,0 (75,9; 88,1)	74,2 (66,1; 82,4)	83,3 (76,4; 90,2)	78,8 (73,5; 84,2)
	<b>Nacionalidade</b>					
Brasileira	63,8 (52,8; 74,8)	82,1 (62,3; 101,9)	68,1 (58,5; 77,6)	74,7 (67,4; 82,1)	83,2 (64,5; 101,9)	75,9 (69,1; 82,7)
Cubana	--	87,8 (83,0; 92,7)	87,8 (83,0; 92,7)	--	83,7 (78,1; 89,4)	83,7 (78,1; 89,4)
Outra	--	77,5 (45,1; 109,9)	77,5 (45,1; 109,9)	--	95,1 (86,9; 103,3)	95,1 (86,9; 103,3)

continua

**Tabela 3 – continuação**

		Avaliação da necessidade de atendimento odontológico (%)			Entrega da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (%)		
		Não MM (IC95%)	MM (IC95%)	Total (IC95%)	Não MM (IC95%)	MM (IC95%)	Total (IC95%)
Unidade de saúde	Localização						
	Urbana	64,9 (51,0; 78,9)	86,9 (81,0; 92,8)	81,8 (76,0; 87,5)	74,2 (65,4; 82,9)	83,6 (77,6; 89,6)	80,1 (75,1; 85,1)
	Rural/Mista	58,0 (36,0; 105,3)	86,2 (81,1; 99,3)	77,8 (68,5; 87,2)	74,4 (58,8; 90,0)	87,4 (77,9; 97,0)	81,5 (72,8; 90,2)
	População da equipe						
	Até 4.000	63,7 (50,8; 76,7)	89,4 (85,0; 93,9)	82,9 (77,9; 87,9)	75,1 (66,1; 84,1)	87,8 (82,6; 92,9)	82,9 (78,2; 87,6)
Mais de 4.000	60,8 (34,6; 87,0)	80,1 (66,7; 93,5)	74,8 (63,0; 86,6)	72,8 (58,5; 87,1)	77,2 (65,4; 89,0)	75,2 (66,4; 84,1)	
Município	Número de equipes						
	Uma	60,0 (45,9; 74,2)	87,2 (81,9; 92,5)	81,0 (75,4; 86,5)	79,1 (71,1; 87,1)	89,4 (84,9; 94,0)	85,4 (81,2; 89,7)
	Duas ou mais	54,1 (19,2; 89,0)	87,6 (74,3; 100,9)	78,9 (65,6; 92,3)	61,7 (44,8; 78,6)	72,5 (59,4; 85,6)	67,8 (57,7; 78,0)
	Porte (habitantes em quartis)						
	Até 12.301	67,6 (48,4; 86,8)	88,5 (81,0; 95,9)	81,4 (73,1; 89,6)	68,0 (50,1; 86,0)	88,4 (79,7; 97,0)	79,6 (70,3; 88,9)
12.302 a 31.524	66,1 (37,3; 94,9)	86,3 (77,4; 95,1)	82,1 (73,1; 91,0)	76,9 (61,5; 92,3)	87,4 (79,3; 95,4)	83,7 (76,4; 91,1)	
31.525 a 121.972	42,1 (0,69; 83,5)	89,3 (79,7; 99,0)	81,9 (70,9; 92,8)	76,7 (58,3; 95,1)	81,4 (70,1; 92,7)	79,8 (70,4; 89,2)	
Mais de 121.973	67,9 (46,7; 89,1)	80,9 (66,8; 95,0)	76,6 (65,2; 87,9)	77,8 (66,3; 89,3)	80,3 (66,7; 93,8)	79,0 (70,4; 87,6)	
	Total	63,8 (52,8; 74,8)	86,5 (81,7; 91,3)	80,5 (75,8; 85,3)	74,7 (67,4; 82,1)	84,5 (79,5; 89,5)	80,6 (76,3; 84,8)

IC = Intervalo de confiança de 95%.

NSA = Não se aplica. Não havia enfermeiros vinculados ao MM e não havia estrangeiros não vinculados ao MM.

## Recebimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Considerando todas as intervenções, este indicador atingiu em média 80,6% da meta e não apresentou diferenças significativas de acordo com a participação no programa, sendo 84,5% (IC 95% – 79,5; 89,5) entre os vinculados ao Mais Médicos e 74,7% (IC 95% – 67,4; 82,1) ( $t=2,270$ ;  $p>0,05$ ) nas intervenções conduzidas por outros profissionais. Independentemente do vínculo com o Programa Mais Médicos, aquelas intervenções realizadas em unidades com mais de uma equipe de saúde chegaram a apenas 67,8% da meta (IC 95% – 57,7; 78,0) contra 85,4 (IC 95% – 81,2; 89,7) ( $t=3,201$ ;  $p<0,01$ ) daquelas em que havia uma única equipe (tabela 3).

## Discussão

Observou-se melhor desempenho das intervenções conduzidas por profissionais-estudantes vinculados ao Mais Médicos. Esse efeito foi consistente tanto para o aumento da cobertura quanto para a melhoria nos indicadores de qualidade. A única exceção foi o indicador relativo à entrega da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, que não mostrou diferença significativa entre os grupos. A distribuição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa está a cargo do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde<sup>18</sup>; talvez a dependência de tais fatores externos às Unidades Básicas de Saúde (UBS) explique a falta de diferença significativa entre os grupos.

A melhor evolução dos indicadores de cobertura e qualidade nas intervenções lideradas por profissionais-estudantes participantes do Mais Médicos pode estar relacionada ao tipo de vínculo e ao perfil profissional que os diferencia dos profissionais-estudantes não vinculados ao programa.

Os profissionais-estudantes que participaram do curso por livre demanda não contavam com apoio para buscar seu aperfeiçoamento, não tinham tempo, dentro do horário de trabalho, destinado ao estudo, nem estímulo financeiro. Em contraste, os profissionais-estudantes do Mais Médicos tinham contrato com bolsa de três anos, que previa o curso como requisito e oito horas semanais para dedicar ao estudo. O Mais Médicos captou predominantemente médicos estrangeiros, em sua grande maioria cubanos, com experiência prévia em Atenção Primária à Saúde, o que também pode ter contribuído para os resultados<sup>8,19</sup>.

Os melhores resultados na evolução dos indicadores de cobertura e qualidade por parte dos médicos em comparação aos enfermeiros foi decorrente do melhor desempenho dos profissionais vinculados ao Mais Médicos. Portanto, o desempenho de médicos não participantes do programa e enfermeiros foi similar. Caso a organização do processo de trabalho proporcionasse aos enfermeiros o exercício integral do escopo de suas práticas, conforme descrito na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)<sup>7</sup>, o desempenho de suas intervenções poderia ter sido melhor, talvez semelhante ao dos participantes do Mais Médicos<sup>20</sup>.

Os profissionais-estudantes médicos vinculados ao Provac estavam em uma iniciativa de transição entre o término de sua graduação e o ingresso na residência e talvez por isso minimizassem sua dedicação às intervenções em que estavam envolvidos. Já os participantes do Mais Médicos, além de mais experiência e formação em APS, tinham o programa e as unidades de saúde como foco central de suas atividades profissionais<sup>19</sup>.

Entre as limitações do estudo, é importante considerar que a ampliação da cobertura pode ter sido subestimada porque não foi possível estabelecer uma linha de base antes da intervenção por carência de registros adequados para avaliar as ações programáticas. Assim, o curto período de intervenção – três meses – que é um corte acadêmico de um processo real em que os profissionais-estudantes já realizavam outras atividades do curso nas UBS, pode ter limitado a apreciação do efeito da intervenção. No entanto, essa circunstância foi igual para toda a amostra e não impediu a expressão de diferenças entre as intervenções comparadas, destacando-se a magnitude do efeito das intervenções nas coberturas do programa de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa.

O número de usuários alcançados ganha relevância ao considerar que as unidades de saúde em que as intervenções foram realizadas situam-se em áreas de grande vulnerabilidade social, promovendo maior equidade em saúde para esse grupo populacional<sup>21-25</sup>. No total, as 204 intervenções tiveram população-alvo de 86.245 pessoas idosas em 155 municípios brasileiros. A soma de pessoas idosas que cada intervenção alcançou foi de 15.715 no fim do primeiro mês e de 40.972 no fim do terceiro mês, ou seja, um incremento de 2,6 vezes.

Em relação aos indicadores de qualidade, a avaliação multidimensional rápida procura verificar a capacidade funcional e cognitiva. A capacidade funcional refere-se às condições que a pessoa idosa tem de desenvolver atividades requeridas pelo ambiente em que vive e a capacidade cognitiva refere-se a suas condições de lidar com as informações que a realidade lhe proporciona – registrar, armazenar e dar significado adequado aos dados. Esses aspectos determinam a autonomia e a independência de que a pessoa idosa efetivamente desfruta<sup>26</sup>.

De acordo com Sirena e Moriguchi<sup>27</sup>, a atenção às pessoas idosas objetiva promover sua saúde e prevenir doenças e, para isso, um cuidadoso exame clínico deve ser realizado rotineiramente, incluindo rastreamento para hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus*, verificação de sinais vitais e dados antropométricos e fornecimento de orientações para hábitos saudáveis de vida. Para portadores de hipertensão ou diabetes, é importante incluir estratificação de risco cardiovascular e exame dos pés.

Muitas equipes de Estratégia de Saúde da Família ainda não contam com profissional odontólogo. No entanto, há aspectos da saúde bucal que estão no escopo da competência de outros profissionais de saúde que podem perceber problemas na higiene bucal, identificar cáries, necessidade de prótese, lesões na mucosa, tumores e, quando for o caso, fazer o referenciamento para o dentista em uma unidade central ou em um centro de especialidades odontológicas<sup>28-30</sup>.

A edição de 2014 da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa<sup>18</sup> permite o acompanhamento longitudinal da pessoa idosa pelo prazo de cinco anos em relação às condições de saúde e rede social e familiar; e fornece orientações para o autocuidado e aos profissionais de saúde para realização da AMR e organização do processo de trabalho. Esse indicador favorece o controle social, pois oportuniza que o usuário conheça como deve ser seu atendimento.

Os resultados dos indicadores de qualidade não detectaram diferenças significativas de acordo com o porte dos municípios, sugerindo que as intervenções promoveram a equidade em contextos sociais contrastantes<sup>21-25</sup>. Além disso, considera-se que, por meio das ações avaliadas, o curso fortaleceu a integração ensino-serviço<sup>28</sup>.

Por outro lado, os médicos cubanos apresentaram melhor desempenho em três dos quatro indicadores de qualidade. A nacionalidade dos profissionais-estudantes sempre se manteve associada à maior diferença na cobertura das intervenções, independentemente de outros fatores. Dado o perfil da amostra, no qual há forte colinearidade entre nacionalidade cubana e vínculo ao Mais Médicos, pode-se afirmar que os resultados vantajosos observados nas intervenções do PMMB são decorrentes das características dos profissionais cubanos em relação à formação médica, experiência e especialização em APS. A maior presença de médicos cubanos em municípios de menor porte reforça sua contribuição para a equidade das intervenções em relação ao contexto social<sup>21-25,30</sup>.

Estudos, no âmbito da APS, que medem alcance de metas de qualidade e incremento na cobertura mediante processo de intervenção na realidade dos serviços ainda são escassos em nosso meio e evidências de melhores resultados obtidos por participantes do Mais Médicos junto com o programa de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa são inéditas. Acreditamos que este artigo possa subsidiar políticas públicas na área da formação de profissionais para APS, especialmente aquelas que enfatizam integração ensino-serviço, notadamente em relação à Atenção à Saúde da Pessoa Idosa.


## Conclusões

As intervenções melhoraram o desempenho das ações de saúde no cuidado a pessoas idosas, em todos os cenários testados, independentemente do tipo de provimento e da nacionalidade dos profissionais. As intervenções conduzidas por profissionais do Mais Médicos, com destaque para os médicos cubanos, tiveram resultados significativamente


melhores, tanto em relação ao aumento de cobertura quanto em relação à melhoria de indicadores de qualidade das ações.

### Autores (continuação)


**Pamela Volz<sup>(g)</sup>**

<pammi.volz@gmail.com> 

**Leandro Rodrigues<sup>(h)</sup>**

<leandrofeio@hotmail.com> 

**Luiz Augusto Facchini<sup>(i)</sup>**

<luizfacchini@gmail.com> 

### Contribuições dos autores

Maria Elizabeth Gastal Fassa, Elaine Tomasi e Luiz Augusto Facchini participaram da concepção e delineamento do trabalho; redação e revisão final do manuscrito; revisão de literatura; e análise e interpretação dos dados. Louriele Wachs e Leonardo Pozza Santos participaram da coleta e processamento dos dados. Anacláudia Gastal Fassa e Elaine Thumé participaram da análise e interpretação dos dados e revisão crítica do conteúdo. Pâmela Volz e Leandro Rodrigues colaboraram na revisão da literatura e nas versões preliminares do manuscrito. Todos os autores listados participaram da discussão dos resultados e revisaram e aprovaram a versão final a ser publicada.

### Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) – Brasil – *Código de Financiamento 001*.

O presente trabalho foi realizado com apoio do Ministério da Fazenda – TC73 2013.

### Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).



### Referências

1. Presidência da República (BR). Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Presidência da República (BR). Lei nº 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. 19 Set 1990.
3. Magnago C, Pierantoni CR, França T, Vieira SP, Miranda RG, Nascimento DN. Política de gestão do trabalho e educação em saúde: a experiência do ProgeSUS. Cienc Saude Colet. 2017; 22(5):1521-30.



4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 198, de 13 de Fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União. 13 Fev 2004.
5. Haddad AE, Brenelli SL, Passarella TM, Ribeiro TCV. Política Nacional de Educação na Saúde. Rev Baiana Saude Publica. 2008; 32 Suppl 1:98-114.
6. Ministério da Saúde (BR). 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). Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
7. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Série E. Legislação em Saúde).
8. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. “Mais Médicos”: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. Interface (Botucatu). 2015; 19(54):623-34.
9. Ministério da Educação (BR). Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de Setembro de 2011. Institui o Programa De Valorização Do Profissional Da Atenção Básica. Diário Oficial da União. 1 Set 2011.
10. Presidência da República (BR). Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de Dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de Julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013.
11. Ministério da Saúde (BR). Universidade Aberta do SUS – UNA-SUS. Institucional [Internet]. 2018 [citado 8 Maio 2018]. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/institucional>
12. Miranda GD, Mendes AG, Silva AL. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2016; 19(3):507-19.
13. Agência IBGE. PNAD 2016: população idosa cresce 16,0% frente a 2012 e chega a 29,6 milhões [Internet]. 2017 [citado 8 Maio 2018]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2013-agencia-de-noticias/releases/18263-pnad-2016-populacao-idosa>
14. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.528, de 19 de Outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União. 19 Out 2006.
15. Ministério da Saúde (BR). Caderno de Atenção Básica nº 19. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
16. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
17. Universidade Federal de Pelotas. Departamento de Medicina Social. Projeto pedagógico: especialização em saúde da família - EaD. Pelotas: UFPEL; 2013.
18. Ministério da Saúde (BR). Caderneta da Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
19. Santos JB, Maciel RH, Lessa MG, Maia, AL. Médicos estrangeiros no Brasil: a arte do saber olhar, escutar e tocar. Saude Soc. 2016; 25(4):1003-16.
20. Toso BRGO, Filippon J, Giovanella L. Atuação do enfermeiro na Atenção Primária no Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra. Rev Bras Enferm. 2016; 69(1):169-77.

21. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no sul e no nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Cienc Saude Colet*. 2006; 11(3):669-81.
22. Facchini LA, Nunes BP, Motta JVS, Tomasi E, Silva SM, Thumé E, et al. Insegurança alimentar no nordeste e sul do Brasil: magnitude, fatores associados e padrões de renda per capita para redução das iniquidades. *Cad Saude Publica*. 2014; 30(1):161-74.
23. Facchini LA, Thumé E, Nunes BP, Silva SM, Fassa AG, Garcia LP, et al. Governance and health system performance: national and municipal challenges to the brazilian family health strategy. In: Reich MR, Takemi K. *Governing health systems: for nations and communities around the world*. Brookline: Lamprey & Lee; 2015. p. 203-36.
24. Geib LC. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(1):123-33.
25. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saude Publica*. 2009; 43(3):548-54.
26. Moraes EN. Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. In: Borges APA, Coimbra AMC. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. 22a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 151-75.
27. Sirena SA, Morigushi EH. Promoção e manutenção da saúde do idoso. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 576-85.
28. Martins AB, Davila OP, Hilgert JB, Hugo FN. Atenção primária à saúde voltada às necessidades dos idosos: da teoria à prática. *Cienc Saude Colet*. 2014; 19(8):3403-16.
29. Barbosa KN. Condições de saúde bucal em idosos: uma revisão da realidade brasileira. *Odontol Clin Cient*. 2011; 10(3):227-31.
30. Girardi SN, Carvalho CL, Pierantoni CR, Costa JO, Van Stralen ACS, Lauer TV, et al. Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(9):2739-48.

---

In order to assess coverage and quality of elderly care, a cross-sectional study of 204 interventions of Family Health Specialization students of UFPel was conducted, both connected and not connected to the More Doctors Program (PMM). The coverage difference between the third and first months of intervention and the percentage at the end of the third month were calculated in order to obtain quality indicators. An average increase in coverage of 35.7 percentage points (pp) (32.9, 38.6) was found: 42.1 pp (38.6, 45.7) and 26.1 pp (22.3, 30) were, respectively, related and not related to PMM. Brief Multidimensional Assessment (AMR), up-to-date clinical examination and assessment of the need for dental treatment showed better results in interventions conducted by PMM professionals. The interventions were effective regardless of supply and nationality, obtaining significantly better results those conducted by PMM professionals, especially Cubans.

**Keywords:** Medical education. Elderly health. Primary healthcare. Family Health Strategy.



Con el objetivo de evaluar la cobertura y la calidad del cuidado a las personas mayores, se realizó un estudio transversal de las 204 intervenciones de alumnos de la Especialización en Salud de la Familia de UFPel, vinculados o no al Más Médicos. Se calculó la diferencia de cobertura entre el 3<sup>er</sup> y el 1<sup>er</sup> mes de intervención y el porcentaje alcanzado al final del 3<sup>er</sup> mes para indicadores de calidad. Se encontró un aumento medio de la cobertura de 35,7 puntos porcentuales (pp) (32,9; 38,6), siendo de 26,1 pp (22,3; 30,0) y de 42,1 pp (38,6; 45,7) realizadas por no Más Médicos o Más Médicos, respectivamente. Evaluación multidimensional rápida, examen clínico al día y necesidad de tratamiento odontológico presentaron un mejor desempeño en intervenciones realizadas por profesionales del Más Médicos. Las intervenciones fueron efectivas, independientemente de la provisión y nacionalidad, obteniendo resultados significativamente mejores las realizadas por profesionales del Más Médicos, especialmente los de nacionalidad cubana.

**Palabras clave:** Educación médica. Salud del anciano. Atención primaria de la salud. Estrategia de salud de la familia.

Submetido em 02/03/18.  
Aprovado em 08/10/18.