

Os resultados da pesquisa apresentados neste capítulo serão expostos no formato de dois artigos científicos elaborados segundo as normas dos periódicos selecionados para submetê-los.

Os temas abordados nos artigos contemplam os objetivos propostos no estudo, possibilitando avaliar o impacto do Programa Mais Médicos para a Estratégia de Saúde da Família no município de Jequié-BA.

Sendo assim, o primeiro artigo, *Avaliação do Programa Mais Médicos: avanços e desafios para a atenção básica*, responde aos seguintes objetivos específicos: Analisar indicadores de saúde produzidos na Estratégia de Saúde da Família entre os anos de 2011 a 2016, no município de Jequié-Ba; e Identificar os desafios enfrentados pelo PMM para sua efetivação junto à atenção básica.

O segundo artigo, intitulado *O Programa Mais Médicos sob o olhar dos usuários: uma pesquisa avaliativa* atende ao seguinte objetivo específico: Investigar a opinião da comunidade acerca do Programa.

5.1 MANUSCRITO 01: AVANÇOS E DESAFIOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA A ATENÇÃO BÁSICA

O manuscrito foi submetido à Revista Panamericana de Salud Publica.

AVANÇOS E DESAFIOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA A ATENÇÃO BÁSICA

ADVANCES AND CHALLENGES OF THE BRAZIL'S MORE DOCTORS PROGRAM THE PRIMARY CARE

Priscila Meira Mascarenhas Padre¹

Ismar Eduardo Martins Filho²

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Departamento de Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Campus Universitário de Jequié-BA Brasil.

²Professor do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Departamento de Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Campus Universitário de Jequié-BA Brasil.

RESUMO

Objetivos: analisar os indicadores de saúde produzidos na estratégia de saúde da família de 2011 a 2016, comparando o antes e depois da implantação do Programa Mais Médicos; e identificar os desafios enfrentados pelo Programa para sua efetivação.

Métodos: pesquisa avaliativa, do tipo análise dos efeitos. Realizou-se entrevista semiestruturada com 30 usuários da estratégia de saúde da família e levantamento dos indicadores de saúde de um município do interior baiano através dos sistemas de informação em saúde com recorte temporal de seis anos (2011 a 2016). Os dados das entrevistas foram analisados com base na técnica de análise de conteúdo temática e foi realizada análise estatística por meio do software *Statistical Package for the Social Sciences* para os indicadores em saúde.

Resultados: a avaliação do referido Programa foi positiva, pois produziu mudanças significativas na assistência em saúde, reduzindo as desigualdades de acesso à atenção

primária com ampliação do número de atendimentos aos diversos grupos populacionais; além de possibilitar o estabelecimento de vínculo entre o profissional médico e os usuários.

Conclusão: apesar dos avanços advindos do Programa Mais Médicos, ainda existem entraves que precisam ser superados na atenção básica, como a melhoria dos investimentos que assegurem maior acessibilidade e resolutividade ao serviço.

Palavras-chaves: medicina de família e comunidade; integralidade em saúde; serviços de saúde

ABSTRACT

Objective: to analyze the health indicators produced in the family health strategy from 2011 to 2016, comparing before and after the implementation of the *Mais Médicos* Program; to identify the challenges faced by the Program for its implementation.

Method: evaluative research, of the analysis of effects type. A semi-structured interview was conducted with 30 users of the family health strategy and survey of the health indicators of a city in the interior of Bahia through health information systems with a six-year time cut. Data from the interviews were analyzed based on the thematic content analysis technique and statistical analysis was performed using Statistical Software Package for the Social Sciences for health indicators.

Results: the evaluation of this Program was positive, as it produced significant changes in health care, reducing the inequalities in access to primary health care, with an increase in the number of care provided to different population groups; besides enabling the establishment of a link between the medical professional and the users.

Conclusion: despite the advances made by the *Mais Médicos* Program, there are still obstacles that must be overcome in primary care, such as the improvement of investments that ensure greater accessibility and resolution to the service.

Keywords: family and community medicine; integrality in health; health services

Os países que adotam sistemas de saúde de caráter universal têm a Atenção Primária à Saúde (APS) como base constitutiva e prioritária nas agendas das políticas de saúde. No contexto brasileiro, a APS configura-se como um dos centros do debate sobre os desafios para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), ao apresentar-se como reorientadora do modelo de atenção e constituir-se como a porta de entrada preferencial do sistema, de modo a ordenar o acesso com equidade, além de garantir universalidade, com qualidade e em tempo oportuno (1).

Nessa direção, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modo prioritário de organização da Atenção Básica (AB), porém sua cobertura apresentou crescimento mínimo nos últimos anos, em grande parte decorrente da dificuldade dos gestores municipais em atrair e fixar médicos nas equipes de saúde da família (eSF) (2).

Estudos demonstram que enquanto as capitais das 27 unidades da federação possuem 55,24% dos registros de médicos, todos os municípios (excluindo-se as capitais) reúnem 44,76% destes profissionais. As capitais detêm uma razão de 4,84 por 1.000 habitantes, taxa que no interior diminui bruscamente para 1,23 médico por 1.000 moradores. O Brasil possui uma média de 2,1 médicos por 1.000 habitantes estando abaixo da taxa recomendada pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) – (3,2 médicos por 1.000 habitantes) (3).

Nessa perspectiva, em 22 de outubro de 2013, foi criado o Programa Mais Médicos (PMM) pela Lei Federal nº 12.871, possuindo três eixos prioritários: provimento de médicos brasileiros e estrangeiros em municípios com áreas de vulnerabilidade; investimentos em unidades básicas de saúde; e mais vagas e cursos de medicina baseados em diretrizes curriculares revisadas (4). Ressalta-se que o primeiro eixo possui caráter emergencial para

atender o problema imediato da carência de médicos, enquanto se aguardam os efeitos das medidas estruturantes.

Diante do exposto, a relevância do estudo está direcionada ao fato de que o PMM é uma importante política pública de provimento de recursos humanos para a área da saúde e de reformulação da formação e do trabalho médico no país, e para tanto, avaliar o impacto produzido pelo mesmo e as repercussões daí advindas, certamente contribuirá para o fortalecimento da APS e conseqüentemente para o SUS.

Desse modo, o estudo possui como objetivos analisar os indicadores de saúde produzidos na ESF de 2011 a 2016, comparando o antes e depois da implantação do PMM; e identificar os desafios enfrentados pelo Programa para sua efetivação.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, resultado de uma dissertação de mestrado, tendo como base teórica a avaliação em saúde, pois se dedica a analisar uma política pública, conformando-se como uma pesquisa avaliativa, do tipo análise dos efeitos. Este tipo de pesquisa busca verificar a eficácia da intervenção em relação à solução ou não dos problemas que constituíram alvo da mesma (5).

A pesquisa envolveu 11 eSF do município de Jequié-BA, contemplando todas as equipes que possuíam o profissional médico vinculado através do PMM, de modo a permitir a avaliação do referido Programa para a ESF do município.

Coleta de dados

Os dados primários (qualitativos) foram coletados a partir de entrevista semiestruturada que teve como participantes 30 usuários cadastrados nas referidas equipes, sendo maiores de 18 anos e que estivessem presentes na unidade no momento da visita do pesquisador. A entrevista foi guiada por um roteiro com apoio de um gravador e mediante

assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os participantes foram identificados no texto pela letra “E” de Entrevistado, acompanhada do número da entrevista, como exemplo: E1, E2, E3.

Os dados secundários (quantitativos), por sua vez, foram coletados junto à secretaria municipal de saúde, através do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS), com dados do Boletim de Produção Ambulatorial consolidado (BPA-c). Esta coleta contemplou recorte temporal de 2011 a 2016, sendo assim definido com o intuito de abranger um período anterior à implantação do Programa (2011 a 2013) e um posterior (2014 a 2016), para possibilitar a avaliação do impacto gerado pelo mesmo.

O projeto de pesquisa foi encaminhado para análise e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), sob CAAE 58813016.4.0000.0055 e parecer nº 1.770.394/ 2016.

Análise dos dados

Os dados primários foram analisados de acordo com a análise de conteúdo temática. Os dados secundários foram categorizados, compilados e tabulados no programa Excel, e analisados estatisticamente por meio do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) - versão 21.0, sendo realizada análise descritiva das variáveis utilizando frequências absoluta e relativa e apresentadas sob a forma de gráficos de barras e de linhas.

Além disso, a fim de realizar a triangulação dos dados, foi utilizada a matriz de julgamento, elaborada para verificar se determinado programa está sendo implantado conforme previsto, incluindo seu mérito (6).

RESULTADOS

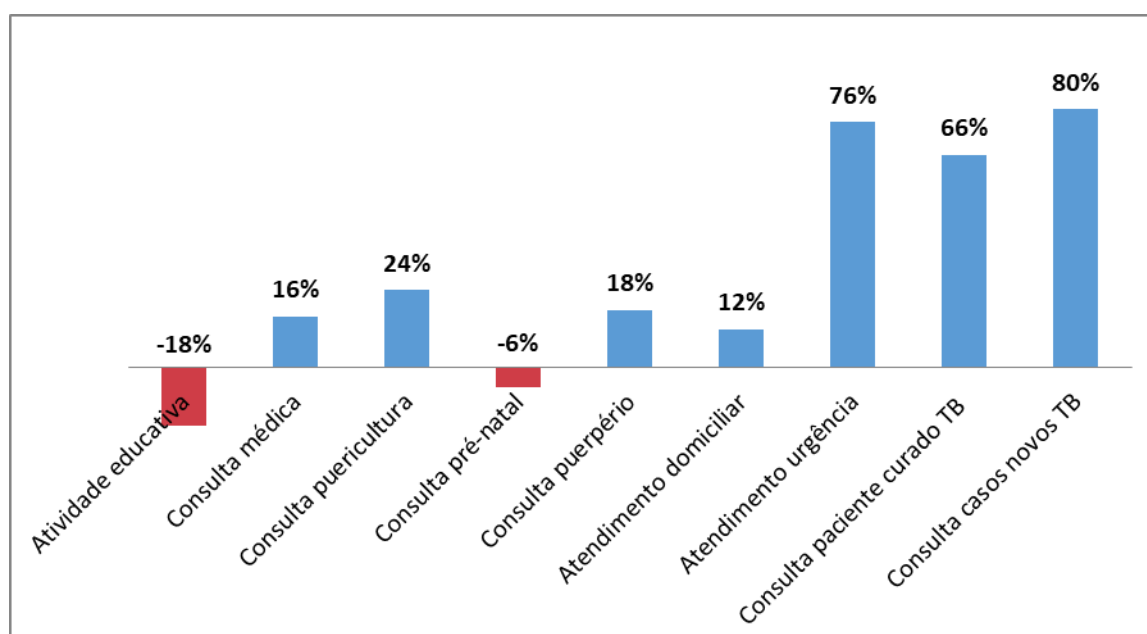
Da técnica de análise de conteúdo emergiram as seguintes categorias e subcategorias: *organização do serviço* (ausência de mudanças no serviço, falta de informação acerca da

organização do serviço, e melhoria da atenção oferecida na unidade); *importância da equipe de saúde completa* (resolutividade na atenção à saúde, trabalho em equipe, e ênfase no profissional médico); e *acesso ao serviço* (dificuldade de acesso à consulta médica, dificuldade de acesso a exames/ procedimentos/medicamentos, dificuldades relacionadas à gestão municipal em saúde, e facilidade de acesso à consulta médica).

Os indicadores de saúde extraídos do SIA-SUS foram: número de atividades educativas, de consultas médicas, de consultas de puericultura, de consultas de pré-natal, de consultas de puerpério, de atendimentos domiciliar, de atendimentos de urgência, de consultas ao paciente curado de tuberculose, e de consultas com identificação de casos novos de tuberculose. Estes foram selecionados por se referirem especificamente à produção médica.

No gráfico 01, apresentado a seguir, pode ser evidenciado o incremento ocorrido após o PMM, sendo verificado, no entanto, que houve um decréscimo em dois dos indicadores analisados (atividade educativa e consulta de pré-natal).

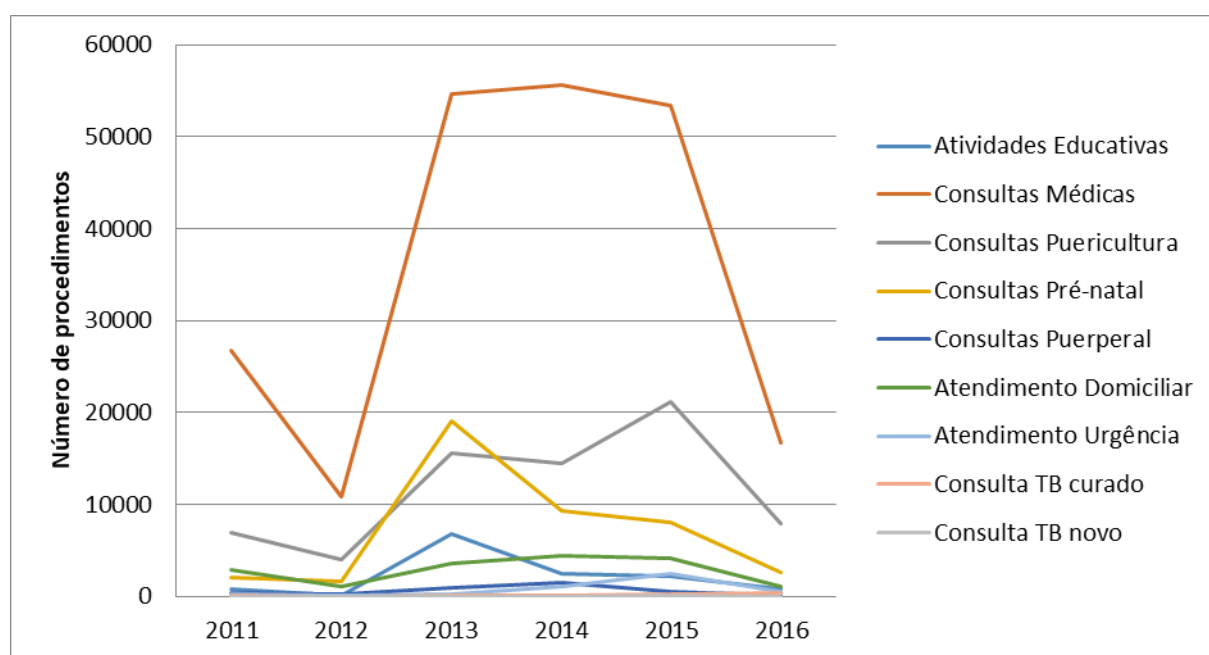
Gráfico 01 – Evolução dos indicadores de saúde após o PMM. Jequié-BA, 2018.



Fonte: Dados da pesquisa

O gráfico 02, trazido abaixo, aborda os mesmos indicadores, porém apresentando a variação ao longo dos seis anos do estudo.

Gráfico 02 – Distribuição dos indicadores de saúde entre os anos de 2011 a 2016. Jequié-BA, 2018.



Fonte: Dados da pesquisa

A matriz de julgamento, por sua vez, exposta a seguir no Quadro 01 (7, 8, 9), trata também da análise dos indicadores referidos acima, porém com uma abordagem própria da pesquisa avaliativa. Os valores são referentes ao ano de 2015, sendo que a escolha deste ano ocorreu devido a maior completude dos dados, além de ser o ano mais recente com dados disponíveis no Tabnet. A população estimada para base de cálculos foi de 161.528 habitantes (10).

Foi utilizado como parâmetro a matriz elaborada para o Programa Nacional de Controle da Dengue, em que para cada critério/indicador são apresentados os seguintes elementos: pontuação máxima esperada; descrição do valor ou ponto de corte; valor

observado; valor atribuído; julgamento segundo o valor atribuído. Aqui o julgamento adotado se deu em três estratos: de 66,6% a 100%, classificado como implantação satisfatória ou plena; de 33,3% a 66,6%, implantação parcial, média; e de 1% a < 33,3%, implantação incipiente (11).

Quadro 01 – Matriz de julgamento do Programa Mais Médicos a partir dos indicadores. Jequié-BA, 2018.

CrITÉRIOS/INDICADORES DE PROCESSO	Padrão	Valor máximo esperado = 75 pontos	Descrição do valor ou ponto de corte	Observado	Valor alcançado (atribuído a partir do observado) = 65 pontos	Julgamento de acordo com o valor atribuído
Atividade Educativa (AE) ^a	1 grupo/ quinzena (22 por ano (1 mês de férias) X 11 equipes de estudo = 242 atividades/ano*)	10	10 pontos se o nº de AE for = ou > 90% do parâmetro esperado de 242 0 pontos < que 90%	Verificou-se o valor > 90% (909%)	10 pontos (2200 AE)	Total de pontos do valor atribuídos/ pontuação máxima x 100 = 65/ 75 x 100 = 86,6%
Consulta Médica (CM) ^a	84/ semana (84 x 48 sem (1 mês de férias) = 4032 por ano x 11 = 44352/ano*)	10	10 pontos se o nº de CM for = ou > 90% do parâmetro de 44352 0 pontos < que 90%	Verificou-se o valor > 90% (120%)	10 pontos (53457 CM)	
Consulta de Puericultura (CP) ^b	7 cons./ ano para RN < 2,5 kg (7 x 101 em 2015 = 707) 3 cons./ ano para RN > 2,5kg (3 x 902 em 2015 = 2706) 2 cons./ ano para crianças de 12 a 24 meses (2 x 14332 em 2015 = 28664) Total = 32077/ 32 unidades básicas do município x 11 = 11026/ano*	10	10 pontos se o nº de CP for = ou > 90% do parâmetro de 11026 0 pontos < que 90%	Verificou-se o valor > 90% (192%)	10 pontos (21162 CP)	
Consulta Pré-Natal (CPN) ^b	3 cons. médicas/ gestante/ ano (3 x 5722 em 2015 = 17166 por ano / 32 unidades do município x 11 = 5900/ano*)	10	10 pontos se o nº de CPN for = ou > 90% do parâmetro de 5900 0 pontos < que 90%	Verificou-se o valor > 90% (136%)	10 pontos (8037 CPN)	
Consulta Puerperal (CPu) ^b	1 cons. puerperal/ gestante/ ano (1x 5722 em 2015 / 32 unidades do município x 11 = 1967/ano*)	05	5 pontos se o nº de CPu for = ou > 90% do parâmetro de 1967 0 pontos < que 90%	Verificou-se o valor < 50% (29%)	0 pontos (575 CPu)	

Atendimento Domiciliar (AD)*	04/ semana (4 x 48 sem (1 mês de férias) = 192 por ano x 11 equipes = 2112 por ano)	10	10 pontos se o número de atendimento domiciliar realizado for = ou > 90% do parâmetro esperado de 2112 0 pontos < que 90%	Verificou-se o valor > 90% (195%)	10 pontos (4125 AD)	Implantação satisfatória ou plena
Atendimento Domiciliar (AD) ^a	04/ semana (4 x 48 sem (1 mês de férias) = 192 por ano x 11 = 2112/ano)	10	10 pontos se o n° de AD for = ou > 90% do parâmetro de 2112 0 pontos < que 90%	Verificou-se o valor > 90% (195%)	10 pontos (4125 AD)	
Atendimento de Urgência (AU) ^c	10/semana (12% do total de 84 consultas médicas previstas) (10 x 48 sem (1 mês de férias) = 480 x 11 = 5280/ano)	05	5 pontos se o n° de AU for = ou > 90% do parâmetro de 5280 0 pontos < que 90%	Verificou-se o valor < 50% (46%)	0 pontos (2445 AU)	
Consulta paciente curado tuberculose (CPTB) ^b	1 a 2 cons./ano às pessoas com tuberculose (0,01% da população geral) a depender do esquema de tratamento (2 x 16 (0,01% da população de 2015) = 32/ 32 unidades x 11 = 11/ ano)	10	10 pontos se o n° de CPTB for = ou > 90% do parâmetro de 11 0 pontos < que 90%	Verificou-se o valor > 90% (2582%)	10 pontos (284 CPTB)	

^a Calculado a partir de parâmetros disponíveis em Ribeiro et al. (7);

^b Calculado a partir de valores referenciais disponíveis em Brasil (8);

^c Calculado a partir de parâmetros disponíveis em Brasil (9).

Fonte: Elaboração própria com base no exemplo obtido em FIGUEIRÓ; CAZARIN (11).

DISCUSSÃO

O aumento observado na produção após o PMM a partir do gráfico 01 pode estar associado à adição do profissional médico à equipe de saúde. Levantamentos apontam que no Brasil entre agosto de 2013 e janeiro de 2016, a cobertura estimada da população atendida por eSF passou de 55,75% para 63,85%, o que representa um aumento de 14,4% (12).

De acordo com o relatório de auditoria do Tribunal de Contas da União de 2014, que estudou uma amostra de municípios comparando dois períodos (antes e depois da chegada do PMM), houve crescimento de 33% na média mensal de consultas nos municípios beneficiados pelo PMM, valor superior aos 14% de incremento nos municípios que não receberam médicos vinculados ao Programa. O mesmo relatório constatou também um aumento de 32% nas visitas domiciliares (13).

Com relação ao número de atividades educativas, em que houve um decréscimo, pode-se atribuir a um subregistro das informações, bem como às deficiências identificadas neste quesito. Pesquisas revelam que ainda são poucas as ações de promoção e prevenção à saúde, o que pode diminuir a efetividade no manejo de agravos e doenças, pois além de possibilitarem à vinculação dos usuários à AB, são estratégicas para produzir a autonomia dos sujeitos (14).

No que diz respeito ao número de consultas de pré-natal não ter aumentado, pode ser explicado possivelmente por um registro inadequado no sistema de informação do município em estudo, pois no ano de 2013 foi observado que em apenas uma eSF houve o registro de 10.629 consultas de pré-natal, destas, 10.272 em um único mês (agosto/ 2013), sendo que no mês anterior (julho/ 2013) foram registrados 87 consultas e no mês posterior (setembro/ 2013) apenas 59. Assim, a soma das consultas de pré-natal nos anos anteriores ao Programa foi maior que a dos anos posteriores, não sendo este um adequado indicador que possa contribuir para a avaliação do impacto gerado pelo PMM no referido município.

Vale ressaltar que o registro inadequado das informações é um entrave para o planejamento e organização dos serviços de saúde, bem como para a realização de trabalhos de pesquisa (15).

O gráfico 02 evidencia que houve um aumento geral nos indicadores a partir do ano de 2013, com declínio em 2016. A que se colocar que em 2012 foi grande a subnotificação, com ausência de registros em diversos meses deste ano. Em 2013 é observado um aumento dos indicadores, o que pode ser atribuído ao retorno da alimentação do sistema, além da implantação do Programa nas equipes em estudo.

Entretanto, em 2016 ocorreu uma queda dos indicadores, devendo ser ressaltado que este ano foi marcado pela crise política instaurada no país, com o *impeachment* da Presidente da República, o estabelecimento de um novo governo, associada à crise econômica dos Estados. Fatores que certamente têm contribuído para a fragilização do SUS como um todo (16).

A partir da matriz (Quadro 01) pode-se observar que os valores de atividade educativa, puericultura, pré-natal e atendimento domiciliar estão muito acima da média, o que pode ser atribuído tanto ao fato da quantidade de atendimentos nestas categorias se referirem a profissionais de nível superior (médico e enfermeiro), haja vista que não existe uma ficha de registro específica apenas para o médico; quanto à existência do PMM, o que é ratificado pelo gráfico 01.

Observa-se também que o número de consultas médicas apresentou um valor acima do esperado, o que certamente é um reflexo da introdução do PMM, posto que as equipes de saúde passaram a contar com médico de forma contínua e assídua.

Pode ser verificado ainda que o município precisa avançar no atendimento puerperal e de urgência, pois os mesmos estão abaixo do recomendado. Ressalta-se, entretanto, que houve

um acréscimo no número de atendimentos de urgência em 2015, apontando avanços nesse sentido, tal como pode ser evidenciado também no gráfico 02.

Sobre o atendimento de urgência na AB, pesquisa realizada em Santa Maria/RS evidenciou que em razão da oferta restrita de serviços neste nível de atenção, leva o público excedente a procurar atendimento em locais que concentrem maior possibilidade de portas de entrada, sendo os pronto-atendimentos e emergências hospitalares os serviços que possuem o perfil de atender às demandas de forma mais ágil e concentrada (17).

E quanto ao acompanhamento puerperal, a baixa produção pode estar associada a uma cultura de que após o parto não é mais necessário procurar a unidade de saúde. Sobre este assunto, estudos revelam que são frequentes as queixas dos profissionais de saúde, de evasão das mulheres dos serviços após o nascimento do bebê, dificultando a realização do puerpério (18).

No que diz respeito ao elevado número de consultas a pacientes curados de tuberculose, pode ser explicado em virtude de o município possuir um elevado número de casos de tuberculose, o que é corroborado no alto número de casos novos, associado ao fato do registro de tais atendimentos serem também de enfermagem.

Levantamentos mostram que o Brasil está entre os 22 países com maior incidência de tuberculose e é o 17º em número de casos. A Bahia é o terceiro estado brasileiro em número absoluto de casos e o décimo entre os maiores coeficientes de incidência da doença no país. Atualmente, existem 181 municípios prioritários no Brasil, dos quais 11 estão localizados na Bahia, estando o município do estudo entre eles (19).

Quanto à análise das entrevistas, a primeira categoria surgida trata da *organização do serviço*, em que os usuários das eSF destacaram a ausência de mudança com a chegada do médico vinculado ao PMM, conforme apresentado a seguir.

Sem mudanças (E3).

Ah, a mesma coisa (E2).

Tal fato pode ser explicado em parte pela entrevista ter sido realizada em 2017, logo após um ano em que houve uma baixa nos investimentos do governo federal decorrente da crise instaurada no país em 2016, tal como verificado no gráfico 02.

Por outro lado, é trazido o contraponto de que as mudanças podem não ter sido sentidas pois o PMM possuiria apenas ações baseadas em um determinismo farmacológico e cirúrgico, ao atender o indivíduo doente, alcançando apenas uma parcela da população (4).

Ressalta-se ainda a falta de informação acerca da organização do serviço por parte dos usuários, o que parece gerar descontentamento.

Agora eu só acho que é um pouco desorganizado porque a gente vem aqui é de um jeito, quando é amanhã já é de outro (E11).

Porque aqui é um pouco desorganizado, não seguem ordem de chegada, fazem uma muvuca [sic] na frente, não chega pra fazer uma fila (E24).

As falas apontam dificuldades em acessar o serviço por questões simples de serem resolvidas, que demandam apenas reorganização do processo de trabalho. Um estudo realizado em um centro de saúde no Rio de Janeiro corrobora com o encontrado na presente pesquisa, indicando que a organização do serviço recebeu uma avaliação ruim pelo fato de boa parte dos usuários entrevistados não encontrarem facilidade em marcar consulta e não considerarem satisfatório o apoio do pessoal da unidade de saúde (20).

Os usuários evidenciaram a melhoria na atenção oferecida na unidade com a vinda do PMM.

Eu acho bom, quando eu preciso eles atendem, o que eu preciso fazer, eu faço (E25).

Porque essa que tá hoje é prestativa, ela escuta a gente direitinho e os outros não, não perguntava nem o que tinha, escrevia e pronto (E12).

Outros estudos também referem a ocorrência de melhorias no atendimento advindo do PMM, a exemplo do realizado no período de 2011 a 2014, em 12 municípios da região do Vale do Ribeira/SP, que evidenciou um aumento do número de consultas na população adulta e idosa, e uma queda brusca em internações por outras causas. Isso reflete maior acesso à APS com melhor acolhimento à demanda espontânea e maior resolutividade (21). O que é corroborado pelo gráfico 01.

A respeito da *importância da equipe de saúde completa*, segunda categoria emanada, as falas mostram que os entrevistados valorizam a presença da equipe completa, uma vez que torna o atendimento mais resolutivo.

A equipe completa é importante pra não ficar saindo pra fora (E3).

Porque quando tá faltando você volta pra casa sem atendimento. E tudo completo você vai ter uma saúde de qualidade, aí não vai precisar ir pra hospital (E27).

Os usuários reconhecem ainda que o trabalho em equipe contribui para a melhoria da assistência.

É importante pra ter um bom atendimento (E8).

É importante porque cada um tem sua função, nunca fica um trabalho bem feito se tiver só um pra fazer as funções que são de vários (E22).

E é também observado que os usuários dão maior ênfase ao trabalho do médico.

Porque é tanta doença, aí tendo os médicos é melhor pra saúde (E6).

Tanto o médico como o paciente sai satisfeito (E7).

Assim, fica evidenciado que os participantes da pesquisa compreendem que cada profissional tem uma função diferente e que todas elas são importantes para o resultado final do trabalho. No entanto, observa-se a focalização no médico, seja pelo fato de o mesmo ser o disparador dos processos de saúde ou simplesmente pela visão biomédica arraigada na sociedade.

Estudo mostra que a potencialidade do trabalho em equipe integrado amplia sua capacidade de cuidado e de resolução dos problemas de saúde, visto que consegue tornar os dispositivos de atenção existentes mais acessíveis. Em contrapartida, o projeto assistencial da medicina biomédica que coloca o saber não médico como algo periférico, só contribui para o distanciamento do estabelecimento do verdadeiro trabalho em equipe (22).

Em relação ao *acesso ao serviço* (terceira categoria) os relatos mostram diversos tipos de dificuldades para acessar o serviço de saúde, sendo as principais relacionadas às consultas médicas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, o que se constitui em um grande desafio na busca da integralidade da atenção.

No que concerne à dificuldade de acesso à consulta médica, os usuários referiram que:

Às vezes assim a gente vem, e se não tiver marcado e tiver sentindo alguma coisa, é mais um pouco difícil passar pelo médico (E5).

Tipo assim, meu filho tá doente na segunda, aí eu venho aqui pra passar na outra semana, se já tá doente [...] aí a gente vai pro hospital, quando chega lá reclama porque a gente não passou pelo posto (E9).

Ressalta-se que a priorização de ações programadas, fortalecida pelo pensamento preventivista ou promocionista, induz ao atendimento voltado aos grupos de risco, sendo deixado pouco espaço nas agendas destinado às queixas/sofrimentos dos usuários, muitos dos quais são assistidos em pronto-atendimentos ou emergências hospitalares (23).

Os participantes referiram ainda dificuldade de acesso a exames, procedimentos e medicamentos:

É fazer a marcação de exames, o médico dá a requisição e às vezes é uma cota só, aí fica uma dificuldade para marcar (E21).

Aqui é ruim demais pra marcar exame de laboratório, ultrassom mesmo é difícil de achar aqui (E23)

É remédio, toda vez que passa um remédio não tem na casa, tem pessoas que não tem condições de comprar (E6).

Em relação às dificuldades relacionadas à gestão municipal em saúde, foi ressaltado pelo entrevistado 18 que [...] elas aqui não são culpadas, os culpados é as pessoas que dirige [sic], a prefeitura (E18).

É observado que esta problemática também é sinalizada em outros estudos, a exemplo do realizado em uma região do estado de Goiás ao evidenciar que a gestão municipal do SUS, na maioria das vezes está nas mãos de pessoas com conhecimento incipiente no que se refere à concepção do SUS e instrumentos básicos de gestão (24).

Quanto à dificuldade para marcação de consultas e exames de atenção secundária, os achados encontrados corroboram com uma pesquisa realizada na região metropolitana de Belo Horizonte, apontando que isto se deve à grande demanda por atendimento especializado, que foi associada a pouca resolutividade dos médicos da APS, à falta de especialistas e dificuldades na regulação do sistema de saúde municipal (25).

A facilidade de acesso à consulta médica foi destacada pelos usuários.

Hoje tem mais facilidade, antes a gente chegava e era difícil pras meninas passar (E27).

Antes não conseguia e agora deu uma melhorada no número de vagas (E2).

Estas falas confirmam o exposto no gráfico 01, em que se pôde observar que houve um incremento de 16 % no número de consultas médicas após o PMM, sendo também corroborado com o trazido na matriz de avaliação (Quadro 01).

Estudos apontam que o Programa provisionou 14.462 médicos em 3.785 municípios até julho de 2014, sendo que o número de municípios com escassez desses profissionais na APS passou de 1.200 em março de 2013, para 558 em setembro de 2014 (redução de 53,5%) (26).

Assim sendo, os resultados encontrados no presente estudo revelaram que o PMM produziu uma melhoria dos indicadores ao longo dos anos do estudo, o que foi ratificado pelas falas dos usuários. Dessa forma, este Programa mostrou-se como uma ferramenta potencializadora para a APS, transpondo barreiras rumo ao fortalecimento da mesma com a inserção do médico de forma efetiva junto à equipe de saúde.

No entanto, foi observado também que o PMM ainda precisa avançar em alguns aspectos, fazendo-se necessárias modificações que contemplem mudanças organizacionais, estruturais, e até conceituais que envolvem a AB, passando pela questão do seu financiamento.

Desse modo, a pesquisa se mostrou relevante, uma vez que alcançou os objetivos a que se propôs, debatendo acerca de um tema extremamente relevante para a estruturação do sistema de saúde brasileiro, sendo de grande valia estudos que possam contribuir para seu aprimoramento. O estudo teve como limitações a ausência de alguns dados no sistema de informação, bem como a inconsistência de alguns deles.

REFERÊNCIAS

1. Engstrom EM, Carvalho LC, Romano VF, Castro AAC. O supervisor e as estratégias educacionais dos encontros locais regionais no Programa Mais Médicos do Brasil: reflexões acerca de concepções e práticas. *Tempus Actas Saúde Colet.* 2016; 10(1): 241-252.
2. Pinto HA, Oliveira FP, Santana JSS, Santos FOS, Araujo SQ, Figueiredo AM. Programa Más Médicos: evaluación de la implantación del eje de Provisión de 2013 a 2015. *Interface (Botucatu).* 2017; 21(Supl.1): 1087-1101.
3. Scheffer M, Cassenote A, Poz MRD, Matijasevitch A, Castilho EA, Oliveira RA, Nunes MPT, Boulos M, Barata RCB, Pereira JCR, Filho BL, Bahia L. *Demografia Médica no Brasil 2015.* Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. São Paulo: Conselho Federal de Medicina; 2015.

4. Ribeiro RC. Programa Mais Médicos - um equívoco conceitual. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015; 20 (2): 421-424.
5. Champagne F, Conrandiopoulos AO, Brousselle A, Hartz Z, Denis J. L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et methods. In: Brousselle A, Champagne F, Conrandiopoulos AO, Hartz Z. *L'évaluation: concepts et methods*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montreal; 2009. p. 35-56.
6. Alves CKA, Natal S, Felisberto E, Samico I. Interpretação e Análise das informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: SAMICO, I. et al. (Orgs.). *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p.89-107.
7. Ribeiro CLM, Kunitake CST, Junior CS, Albuquerque EP, Sartori LC, Souza MT, Nunes MMP, Medeiros MR, Gonçalves, RC. *Unidade básica de saúde – Diretrizes operacionais*. 1. ed. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde; 2015.
8. Brasil. Portaria Interministerial nº 1101, de 12 de junho de 2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
9. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. *Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa da população de Jequié-BA. 2015. Disponível em: <http://cidades.ibge.ov.br/xtrags/perfil.php?codmun=291800> Acessado em 20 de outubro de 2015.
11. Figueiró AC, Cazarin G. Justificando as conclusões. Texto de apoio ao Módulo 5. In: SAMICO, I. et al. (Orgs.). *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: Medbook; 2010. p. 95-98.
12. Brasil. Departamento de Atenção Básica [Internet]. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php Acessado em 29 de março de 2016.
13. Tribunal de Contas da União (TCU). Auditoria operacional: Programa Mais Médicos e Projeto Mais Médicos para o Brasil; avaliação da eficácia do programa. TC nº 005.391/2014-8. [Internet] Brasília, DF: Tribunal de Contas da União; 2015.

14. Venâncio SI, Rosa TEC, Bersusa AAS. Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da linha de cuidado em uma região de saúde do estado de São Paulo. *Physis*. 2016, 26 (1): 113-135.
15. Lima EEC, Queiroz BL, Sawyer DO. Método de estimação de grau de cobertura em pequenas áreas: uma aplicação nas microrregiões mineiras. *Cad. saúde colet*. 2014, 22 (4): 409-418.
16. Barros MED, Piola SF. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC. *Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento*. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde; OPAS/OMS no Brasil; 2016. p. 101-138.
17. Freire AB, Fernandes DL, Moro JS, Kneipp MM, Cardoso CM, Lima SBS. Serviços de urgência e emergência: quais os motivos que levam o usuário aos pronto-atendimentos? *Saúde (Sta Maria)*. 2015, 41 (1): 195-200.
18. Alves MCOM, Rodrigues EOMA. Análise da adesão ao atendimento gravídico puerperal das mulheres de uma unidade básica de saúde. *Revista Recien*. 2017, 7 (20): 91-104.
19. Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP) da Bahia. *Boletim Epidemiológico da Tuberculose – Bahia*, 2011. [homepage on the Internet]. Disponível em: http://www.suvisa.ba.gov.br/sites/default/files/Boletim%20TB%20dez2011_0_0. Pdf Acessado em 24 de maio de 2012.
20. Brandão ALRBS, Giovanella L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2013, 18 (1): 103-114.
21. Silva BP, Stockmann D, Lúcio DS, Henna E, Rocha MCF, Junqueira FM. Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos? *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2016, 21 (9): 2899-2906.
22. Pereira AR, Rivera UF, Artmann E. O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes. *Interface – Comunic., Saúde, Educ*. 2013, 17 (45), 327-340.

23. Thiede M, Akweongo P, McIntyre D. Explorando as dimensões do acesso. In: MCINTYRE, D.; MOONEY, G. Aspectos econômicos da equidade em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 137-161.
24. Santos EAM, Cavalcante JRC, Lima MMS, Borges CJ, Leite GR, Pelazza BB, Maia LG. Nas mãos de quem está a gestão do SUS? Percepções dos gestores municipais sobre gerenciamento. Saúde (Sta Maria). 2017, 43 (2): 26-36.
25. Viegas APB, Carmo RF, Luz ZMP. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. Saúde Soc. 2015, 24 (1): 100-112.
26. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. Dados Estatísticos sobre o impacto do Programa Mais Médicos no cenário de escassez de médicos em atenção primária no Brasil. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG; 2015.

5.2 MANUSCRITO 02: PROGRAMA MAIS MÉDICOS SOB O OLHAR DOS USUÁRIOS: UMA PESQUISA AVALIATIVA

O manuscrito foi submetido à Physis: Revista de Saúde Coletiva.

**PROGRAMA MAIS MÉDICOS SOB O OLHAR DOS USUÁRIOS: UMA PESQUISA
AVALIATIVA**

***MAIS MÉDICOS* PROGRAM UNDER THE USER'S LOOK: AN EVALUATING
RESEARCH**

Priscila Meira Mascarenhas Padre

Mestranda em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Departamento de Saúde.

Endereço: Rua das Margaridas, 311. Residencial Pindorama, bairro São Judas Tadeu, CEP 45200-171, Jequié, BA, Brasil.

E-mail: priscila.meira@yahoo.com.br

Ismar Eduardo Martins Filho

Doutor em Odontologia Legal. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Departamento de Saúde.

E-mail: iemfilho@uesb.edu.br

O Programa Mais Médicos (PMM) surge em 2013 como medida para enfrentar a ausência de médico na atenção básica. Gerou polêmicas na sociedade diante da abertura do mercado brasileiro para profissionais estrangeiros, com desaprovação por parte da categoria médica, mas com aparente aceitação popular. Assim, este estudo objetivou avaliar a implantação do PMM a partir da opinião dos usuários. Trata-se de uma pesquisa avaliativa realizada em 11 equipes de saúde da família em um município no interior da Bahia, que possuíam médicos vinculados pelo Programa, tendo a participação de 30 usuários. Realizou-se entrevista semiestruturada e os dados foram analisados de acordo com a técnica de análise de conteúdo temática. Foi também construída uma matriz de julgamento de modo a apontar o mérito alcançado pelo PMM. Os resultados revelaram que a implantação do Programa foi satisfatória, havendo forte aprovação popular em torno dele, mesmo existindo um conhecimento superficial acerca do mesmo, ou até um desconhecimento total. Foi evidenciado ainda que não seria necessário a vinda de médicos estrangeiros para o país, uma vez que fossem realizados os devidos ajustes na base jurídico-operacional do Programa de modo a atrair e fixar o médico brasileiro.

Palavras-chaves: Direito à saúde; políticas públicas; atenção primária à saúde

Abstract

The *Mais Médicos* Program (MMP) appears in 2013 as a measure to face the absence of doctors in primary care. It generated controversy in the society before the opening of the Brazilian market for foreign professionals, with disapproval by the medical category, but with apparent popular acceptance. Thus, this study aimed to evaluate the implementation of the MMP from the opinion of the users. This is an evaluative research performed in 11 family health teams in a city in the interior of Bahia, that had doctors bound by Program, with the participation of 30 users. A semi-structured interview was conducted and the data were analyzed according to the thematic content analysis technique. A judgment matrix was also constructed in order to point out the merit achieved by the MMP. The results revealed that the implementation of the Program was satisfactory, with a strong popular approval around, even if there was a superficial knowledge about it, or even a total lack of knowledge. It was also evidenced that it would not be necessary for foreign doctors to come to the country, once the necessary legal adjustments were made in order of the Program to attract and fix the Brazilian doctor.

Keywords: Right to health; public policies; primary health care

INTRODUÇÃO

Criado em julho de 2013 pelo governo federal, o Programa Mais Médicos (PMM) surgiu com o objetivo de resolver os problemas relacionados à assistência médica na Atenção Primária à Saúde (APS), na perspectiva de enfrentar a enorme disparidade da relação de médicos por mil habitantes entre os estados do país e, além da questão distributiva, a escassez na oferta de médicos. Dessa forma, foram adotadas ações de curto prazo com o provimento emergencial de médicos para as áreas mais vulneráveis, e de médio e longo prazos com a expansão das faculdades de medicina no país e ampliação do número de vagas nos cursos de residência, além de investimentos em infraestrutura das unidades de saúde (CARRYL; ROSSATO; PRADOS, 2016).

Estudos mostraram que a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e a sociedade apresentavam como um dos graves problemas da saúde no Brasil, o déficit de cobertura médica, a desigual distribuição desses profissionais no território nacional, com alta concentração nas capitais e regiões metropolitanas, em especial nas regiões Sudeste e Sul, e com perfil de busca pela especialização profissional, o que indica escassez de médicos com atuação voltada para a APS (CERQUEIRA; ALVES, 2016).

Desse modo, o PMM se apresenta como uma política pública formulada no intuito de privilegiar o atendimento aos cidadãos menos favorecidos, em que os médicos participantes do Programa são incumbidos de desenvolver suas atividades em lugares remotos,

considerados de difícil acesso, bem como em municípios populosos com baixa renda per capita (BRASIL, 2013a). Nessa perspectiva, este Programa representaria um avanço significativo na pauta de assuntos que compõem a agenda política do SUS ao colocar em prática uma tentativa de solucionar a insuficiência de profissionais médicos na rede básica em âmbito nacional.

O PMM teria assim como finalidade diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS; fortalecer a prestação de serviços na APS; aprimorar a formação médica 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; fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço; promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais de saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; aperfeiçoar médicos nas políticas públicas de saúde do país e na organização e funcionamento do SUS; e estimular a realização de pesquisas aplicadas no SUS (PADILHA; OLIVA; BELCHIOR, 2013).

Para a fixação dos médicos nas regiões vulneráveis, o PMM estabelece como critério essencial a seguinte ordem de prioridade de acesso à participação: ao profissional formado em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado no Brasil, devendo possuir inscrição no órgão de classe; em seguida, o acesso pelo brasileiro, com formação em instituição de educação superior estrangeira, com habilitação para exercício da medicina na forma da lei do respectivo país; e, por fim, em caráter residual de acesso, o estrangeiro formado em instituição estrangeira, com habilitação para exercício da medicina na forma da lei do respectivo país (BRASIL, 2013b).

Assim, as vagas oferecidas pelo Ministério da Saúde para atuação na atenção básica não preenchidas por médicos brasileiros seriam disponibilizadas para os estrangeiros devidamente inscritos no Programa. Os editais que regulam o PMM foram abertos a médicos estrangeiros que atuassem em países com proporção de profissionais por mil habitantes maiores que a do Brasil, ou seja maior que 1,8. O foco do governo federal eram países como Espanha, Portugal e Cuba, devido à formação qualificada na APS e similaridade da língua (BRASIL, 2014).

No entanto, desde o anúncio do PMM, vários foram os debates envolvendo diferentes sujeitos sociais e matizes ideológicas, com confronto mais acirrado entre os representantes do governo, e sua base de sustentação no congresso nacional e as corporações médicas,

sobretudo o Conselho Federal de Medicina. Assim, o Programa repercutiu nas entidades médicas, no governo, na mídia e sociedade, gerando muitos embates (MORAIS et al., 2014).

Um desses enfrentamentos está no questionamento de que o termo de cooperação técnica firmado pelo Brasil e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) para intercambiar profissionais, não pode ser considerado como um convênio, pois dispensa determinados mecanismos de controle, principalmente chamamento público para eleição da melhor proposta ao programa de governo, e a desvinculação do poder público perante as obrigações cíveis e trabalhistas da entidade convenente. Além disso, a aquisição de produtos e a contratação de serviços com recursos da União transferidos a entidades privadas sem fins lucrativos, sem observar os princípios da impessoalidade, moralidade e economicidade, sendo necessária, no mínimo, a realização de cotação prévia de preços no mercado antes da celebração do contrato (DI JORGE, 2013).

Outros aspectos são trazidos por Cerqueira e Alves (2016), referindo que o cumprimento de princípios constitucionais do SUS da universalidade, isonomia na cobertura médica e ordenação de recursos humanos em saúde não podem suplantam a violação aos princípios igualmente constitucionais dos direitos sociais do trabalho e do concurso público. Assim sendo, não se pode acentuar o grau de um princípio constitucional em detrimento de outro, conforme valores essenciais à sociedade em dado tempo e conjuntura.

Desse modo, de um lado a referida política pública seria produtora da melhoria da assistência prestada à população, uma vez que soluciona um problema histórico vivenciado no cotidiano dos serviços, que é a carência do médico nas áreas mais remotas do país; mas por outro, não estaria juridicamente respaldada, segundo colocam alguns setores da sociedade, em virtude da forma de ingresso ocorrer sem a devida concorrência tal como preconizado pela lei e a forma de contratação ser ilegal (sem vínculos empregatícios).

Diante do exposto, o estudo do referido tema é de extrema relevância, pois contribui para avaliar o PMM sob o ponto de vista dos usuários assistidos, de modo a compreender quais as implicações advindas do mesmo no cotidiano dos serviços de saúde, expondo pontos fortes e debilidades que precisam ser enfrentadas. Tendo como objetivo conhecer a opinião dos usuários sobre o PMM e avaliar a implantação do PMM a partir da opinião dos mesmos.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, com desenho de avaliação dos efeitos, resultado de uma dissertação de mestrado. Foi realizada em 11 equipes de saúde da família (eSF), distribuídas em nove unidades de saúde, em um município no interior da Bahia.

É classificado como pesquisa de avaliação por se dedicar a analisar uma política pública, sendo entendida como a tentativa de se estabelecer uma relação de causalidade entre um programa e um resultado, visando compará-lo a um padrão ou aquilo que é tido como ideal/ referência (CRUZ, 2015).

O processo de seleção se deu por aquelas equipes que possuíam médicos vinculados através do PMM. A coleta de dados ocorreu em maio e junho de 2017, contando com a participação de 30 usuários adscritos nas referidas eSF, selecionados segundo critérios de inclusão: ter idade maior ou igual a 18 anos, estarem presentes na unidade de saúde aguardando atendimento no momento da visita do pesquisador e aceitarem participar do estudo.

Realizou-se entrevista semiestruturada, orientada por um roteiro previamente elaborado, que foi submetido a teste piloto em uma eSF de um município vizinho. A entrevista teve o apoio de um gravador, sendo precedida da assinatura dos informantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto de pesquisa foi encaminhado para análise e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob CAAE 58813016.4.0000.0055 e protocolo nº 1.770.394/ 2016.

Os informantes foram identificados no texto pela letra “E” de Entrevistado, acompanhada do número da entrevista, como exemplo: E1, E2, E3. Os dados foram analisados de acordo com a técnica de análise de conteúdo temática.

As etapas desta técnica proposta por Bardin (2011) são organizadas em três fases. A primeira fase, pré-análise, é desenvolvida para sistematizar as ideias iniciais. A exploração do material, segunda fase, consiste na construção das operações de codificação, considerando-se os recortes dos textos em unidades de registros. E a terceira fase compreende o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, consiste em captar os conteúdos manifestos e latentes contidos em todo o material coletado.

Assim, emergiram da técnica de análise de conteúdo as seguintes categorias e subcategorias: *entendimento sobre o PMM* (desconhecimento, aumento na quantidade de profissionais médicos, e médicos provenientes de outros países); *opinião acerca do PMM* (facilita o acesso à consulta médica, aumento da oferta de médicos no Brasil, estabelecimento

de vínculo entre profissional e usuário, priorizar a contratação de médicos brasileiros, aumento de custos para o Brasil, e não aprovação); e *atendimento do profissional médico* (atende bem, facilidade na comunicação, dificuldade na comunicação, e preferência pelo profissional anterior).

Foi também construída uma matriz de julgamento, utilizada no campo da avaliação em saúde como forma de expressar a lógica causal de uma intervenção, traduzindo como seus componentes contribuem na produção dos efeitos, favorecendo sínteses em forma de juízos de valor (ALVES et al., 2010). Esta matriz foi adaptada a partir da elaborada por Figueiró e Cazarin (2010) para o Programa de Controle Nacional da Dengue, sendo elencados os critérios/ indicadores de processo a partir das falas emanadas das entrevistas realizadas.

Cada dimensão desta recebe uma classificação (exemplo: satisfatório, insatisfatório, adequado, inadequado) a partir da avaliação referida pelos usuários, para cada classificação há um valor atribuído, que após a soma em todas as dimensões de análise gera uma pontuação final que definirá o julgamento do programa a partir do ponto de vista dos entrevistados. Assim, o procedimento possibilitará a classificação do grau de implantação do PMM, sendo incipiente se o valor final alcançado for $\leq 33,3\%$; parcial ou média, se estiver entre $33,3\%$ e $66,6\%$; e satisfatória ou plena, se for maior que $66,6\%$ (ALVES et al., 2010).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após o estudo das falas surgiram sete critérios que foram analisados na matriz (Quadro 01): atendimento resolutivo; oferta dos serviços organizada; garantia de acesso ao serviço de saúde; melhoria do atendimento após a implantação do programa; conhecimento dos usuários acerca do PMM; aprovação do PMM pelos usuários; e equipe de saúde completa, que geraram uma avaliação de acordo com o parâmetros estabelecidos na matriz, e produziram um julgamento final de que a Implantação do PMM no município em estudo foi satisfatória ou plena.

Quadro 01 – Matriz de julgamento do Programa Mais Médicos a partir das entrevistas. Jequié-BA, 2018.

Crítérios/indicadores de processo	Padrão	Valor máximo esperado= 1800 pontos¹	Descrição do valor ou ponto de corte	Observado	Valor alcançado (atribuído a partir do observado) = 1246 pontos¹	Julgamento de acordo com o valor atribuído²
Atendimento resolutivo	Satisfatório Precisa melhorar Insatisfatório	10 x 30 = 300	10 pontos se os usuários referirem atendimento satisfatório 5 pontos se precisa melhorar 2 pontos se insatisfatório	Verificou-se o valor > 50% e < 90% (71,3%)	214	Total de pontos do valor atribuídos/ pontuação máxima x 100 = 1246/ 1800 x 100 = 69,2 % Implantação satisfatória ou plena
Oferta dos serviços organizada	Adequado Inadequado Não sabe	10 x 30 = 300	10 pontos se os usuários referirem que a oferta está adequada 5 pontos se inadequada 2 pontos se não sabe	Verificou-se o valor > 50% e < 90% (75,6%)	227	
Garantia de acesso ao serviço de saúde	Facilidade Dificuldade	5 x 30 = 150	5 pontos se os usuários referirem ter facilidade de acessar o serviço 0 pontos se dificuldade	Verificou-se o valor < 50% (13,3%)	20	
Melhoria do atendimento após a implantação do programa	Com mudança Sem mudança Não sabe opinar	10 x 30 = 300	10 pontos se os usuários referirem alguma mudança após o PMM 5 pontos se sem mudança 2 pontos se não sabe	Verificou-se o valor > 50% e < 90% (74,6%)	224	
Conhecimento dos usuários acerca do PMM	Algum conhecimento Sem conhecimento	5 x 30 = 150	5 pontos se os usuários referirem possuir algum conhecimento 0 pontos se sem conhecimento	Verificou-se o valor > 50% e < 90% (60%)	90	
Aprovação do PMM pelos usuários	Favorável Desfavorável Não opinou	10 x 30 = 300	10 pontos se os usuários aprovarem o PMM 5 pontos se não aprovar 2 pontos se não opinar	Verificou-se o valor > 50% e < 90% (57%)	171	
Equipe de saúde completa	É importante Não é importante	10 x 30 = 300	10 pontos se os usuários referirem ser importante a equipe completa 0 pontos se não é importante	Verificou-se o valor > 90% (100%)	300	

¹Valores referentes a soma de 30 entrevistas. / ²Referência de valores de Julgamento em três estratos (ALVES e col, 2010).

Fonte: Elaboração própria com base no exemplo obtido em FIGUEIRÓ; CAZARIN, 2010.

A análise dos dados evidencia que apesar da implantação ter sido classificada como satisfatória ou plena, ainda existe um desconhecimento relevante por parte da comunidade acerca do Programa, visto que apenas 60% dos entrevistados referiram ter algum conhecimento sobre o mesmo, conhecimento este incipiente na maioria das falas, o que se deve a pouca divulgação junto à comunidade.

As entrevistas evidenciaram o entendimento dos usuários sobre o PMM, com destaque para o desconhecimento do referido programa, conforme relatos a seguir.

Não, nunca ouvi falar (E1).

Não, já ouvi falar, mas não prestei atenção não (E14).

Tal fato revela que os usuários, apesar de sentirem melhorias na assistência recebida, não detêm informação a respeito do Programa, não possuindo assim conhecimento sobre o mesmo ou detendo um conhecimento incipiente.

Os usuários destacaram ainda que o PMM propicia o aumento na quantidade de profissionais médicos.

Já, que vai ter mais médico pras pessoas (E3).

Já ouvi, só ouço falar do programa mais médico pra trazer mais médico pra cidade, pros postos, essas coisas (E5).

Diante do exposto, faz-se necessário uma maior divulgação acerca do PMM, já que a comunicação em saúde possui uma abordagem multifacetada e multidisciplinar para alcançar diferentes públicos e compartilhar informações com o objetivo de influenciar, engajar e prover suporte a indivíduos, comunidades, profissionais de saúde, gestores, políticos para defender, introduzir, adotar ou sustentar um comportamento, prática ou política culminando na melhoria dos resultados de saúde (SCHIAVO, 2007).

Os usuários entendem ainda que o PMM está associado à ideia de médicos provenientes de outros países, o que ratifica superficialidade do conhecimento detido pelos participantes do estudo.

Sei, que vem os médicos de fora atender (E4).

Já, já ouvi falar desses médicos que vieram de fora pra aqui pro Brasil (E13).

Já, que os médicos que tava vindo de fora que tava em falta de médico, pra melhorar o atendimento (E25).

Uma pesquisa realizada na Paraíba corrobora com os achados do presente estudo, posto que demonstrou que os usuários tinham total desconhecimento sobre a origem, a

formulação e os objetivos do PMM, demonstrando que apesar de ao beneficiário interessar ser bem atendido, a desinformação dos mesmos fragiliza o controle social das políticas públicas, na medida em que impossibilita a cobrança das responsabilidades e dos papéis previamente definidos (SOUSA; OLIVEIRA SILVA, 2015).

Desse modo, o fato de a comunicação ocorrer muitas vezes de forma pré-ordenada e com pautas decisórias já estabelecidas, com baixíssimos níveis de reflexividade perante os membros da comunidade atingidos pelas decisões tomadas e executadas, leva a absoluta falta de controle social do exercício do poder político. Não se devendo usar o argumento de que a complexidade da administração pública dificulta a participação social, uma vez que tal retórica inviabiliza a compreensão de suas práticas, sendo-lhe vedado o alcance dos níveis de discussão e deliberação sobre a concepção daquelas ações e políticas (LEAL, 2013).

Nesse contexto, os veículos de comunicação de massa, como o jornal impresso, televisão, internet, dentre outros, consistem em importantes meios de divulgação de informações de saúde para parcelas significativas da população (MORAIS et al., 2014). Desse modo, fica evidente que uma maior divulgação acerca do PMM trará contribuições para seu fortalecimento, na medida em que o empoderamento do sujeito foco das ações permitirá a realização de debates, esclarecimento de dúvidas, aperfeiçoamento de falhas, acarretando assim na efetivação do mesmo enquanto uma política de Estado e não de governo.

A partir da matriz de avaliação (Quadro 1) pode ser observado ainda que 100% dos usuários consideram importante a equipe de saúde estar completa; e que somente 13,3% dos mesmos encontram facilidade para acessar o serviço de saúde, relatando dificuldades relacionadas à falta de cirurgião-dentista, medicamento e exames complementares, não sendo a ausência do médico um problema por eles referido, o que mostra que somente a presença deste profissional não soluciona todos os problemas da atenção básica. Tendo sido verificado ainda, que apesar disso, a oferta dos serviços oferecidos está bem organizada, o que foi referido por 75,6% dos participantes da pesquisa.

Sobre esta questão, a análise das entrevistas ora trabalhada também ratifica com o que foi verificado na matriz, ao evidenciar a opinião dos usuários acerca do PMM.

Observa-se uma opinião positiva acerca do Programa com ênfase na facilidade de acesso à consulta médica.

Quanto mais médico, melhor pra atender a população, a população não fica tão carente, no posto não fica lotação e nem vai pros pronto socorro que é

carente também, fazendo aglomeração, e acaba sendo prejudicial, se prejudica mais do que estava antes (E7).

Eu achei bom, porque é mais médico e a gente tem mais atendimento, não é só um só pra área toda, igual agora tem dois médicos pra uma área e pra outra (E10).

Antes não conseguia marcar, tinha a dificuldade de conseguir médico, e agora melhorou bastante (E13).

Estas falas retratam que os entrevistados mostram-se satisfeitos ao encontrar o atendimento no momento em que precisam, e que compreendem que a porta de entrada preferencial para resolução de seus problemas de saúde é a unidade básica de saúde, pois não precisam se deslocar até os serviços de urgência-emergência, muitas vezes distantes de seu domicílio, além de não contribuírem para a superlotação deste tipo de serviço.

Uma pesquisa realizada em três comunidades quilombolas, duas no Rio Grande do Norte e uma no Pará, revelou que as mudanças mais destacadas pelos usuários se relacionam à frequência semanal dos médicos nas unidades de saúde, a maior facilidade no agendamento das consultas, o aumento de visitas domiciliares e as características diferenciadas da prática clínica. Para os usuários, há uma maior organização dos agendamentos e o atendimento dispensado nas consultas é diferente dos anteriormente realizados por outros médicos (PEREIRA; SILVA; SANTOS, 2015).

Levantamentos mostram que após três anos de seu início, habitantes de mais de 700 pequenas cidades brasileiras contavam com um médico residente em seu território, não precisando se deslocar para outro município em busca de atendimento médico ou pagar por serviços particulares. Até dezembro de 2015, foram recrutados 12.446 médicos, no mesmo período, estavam ativos 11.404 profissionais médicos, atendendo à demanda do Ministério da Saúde (OPAS, 2015).

Assim, fica evidente que o Programa proporcionou uma melhoria no acesso ao profissional médico em decorrência do aumento do número de profissionais atuantes na estratégia de saúde da família, paralelo ao cumprimento da carga horária pelo mesmo, sendo que os médicos participantes desenvolvem suas atividades em carga horária semanal de 40 horas, destas, 32 horas são de atividades de integração ensino-serviço, inseridos nas eSF, e oito horas são dedicadas às atividades específicas do curso de especialização (SOUZA; PAULETTE, 2015).

Os usuários destacaram ainda o aumento da oferta de médicos no Brasil, conforme representado nas falas seguintes.

Pra mim é bom, quanto mais médicos pra nós, melhor, porque aqui não temos médico, no Brasil todo, de uma forma geral (E12).

Os médicos que tava [sic] vindo de fora pra melhorar o atendimento (E25).

Diante do exposto, fica evidenciado que existe uma satisfação e uma aceitação dos usuários em relação aos profissionais estrangeiros, sendo outra área com resultados de grande relevância para a avaliação do PMM, inclusive em decorrência das dúvidas levantadas em torno das diferenças existentes na cultura e na linguagem dos profissionais estrangeiros.

Resultados do relatório do Tribunal de Contas da União (2014) constam que dentre os 264 pacientes entrevistados, 57% e 32% relataram não ter dificuldade e ter tido um pouco de dificuldade, respectivamente, para entender o que o médico intercambista falava.

Um fator que pode estar contribuindo para minimizar as diferenças existentes entre os países pode-se atribuir ao fato de que para se candidatar a uma vaga no Programa, os médicos estrangeiros devem ser especialistas em Medicina Geral Integral, com 10 anos de experiência profissional, mínimo dois anos de trabalho em outro país e conhecimento básico do português. E uma vez no Programa, os médicos realizam o módulo de acolhimento, abordando temas sobre o funcionamento do SUS, protocolos da atenção básica e língua portuguesa, com duração de três semanas e carga horária mínima de 120 horas. Ao iniciarem suas atividades, os médicos participariam do curso de especialização em saúde familiar e comunitária, com acompanhamento de tutores e supervisores (MOLINA; TASCA; SUÁREZ, 2016).

No que concerne ao estabelecimento de vínculo entre profissional e usuário pode-se verificar a opinião dos usuários a partir dos relatos que se seguem.

Mudou o atendimento, porque agora todos os dias tem médico, antes às vezes faltava, entrava um, saía outro, os que vinham não demoravam nada, e ele não, tá permanecendo (E15).

Eu achei interessante porque doutor falou que ele mesmo é desses médicos, que vieram, e assim, os médicos daqui já não tinha mais nem tanta vontade de trabalhar, ele já veio mais interessado do que os que já tavam aqui, a verdade foi essa, os outros que passaram por aqui não tinham tanta vontade assim de trabalhar, nem olhava direito pros pacientes (E27).

Estes achados encontram apoio na matriz de julgamento (Quadro 1), em que é constatado uma melhoria no atendimento após a implantação do Programa, referida por 74,6% dos entrevistados.

Resultados de uma pesquisa realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais, que ouviu 14.000 pessoas em 700 municípios, mostrou que 94% dos entrevistados estavam satisfeitos ou muito satisfeitos com o PMM, o que pode ser reflexo da facilidade em estabelecer vínculo com os profissionais ligados ao Programa. Esse resultado coincide com os de outras pesquisas e estudos de caso em andamento (ABRASCO, 2016).

Um estudo de campo realizado em municípios pobres das cinco regiões do Brasil também revelou efeitos positivos do Programa. Nesta pesquisa, observou-se junto a 263 usuários do SUS estudados, alto grau de satisfação nas dimensões tempo de espera para agendar a consulta e atendimento durante a consulta. A maioria relatou que sua privacidade foi respeitada, que os médicos ouviram com atenção suas queixas, deram as informações necessárias, explicaram de forma clara o tratamento e que eles compreenderam as orientações dadas. No caso de médicos intercambistas, a língua espanhola não foi impedimento para a comunicação (SANTOS; COSTAS; GIRARDI, 2015).

Outra pesquisa envolvendo 32 municípios de todas as regiões do Brasil, sendo: 14 no Norte, 12 no Nordeste, três no Sudeste, dois no Centro-Oeste e um no Sul também evidenciou que houve uma satisfação elevada por parte dos usuários, mais especificamente no que concerne ao atendimento médico e à relação médico-paciente, sendo que a grande maioria dos usuários (98,1%) considerou que o médico ouviu atentamente todas as suas queixas e 95,8% dos participantes expressaram que receberam todas as informações necessárias (COMES, 2016).

Priorizar a contratação de médicos brasileiros foi outro aspecto levantado pelos usuários do estudo.

Eu acho que é um absurdo, porque não contrata aqui do Brasil mesmo, e eles trazem de fora, sendo que aqui tem médico capacitado pra atender as pessoas (E11).

O ingresso de profissionais estrangeiros no país se deu por meio do Projeto de Cooperação da OPAS/OMS (PCMM), implicando grande mobilização de recursos humanos e financeiros submetidos a uma permanente negociação e coordenação entre as partes envolvidas – nação, estados, municípios, organizações da comunidade e de cooperação internacional – a fim de se alcançar o êxito dessa intervenção sanitária de grande escala,

destinada a fortalecer a estratégia de saúde da família e o SUS. Assim, a OPAS gerenciaria recursos financeiros de um Estado-Membro, Brasil, para mobilizar profissionais da saúde de Cuba (MOLINA; TASCA; SUÁREZ, 2016).

No entanto, há a alegação de que estes médicos atuam no país somente com um número de registro autorizado pelo governo, sem a devida aprovação do conselho de medicina, já que não é exigido que eles façam a prova para revalidação do diploma, o que a Associação Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina alegam ser uma medida que retira dos conselhos a competência para avaliar a qualidade profissional do médico intercambista (SILVA; SANTOS, 2015).

Por outro lado, ressalta-se que a vinda de médicos estrangeiros para o Brasil foi uma medida emergencial adotada pelo governo tendo em vista o suprimento da demanda do mercado, não sendo uma medida para ocupar o lugar dos médicos brasileiros, mas de ocupar as vagas por eles não preenchidas. Apesar disso, a chegada dos estrangeiros gerou um grande desconforto entre a classe médica, sendo que alguns conselhos de medicina se posicionaram contra, alegando que esta medida seria paliativa, ineficaz e abriria margem para atuação de profissionais cuja formação não foi endossada pelos órgãos competentes no Brasil (SREMIN; JAVORSKI, 2013).

Entretanto, um estudo realizado na Paraíba mostrou que a preocupação da classe médica e de outros organismos nacionais com relação à formação dos médicos estrangeiros não possui fundamento, pois além de terem uma formação profissional rigorosa, os médicos cubanos passaram por processos seletivos e preparatórios antes de serem enviados aos locais de trabalho (SOUSA; OLIVEIRA SILVA, 2015).

Vale ser ressaltado, no entanto, que é preciso haver o enfrentamento de algumas questões controversas do PMM, a exemplo dos direitos sociais dos trabalhadores, pois haveria uma violação aos direitos trabalhistas ao não reconhecer o vínculo empregatício e assim não garantir direitos como férias, 13º salário, FGTS, entre outros (SILVA; SANTOS, 2015). O que certamente são fatores que não atraem os médicos brasileiros a se inserirem no PMM.

No que diz respeito ao aumento de custos para o Brasil surgiu a fala apresentada a seguir.

Acho que isso tem um custo maior pro Brasil, ainda mais nessa crise que tá agora (E11).

Tal colocação não encontrou subsídios na literatura especializada, devendo ser ressaltado que a necessidade de melhorar o acesso aos serviços e cuidado em saúde se torna

uma condição indispensável, devendo ser adotadas medidas para melhor distribuir os profissionais e serviços, em especial os médicos no âmbito da atenção básica, já que sua maior concentração se dá em grandes centros urbanos, com déficits nas regiões afastadas, marcadas por diferentes vulnerabilidades (COLLAR; NETO; FERLA, 2015).

Assim, diante desta realidade, foi adotada por muitos países a estratégia de atrair profissionais de saúde estrangeiros para atender prioritariamente as áreas consideradas de maior vulnerabilidade, não sendo esta medida exclusiva do Brasil. A exemplo do governo australiano, cujo déficit de médicos em seu território era uma realidade na qual a média para cada mil habitantes nos centros urbanos era de 1,8 enquanto que nas comunidades rurais e pequenas cidades era de 0,9, em 1991 (VISCOMI; LARKINS; GUPTA, 2013).

A não aprovação do PMM é referida por uma parcela dos entrevistados, tendo sido apontado a partir da matriz de avaliação que muitos usuários não aprovaram o PMM por acharem desnecessário trazer médicos estrangeiros para o país e que o mesmo não foi expresso na prática tal como prometido pelo governo, alcançando um valor de aprovação de apenas 57%, tal como pode ser visualizado nas falas que se seguem.

Pelo que ouvi falar parecia que era mil maravilhas, mas na realidade não é nada daquilo, por aqui onde a gente mora não foi aquela coisa toda [...] o médico, aquele carinho com o paciente, o atendimento sendo rápido, e aqui nada disso aconteceu, não sei nos outros postos (E16).

É complicado, eu achei muito ruim, eu não gostei dessa ideia não (E19).

Esta pode estar relacionada a fatores que vão para além do Programa, próprios da organização da APS e da rede de serviços de saúde como um todo, o que dificulta a acessibilidade ao serviço, conforme exposto na matriz (Quadro 1) e relatado anteriormente. Comes et al. (2016) colocam que as sugestões para melhorar a responsividade do PMM, tais como adequação da infraestrutura, maior disponibilidade de medicamentos, mais profissionais inseridos no mesmo, mais especialistas, mais apoio de transporte para acesso às comunidades rurais e remotas, devem ser levadas em consideração pelos gestores federais e municipais do SUS de modo a contribuir para a garantia do acesso e do direito constitucional à saúde.

A insatisfação pode estar relacionada também com o tempo de espera, relativo ao agendamento de consulta especializada e realização de consulta na unidade, o que evidencia dificuldades relacionadas à organização do serviço de saúde e à garantia de acesso a atenção especializada em tempo oportuno e resolutivo. Esse tipo de insatisfação refere-se a um dos

principais entraves da atenção básica, que deve ser a porta de entrada para uma rede de serviços resolutivos de acesso universal (SANTIAGO et al., 2013).

No entanto, mesmo diante destes contrapontos ora apresentados, observa-se que houve uma aprovação do PMM pela maior parte da comunidade assistida, o que também foi verificado em várias pesquisas, como por exemplo a realizada pelo Datafolha em agosto de 2013, que mostrou que 54% da população entrevistada o aprovou, sendo que a região Nordeste concentrou o maior percentual de aprovação (MORAIS et al., 2014). Em outra, realizada por Pereira, Silva e Santos (2015), em comunidades quilombolas, constatou-se que o PMM contribuiu não só para uma melhor viabilização das ações de APS nos territórios, mas também demonstrou que é viável a fixação de médicos nas equipes de saúde, mesmo em áreas mais distantes e vulneráveis. Desmistificando assim o modelo largamente adotado voltado somente ao atendimento individual, e de uma equipe de saúde que conta com a presença esporádica e rotativa do profissional médico.

As falas dos usuários destacaram ainda o atendimento do profissional médico que também é avaliado na matriz de julgamento, sendo classificado como resolutivo por boa parcela dos usuários (71,3%).

Destarte que, Thiede, Akweongo e McIntyre (2014) colocam que a aceitabilidade relaciona-se aos fatores subjetivos, culturais e sociais que influenciam a avaliação dos indivíduos sobre os serviços de saúde, que sofrem influência de fatores como idade, sexo, etnia, linguagem, crenças, cultura e condição socioeconômica. A aceitabilidade diz respeito às expectativas dos usuários sobre a organização do serviço, aceitação quanto ao cuidado prestado, ao respeito no atendimento, na escuta às suas queixas, com sua compreensão das explicações médicas sobre seu estado de saúde e na possibilidade de discussão das alternativas de cuidado.

Desse modo, as falas dos usuários revelaram opiniões diversas acerca do atendimento recebido do médico. A seguir são apresentados alguns relatos muito positivos de melhorias na maneira em que foram acolhidos e orientados.

Ele é educado, muito legal, antes tinha médico que a gente tinha medo até de conversar (E13).

Chega no horário, conversa, tem aquela coisa de conversar, o outro não, às vezes nem conversava, perguntava o que tinha, passava receita e pronto. Esse tem o cuidado de chegar no horário, conversar, atender a gente (E16).

O atendimento dele é bem melhor do que o médico de antes, as consultas da gente são mais esclarecidas. Ele é muito atencioso, as consultas são demoradas, tem mais paciência de conversar com a gente (E27).

As falas mostram que a comunidade assistida percebeu uma mudança significativa no atendimento recebido. A satisfação com o trabalho dos profissionais é um importante resultado para a estratégia de saúde da família que tem no trabalho dos profissionais e na sua relação com a população o elemento primordial de sua legitimação na organização do sistema de saúde, resultado semelhante aos encontrados por Santiago et al. (2013), que evidenciaram o trabalho dos profissionais como um componente bem avaliado pelos usuários.

Sobre a facilidade na comunicação, algumas falas mostram que também houve uma boa mudança nesse sentido.

Essa é melhor que a outra que tava [sic], porque a outra a gente não entendia direito, não entendia a forma dela falar, que ela era de fora, e essa agora não, a gente entende tudo (E6).

Enfatizando que a comunicação em saúde não é somente uma estratégia para prover indivíduos e coletividade de informações, mas uma ferramenta fundamental para desenvolver ações de educação em saúde por compartilhar conhecimentos e práticas que podem contribuir para melhorar a condição de vida, representando um aspecto fundamental para o acolhimento. Tal fato corrobora com o encontrado em estudo realizado por Bezerra et al. (2014), em que perceber a importância do processo de comunicação na assistência à saúde traz benefícios para os profissionais e para os usuários, em razão de promover uma interação e conseqüentemente uma maior participação da clientela assistida nas ações e desta forma, nos alcance de metas estabelecidas.

Porém, alguns entrevistados referiram que não conseguiram compreender bem a fala daqueles médicos que eram de outro país, fazendo referência ao profissional que tinham anteriormente na unidade de saúde.

Mas na minha opinião é que eu tenho dificuldade de falar com esse povo, às vezes eu até demoro de vir aqui por esse motivo, que às vezes fala e a gente fica o tempo todo ali pra entender (E19).

Só que ela tem uma dificuldade maior pra falar, porque ela é cubana, a outra eu entendia mais (E29).

No entanto, percebe-se que a comunicação em si não foi um problema relevante encontrado na presente pesquisa, pois foi um fator referido por apenas dois dos entrevistados.

Pesquisa realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais identificou algo semelhante ao aqui referido, que quando indagados sobre dificuldades de comunicação, a maioria dos entrevistados (87%) responderam que não tiveram nenhuma dificuldade, e somente para uma pequena parte (3%), ela foi importante. Esses números comparados na mesma pesquisa com médicos brasileiros não participantes do Programa, grupo utilizado como controle, resultou em 95% e 2% respectivamente (PINTO et al., 2017).

Na literatura encontra-se bem definida a relação entre comunicação médico-paciente e qualidade de atenção, sendo que uma boa comunicação determina uma atenção médica mais humanizada e aporta maior qualidade ao serviço. Algumas pesquisas abordaram a importância dos aspectos comunicacionais na aderência aos tratamentos (BIANCA BARLLETA; DE SOUZA GENNARI; CIPOLOTTI, 2012).

Assim sendo, fica claro que entre os entrevistados os médicos foram bem aceitos, trazendo mudanças práticas com melhoria no atendimento, sendo sentida pela maioria da população aqui representada.

Diante do exposto, fica evidente que a matriz apresentada corroborou o encontrado nas falas, endossando que o Programa possui um bom grau de implantação no município, possuindo, no entanto alguns entraves que precisam ser vencidos para que se consolide como uma política pública.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa permitiu observar que apesar de haver um desconhecimento acerca do PMM por parte da clientela assistida, há uma forte aprovação popular em torno do mesmo, pois a melhoria da assistência é sentida no cotidiano dos serviços de saúde. Assim, fica claro que para a população o que importa é a resolutividade de seus problemas de saúde, que a porta de entrada o receba e o acolha, sendo a partir daí estabelecido vínculo, de modo a tornar a atenção básica sua referência para os demais níveis da atenção.

No entanto, vale ser colocado que é preciso haver uma melhor divulgação em torno do assunto, haja vista que se trata de uma política pública que merece ser conhecida e discutida pela população, pois somente apropriando a mesma acerca de um determinado tema é que a torna apta para acompanhar, avaliar e fiscalizar se o proposto está sendo cumprido. Desse modo, ter conhecimento é fundamental para que exista o controle social, sendo este um direito e um dever de todo cidadão.

Outra questão verificada foi que existem algumas discordâncias em torno do PMM, sendo estas referidas por uma pequena parcela dos entrevistados, a exemplo da abertura do mercado brasileiro para os médicos estrangeiros, sendo colocado que este espaço deve ser ocupado por médicos brasileiros, o que requer uma série de adequações em sua base jurídico-operacional a fim de possibilitar o estabelecimento das garantias trabalhistas, para então atrair e fixar os mesmos.

Fator também encontrado foi que apesar da ampla aprovação, esta não foi unânime, sendo colocada algumas vezes a ausência de mudanças após a implantação do PMM, muitas das quais relacionadas às debilidades encontradas na atenção básica, mostrando a necessidade de maiores investimentos na área a fim de permitir que a mesma realize seu papel de resolver 80% da demanda dos problemas de saúde da população tal como preconizado pela Política Nacional da Atenção Básica.

Desse modo, o presente estudo tratou de um tema extremamente relevante ao abordar uma política de saúde criada para enfrentar a carência de profissionais médicos na APS, que se caracteriza como um grave problema na saúde pública, visto que fragilizava a mesma como porta de entrada preferencial ao sistema de saúde. Assim sendo, a pesquisa alcançou o objetivo proposto, pois investigou a opinião da comunidade acerca do assunto em questão, avaliando a implantação do PMM no município, que alcançou uma classificação satisfatória.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). **Avaliação de Política Pública**: o Programa Mais Médicos. Plataforma de Conhecimentos Programa Mais Médicos. Disponível em: < http://pesquisa.bvsalud.org/pmm/resource/pt/pesq_pmm-95#>. Acesso em: 20 mai. 2016.

ALVES, C. K. A. et al. Interpretação e Análise das informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: SAMICO, I. et al. (Orgs.). **Avaliação em saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. SP: Edições 70, 2011.

BIANCA BARLETTA, J.; DE SOUZA GENNARI, M.; CIPOLOTTI, R. A perspectiva cognitivo-comportamental dos aspectos psicossociais que interferem na qualidade da relação médico-paciente. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v.17, n.3, p.396-413, 2012.

BEZERRA, I. M. P. et al. Comunicação no Processo Educativo Desenvolvido pelos Enfermeiros: As Tecnologias de Saúde em Análise. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.5, n.3, p.42-48, 2014.

BRASIL. Lei n.º 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 República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 23 out. 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial GM/MS/MEC nº 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. **Diário Oficial da União**. Brasília, 09 jul 2013b.

_____. **Informe Mais Médicos**. Ministério da Saúde. [citado 2014 abr. 10] 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/setembro/27/2013-08-21-informe-mais-medicos.pdf>>. Acesso em: 07 jun 2017.

CARRYL, J.; ROSSATO, L.; PRADOS, R. M. N. Programa Mais Médicos. **Revista Diálogos Interdisciplinares**, Mato Grosso do Sul, v. 5, n. 2, p. 01-08, 2016.

CERQUEIRA, J. P.; ALVES, S. M. C. A Constitucionalidade do Projeto Mais Médicos para o Brasil. **Cuadernos Iberoamericanos de Derecho Sanitario**, Brasília, v.5, n.2, p. 91-107, 2016.

COLLAR, J. M.; NETO, J. B. A.; FERLA, A. A. Formulação e impacto do Programa Mais Médicos na atenção e cuidado em saúde: contribuições iniciais e análise comparativa. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v.1, n. 2, p. 43-56, 2015.

COMES, Y. et al. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n.9, p. 2749-2759, 2016.

CRUZ, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de Saúde: Contribuições para o Debate. In: MATTOS, R.A; BAPTISTA, T.W.F.(Orgs.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.

DI JORGE, F. M. Estudo jurídico do programa mais médicos. **Acta JUS**, Paraná, v.1, n.1, p.24-34, 2013.

FIGUEIRÓ, A. C., CAZARIN, G. Justificando as conclusões. Texto de apoio ao Módulo 5. In: SAMICO, I. et al. (Orgs.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

LEAL, R. G. **Patologias corruptivas nas relações entre Estado, administração pública e sociedade: causas consequências e tratamentos**. Santa Cruz do Sul: Ed. Unisc, 2013.

MOLINA, J; TASCA, R.; SUÁREZ, J. Monitoramento e avaliação do Projeto de Cooperação da OPAS/OMS com o Programa Mais Médicos: reflexões a meio caminho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2925-2933, 2016.

MORAIS, I. et al. Jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o programa mais médicos? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p.112-120, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Segundo Informe Técnico Monitoramento do TC 80 Projeto Mais Médicos Ano 2015**. Brasília: OPAS; 2015.
[Documento interno]

PADILHA, A. R. S.; OLIVA, A. M.; BELCHIOR, M. A. **Exposição de Motivos Interministerial n.º 24-2013/MS-MEC-MP vinculada à Lei Federal n.º 12.871/2013**. Brasília: 2013. 8 p. (Exposição de Motivos Interministerial).

PEREIRA, L. L.; SILVA, H. P.; SANTOS, L. M. P. Projeto mais médicos para o brasil: estudo de caso em comunidades quilombolas. **Revista da ABPN**, Goiânia, v. 7, n. 16, p.28-51, 2015.

PINTO, H. A. et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, supl.1, p.1087-1101, 2017.

SANTIAGO, R. F. et al. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção do usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 35-44, 2013.

SANTOS, L. M. P.; COSTAS, A. M.; GIRARDI, S. N. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3547-3552, 2015.

SCHIAVO, R. **Health Communication: from theory to practice**, San Francisco, Jossey-Bass, 2007.

SCREMIN, L.; JAVORSKI, E. **O enquadramento das notícias sobre os estrangeiros do programa mais médicos**. In: 9º Ciclo de Debates sobre Jornalismo. Anais. UniBrasil. 2013

SILVA, S. M.; SANTOS, L. M. P. Estudo das Ações Diretas de Inconstitucionalidade do Programa Mais Médicos. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v.4, n.1, p.68-82, 2015.

SOUSA, D.; OLIVEIRA SILVA, R. J. O Programa Mais Médico na Perspectiva dos Atores Sociais Responsáveis por sua Implantação e dos Beneficiários no Município de Boqueirão, PB. **REUNIR: Revista de Administração, Contabilidade e Sustentabilidade**, Campina Grande, v. 5, n. 3, p.59-75, 2015.

SOUZA, B. P. A.; PAULETTE, A. C. Projeto Mais Médicos para o Brasil em Pernambuco: uma abordagem inicial. **Tempus, actas de saúde coletiva**, Brasília, v. 9, n.4, p. 11-34, 2015.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU). **Auditoria operacional: Programa Mais Médicos e Projeto Mais Médicos para o Brasil; avaliação da eficácia do programa**. TC nº 005.391/2014-8.

THIEDE, M; AKWEONGO, P.; MCINTYRE, D. Explorando as dimensões do acesso. In: MCINTYRE, D.; MOONEY, G. **Aspectos econômicos da equidade em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 137-162, 2014.

VISCOMI, M.; LARKINS, S.; GUPTA, T. Recruitment and retention of general practitioners in rural Canada and Australia: a review of the literature. **Canadian Journal of Rural Medicine**, v. 18, n.1, p.13-23, 2013.