

Avaliação do Programa Mais Médicos da perspectiva dos usuários

Evaluation of the Mais Médicos (More Doctors) Program from the perspective of users

Josué Souza Gleriano¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5881-4945>

Lourdes Conceição Martins²

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7038-8069>

Carlise Krein³

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7781-7172>

Lucieli Dias Pedreschi Chaves⁴

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8730-2815>

Resumo

Introdução: o Programa Mais Médicos (PMM) contribuiu para ampliar a cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS). **Objetivo:** avaliar, segundo a experiência de usuários, o PMM. **Método:** pesquisa avaliativa de método misto concomitante realizada em Tangará da Serra – Mato Grosso, com usuários cadastrados na área de abrangência de unidades de saúde da família que tinham na sua equipe médicos do PMM, durante o período de 2016 a 2018. Para os dados quantitativos, a análise descritiva foi gerada por meio do *software* IBM SPSS[®], versão 21. Para a análise temática dos dados qualitativos, utilizou-se o *software* *Qualitative Solutions Research NVivo*[®] 10 que oportunizou apresentação em duas categorias: “PMM: da desconfiança ao reconhecimento por meio da prática médica” e “Prática acolhedora ao usuário e o vínculo: via de mão dupla”. A mixagem dos dados explorou a completude das informações levantadas. **Resultados:** participaram 1036 usuários, em maior frequência a favor do Programa, que relataram superação quanto à comunicação do idioma e reconhecimento na melhoria do acesso à consulta médica com a diminuição do tempo de espera. Existe satisfação com a prática do profissional, desperta contribuições mútuas entre os usuários e o profissional, ampliando possibilidades de corresponsabilidade com a saúde no território. **Conclusão:** Revelam-se subsídios do PMM no município, que projetou a ampliação da cobertura com reconhecimento de seus usuários, maior possibilidade de efetivar atributos da APS e fomentar a organização de uma rede de atenção, ao mesmo tempo o desafio da sustentabilidade dessa proposta pela dependência de cooperação do Programa.

Palavras-chave: política de saúde; atenção primária à saúde; avaliação de programas e projetos de saúde; gestão em saúde; avaliação de recursos humanos em saúde.

Abstract

Introduction: The More Doctors Program (PMM) contributed to expand the coverage of Primary Health Care (PHC). Objective: To analyze, according to the experience of users, challenges and benefits of PMM. Method: Evaluation research of concomitant mixed method conducted in Tangará da Serra - Mato Grosso, with users registered in the area of coverage of family health units that had

¹ Enfermeiro. Doutor em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP). Docente da Universidade do Estado de Mato Grosso, Curso de Enfermagem. Tangará da Serra, Mato Grosso Brasil. Departamento de Enfermagem. Universidade do Estado de Mato Grosso. Tangará da Serra, Mato Grosso, Brasil. E-mail: e-mail : josuegleriano@unemat.br

² Doutora em Ciências pelo Programa da Faculdade de Medicina de São Paulo, da Universidade de São Paulo. Coordenadora e Professora do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos. Santos, São Paulo, Brasil. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, UNISANTOS, Santos, Brasil. E-mail: lourdesc@unisantos.br

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, Enfermeira na Secretaria Municipal de Saúde de Mondaiá, Santa Catarina, Brasil. Estratégia Saúde da Família e Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Mondaiá- SC. E-mail: carlisekrein02@hotmail.com

⁴ Enfermeira. Livre-Docente. Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Docente do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), Departamento de Enfermagem Geral e Especializada. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: dpchaves@eerp.usp.br

in their team doctors of the PMM, during the period from 2016 to 2018. For quantitative data, descriptive analysis was generated using IBM SPSS® software version 21. Qualitative Solutions Research NVivo® 10 software was used for thematic analysis, which provides presentation in two categories, "PMM: from distrust to recognition through medical practice" and "User-friendly practice and bonding: two-way". The mixing of the data explored the completeness of the information collected. Results: 1036 users participated, in favor of the Program, reporting overcoming language communication; recognition in improving access to medical consultation with decreased waiting time. There is satisfaction with the practice of the professional, arouses mutual contributions between users and the professional, expanding possibilities of co-responsibility with health in the territory. Conclusion: It is revealed subsidies from the PMM in the municipality, which designed the expansion of coverage with recognition of its users, greater possibility of effecting attributes of PHC and fostering the organization of a care network, at the same time the challenge of sustainability of this proposal due to the dependence on cooperation of the Program.

Keywords: health policy; primary health care; program evaluation; health management; health human resource evaluation.

Introdução

No Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) tornou-se o principal nível de atenção para reconhecer as necessidades e problemas da população, mas também para coordenar a organização da assistência à saúde em redes de atenção à saúde (RAS). A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido o principal modelo da APS no país¹, porém o seu avanço depende de políticas que fortaleçam a infraestrutura, a alocação de pessoal, a garantia de recursos materiais, bem como a constante qualificação do processo de trabalho, principalmente naqueles locais que são originalmente desfavorecidos de serviços de saúde e que enfrentam dificuldades para fixar equipes de saúde, principalmente médicos com formação para o trabalho na APS.

Em 2013, o governo federal do Brasil criou o Programa Mais Médicos (PMM), que propunha reduzir iniquidades, particularmente nos serviços de APS, na perspectiva de enfrentar a problemática da distribuição heterogênea de médicos nos estados brasileiros. Adotaram-se ações planejadas para ampliar vagas de médicos em curto prazo, proporcionando provimento emergencial para áreas mais vulneráveis, com suporte para qualificação da infraestrutura de unidades de saúde, e para longo e médio prazos foram pactuadas

estratégias de expansão do número de vagas nos cursos de graduação e de residências².

O município de Tangará da Serra – Mato Grosso se beneficiou de dois eixos do PMM, o de provimento emergencial de médicos para compor equipes da ESF e de qualificação da infraestrutura de unidades de saúde, tanto para construção e/ou reforma quanto para ampliação. Registra-se que a indução federal do PMM foi determinante para a expansão da APS nesse município, que além de expandir a cobertura na zona urbana propiciou maior presença de atuação médica na zona rural, em territórios indígenas, distritos e assentamentos.

A cobertura da APS em Tangará da Serra de 2013 a 2018 foi de 47,61%, em 2013, alcançando 98,3% em 2016 e, em 2018, 83,99%⁽³⁾. A expansão demandou da gestão em saúde estratégias tanto para qualificar e ampliar a infraestrutura quanto para formar um quadro de profissionais para as equipes de saúde da família, além de estudo do território para mapear e definir áreas de ampliação.

Pelo fato de o PMM proporcionar maior acesso à consulta médica no nível primário, o olhar dos usuários assistidos no dia a dia nas unidades de saúde pode contribuir para captar a compreensão sobre a vivência do Programa, principalmente se essa proposta for realizada depois de um período de implantação, o que justificou o



período selecionado para este estudo. Nesse sentido, esta pesquisa orientou-se pelos seguintes questionamentos: quais são as considerações dos usuários da saúde da família sobre o PMM? Na percepção dos usuários, o PMM conseguiu expandir o acesso na APS de Tangará da Serra, conseqüentemente a consulta médica? O que é possível captar dos usuários na relação usuário/profissional do PMM? Assim, este estudo teve como objetivo analisar, segundo a experiência de usuários, desafios e benefícios do PMM.

Materiais e Métodos

Trata-se de uma pesquisa avaliativa⁽⁴⁾ de método misto concomitante (Quant+quali), realizada por meio de um estudo de corte transversal e de abordagem de dados qualitativos, no município de Tangará da Serra, localizado no estado de Mato Grosso, na região médio norte mato-grossense a 240 quilômetros da capital, com população estimada em 2022 de 107.631 pessoas⁽⁵⁾.

O município foi escolhido por ser de médio porte populacional; possuir rede de atenção composta por diferentes tipos de serviços (unidades de APS, serviços especializados e hospitais, de natureza pública e privada), além de ser referência regional na pactuação de serviços na região de saúde; apresentar dificuldade de fixação de médicos na APS, apesar de estar geograficamente localizado próximo à capital do estado, que possui centros de formação em medicina; e que após a adesão ao PMM teve expressivo aumento da cobertura de APS por meio de equipes de ESF, com forte presença de médicos intercambistas. Segundo os dados⁽⁶⁾, durante o período de 2014 a 2018, dos 54 médicos que passaram no PMM, 57,4% eram estrangeiros e, desses, 90,3% cubanos.

No período de 2016 a 2018, por amostragem de conveniência, foram convidados para participar da pesquisa

usuários cadastrados na área de abrangência de unidades de saúde da família que tinham na sua equipe médicos do PMM. Levou-se em consideração para participação, os usuários que estavam sendo atendidos com agendamento no dia em que os pesquisadores visitaram as unidades de saúde. O critério de inclusão foi de terem sido acompanhados pelo médico por pelo menos três meses em consultas/monitoramento e/ou diagnóstico e que estivessem agendados no dia da entrevista para consulta médica, não podendo ser demanda espontânea. Excluíram-se usuários menores de 18 anos, acamados em tratamento domiciliar e acompanhantes de usuários.

Para oportunizar a participação de diferentes grupos de usuários, foi estabelecida agenda com os serviços de saúde. A equipe que integrou a pesquisa não possuía vínculo com os serviços de saúde, foi treinada e calibrada para a realização da coleta de dados. Em diferentes dias da semana nos dois períodos, matutino e vespertino, entrevistadores abordavam e convidavam os usuários que estavam agendados para consulta médica. Verificavam-se os critérios de inclusão e era realizado o convite para participar da pesquisa após a consulta médica. Mediante o aceite do usuário, solicitava-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as entrevistas aconteciam na unidade de saúde, em um espaço reservado e distante dos demais usuários. No caso de troca do profissional médico da unidade, por qualquer motivo, optou-se por retornar à unidade após seis meses de atuação do novo profissional, sendo justificado para garantir melhor confiabilidade dos dados. Não foi realizada a coleta em período de férias do médico, sendo retornada a pesquisa na unidade após um mês que o profissional havia reassumido as funções.

O roteiro estruturado continha variáveis organizadas em três partes:



caracterização socioeconômica; opinião referente ao PMM; e conduta médica. No final de cada parte, havia um espaço que solicitava aos usuários que comentassem sobre aspectos que achavam relevantes acerca dos itens abordados nas questões feitas. Esses itens eram repetidos ao usuário no final de cada parte. Realizou-se pré-teste. Os dados foram preenchidos no roteiro e as questões abertas, referentes à finalização de cada parte, foram audiogravadas. Para os dados quantitativos, houve dupla digitação em planilha eletrônica. As entrevistas foram transcritas pelos entrevistadores da pesquisa. Após finalização da transcrição, o pesquisador incluiu, entre parênteses, informações complementares do diário de campo. Essa etapa foi conferida por três coordenadores que acompanhavam a pesquisa de campo. Para garantir o anonimato dos participantes, estes foram identificados pela letra “U” de usuário, a exemplo: U1, U2, U3. O material compôs um banco de dados salvo em documento word.

A análise dos dados quantitativos foi realizada usando a estatística descritiva, por meio do *software* IBM SPSS®, versão 21, e os dados apresentados em tabelas com seus valores absolutos e respectivos percentuais. Para a categorização dos dados qualitativos, foram realizadas leituras exaustivas do conteúdo e extração das informações pertinentes à análise e anexadas no formato

de *documents*, o que permitiu a codificação dos “Nós”, identificando os termos e a categorização, com o auxílio do *software Qualitative Solutions Research NVivo*® 10.

O processo de codificação foi realizado por dois pesquisadores separadamente. Para garantir maior confiabilidade, foi realizado o cruzamento dos dados. Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, do tipo categorial temática (7). Os resultados foram organizados, a partir da codificação, em duas categorias: “PMM: da desconfiança ao reconhecimento da prática médica” e “Prática acolhedora ao usuário e o vínculo: via de mão dupla”.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos nº CAEE: 49419315.3.0000.5166.

Resultados

No período de 2016 a 2018, foram convidados para participar da pesquisa 2694 usuários, sendo que 1872 atendiam ao critério de inclusão e 1036 usuários aceitaram participar do estudo. A Tabela 1 apresenta o perfil socioeconômico dos participantes. As maiores frequências são de mulheres, a faixa etária é de 30 a 44 anos, a cor da pele é branca, casadas com filhos, alguns possuem auxílio governamental do programa Bolsa Família, a condição de moradia é financiada e moram na zona urbana (Tabela 1).

Tabela 1 - Característica socioeconômica dos usuários das unidades de saúde da família, Tangará da Serra - Mato Grosso, Brasil, 2018

	N	%
Sexo		
Nº mulheres entrevistadas	843	81,4
Nº homens entrevistados	193	18,6
Faixa etária (anos)		
18 I--- 30 anos	177	17,1
30 I--- 45 anos	303	29,2
45 I--- 60 anos	295	28,5
60 anos a mais	261	25,2
Cor da pele		
Branca	952	91,9



	N	%
Preta	24	2,3
Amarela	20	1,9
Parda	36	3,5
Indígena	04	0,4
Estado civil		
Solteiro(a)	78	7,5
Casado(a)/União estável	878	84,8
Divorciado(a)/separado(a)	52	5,0
Viúvo(a)	28	2,7
Filhos		
Sim	981	94,7
Não	55	5,3
Auxílio governamental		
Bolsa família	110	10,6
Plano de saúde		
Sim	21	2,0
Situação de Moradia		
Própria	85	8,2
Financiada	728	70,2
Alugada	209	20,2
Cedida	14	1,4
Zona		
Urbana	997	97,2
Rural	29	2,8

Fonte: banco de dados da pesquisa

O PMM: da desconfiança ao reconhecimento da prática médica

A maioria dos usuários referiu que conhecia o PMM e afirmou ser a favor do Programa (Tabela 2).

Tabela 2 – Conhecimento e avaliação dos usuários da saúde da família sobre o PMM, Tangará da Serra - Mato Grosso, Brasil, 2018

	N	%
Você conhece o Programa Mais Médicos (PMM)?		
Sim	789	80,8
Não	172	17,5
Não sabe informar	17	1,7
Você é a favor ou contra o Programa Mais Médicos?		
A favor	695	71,3
Indiferente	204	20,8
Contra	35	3,5
Não sei	27	2,7
Não conheço	17	1,7

Fonte: banco de dados da pesquisa

Alguns usuários relataram que, inicialmente, desconfiavam dos médicos do

PMM. Registram-se falas acerca de comunicações na mídia local ou em



comentários de médicos que já atuavam no município, que os médicos do PMM “*não são médicos*” (U37); eram “*enfermeiros melhorados*” (U106); “*não são formados*” (U178); “*eles vieram fazer curso para se formarem aqui*” (U191); “*é ilegal eles atuarem porque não tinham o CRM*” (U239).

Outro aspecto mencionado pelos participantes foi a posição da categoria profissional médica local na vinculação da informação de que os médicos do PMM, principalmente os cubanos, não tinham habilidade para trabalhar, como é possível constatar nas seguintes falas: “*o médico que ficava aqui no posto me falou que eu não poderia aceitar a mudança, ainda mais se fosse um cubano*” (U58); e “*o médico que eu consultava falou que os cubanos não são formados como médicos, eles não sabem medicar. Tem que ficar atento se passar com eles*” (U146).

No entanto, após o tempo de convívio com os médicos do PMM, há

relatos de usuários que mudaram de posicionamento, por exemplo: “*no início tinha desconfiança de vir aqui consultar com ele, mas minha vizinha veio e falou muito bem, aí vim e gostei*” (U356); “*na verdade eu tinha receio, sim. Trouxe meu filho para consultar, ele atendeu muito bem e deu certo. Na consulta do meu filho ele fez uma comigo, suspeitou que eu tivesse pressão alta e, depois, confirmou que eu sou hipertensa. Ele é bom*” (U791).

Com o aumento da cobertura da APS, os usuários em maior frequência reconheceram maior facilidade no acesso à consulta médica, com um tempo de três a sete dias para agendar a consulta, caso não fosse uma demanda de urgência. Considerando a relação com o tempo de espera, afirmam que não demorou, sentem-se satisfeitos com a espera pelo atendimento na unidade de saúde e o tempo de espera da consulta na unidade (Tabela 3)

Tabela 3– Opinião dos usuários da saúde da família quanto ao acesso à consulta médica, Tangará da Serra - Mato Grosso, Brasil, 2018

	N	%
Você acha que com o PMM aumentou o número de consultas e diminuiu o tempo de espera para o atendimento médico?		
Sim	1015	98,0
Continua da mesma forma	10	1,0
Não sei	11	1,0
Foi fácil agendar esta consulta médica?		
Sim	997	96,2
Não	39	3,8
Dias que levou para agendar a consulta		
Até 3 dias	94	9,1
De 3 a 7 dias	612	59,0
7 dias ou mais	330	31,9
Em relação ao tempo de agendamento da consulta médica você considera que:		
Demorou muito	50	4,8
Demorou	32	3,1
Demorou pouco	47	4,5
Não demorou	907	87,6
Em relação ao tempo de espera para ser consultado você se sente:		
Muito satisfeito	265	25,6
Satisfeito	695	67,1
Insatisfeito	34	3,3
Muito insatisfeito	42	4,1
Você considera que a espera pelo atendimento na unidade de saúde		
Demorou muito	02	0,2
Demorou	22	2,1



	N	%
Demorou pouco	967	93,3
Não demorou	45	4,3
Sentimento do usuário em relação ao tempo de espera no atendimento da unidade de saúde		
Satisfeito	1010	97,5
Insatisfeito	24	2,3
Muito satisfeito	02	0,2

Fonte: banco de dados da pesquisa

Na opinião dos usuários, ficou evidente a contribuição do PMM para o acesso à consulta médica, conforme pode ser verificado nas falas a seguir: *“antes tinha que acordar de madrugada para ir lá no posto central tentar uma senha, agora tenho médico no bairro”* (U65); *“a marcação de consulta não era assim aqui no bairro, tem 27 anos que moro aqui e nunca teve uma unidade de saúde no meu bairro, faz dois anos que essa abriu e agora consigo marcar mais rápido”* (U247); *“já fiquei sem medicamento pra pressão porque não consegui agendar a consulta no outro postinho, muitas vezes eu ia e já tinha preenchido a cota de pessoas fora da área deles”* (U849).

O tempo de espera para consultas foi considerado satisfatório para a maioria dos usuários, que relataram: *“antes era mais difícil, conseguir consultar demorava, pois o médico só vinha uma vez na semana aqui”* (U138); *“agora mensalmente eu venho na unidade fazer controle da minha pressão”* (U67); *“esse pré-natal estou fazendo certinho, porque no primeiro eu fui apenas três vezes, não tinha vaga na outra unidade”* (U459); *“se não tem a vaga para o dia que eu vim já me agenda para uma data, já ocorreu de ter desistência e a recepcionista me ligar para vir antes”* (U345); *“nunca esperei mais que três dias*

para ser consultada se não tinha a vaga” (U762).

A maioria dos usuários que participaram do estudo já tinha se consultado com um médico do PMM, sendo que a variável estrangeira foi a mais referida, reafirmando o protagonismo desse segmento. Quanto à compreensão do idioma, a maior parte relatou ser compreensível e que não houve dificuldade de comunicação, não lhe incomodando pelo fato de não pronunciarem corretamente a língua portuguesa, não tendo influência no desenvolvimento da consulta. Os usuários em maior frequência confiaram no médico, verbalizaram cordialidade e atenção ao motivo da consulta, com interesse na avaliação e no esclarecimento do estado de saúde do usuário na consulta, mostrando de certa forma uma tentativa do profissional médico se adequar à melhor linguagem para o usuário compreender sua avaliação, sendo considerado que estavam satisfeitos com as explicações. Os usuários mostraram confiar na prática do médico e na sua prescrição/recomendações perante a demanda deles, conferindo não ter dúvidas sobre a competência do profissional. Registra-se em maior frequência o tempo de até 20 minutos de consulta, afirmando que a demanda foi resolvida, considerando o atendimento bom (Tabela 4).

Tabela 4 – Características do perfil médico, da consulta médica e o sentimento dos usuários da saúde da família frente ao atendimento, Tangará da Serra - Mato Grosso, Brasil, 2018

	N	%
Você já tinha se consultado com outro(a) médico(a) em unidades de saúde da APS?		
Sim	821	79,2
Não	215	20,8
O médico que lhe atendeu é:		
Estrangeiro	809	92,7



	N	%
Brasileiro	227	7,3
Se estrangeiro: você considera que a fala do (a) médico(a) em português é?		
Fala bem	186	22,9
Não é compreensível	13	1,6
É compreensível	610	75,5
Se estrangeiro: Você teve dificuldade na comunicação?		
Sim	195	24,1
Não	614	75,9
Se estrangeiro: Esse fato te incomodou?		
Sim	248	30,6
Não	561	69,4
Se estrangeiro: Acha que influenciou na consulta?		
Sim	202	24,9
Não	607	75,1
Você sentiu confiança no(a) médico(a) durante o atendimento?		
Sim	1012	97,7
Não	05	0,5
Mais ou menos	19	1,8
O(a) médico(a) foi cordial quando lhe atendeu?		
Sim	984	95,0
Não	52	5,0
O(a) médico(a) ouviu com atenção o motivo da consulta, suas queixas?		
Sim	978	98,3
Não	58	1,7
O(a) médico(a) mostrou interesse na avaliação do seu caso?		
Sim	995	96,0
Não	41	4,0
Você teve informações e esclarecimentos sobre o seu estado de saúde?		
Sim	957	92,4
Não	79	7,6
Você compreendeu a linguagem utilizada pelo(a) médico(a)?		
Sim	917	88,6
Não	119	11,4
O(a) médico(a) deu oportunidade para você expressar sua opinião?		
Sim	994	95,9
Não	42	4,1
Qual é o seu sentimento sobre as explicações do médico(a) sobre sua demanda?		
Muito satisfeito	37	3,6
Satisfeito	976	94,2
Insatisfeito	23	2,2
Você sentiu confiança no(a) médico(a) frente a sua demanda?		
Sim	998	96,3
Mais ou Menos	38	3,7
Você sentiu confiança na receita/recomendação que o(a) médico(a) lhe passou?		
Sim	1018	85,8
Não	18	14,2
Você tem dúvidas sobre a competência do(a) médico(a) que te atendeu?		
Não	1004	96,9
Não sei	32	3,1
Quanto tempo você acha que durou a sua consulta?		
5 minutos	69	6,7
10 minutos	153	14,8
15 minutos	123	11,9
20 minutos	658	63,5
25 minutos	33	3,2
Ao fim do atendimento você acha que sua demanda:		
Foi resolvida	995	96,1



	N	%
Foi resolvida parcialmente	25	2,4
Não foi resolvida	16	1,5
No geral, você considera o atendimento prestado pelo(a) médico(a) como?		
Ótimo	382	36,9
Bom	426	41,1
Regular	160	15,4
Ruim	57	5,5
Muito ruim	11	1,1
Você prefere o atendimento de um(a) médico(a) brasileiro ou estrangeiro?		
Brasileiro	34	3,3
Estrangeiro	32	3,0
Não faz diferença	971	93,7
Você considera que existe diferença no atendimento entre o(a) médico(a) do PMM e os outros que já atendiam nas unidades da APS?		
Sim	1017	98,1
Não	08	0,8
Não sei	11	1,1

Fonte: banco de dados da pesquisa

Notou-se que a falta de domínio da língua portuguesa repercutiu em dificuldade para conduzir a consulta pelos médicos. A fim de superar esse desafio, inicialmente, registrou-se o trabalho em conjunto com o enfermeiro, até o médico conseguir se expressar melhor, como pode ser verificado no estrato de fala a seguir: *“no início não entendia muito o que ele falava, mas a enfermeira acompanhava a consulta e o que não entendia já perguntava para ela”* (U72); *“na primeira vez que consultei ele não compreendia o que eu falava, em outras consultas que vim foram conjuntas com a enfermeira, mas depois que ele já estava falando portunhol, ele atendia sozinho. Já até rimos de lembrar do início”* (U138). No entanto, percebeu-se que usuários fizeram ponderação entre a dificuldade na comunicação e a oportunidade de ter um médico para serem atendidos: *“agora eu tenho médico e unidade, qualquer coisa eu ligo o google tradutor para ele entender”* (U149); *“só de ter médico já estou feliz, a questão da fala a gente vai dando um jeito até dar certo”* (U395); *“não posso me queixar, antes eu tinha que ir lá no posto central, acordar cedo pra pegar senha para agendar a consulta, agora eu agendo aqui perto de casa, tá muito bom”*.

A prática do médico foi analisada pelos usuários como satisfatória. Percebem-se carisma e cordialidade no atendimento: *“é muito atenciosa e explica com tanta calma, já fui em muito médico, mas ela tem um carisma que me conquistou”* (U647); *“sempre muito educado e atencioso”* (U1012). Nos relatos é possível verificar a anamnese sendo guiada por perguntas sobre alimentação, controle de medicação, investigação da demanda do usuário e monitoramento do caso: *“ele faz muitas perguntas sobre como estou, principalmente da minha alimentação”* (U33); *“pede para eu contar como está o meu sono, meus perrengues de casa e minha relação com meus filhos”* (U915); *“toda vez que venho ele fala do meu peso e da alimentação que preciso cuidar”* (U71); *“ele acertou a minha medicação da pressão, antes eu ia muito na UPA porque descontrolava, já tem quase um ano que isso não acontece”* (U785); *“ele descobriu que eu tenho síndrome do pânico, ele e a psicóloga que ele me encaminhou, estão me tratando, por isso confio nele”* (U493); *“meu filho desmaiava sempre, foi graças a ele e à persistência dele nos exames que descobrimos um câncer”* (U892); *“ela não deixa eu faltar no retorno, lembro de uma vez ela solicitou exame de rotina e não fui”*



levar pra ela, ela pediu para a ACS ir lá em casa e falar que queria conversar comigo” (U583).

Apesar de a maioria dos usuários afirmar que não tem preferência por atendimento entre médicos brasileiros e estrangeiros, registraram-se diferenças no atendimento do médico do PMM com outros que já atendiam na APS (Tabela 4). Conforme as falas, as principais comparações foram em relação à cordialidade e escuta do profissional, à pontualidade e ao compromisso com a jornada de trabalho: *“eu não era acostumada com médico que me cumprimentasse, que puxava a cadeira para sentar” (U380); “esse médico de agora é muito educado, ele não grita meu nome da sala dele, ele vem até a porta e me chama. Os outros pareciam um trovão e aí se não entrasse logo, já chamava outro” (U749); “nosso bairro teve sorte de ter médico assim, os que ia lá no posto central era um descaso só” (U742); “eu venho na unidade ele está aqui, diferente de antigamente que tinha só num período e olha lá” (U892); “ele fica na unidade, já vim quando não era agendamento no final da manhã e ele estava” (U1005).*

Duas ponderações foram frequentes nas falas sobre o PMM. A primeira diz respeito ao período de férias dos médicos intercambistas que deixavam por um tempo a unidade sem atendimento médico: *“quando ele saiu de férias a unidade ficou quase três meses sem médico” (U54); “nas férias dele a gente não tinha facilidade de consultar porque era um médico que vinha uma vez na semana e em um único período” (U149).* A segunda diz respeito à troca de profissionais por finalização da missão, relacionada aos cubanos, e saída do profissional por motivos pessoais, situação que fragiliza o vínculo na APS; *“já passou dois médicos aqui, na hora que a gente tá acostumando e tendo mais confiança muda” (U82); “é ruim ter troca do médico, a doutora antiga era um amor de pessoa e*

me entendia, essa nova não é como ela” (U361); “quando troca é ruim, porque a gente já está acostumado, no meu caso achei que foi ruim mesmo porque esse novo não dá tanta atenção assim pra gente” (U659).

Prática acolhedora ao usuário e o vínculo: via de mão dupla

Nessa categoria, exploram-se dados qualitativos que evidenciam relevância do trabalho da APS no território, contribuindo para estabelecer vínculo, aproximar o profissional da família e conduzir práticas de cuidado com a equipe de saúde da família. Identificam-se representações sociais construídas pela interação profissional-usuário no cotidiano dos serviços de saúde. Mostram-se trocas mútuas de acolhimento para ambos os atores, a partir de formas singelas de construir vínculos e cuidado em saúde.

Em relação à questão do idioma, o que representaria um problema resultou em uma condição estratégica de aproximação de alguns usuários com profissionais, podendo ter contribuído para aumentar o vínculo. Houve relatos de usuários que ajudaram médicos com a língua portuguesa: *“na sexta à tarde ele não trabalhava na unidade, então ele vinha aqui na minha casa para eu ensinar português para ele” (U751); “sou professora e logo me dispus a ajudá-los, na fala e escrita, montamos um grupo com cinco médicos e nos sábados de manhã eles praticam o português” (U394).*

Outro aspecto diz respeito à proximidade e identificação que os usuários tinham com a vida cotidiana do médico, nesse caso mais relacionado aos cubanos, a exemplo: *“ele mora aqui no bairro, pega ônibus junto comigo nem parece que é o doutor” (U53); “ela vem trabalhar na unidade de bicicleta” (U251); “o doutor da unidade joga bola com meus guris na quadra do bairro” (U690); “eu convidei ele para ir almoçar em casa e ele foi” (U774);*



“ele tá longe do país dele, tá sozinho. O nosso grupo [da terceira idade] acolheu ele” (U552).

Em relação ao espaço de diálogo durante a consulta, os usuários comentaram que: *“é uma consulta cheia de risada, pensa em uma terapia” (U45); “ela é muito sorridente, comunicativa e sempre tá de bom humor, já alegre o dia” (U149); “nunca vi ele de cara feia, só o dia que falei que não tomei o remédio certo, mas depois já abriu o sorriso e me falou que eu estava querendo ver ele triste” (U370).*

Houve relatos que mostraram o cuidado que o médico tinha com o acompanhamento do seu usuário, inclusive com visitas externas ao ambiente domiciliar, usando, inclusive, tecnologias de comunicação, a exemplo: *“ele foi ao hospital ver meu filho internado e quis conversar com o médico do hospital” (U503); “ela me acompanhou durante seis meses na minha casa quando tive que ficar na cama por causa de um acidente” (U825); “ela me ligava para saber como eu estava, quando fui fazer as quimioterapias” (U569).*

Ações de alguns médicos foram relatadas como motivadoras para alguns usuários em relação à adesão ao tratamento, reforça-se o uso de tecnologias de comunicação, por exemplo, a estratégia de uso de grupos no *whatsapp* com usuários de programas de atenção foi percebida como facilitador na comunicação com o serviço de saúde e o médico. Os relatos expressam, por exemplo: *“tem um grupo no whatsapp e de manhã a doutora posta sempre uma foto para a gente não esquecer que tem que tomar o medicamento” (U1005); “o grupo nosso da caminhada é o mais animado e se alguém falta no dia, um vai puxando o outro e olha que a doutora é animada e caminha junto com a gente” (U772); “eu tomo medicamento pra hanseníase e tem que ser certinho, o doutor fez um grupo no whatsapp comigo e com a enfermeira e a ACS. Todo dia tem alguém lá me*

perguntando como estou?” (U493); “ele me colocou no grupo de pessoas com pressão alta. Cedinho ele passa a mensagem falando para tomarmos o medicamento e não esquecer de fazer o controle na planilha que ele deu” (U170); “nosso grupo de gestante além de nos encontramos todo mês, temos o do whatsapp que cada uma posta lá dúvidas e suas experiências ou algo que achou interessante e se tiver errado o doutor ou a enfermeira logo fala que não é pra seguir aquilo” (U436).

Usuários relataram que o acompanhamento do médico após atendimento inicial de uma demanda foi considerado importante. Identifica-se que a atenção mais presente na vida do usuário possibilitou identificar a queixa, como pode ser verificado: *“comecei a ter pressão alta e dor de cabeça, ela pediu para fazer um acompanhamento da pressão na unidade todo dia e vim a cada dois dias conversar com ela no final da tarde, fiz isso durante três semanas e ela depois me disse que poderia ser ansiedade, então estou indo na psicóloga para ver se é isso mesmo, mas já melhorei da pressão” (U154); “vim aqui na unidade por conta de um problema íntimo [Doença Sexualmente Transmissível], ele foi muito atencioso e me encaminhou pro CTA, depois que fiz a consulta lá ele foi na minha casa orientar eu e minha esposa sobre o tratamento” (U591).*

Alguns usuários relataram prática de médicos que incentivaram o plantio de árvores frutíferas, verduras e legumes no quintal das casas. Percebe-se aproximação do médico com a residência do usuário: *“o doutor veio em casa e viu meu quintal, falou que além de flor eu tinha que ter um pé de frutas, acredita que ele trouxe uma muda de mexerica” (U09); “o médico falou que era para eu plantar no fundo de casa chuchu e erva cidreira para também usar junto com o medicamento” (U27); além de envolver profissionais e usuários para essa prática na unidade, “ele incentivou a gente fazer uma*



horta comunitária aqui no fundo da unidade, agora temos bastante coisa e distribuimos no grupo de colaboradores quando pode já colher” (U361).

Discussão

O perfil dos participantes reflete características de atendimentos realizados em unidades de saúde da família no país^(8,9). A maior frequência de condição de moradia financiada mostra uma realidade de um município com forte crescimento econômico, além de indução financeira do Estado em construção de programas habitacionais. O registro de pouca presença de homens em consultas de acompanhamento pode sinalizar lacunas de atendimento e acompanhamento a esse segmento populacional, registrado muitas vezes por falta de tempo e preferência por automedicação⁽¹⁰⁾.

A experiência de municípios que tiveram expressivo crescimento da cobertura da APS, por meio do PMM, pode revelar diversas estratégias na condução do Programa⁽¹¹⁾ e na sustentação do modelo de atenção à saúde. Durante a pesquisa, em Tangará da Serra, não tinham sido instituídas estratégias que ampliassem o horário de atendimento para além do horário comercial em unidades de saúde da APS, situação que pode restringir o acesso à grande parcela da população que possui vínculo de trabalho com jornada nesse horário. Em países que possuem APS forte, a exemplo no Reino Unido e Canadá, a jornada de atendimento chega até 24 horas por dia, com suporte de canais de comunicação ao usuário por meio de telessaúde^(12, 13), e na Espanha turnos estendidos chegam até 21 horas de atendimento⁽¹³⁾.

Vale ressaltar que o investimento no fortalecimento da APS, por meio do PMM, enfrentou intensos posicionamentos de entidades médicas em um confronto acirrado para a sua sustentação,

repercutindo em opiniões distintas da mídia e da sociedade, inclusive ocasionando diversos embates sobre o programa e sua contribuição para o fortalecimento da APS no país^(15,16). Fato que aconteceu em Tangará da Serra, mas que o convívio dos usuários com os profissionais do PMM oportunizou desmitificar muitas das incertezas que os rodeavam.

Percebe-se que o PMM teve uma representação para os usuários construída nas inter-relações com os profissionais, no contexto do cotidiano do trabalho. Esse fato pode sinalizar uma avaliação do Programa por sua capacidade de envolver as pessoas que frequentam os serviços de saúde para compreender a qualidade da atenção prestada, o que potencializa a avaliação da resposta do serviço na perspectiva daquelas que vivenciam as ações da unidade e não das que não utilizam⁽¹⁷⁾.

Os participantes, na maior frequência, consideram que o PMM contribuiu para a expansão da APS e, conseqüentemente, facilitou o acesso à consulta médica, ao agendamento, considerando que o tempo de espera para a consulta não demorou, sentindo-se satisfeitos. Cabe destacar que a inexistência ou pouca oferta de um serviço de saúde de nível primário de referência no território contribuiu para uma percepção de melhoria no acesso. Na literatura, é possível constatar que o PMM conseguiu aumentar a assistência médica no país e de serviços de saúde na APS^(18,19), como também contribuiu para impacto positivo sobre os indicadores de saúde⁽²⁰⁾.

Com o PMM, na perspectiva dos participantes, a APS tornou-se mais acessível no tocante à consulta médica, porém cabe salientar que esse aumento do acesso ocasiona aumento de demandas à rede de atenção que dá suporte à APS, principalmente a rede de especialistas e de diagnose. A não reestruturação e o investimento nos outros níveis de atenção para atender a essa demanda poderão



contribuir para maior fragmentação da atenção, impactando na equidade e integralidade, além da baixa resolubilidade do sistema de saúde.

A grande parcela dos participantes do estudo foi atendida por médicos estrangeiros. Nos primeiros anos do PMM, houve maior participação desse segmento médico ^(21,22), sendo que em Tangará da Serra a presença deles, principalmente de cubanos, foi expressiva. Em maior frequência, o idioma, no processo de comunicação, foi compreensível, não se sentiram incomodados nem consideraram que influenciou na consulta, apresentando confiança no médico. Estudos ^(23,24) relatam que a comunicação com médicos estrangeiros não foi um grande obstáculo na atenção aos usuários. As dificuldades de comunicação relatadas por conta do idioma, principalmente com os médicos cubanos em Tangará da Serra, foram superadas por trabalho em equipe, principalmente com o apoio do enfermeiro, que auxiliou por um tempo viabilizando a resposta ao usuário na consulta, além de registrar relatos de ajuda de usuários no ensino da língua portuguesa no período de estudo dos médicos e aos finais de semana. Reafirma-se que o espaço da consulta e o cotidiano dos médicos na comunidade, em sua maioria, promoveram momento de troca de conhecimentos e experiências.

A cordialidade e a escuta ao usuário foram destaques na abordagem de médicos do PMM, principalmente dos cubanos, além da pontualidade, compromisso com a carga horária de trabalho e atuação em ações de prevenção e promoção na comunidade. Essa constatação também foi registrada em outros cenários ^(17,25,26,27,28). A escuta às demandas, com espaço de fala do usuário, demonstrou que os médicos estavam abertos a escutar o motivo de busca pela consulta, manifestando interesse na avaliação do caso apresentado pelos usuários e apresentando esclarecimentos sobre o estado de saúde, sendo que os usuários consideraram que

compreenderam a linguagem utilizada pelo médico.

Neste estudo, quanto à preferência do usuário ser atendido por médicos brasileiros ou estrangeiros, a maioria não considerou preferência, mas quando analisou se existia diferença entre o atendimento desses médicos do PMM em relação à experiência prévia de se consultar com outros médicos que já trabalhavam na APS respondeu que sim. Estudo⁽¹⁸⁾ que analisou a qualidade da APS no Brasil, associada ao PMM, encontrou que o tipo de médico não influenciou no grau de atributos analisados e que, quanto ao PMM, mostrou-se maior associação a escores de acesso, principalmente em regiões com maior vulnerabilidade socioeconômica e escassez de médicos, a exemplo as regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste. No Nordeste, principalmente em territórios mais vulneráveis, houve forte expansão da APS por meio do PMM ⁽²⁹⁾.

O tempo de consulta predominou no intervalo de 10 a 20 minutos e, ao final, afirmaram que suas demandas foram resolvidas. Consideraram o atendimento do médico entre ótimo e bom, mostrando confiança no médico e em suas recomendações e prescrição. Quanto à consulta do médico do PMM, existe resolutividade da assistência buscada pelo usuário, no sentido de acompanhamento e controle do tratamento da demanda do usuário ⁽²⁵⁾. Porém, cabe salientar que a resolutividade na APS extrapola a visão reducionista do modelo biomédico e espera-se que as ações das equipes de saúde possam estar voltadas aos territórios e sua relação com os determinantes do processo saúde-doença.

Um ponto a ser discutido é o vínculo estabelecido entre o usuário e os profissionais dos serviços de saúde, inclusive o médico que colabora como um facilitador na atenção à saúde ⁽³⁰⁾. Destaca-se que o PMM não conseguiu assumir o compromisso da longitudinalidade na



perspectiva de criar laços de longa duração por meio de relações pessoais com o profissional médico. As trocas subsequentes foram registradas durante o PMM, porém ainda carecem de uma análise sobre a fixação médica, principalmente nas mudanças que o PMM sofreu a partir de 2017 e após a sua substituição pelo programa Médicos pelo Brasil.

Na Bahia, gestores consideraram que para fixar profissionais médicos na APS é necessário oferecer boas condições de ambiente de trabalho e vínculo trabalhista com proteção previdenciária⁽³¹⁾. Quanto à infraestrutura das unidades, em Tangará da Serra, houve forte aplicação de incentivos de construção de novas unidades, porém, no início, percebeu-se que para alocar as equipes foram improvisadas unidades de saúde em casas alugadas. Pesquisa realizada no Brasil, sobre a infraestrutura de serviços de saúde que receberam médicos do PMM, mostrou que 65% apresentavam infraestrutura de média qualidade e 5,8% de baixa qualidade⁽³²⁾.

A avaliação da oferta de serviços médicos na APS de Tangará da Serra, certamente não era a mesma antes da ampliação da cobertura. No Brasil, em muitos municípios, registravam-se antes do PMM barreiras organizacionais de acesso e de fluxos na rede de atenção⁽³³⁾. Este estudo representa uma possibilidade para o conhecimento da opinião dos usuários sobre o PMM, a partir de um município de médio porte que enfrentava dificuldades para ampliar a cobertura da APS, principalmente por conta da fixação de profissionais médicos. O PMM, da sua contribuição e dos seus limites enquanto um projeto que propunha efetivar maior acesso à atenção por meio de uma política pública de indução de recursos humanos, resvala na sua própria conjuntura estrutural desenhada de projeto, e não política pública, que mostrou sua

frágil defesa perante as reformas e as mudanças de gestão.

Conclusão

Quanto às considerações dos usuários da saúde da família sobre o PMM, pode-se dizer que o incentivo desse Programa para expandir a APS revelou contribuição em Tangará da Serra, que na perspectiva dos usuários houve melhorias no acesso à consulta médica, incentivo de atividades de promoção e prevenção e estreitamento de vínculos, mesmo que curtos, em ações de cuidado em saúde. É possível captar, a partir da lente dos usuários, um material que sustenta a defesa de projetos que fomentem a expansão da APS como organizadora da rede de atenção, na função de responsável pelas demandas territoriais, capaz de aproximar-se de usuários que necessitam de acesso, fortalecendo atributos essenciais e derivados que o modelo de APS requisita para torná-la resolutive. No entanto, é importante salientar os desafios de sustentabilidade dessa proposta de expansão e das políticas de indução para garantir a rede construída a partir do PMM, principalmente em municípios como o caso de Tangará da Serra, que apostou na cooperação para expansão da cobertura da APS.

Aspecto elencado como uma limitação foi o critério de seleção desses usuários, que pode ocultar aqueles que não conseguem acessar a APS por conta da jornada de trabalho, além dos que necessariamente requisitam cuidados domiciliares por suas condições, elementos que precisam ser considerados em outros estudos. Todavia, é possível reconhecer que os resultados aqui evidenciados somam à produção sobre o PMM reforçando a sua contribuição para a APS no SUS.



Referências Bibliográficas

1. Giovanella L; Bousquat A; Schenkman S; Almeida PF de; Sardinha LMV; Vieira MLFP. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Ciênc. Saúde Colet.* 2021; 26 (1): :2543-2556. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020>
2. Brasil. 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] República Federativa do Brasil* 22 out 2013; 206 (1):1.
3. E-gestor AB. Cobertura da Atenção Básica. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>.
4. Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3. ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Cidades e Estados [acesso em 27 set 2022]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mt/tangara-da-serra.html>.
6. Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde. Disponível em: <http://www.cnes.datasus.gov.br>
7. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2016.
8. Tomasi E, Zibel AB, Garcez VP, Linhares RS, Vitória AM. Estudo de demanda em unidades de Saúde da Família em cidade de porte médio do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *APS em Revista*, 2021; 3(1):56–65. <https://doi.org/10.14295/aps.v3i1.56>
9. Ecco Canuto L, Silva AFL da, Pinheiro LSP, Canuto Júnior JCA, Santos NLP dos. Estudo da demanda de uma equipe da Estratégia Saúde da Família que utiliza o acesso avançado como modelo de organização da agenda. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, 2022;16(43):2378. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2378](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2378).
10. Carneiro VSM, Adjuto RNP, Alves KAP. Saúde do homem: identificação e análise dos fatores relacionados à procura, ou não, dos serviços de atenção primária. *Arq. Cienc. Saúde UNIPAR, Umuarama*, 2019; 23(1):35-40. <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v23i1.2019.652>.
11. Netto JJM, Rodrigues ARM, Aragão OC, Goyanna NF, Cavalcante AES, Vasconcelos MAS, *et al.* Contribuições do programa de recrutamento de médicos Mais Médicos para a atenção à saúde no Brasil: uma revisão integrativa. *Rev Panam Salud Publica.* 2018;42(esp2):1-7. doi: 10.26633/RPSP.2018.2.
12. Cylus J, Richardson E, Findley L, Longley M, O'Neill C, Steel D. United Kingdom: Health System Review. *Health Syst Transit.* 2015; 17(5):1-126. PMID: 27049966.
13. Marchildon GP, Allin S, Merkur S. Canada: Health System Review. *Health Syst Transit.* 2020; 22(3):1-194.
14. Bernal-Delgado E, Garcia-Armesto S, Oliva J, Sanchez Martinez FI, Repullo JR, Pena-Longobardo LM, Ridao-Lopez M, Hernandez-Quevedo C. Spain: Health System Review. *Health Syst Transit.* 2018; 20(2):1-179. PMID: 30277216.
15. Morais IA, Alkmin DFB, Lopes JS, Santos MM, Leonel MS, Santos RSO, *et al.* Jornais folha de São Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o programa mais médicos? *Rev. esc. enferm. USP*, 2014; 48(2):112-120. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000800017>



16. Landim IC. Um estudo sobre a relação entre a Democracia Digital e a Participação Política a partir do debate sobre o Programa Mais Médicos no Facebook. *RMC*, 2013; 3(3):538-61. <https://doi.org/10.22409/ppgmc.v3i3.9702>.
17. Telles H, Silva ALA, Bastos C. Programa Mais Médicos do Brasil: a centralidade da relação médico-usuário para a satisfação com o programa. *Cad. CRH*, 2019; 32(85): 101-123. <https://doi.org/10.9771/ccrh.v32i85.23470>
18. Rech MRA, Hauser L, Wollmann L, Roman R, Mengue SS, Kemper ES, *et al.* Qualidade da atenção primária à saúde no Brasil e associação com o Programa Mais Médicos. *Rev Panam Salud Publica*, 2018; 42(18). <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.164>
19. Girardi SN, Stralen ACSV, Cella JN, Maas LVD, Carvalho CL, Faria EO. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde colet.* 2016; 21(09):2675-2684. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16032016>.
20. Russo LX, Silva EN, Rosales C, Rocha TAH, Vivas G. Efeito do Programa Mais Médicos sobre internações sensíveis à atenção primária. *Rev Panam Salud Publica*. 2020; 44(e25). <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.25>.
21. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araujo SQ, *et al.* Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)*, 2015; 19(54):623-34. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1142>.
22. Pinto HA, Oliveira FP, Santana JSS, Santos FOS, Araujo SQ, Figueiredo AM, *et al.* Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. *Interface (Botucatu)*, 2017; 21(Supl.1):1087-101. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0520>.
23. Comes Y, Trindade JS, Shimizu HE, Hamann EM, Bargioni F, Ramirez L, *et al.* Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. *Ciênc. saúde colet.*, 2016; 21(09):2749-2759. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16202016>.
24. Carrer A, Toso BRGO, Guimarães ATB, Conterno JR, Minosso KC. Efetividade da Estratégia Saúde da Família em unidades com e sem Programa Mais Médicos em município no oeste do Paraná, Brasil. *Ciênc. saúde colet.*, 2016; 21(9):2849-2860. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16212016>
25. Silva TRB, Silva JV, Pontes AGV, Cunha ATR. Percepção de usuários sobre o Programa Mais Médicos no município de Mossoró, Brasil. *Ciênc. saúde colet.*, 2016; 21(09): 2861-2869. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.18022016>
26. Franco CM, Almeida PF, Giovanella L. A integralidade das práticas dos médicos cubanos no Programa Mais Médicos na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2018; 34 (9):e00102917. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00102917>
27. Santos W, Comes Y, Pereira LL, Costa AM, Merchan-Hamann E, Santos LMP. Avaliação do Programa Mais Médicos: relato de experiência. *Saúde debate*, 2019; 43(120):256-268. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912019>
28. Arruda CAM, Pessoa VM, Barreto ICHC, Carneiro FF, Comes Y, Trindade JS, *et al.* Percepções de gestores municipais de Saúde sobre o provimento e a atuação dos médicos do Programa Mais Médicos. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1269-80. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0235>
29. Nogueira PTA, Bezerra AFB, Leite AFB, Carvalho IMS, Gonçalves RF, Brito-Silva, KS. Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos



- estados do Nordeste, Brasil. Ciênc. saúde colet. 2016; 21(09):2889-2898. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.17022016>.
30. Starfield B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002. p. 419-564.
 31. Andrade LR, Pinto ICM, Soares CLM, Silva VO. Provimento e fixação de médicos na atenção primária à saúde no estado da Bahia. Rev. Adm. Pública, 2019; 53(3): 505-519. <https://doi.org/10.1590/0034-761220170316>
 32. Giovanella L, Bousquat A, Fausto MCR, Fusaro ER, Mendonça MHM, Gagno J. Tipologia das Unidades Básicas de Saúde Brasileiras. 5. ed. Novos Caminhos; 2015.
 33. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Seidl, H, Gagno J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. Saúde debate, 2014; 38 (spe):13-33. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S003>

Como citar este artigo:

Gleriano JS, Martins LC, Krein C, Chaves LDP. Avaliação do Programa Mais Médicos da perspectiva dos usuários. Rev. Aten. Saúde. 2023; e20238791(21). doi <https://doi.org/10.13037/ras.vol21.e20238791>

